

Modelo de políticas y programas integrados de VIH y violencia contra las mujeres en Guatemala





Modelo de políticas y programas integrados de VIH y violencia contra las mujeres en Guatemala

Comisión Interamericana de Mujeres
(CIM/OEA)

Guatemala
Diciembre de 2011

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

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

Modelo de Políticas y Programas Integrados de VIH y Violencia contra las mujeres. Guatemala

Autora: Patricia Cortez

Coordinadora técnica del proyecto: Dinys Luciano

Proyecto Regional "Integración de Políticas y Programas de VIH y Violencia contra la Mujer en Centroamérica desde la Perspectiva de los Derechos Humanos". CIM/OEA. Con el apoyo de AECID

Copyright ©2011

Todos los derechos reservados

Comisión Interamericana de Mujeres (CIM)

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

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

Correo electrónico: cim@oas.org

Página Web: <http://www.oas.org/cim>

Foto de portada: <http://www.flickr.com/photos/educationandmore/4815963327/sizes/l/in/photostream/>

Diseño y diagramación: Sughey Abreu • Diseño Gráfico / Ilustración

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

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

Contenido

Siglas.....	7
Presentación.....	9
Introducción.....	11
1. Situación y respuestas sociales al VIH y la VCM en Guatemala.....	12
1.1. Dimensiones del VIH y respuestas sociales.....	18
1.2. Dimensiones de la VCM y respuestas sociales.....	20
1.3. Información disponible sobre las intersecciones entre el VIH y la VCM.....	27
1.4. Respuestas de políticas y programas a los vínculos entre el VIH y la VCM.....	32
2. Justificación: ¿Por qué es necesario desarrollar un modelo integrado de políticas y programas de VIH y VCM en Guatemala?.....	35
3. Descripción de los componentes del MMP de VIH y VCM.....	39
3.1. Pasos del proceso de diseño del MMP y niveles de intervención.....	40
3.2. Principios guadores del MMP de VIH y VCM.....	43
3.3. Misión, visión y objetivos.....	44
3.4. Intervenciones según niveles.....	45
3.5. Áreas estratégicas.....	48
3.6. Responsabilidades sectoriales y M&E.....	54
3.7. Recomendaciones para la implementación.....	56
4. Anexo: Directorio de actores clave que participaron en el diseño del MMP.....	57



Siglas

CDC	Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades
CIM-OEA	Comisión Interamericana de Mujeres – Organización de los Estados Americanos
CONAPREVI	Coordinadora Nacional para la Prevención de la Violencia Intrafamiliar y contra las Mujeres
DDHH	Derechos Humanos
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
M&E	Monitoreo y evaluación
MP	Ministerio Público
MPP	Modelo de políticas y programas
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
ONG	Organización No Gubernamental
OJ	Organismo Judicial
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
PEN	Plan Estratégico Nacional de VIH/SIDA
PLANOVI	Plan Estratégico Nacional de Prevención de la Violencia
PNPDIM	Política Nacional de Promoción y Desarrollo Integral de la Mujer
PNC	Policía Nacional Civil
SEGEPLAN	Secretaría General de Planificación Estratégica de la Presidencia
SEPREM	Secretaría Presidencial de la Mujer
UNGASS	Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
VCM	Violencia contra la mujer
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana



Presentación

Con el fin de fortalecer el desarrollo de políticas y programas integrados para luchar contra estos flagelos, la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM/OEA) inició en el año 2009 la implementación del proyecto “Derechos humanos, VIH y violencia contra las mujeres en Centroamérica: Respuestas integradas” con el apoyo de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID). Este proyecto subregional se basa en el cumplimiento de dos instrumentos regionales: la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará) y la Declaración de San Salvador “Género, Violencia y VIH”, adoptada por la Séptima Asamblea Extraordinaria de Delegadas de la CIM en 2007.

El proyecto se ha ejecutado en El Salvador, Guatemala y Panamá con el objetivo de contribuir a los esfuerzos regionales y nacionales para reducir la prevalencia del VIH y la violencia contra las mujeres (VCM), y sus consecuencias negativas en el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres. El primer paso en Guatemala fue desarrollar un mapeo de los actores prioritarios, sus agendas e intereses sobre ambas problemáticas, así como elaborar un análisis situacional sobre el VIH y la VCM que nos permitió conocer sus dimensiones, las respuestas institucionales existentes, el marco legal vigente y los retos actuales para la integración de políticas y programas en torno a ambos temas.

En base a estas herramientas, se desarrollaron acciones para apoyar la elaboración y validación de un modelo de políticas y programas integrados de VIH y VCM, así como el fortalecimiento de capacidades de los actores nacionales para utilización del mismo a través de la capacitación, el intercambio y la diseminación de información, incluyendo las prácticas promisorias en el abordaje integrado de ambas epidemias.

En este proceso se han creado espacios de diálogo intersectorial y participativo para diseñar el modelo de Guatemala, en el que se perfilan los componentes clave requeridos para lograr políticas y programas integrados relativos a la prevención, atención y tratamiento del VIH y de la VCM, así como la defensa y promoción de sus derechos humanos.

El modelo que presentamos constituye una guía de orientación para las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales para integrar políticas y programas sobre ambas problemáticas; documentando e identificando lecciones aprendidas que podrán adaptarse en distintos contextos a nivel local y nacional.

Esperamos que este modelo sea utilizado por todas las instancias vinculadas a ambas problemáticas, en el desarrollo de estrategias intersectoriales dirigidas a enfrentar de manera integrada el VIH y la VCM desde un enfoque de derechos humanos.

Milagro Martinez de Torres-Chico

Representante de la OEA en Guatemala

Introducción

El presente “Modelo de políticas y programas integrados de VIH y violencia contra las mujeres en Guatemala” fue elaborado durante el período 2009-2011 a través de un proceso de análisis de la información disponible sobre ambas epidemias y consultas mediante entrevistas y reuniones con actores clave en el país. Este documento resume los principales insumos recogidos y los acuerdos alcanzados con las instancias involucradas.

En la primera sección de este documento se presentan los datos disponibles sobre las dimensiones del VIH y la VCM en Guatemala, sus intersecciones y las respuestas de políticas y programáticas a ambas problemáticas.

La segunda sección detalla las condiciones que justifican la necesidad de desarrollar un modelo que guíe los procesos de integración de políticas y programas, enfatizando en los compromisos internacionales del Estado guatemalteco sobre los DDHH de las mujeres, de las personas viviendo con VIH, la erradicación de la VCM; así como el cumplimiento de leyes, planes y programas nacionales dirigidos a lograr la igualdad de oportunidades para las mujeres, la prevención y atención de la VCM y del VIH. El modelo asume que el abordaje integrado de estas epidemias constituirá una contribución importante para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el UNGASS y la Agenda para la acción acelerada de los países para abordar la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH.

La tercera y última sección describe los componentes del modelo de políticas y programas (MPP), el proceso de diseño, su visión, objetivos, los principios guías, los niveles de acción y las intervenciones. También presenta las áreas estratégicas, propuestas de monitoreo y evaluación (M&E), las potenciales responsabilidades sectoriales en su implementación y las recomendaciones para las fases de operativización y ejecución.

1

Situación y respuestas sociales al VIH y la VCM en Guatemala¹



Foto: <http://www.flickr.com/photos/shannonstravels/4444276509/sizes/l/in/photostream/>

1.1. Dimensiones del VIH y respuestas sociales

Según el Informe de Progreso UNGASS Guatemala 2010, desde 1984 hasta noviembre 2009, el Centro Nacional de Epidemiología reporta 20,484 casos de SIDA y VIH, dos tercios de los cuales son hombres. La epidemia en el país es concentrada, manteniéndose una prevalencia 0.79% en población general y de 0.34% en jóvenes de 15 a 24 años. El VIH afecta principalmente a poblaciones más expuestas tales como hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) (18.3%) y trabajadoras(es) sexuales (1.09%), así como a privados de libertad (3.24%), jóvenes en riesgo social (3.3%), a los pacientes con tuberculosis (12.9%) y a los uniformados (0.7%) (MSPAS, 2010)². Progresivamente se ha verificado un incremento en la prevalencia de VIH en poblaciones que antes no se consideraban prioritarias, por ejemplo las mujeres, y entre las cuales el número de casos se ha triplicado en menos de 20 años, según las estadísticas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) del 2011³. Algunos expertos en el área de VIH en el país han indicado que este fenómeno se debe fundamentalmente a las estrategias que priorizan la prueba de VIH en mujeres embarazadas, lo cual en su opinión, ha elevado el número de diagnósticos. Sin embargo, el número de mujeres embarazadas tamizadas para VIH no excede el 25% del total de embarazos estimados en el 2008. (Castro A. 2009)⁴.

La prevalencia de VIH en mujeres trabajadoras sexuales fue 2.89% en el 2006 y 1.73% en el 2008 y en mujeres embarazadas 0.53% y 0.32% respectivamente (MSPAS, 2010)⁵, aunque cabe señalar que estas cifras más que revelar una disminución en el número de casos

1. Adaptado de: CIM/OAS. (2011). An integrated model of HIV Counseling and Testing and Violence against Women programmes and policies in Barbados. Prepared by Diny Luciano (Development Connections). Washington D.C.

2. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2010). Informe de Progreso UNGASS -Guatemala 2010. Disponible en: http://www.icaso.org/resources/2010_guatemala_2010_country_progress_report_es.pdf

3. ONUSIDA. (2011), informe de situación sobre VIH y Violencia Basada en Género.

4. Castro, Araucho. (2009) Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe. Disponible en: <http://www.tecnologias-ova.com/tutores/sites/default/files/PrevenciondeLaTransmisionMaternoinfantildelVIHydeLaSifilisCongenitaenAmericaLatinayelCaribe.pdf>

5. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2010). Informe de Progreso UNGASS -Guatemala 2010. Disponible en: http://www.icaso.org/resources/2010_guatemala_2010_country_progress_report_es.pdf

en ambas poblaciones, pueden ser un indicativo de la ausencia de datos actualizados. En este sentido, en el Perfil Epidemiológico de VIH, Guatemala 2011 desarrollado mediante la cooperación entre los Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) de Atlanta y su sede local en Guatemala a través de la Universidad del Valle de Guatemala y el Centro Nacional de Epidemiología del MSPAS plantea la necesidad de contar con datos más actualizados para comprender la dinámica de la epidemia ya que, en su mayoría, los datos actuales se basan en estudios específicos y en la recopilación y el análisis de la información disponible a la fecha. (MSPAS, CNE, 2011)⁶ Dadas las deficiencias en los registros nacionales se realizan proyecciones de los datos obtenidos a través de la vigilancia de la salud pública, vigilancia mejorada de la salud pública, estudios epidemiológicos, evaluaciones y servicios de cuidados integrales⁷. Las dificultades de cobertura que tienen los servicios oficiales de salud (50%) dificultan la obtención de datos más completos y actualizados. La necesidad de contar con mejores sistemas de recolección de datos está también planteada en el Plan Estratégico Nacional y en el Marco de Acción Mujeres, Violencia Basada en Género y VIH 2011-2015 en Guatemala de ONUSIDA⁸. Sin embargo, a pesar de las limitaciones de los datos disponibles, es notoria la disminución progresiva de la relación de masculinidad en el VIH avanzado, pasando de 5 a 1 en 1996 a 2.2-1 en el 2010 (MSPAS, 2011)⁹.

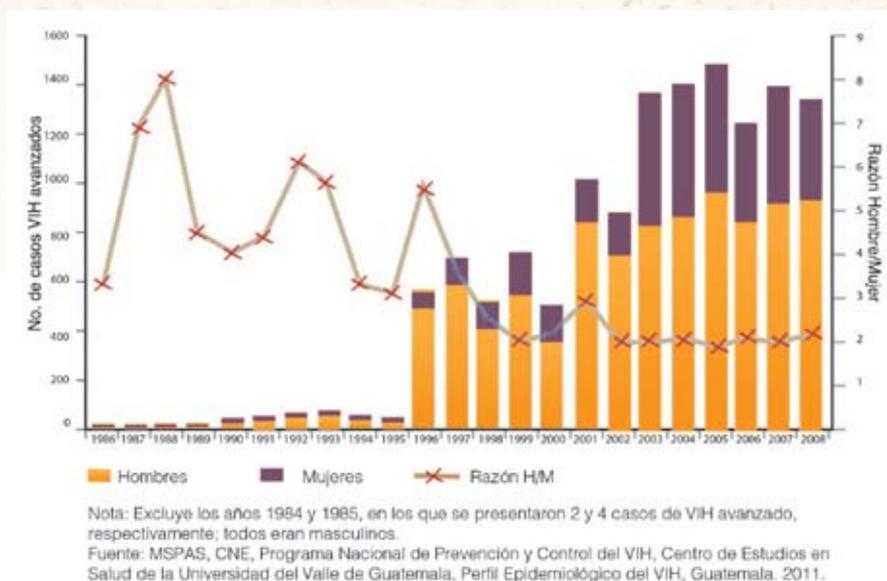
6. MSPAS, CNE, Programa Nacional de Prevención y Control del VIH y Centro de Estudios en Salud de la Universidad del Valle de Guatemala. Perfil Epidemiológico del VIH. Guatemala. 2011.

7. Ibid

8. ONUSIDA Guatemala. Plan Estratégico Nacional (MSPAS 2011), Marco de Acción Mujeres, Violencia Basada en Género y VIH 2011-2015 en Guatemala (en revisión).

9. MSPAS, CNE, Programa Nacional de Prevención y Control del VIH y Centro de Estudios en Salud de la Universidad del Valle de Guatemala. Perfil Epidemiológico del VIH, Guatemala. 2011

Gráfica 1
Casos con diagnóstico de VIH avanzado, según año de notificación, sexo y razón de masculinidad. Guatemala, 1986-2008

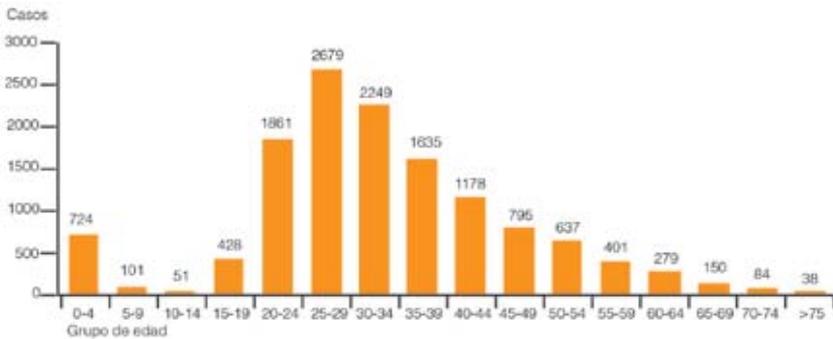


Aun cuando los datos disponibles presentan a los HSH como los que se encuentran en riesgo elevado y la población con mayor prevalencia de VIH, el número creciente de mujeres viviendo con el virus y que se relacionan con comportamientos que no son identificados como riesgo de parte de ellas tales como ser pareja femenina de HSH sexo no protegido, incluyendo con la pareja estable; evidencian el crecimiento del riesgo y las vulnerabilidades sociales frente al VIH en la población femenina general. Estos riesgos y vulnerabilidades se asocian a las construcciones sociales en que se basa la sexualidad en las relaciones de pareja, a las distintas formas de dominación patriarcal que enfrentan las mujeres como parte de la vida cotidiana y la falta de poder de decisión en general, debido a las desigualdades de género¹⁰.

10. Informe de Situación sobre VIH y Violencia Basada en Género, ONUSIDA 2011

Otras variables importantes para el análisis del VIH en Guatemala son la edad y la pertenencia étnica. La incidencia en adultos de 15 a 49 años es de 0.09% para el año 2009, siendo en jóvenes de 15 a 24 años de 0.16%. Como puede observarse en el siguiente gráfico, la mayoría de los casos con diagnóstico de VIH avanzado, registrados durante el período 1984 – 2008 se ubican entre los grupos de edad de 15-54 años.

Gráfica 2
Casos con diagnóstico de VIH avanzado, según grupos de edad.
Guatemala, 1986-2008



Fuente: MSPAS, CNE, Programa Nacional de Prevención y Control del VIH y Centro de Estudios en Salud de la Universidad del Valle de Guatemala. Perfil Epidemiológico del VIH, Guatemala. 2011

En cuanto al perfil de la epidemia de VIH en población indígena, de los casos VIH y VIH avanzado notificados, según grupo étnico autodefinido durante el período 200-2008, el 21.9% correspondió al grupo Maya. (MSPAS et al, 2011) Cabe destacar que no se han documentado las conductas de riesgo y situaciones de vulnerabilidad, y es posible que el VIH se detecta tardíamente o no es reconocido como una enfermedad por dicha población. Las organizaciones indígenas han señalado la imposibilidad de traducir los significados de la enfermedad en sus comunidades, no como una traducción lingüística sino como una entidad que no era conocida en esta población. (MSPAS y CNE, 2011)¹¹

11. MSPAS, CNE, Programa Nacional de Prevención y Control del VIH y Centro de Estudios en Salud de la Universidad del Valle de Guatemala. Perfil Epidemiológico del VIH, Guatemala. 2011

Cuadro 1

Casos VIH y VIH avanzado notificado según grupo étnico autodefinido. Guatemala, 2004-2008

Grupo étnico	VIH avanzado	%	VIH	%	Total	%
Ladino	4982	72.7	3945	79.5	8936	75.6
Maya	1710	25.0	879	17.7	2589	21.9
Garífuna	25	0.4	34	0.7	59	0.5
Xinka	15	0.2	7	0.1	22	0.2
Otro	10	0.1	7	0.1	17	0.1
sin dato	111	1.6	88	1.8	199	1.7
Total	6853	100.0	4960	100.0	11822	100.0

Fuente: MSPAS, CNE, Programa Nacional de Prevención y Control del VIH y Centro de Estudios en Salud de la Universidad del Valle de Guatemala. Perfil Epidemiológico del VIH, Guatemala. 2011

La vía de transmisión de VIH más frecuente en Guatemala es la sexual (94%), seguida por la transmisión madre-hijo/a (5%). (MSPAS et al, 2010)¹² Según los datos oficiales del MSPAS, en el 2009 el 21.35% de las mujeres embarazadas fueron testeadas para detectar el VIH durante el embarazo¹³. Durante el período 2004-2008, la proporción de casos a través de la transmisión madre-hijo/a de VIH avanzado fue de 6.2% y de VIH, 5.2%.

Cuadro 2

Casos VIH y VIH avanzado notificado según vía de transmisión. Guatemala, 2004-2008

Vía de transmisión	VIH avanzado	%	VIH	%	Total	%
Sexual	6401	93.4	4671	94.2	11081	93.7
Madre-hijo	426	6.2	257	5.2	683	5.8
Uso drogas	5	0.1	2	0.1	7	0.1
Accidente trabajo	2	0.1	3	0.1	5	0.1
Transfusión Sang.	2	0.1	3	0.1	5	0.1
No notificada	17	0.2	23	0.5	40	0.2
Total	6853	100.0	4960	100.0	11822	100.0

Fuente: MSPAS, CNE, Programa Nacional de Prevención y Control del VIH y Centro de Estudios en Salud de la Universidad del Valle de Guatemala. Perfil Epidemiológico del VIH, Guatemala. 2011

12. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social- Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA Guatemala. Informe de Progreso UNGASS GUATEMALA. Marzo 2010

13. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social- Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA Guatemala. Ibid.

En cuanto al nivel de conocimiento sobre el VIH, en la V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009 (MSPAS et al, 2010), entre las mujeres de 15 a 49 años, el VIH es la infección de transmisión sexual (ITS) que más conocen en todas las regiones del país, en todos los grupos de edad y en cualquier estado civil de las mujeres. Sin embargo, mientras en la región Metropolitana esta cifra es de 98.7 %, en la Nor-Occidente es sólo 67.0%. Las mujeres con nivel de conocimiento más bajo sobre ITS y VIH son las indígenas (76.2%) y las residentes en el área rural (83.0%). En esta misma encuesta, a las mujeres que mencionaron conocer el VIH se les preguntó sobre las formas que conocían para evitar el VIH, encontrándose que las principales formas identificadas fueron: tener sólo una pareja sexual (96.0%), no tener relaciones sexuales (90.7%), usar condones (83.0%), no utilizar jeringas usadas (12.3%) y no tener relaciones sexuales con desconocidos (8.6%)¹⁴.

En relación con las formas de transmisión del VIH de la madre al hijo o hija, durante el embarazo, durante el parto o después, la forma de transmisión más identificada fue durante el periodo del embarazo (89.3 %), luego durante el parto (85.7%) y finalmente después del parto (75.1%). En cuanto a la percepción de riesgo frente al VIH que tienen las mujeres, según los grupos de edad se observó que a mayor edad, mayor percepción de riesgo de adquirir el virus. A partir de los 35 años, un 26.5% de las mujeres considera que puede correr el riesgo de contraer el VIH , mientras que en el grupo que está entre los 15 y los 19 años solamente un 15.9% percibe el riesgo. Según el nivel de educación, las tienen estudios secundarios son las que se consideran en menor riesgo (19.6%). Entre las que se consideran en riesgo de contraer el VIH, las principales razones que refirieron fueron: Que no sabe cómo protegerse (24.3 %) y que no sabe con quién se junta (24.0%); en esta última puede revelar que no conoce a su pareja con la que mantiene relaciones sexuales. Otras de las razones mencionadas fueron, que

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

la pareja pasa mucho tiempo fuera de casa (14.2%), la infidelidad de alguno de los2 (11.4%) y que ha recibido transfusiones (5.4 %)15.

En términos de políticas públicas, el país cuenta con un marco jurídico que promueve y protege los DDHH de las personas que viven con VIH, dicha legislación contempla derechos sociales, salud, seguridad, asistencia social, trabajo, la no discriminación, el derecho a la salud sexual y reproductiva, el derecho al no aislamiento y a una muerte digna. (MSPAS, 2010) La Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA y de la Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH-SIDA, desarrolla con énfasis los derechos de las personas con VIH y no atribuye obligaciones ni impone sanciones a las personas viviendo con VIH. (Ramírez A. 2011)¹⁶ En el documento “Legislación Comparada de VIH en Latinoamérica y el Caribe- Guatemala”, del PNUD y Grupo Parlamentario Interamericano sobre Población y Desarrollo (2010), se plantean recomendaciones en cuanto a las Doce Directrices Internacionales de Derechos Humanos y el VIH-SIDA que incluyen dos aspectos cruciales para la promoción de la igualdad de género en las leyes nacionales relativas al VIH: *i) Revisar la prestación de servicios jurídicos, garantías procesales, criterios para notificación a parejas sexuales; ii) Revisar los parámetros en que se establece la penalización de la transmisión deliberada del VIH como un delito especial para que se apliquen como figuras delictivas; el Código Penal establece sanción de prisión de uno a seis años a quien, de propósito, propagare una enfermedad peligrosa o contagiosa para las personas, también establece que se consideran índices de peligrosidad, la explotación o el ejercicio de la prostitución.*¹⁷

15. V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009. Informe Final. Guatemala. 2010.

16. Ramírez, Alina. (2011). VIH y violencia contra las mujeres en Centroamérica: Un análisis comparado del marco jurídico desde el enfoque de derechos humanos. Comisión Interamericana de Mujeres. Washington D.C.

17. PNUD y Grupo Parlamentario Interamericano sobre Población y Desarrollo. (2010) Legislación Comparada de VIH en Latinoamérica y el Caribe- Guatemala. http://www.regionalcentre-lac-undp.org/images/stories/CD_herramientas_conceptuales/Docs/Hallazgos%20y%20Recomendaciones/Guatemala.pdf

En cuanto a las respuestas sociales, según el MSPAS (2010), los principales esfuerzos del país en la prevención del VIH se han centrado en prevenir la transmisión vertical del VIH y, con este fin, el MSPAS elaboró la normativa para la prevención de la transmisión madre hijo, a través de la triple terapia de ARVS. Asimismo, ha implementado en Centros de Salud, el acceso a la prueba así como en las salas de atención del parto en las principales maternidades del país¹⁸. Asimismo, en los últimos cuatro años se implementaron los Planes Operativos Locales en VIH en las 29 Direcciones de Áreas de Salud que incluyó la capacitación de proveedores de salud en ITS, VIH y SIDA en temas de sensibilización y generalidades de VIH, incorporación de los mensajes de promoción de enfoque de género, multiculturalidad y diversidad sexual. Igualmente, en el año 2009 el Programa Nacional de VIH coordinó con la Comisión Presidencial Coordinadora de la Política del Ejecutivo en materia de Derechos Humanos (COPREDEH), la Oficina de Derechos Humanos de la Policía Nacional Civil (PNC) y la Escuela de Estudios Penitenciarios (EEP) intervenciones de sensibilización, socialización y educación sobre los DDHH de las personas que viven con VIH.

1.2. Dimensiones de la VCM y respuestas sociales

Guatemala tiene un alto índice de violencia a nivel nacional y, en ese marco, la VCM es un problema ampliamente extendido. Según los datos de la V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009 (MSPAS et al, 2010), el 31.5% de las mujeres declaró haber recibido algún maltrato físico por parte de alguna persona antes de cumplir los 15 años de edad y en total, la proporción de mujeres del grupo indígena que reportó violencia física en este período de su vida fue mayor que las mujeres del grupo no indígena, sobre todo entre las residentes del área Metropolitana del país (45.1% versus 34.7%).

18. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2010). Informe de Progreso UNGASS -Guatemala 2010

En cuanto a la violencia ejercida por la pareja o ex pareja, el 42.2% de las mujeres alguna vez casadas o acompañadas, reportó que recibió maltratos verbales o psicológicos de una pareja durante su vida; 24.5% reportó violencia física y 12.3% violencia sexual por parte de alguna pareja o ex pareja. Casi la mitad (45.8%) de las mujeres alguna vez casadas o unidas experimentó al menos uno de los 3 tipos de violencia en su vida y 8.9% ha experimentado los 3 tipos de violencia. El 27.6% tuvo alguna experiencia de violencia física o sexual por parte de alguna pareja. Durante los últimos 12 meses, el 21.6% de las mujeres guatemaltecas reportó experiencia de violencia verbal/psicológica, 7.8% violencia física y 4.8% violencia sexual.

En cuanto a los datos provenientes de registros administrativos, diversas instituciones gubernamentales registran información sobre distintas formas de VCM. En relación con el femicidio, según los registros del Ministerio Público (MP) la cantidad de casos fue de 38 en el 2008, 88 en el 2009 y 81 en el 2010.

Cuadro 3
Casos ingresados de muertes violentas de mujeres
Ministerio Público de Guatemala, Período 2008-2011*

Muertes violentas	2008	2009	2010	2011
Femicidio	38	88	81	39
Homicidio	716	634	515	240
Parricidio	16	2	3	2
Asesinato	71	81	44	19
Muertes extrajudiciales	15	10	2	12
Otros**	20	30	7	9
Total	876	845	652	321

Fuente: Ministerio Público. *Datos hasta el 14 de junio 2011 ** Otros se refiere a que existe más de un delito

De igual forma, la VCM adquirió dimensiones específicas durante los 30 años de conflicto armado, en donde las mujeres fueron consideradas un “botín de guerra” y las denuncias sobre violencia sexual y masacres en mujeres han sido abundantes. En el año 2010 se realizó un tribunal de conciencia en Guatemala para exigir un resarcimiento justo y la denuncia

y búsqueda de los hechores de estos casos que incluyen a cientos de mujeres que fueron convertidas en esclavas sexuales, aunque no hay un estimado total, las historias sobre violaciones sexuales como paso previo a las masacres y las historias sobre esclavitud sexual en el contexto de la guerra, son significativos¹⁹.

La Ley contra el femicidio y otras formas de violencia contra la mujer ha generado un aumento en el número de denuncias y el reconocimiento de la violencia económica y patrimonial²⁰. Sin embargo, la existencia de dicha ley no ha podido mejorar las sentencias en estos procesos, incluyendo los femicidios. Según las estadísticas del Organismo Judicial, solo el 1.36% de casos obtuvo sentencia y el 0.9% sentencias condenatorias en casos de violencia contra la mujer en 2010²¹. Esta ley no aplica posibilidades de conciliación e impone penas más fuertes, reconoce la existencia de la violencia psicológica y establece penas para la misma.

Cuadro 4
Guatemala, sentencias en casos de muertes violentas de mujeres
Organismo Judicial, período 2008-2011*

Muertes violentas	2008		2009		2010*		2011*	
	Absolutoria	Condenatoria	Absolutoria	Condenatoria	Absolutoria	Condenatoria	Absolutoria	Condenatoria
Femicidio	0	0	0	12	11	27	1	6
Homicidio	3	24	8	23	8	23	2	1
Parricidio	1	5	5	5	1	2	0	1
Asesinato	11	22	24	10	32	75	5	5
Total	15	51	37	50	52	127	8	13

Fuente: Organismo Judicial. *Datos al 8 de julio

De igual manera, el número de casos denunciados a la Policía Nacional Civil (PNC) ha aumentado aunque persisten dificultades para mantener las denuncias y acusaciones en casos de VCM, alcanzando apenas el 5% de las acusaciones presentadas de 35, 581 denuncias y 1,795

19. Equipo de Estudios Comunitarios y Acción Psicosocial ECAP, Unión Nacional de Mujeres Guatemaltecas UNAMG, Tejidos que lleva el Alma, Guatemala 2009

20. Decreto Número 22-2008. Ley contra el Femicidio y otras Formas de Violencia Contra la Mujer

21. Resumen de monitoreo de la PNPDIM, SEPREM. Dirección de Estadísticas, 2011

acusaciones de VCM en 2010²². Esta situación sea probablemente resultado de la ley aunque la aplicación de penas y resoluciones efectivas en estos casos no ha incrementado en la misma proporción. En el 2010 se registraron 17,677 casos de VCM de los cuales 242 recibieron sentencia, representando el 1.36% del total de los casos con sentencia.

Cuadro 5

**Guatemala: hechos delictivos por sexo
Policía Nacional Civil, período 2008-2011***

Hechos delictivos	2008		2009		2010*		2011*	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Homicidio	687	5,605	720	5,578	695	5,265	340	2,562
Violación	385	0	401	0	496	0	283	0
Desaparición	537	781	558	789	575	787	573	466
Total	1,069	6,386	1,679	6,567	1,766	6,052	1,196	3,028

Fuente: Policía Nacional Civil. *Datos al mes de junio de 2011

En relación con las actitudes y prácticas hacia la VCM, el informe de la Secretaría Presidencial de la Mujer (SEPREM) sobre la VCM (2011), presenta parte de los principales hallazgos de la V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (2010) en relación con las actitudes de las mujeres frente a los roles de género y la violencia, así como las experiencias de violencia enfrentadas²³:

- El 64.5% de las mujeres entrevistadas cree que una buena esposa debe obedecer a su esposo aunque no esté de acuerdo con él. En las mujeres indígenas el porcentaje es de 70.2% y en las mujeres sin ningún nivel educativo es de 79.9 %.
- El 6.7% acepta que hay situaciones, en que un hombre debe pegarle a su esposa o compañera. Entre las mujeres indígenas este porcentaje es del 8.6%, en las mujeres sin ningún nivel educativo es del 11.9 y para quienes están en el quintil económico más bajo, la proporción es de 12.1%.

22. Informe de avances de la PNPDIM. SEPREM, 2011

23. Informe de violencia SEPREM. MESECVI 2011. Guatemala.

- Un 25% de las mujeres entrevistadas está de acuerdo que es obligación tener relaciones sexuales con el esposo aunque ella no quiera, en las mujeres indígenas el porcentaje es del 34%, en las mujeres sin educación es del 44.7% y en mujeres con el quintil económico más bajo la proporción es del 45.6%.
- Un 33.2% de las mujeres observó a su padre maltratar a su madre físicamente, esta cifra no es muy diferente en las mujeres indígenas, sin educación y en el nivel económico más bajo.
- Un 56.6% de las mujeres entrevistadas necesita permiso para usar algún método de planificación familiar, 68.5% en las mujeres indígenas, 70.3 % en las mujeres sin educación, y 72.5% en las mujeres en el nivel económico más bajo.
- Un 16% de las mujeres considera que el no obedecer a su pareja es causa de que este ejerza la violencia física o sexual, el 14.5% considera que la causa es cuando se niega a tener sexo.
- El 90.2% de las mujeres que experimentó violencia por la pareja mostró al menos una consecuencia: depresión y tristeza un 77.9%, dolor de cabeza 66.7%, deseo de morir 38.6%; y lesiones físicas 25.2%²⁴.

Cabe destacar que tan solo un 30.7% de las mujeres buscó asistencia en organizaciones e instituciones: el 16.8% en la Policía Nacional, 15.3% en los Juzgados, 9.6% en sacerdotes o líderes religiosos, 6% en el MP, 3.8% en el Hospital o servicio de salud. Las razones por las que las mujeres no buscaron ayuda fueron la vergüenza (24.5%), no lo considero necesario un 17.4%, temor a consecuencias de más violencia un 15.7%, no sabía a dónde ir, un 6.3%, temor a perder a los hijos un 1.8%; y finalmente porque creía que no le ayudarían pues sabe de otros casos donde no hubo atención, 1.6%²⁵.

En cuanto al marco jurídico, el país cuenta con varias leyes que tipifican y sancionan diversas formas de violencia, incluyendo la VCM. Ley contra

24. Informe SEPREM. Violencia contra la mujer 2011.

25. Informe SEPREM. Violencia contra la mujer 2011

el Femicidio y otras Formas de Violencia contra la Mujer fue aprobada en el 2008 y es de carácter penal. El bien jurídico protegido de esta Ley son los DDHH de las mujeres que viven violencia por el hecho de ser mujeres, tanto en el espacio público como en el privado. Su objetivo es: “promover e implementar disposiciones orientadas a la erradicación de la violencia física, psicológica, sexual, económica o cualquier tipo de coacción en contra de las mujeres, garantizándoles una vida libre de violencia, según lo estipulado en la Constitución Política de la República e instrumentos internacionales sobre derechos humanos de las mujeres ratificados por Guatemala” (Art. 1 de la Ley). “En esta ley se conceptualiza la violencia sexual como un delito que puede ocurrir independientemente del vínculo con el sujeto activo del mismo y con una pena acorde con el daño causado. Así mismo destaca en su definición de violencia sexual las acciones que vulneran el derecho de las mujeres a adoptar medidas de protección contra las infecciones de transmisión sexual, (como el VIH).” (Ramírez A., 2011). Por su parte, la Ley contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas tiene como objetivo: “prevenir, reprimir, sancionar y erradicar la violencia sexual, la explotación y la trata de personas, la atención y protección de sus víctimas y resarcir los daños y perjuicios ocasionados”²⁶. Esta ley especial reforma disposiciones del Código Penal y crea la institución rectora de la política contra la violencia sexual, explotación y trata de personas, define medidas preventivas de estos ilícitos, así como de atención a las víctimas y protección contra estos delitos. (Ramírez A, 2011)

Leyes y políticas en materia de VCM en Guatemala:

- Aprobación del reglamento de Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar. (Acuerdos gubernativos 831 y 868- 2002).
- Creación de la Coordinadora Nacional para la prevención de la violencia intrafamiliar y en contra de la mujer

26. Artículo 1. Objeto de la Ley. Ley contra la violencia sexual, explotación y trata de personas. Guatemala, 2009

(CONAPREVI) (Acuerdo gubernativo 831-2000) y sus reformas según Acuerdos 868-2000 y 417-2003.

- Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar. (Decreto 97-96)
- Ley contra el femicidio y otras formas de violencia contra las mujeres. (Decreto 22-2008)

Fuente: Ramírez A. 2012. Comisión Interamericana de Mujeres.

En relación con las respuestas programáticas en torno a la VCM, existe la Coordinadora Nacional para la Prevención de la Violencia Intrafamiliar y en contra de las Mujeres (CONAPREVI) y se cuenta con el Plan Estratégico Nacional de Prevención de la Violencia (PLANNOVI) que tiene la vigencia de 2004 al 2014, el cual ha enfrentado problemas en su ejecución debido entre otras razones a las debilidades de la CONAPREVI y la falta de presupuesto necesario. (CLADEM, 2006)²⁷ En cuanto a la atención, la CONAPREVI en el 2008, impulsó el funcionamiento de Centros de Atención Integral a mujeres sobrevivientes de violencia en los departamentos de Escuintla, Alta Verapaz y Baja Verapaz. Desde la sociedad civil, la coalición que ha asumido históricamente el abordaje de la VCM es la Red de la No Violencia contra las Mujeres, instancia articuladora que cuenta más de 15 de años de haberse formado. Esta Red es la que ha impulsado la mayor parte de iniciativas legales y forma parte activa de la CONAPREVI, entidad del Estado conformada por instituciones gubernamentales y no gubernamentales a través del Acuerdo Gubernativo 831-2000 y sus reformas 868-2000 y 417- 2003.(Del Cid P. 2010)²⁸

27. CLADEM. (2006). Informe sombra sobre el cumplimiento por el estado de Guatemala de los compromisos de la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer –CEDAW. http://www.iwraw-ap.org/resources/pdf/Guatemala_SR.pdf

28. Del Cid, Paula. (2010). Análisis situacional: VIH y violencia contra las mujeres en Guatemala. Comisión Interamericana de Mujeres. Washington D.C. <http://www.oas.org/en/CIM/docs/AS-Guatemala.pdf>

1.3. Información disponible sobre las intersecciones entre el VIH y la VCM

A nivel mundial, la relación entre VIH y VCM ha sido documentada en algunos estudios, estableciendo cuatro posibles vías a través de las cuales se produce esta asociación: i) el sexo forzado, ii) la violencia como factor que limita la capacidad de las mujeres para negociar sexo protegido, iii) la violencia en la niñez y su relación con conductas sexuales de alto riesgo en la adolescencia y adultez, y; iv) la epidemia como factor desencadenante de formas de violencia contra las mujeres por parte de la pareja y la familia. Los tres primeros colocan la violencia como un factor de riesgo frente al VIH y el último hace referencia a la relación inversa. Los resultados muestran que existe una mayor prevalencia de ITS en mujeres que han sufrido violencia en sus relaciones de pareja que las que no²⁹. De acuerdo con las investigaciones de Suzane Maman (2000), *el sexo forzado, la dificultad para negociar el uso del condón y la exposición a la violencia desde la infancia aumentan la vulnerabilidad de las mujeres a contraer el VIH*.³⁰

Paulatinamente, se ha incorporado el análisis de los vínculos entre ambas epidemias en los siguientes aspectos:

- Las experiencias de violencia que viven o han vivido puede influir en la percepción de riesgo de las mujeres de contraer el VIH y/u otras ITS.
- La VCM como barrera al uso de los servicios de prevención, atención y protección de sus derechos. Esto incluye el miedo de mujeres embarazadas y de población en general de utilizar los servicios de prueba y consejería de VIH/ITS por temor a la violencia, así como el uso de servicios policiales, protección judicial, apoyo familiar en las escuelas, recursos comunitarios, etc.

29. Del Cid, Paula. (2010). Análisis situacional: VIH y violencia contra las mujeres en Guatemala. Comisión Interamericana de Mujeres. Washington D.C. <http://www.oas.org/en/CIM/docs/AS-Guatemala.pdf>

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

- La conducta sexual de los hombres que ejercen violencia contra la pareja, tales como múltiples parejas/parejas concurrentes, uso inconsistente del condón –o no uso-, abuso de sustancias psicoactivas, entre otras.
- La violencia contra las mujeres VIH positivas por parte de la pareja, la familia, la comunidad, los servicios de salud, los centros de trabajo, las instancias educativas, la policía, la administración de justicia; y las leyes.
- Las intersecciones específicas del VIH y la VCM en contextos de conflicto armado, post desastres, pobreza extrema y hambruna masiva, entre otros. (Luciano D. 2011)³¹

Para que las respuestas a las intersecciones entre el VIH y la VCM sean eficaces, éstas deben ser analizadas en el marco de la articulación de las desigualdades de género con otras fuentes de discriminación social. En este sentido, Diny Luciano (2009) señala que *el género es un estratificador social que interactúa con otras fuentes de discriminación como la clase económica, etnia, casta, edad, educación, residencia urbana o rural, estatus migratorio, entre otras, que de manera combinada funcionan como determinantes sociales de los vínculos entre el VIH y la VCM. Estos factores ayudan a conformar un contexto de vulnerabilidad frente al VIH y la VCM que puede contribuir a aumentar el riesgo individual y comprometer la capacidad de las mujeres para protegerse frente a ambos problemas.*³²

En Guatemala existe limitada información sobre los vínculos entre ambas epidemias. El estudio “Informe de situación sobre VIH y violencia basada en género: una aproximación desde las determinantes sociales” (ONUSIDA, 2008) señala que en el país se pueden identificar los siguientes determinantes como parte del marco que posibilita la transmisión del VIH relacionada con la VCM:

31. Luciano, Diny. 2011. Curso sobre VIH y violencia contra las mujeres. CIM/OEA. Washington D.C.

32. Luciano, Diny. Development Connections. “Integrando programas y servicios de VIH y Violencia contra las Mujeres. UNIFEM. Washington, D.C. 2009.

- Violencia, inseguridad e impunidad Acceso limitado a educación y trabajo
- Acceso limitado a educación sexual
- Acceso limitado a atención integral y diferenciada en los servicios de salud
- Conducta social machista y patriarcado
- Discriminación de las personas por su identidad sexual
- Estigmatización y discriminación de las mujeres con VIH³³.

En cuanto a la relación entre las experiencias de violencia y percepción de riesgo frente al VIH, según los datos de V ENSMI (2010), entre aquellas mujeres cuya percepción era tener riesgo personal de contraer el VIH, la prevalencia de violencia de pareja subió al 37.5% en comparación al 25.5% entre las que respondieron que no tenían riesgo³⁴.

- En relación la violencia contra las mujeres VIH positivas, la Red Guatemalteca Mujeres Positivas en Acción y Action AID (2007)³⁵ realizaron un estudio que documenta parte de las experiencias de violencia que enfrentan las mujeres viviendo con VIH, una vez reciben o comunican su diagnóstico. “Las mujeres que revelan ser seropositivas vulneran su integridad y el riesgo de sufrir otras formas de violencia o abandono aumenta. La falta de información, la violencia o el temor a que ésta se agudice son obstáculos que enfrentan las mujeres para hacerse la prueba de VIH o SIDA, buscar tratamiento y apoyo al enterarse de su estado positivo. Al revelar que viven con el VIH o SIDA, aumenta la exclusión en los servicios de salud, en la comunidad, y en la familia asimismo, los episodios de violencia por parte de la pareja se agudizan. Enfrentan además, burlas, insultos y acoso; discriminación en sus círculos más cercanos, en el trabajo;

33. ONUSIDA Guatemala, informe de situación sobre VIH y Violencia Basada en género, 2011

34. MSPAS, INE et al. V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009. Informe Final. Guatemala. 2010.

35. Red Guatemalteca Mujeres Positivas en Acción. VIH/sida y violencia contra las mujeres. <http://www.actionaidguatemala.org/textos/VIH-SIDA.pdf>

cambio forzado de domicilio; aumento de las agresiones verbales y físicas; exclusión de eventos sociales; exclusión de la familia y pérdida del apoyo económico de la familia.” En este mismo estudio se encontró que las mujeres que han experimentado violencia y viven con el VIH o SIDA presentan patrones comunes de búsqueda de apoyo o ayuda:

- Buscan apoyo a raíz de la muerte de su pareja, o porque sienten ganas de vivir y/o la preocupación por el cuidado de sus hijas e hijos. Las mujeres expresaron que buscaron apoyo sospechando ser portadoras del VIH. Sólo una entrevistada buscó apoyo por estar viviendo violencia por parte de su pareja.

Los estudios sobre percepción en torno al VIH en población general también constituyen una importante fuente de información, tomando en consideración que muchas de las prácticas sociales denominadas como formas de estigma y discriminación asociadas al VIH, constituyen en realidad modalidades de violencia contra las personas afectadas. (Hale, F. y Vázquez M. 2010)³⁶. En el estudio “Percepción sobre el SIDA en Guatemala -Encuesta de Opinión Pública en Centroamérica” correspondiente a los años 2003 y 2006, más de la mitad de las personas entrevistadas en el 2003 (54%) estuvo muy de acuerdo con la aseveración “Las mujeres con SIDA tienen derecho a quedar embarazadas”, descendiendo esta cifra a una de cada cuatro (24.5%) en el 2006. Otros resultados de esta investigación muestran similar tendencia al aumento del estigma y discriminación contra personas viviendo con el VIH, lo que se refleja en otras formas de violencia, culpabilización y exclusión social. Por ejemplo, en el 2003, el 37.2% de las y los entrevistados indicó estar muy de acuerdo con la afirmación de que “Los niños y niñas con VIH o SIDA deberían recibir educación aparte” y en el 2006, la proporción fue de 44.5%. Para ambas fechas, el 44.1% y 49.9% respectivamente respondió estar muy de acuerdo con la idea de que “Las prostitutas con VIH/SIDA se lo buscaron por su mal comportamiento”. (USAID, PASCA, AED y Constella

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

Group)³⁷ Por otro lado, la investigación realizada por la USAID “Estigma y discriminación relacionados a ITS, VIH y SIDA de los proveedores de salud hacia los grupos vulnerables en Guatemala: Un estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas”, reveló que un alto porcentaje de los proveedores (86%) no cree necesario recibir capacitación sobre el estigma y la discriminación. Este dato refleja la falta de reconocimiento de parte de las y los proveedores de sus propias actitudes estigmatizantes y prácticas discriminatorias. (USAID, 2007)³⁸

La limitada disponibilidad de datos que examinen de manera explícita las distintas vías a través de las cuales el VIH y la VCM se vinculan en Guatemala constituye un reto clave para las instituciones que producen información sobre ambos temas. Tal como establece la Agenda para la acción acelerada de los países para abordar la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH: “las mujeres y las niñas son vulnerables en múltiples contextos, ya sea en epidemias generalizadas o concentradas. Comprender el impacto singular que tiene el VIH sobre las mujeres y las niñas requiere información y datos cualitativos y cuantitativos pormenorizados, así como una serie de indicadores fiables que capten los matices y complejidades de las formas en que la epidemia de VIH afecta de manera diferencial a las mujeres y las niñas en distintas etapas de su vida y en contextos diversos.”³⁹

37. USAID, PASCA, AED y Constella Group. (s/f) Percepción sobre el SIDA en Guatemala Encuesta de Opinión Pública en Centroamérica 2003 y 2006. Disponible en: <http://www.pasca.org/sites/default/files/gt06.pdf>

38. USAID. (2007). Estigma y discriminación relacionados a ITS, VIH y sida de los proveedores de salud hacia los grupos vulnerables en Guatemala: Un estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas. Guatemala. Disponible en: http://www.usaid.gov/gt/docs/study_iip_urc_estigma_its_y_vih_esp.pdf

39. La Agenda para la acción acelerada de los países para abordar la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH. Plan Operativo para el marco de acción del ONUSIDA: abordar la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH. ONUSIDA. Febrero, 2010.

1.4. Respuestas de políticas y programas a los vínculos entre el VIH y la VCM

Actualmente no existen políticas integradas de VIH y VCM aunque algunos de los instrumentos de políticas públicas hacen referencia a sus intersecciones.

- **Leyes:** “La Ley contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas de Guatemala contempla la transmisión culposa o dolosa del VIH en las personas explotadas sexualmente, el embarazo resultante de ese abuso sexual, así como el uso de la violencia como medio de consumación del delito. Esto adquiere un valor substancial en relación al vínculo entre VCM y VIH, en tanto estas son circunstancias de alta probabilidad en una práctica que constituye una grave violación de DDHH de las personas sujetas a explotación sexual, en particular de la niñez y mujeres jóvenes.” (Ramírez A. 2011)⁴⁰
- **Planes y políticas:** El Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS, VIH y SIDA, reconoce el vínculo entre el VIH y la VCM aunque no desarrolla programas específicos para las mujeres, quienes no están consideradas en los grupos de más alto riesgo (PEMAR)⁴¹. La Política del SIDA (sic), aprobada mediante Acuerdo Gubernativo No. 638-2005, respecto a la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y a la respuesta a la epidemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), no integra las interrelaciones entre VIH y VCM. Dicho documento se encuentra en un proceso de evaluación y análisis liderado por la Secretaría General de Planificación Estratégica de la Presidencia (SEGEPLAN). Por su parte, el PLANOSI⁴² únicamente identifica la probable relación entre la infección de VIH y la violencia sexual. La Política Nacional de Promoción y Desarrollo integral de la Mujer (PNPDIM), aprobada en

40. Ramírez, Alina. (2011). VIH y violencia contra las mujeres en Centroamérica: Un análisis comparado del marco jurídico desde el enfoque de derechos humanos. Comisión Interamericana de Mujeres. Washington D.C.

41. Plan Estratégico Nacional sobre ITS, VIH y Sida, 2011-2023

42. Plan Nacional de Prevención y Erradicación de la Violencia Intrafamiliar y Contra las Mujeres, PLANOSI 2004-2014

2010, incluye la violencia sexual y la violencia laboral en contra de las mujeres VIH positivas.

- **Protocolos:** El protocolo de atención a víctimas sobrevivientes de violencia sexual del MSPAS hace énfasis en la protección post exposición al VIH en las mujeres que han sufrido agresiones sexuales. Este instrumento de política pública entró en vigencia en el 2010 aunque su implementación ha enfrentado barreras institucionales tales como el temor de las y los profesionales de los centros asistenciales de salud a la posibilidad de tener que declarar en procesos legales y a la “cadena de custodia de la prueba”. En el 2010 se firmó un acuerdo entre el MP y el MSPAS para la realización de estos exámenes, el mantenimiento de la cadena de custodia de las pruebas, la protección post exposición; y la capacitación al personal. La implementación de dicho protocolo no ha sido evaluada. En el 2009 se llevaron a cabo tres Talleres Regionales de Promoción en los cuales se articuló el tema de VIH con el de violencia sexual, con el objetivo de posicionar este tema dentro de las actividades de Promoción de las Áreas de Salud. (MSPAS, 2010). El MSPAS ha realizado una capacitación a nivel hospitalario para asegurar la implementación del Protocolo de atención Integral a Víctimas de violencia Sexual, pero aún no se cubren todos los hospitales.

Distintas organizaciones de la sociedad civil nacionales e internacionales han desarrollado iniciativas que abordan el VIH y la VCM:

- La Red Guatemalteca Mujeres Positivas en Acción, en el 2006 participó en el primer estudio hecho en Guatemala sobre VCM y su interrelación con el VIH denominado “VIH-SIDA y Violencia contra las Mujeres”, desarrollado por el Grupo Guatemalteco de Mujeres y fue presentado en 2007 en el marco del lanzamiento de la Campaña Internacional “Las Mujeres NO Esperamos, Acabemos la Violencia Contra las Mujeres y el VIH YA!”⁴³

43. Red Guatemalteca Mujeres Positivas en Acción (s/f). Disponible en: <http://mujerespositivasguatemala.blogspot.com/2011/08/2do-congreso-nacional-las-mujeres-no.html>

- Médicos Sin Fronteras gestiona una clínica ubicada dentro de las instalaciones del Ministerio Público (a donde llegan las denuncias) encargada de la atención integral a víctimas de violencia sexual, ofreciendo atención post exposición y pruebas serológicas para VIH⁴⁴. En el Informe de UNGASS Guatemala 2010, se reporta que el proyecto de Médicos Sin Fronteras, que trabaja en coordinación con ONG y Gobierno ha permitido ofrecer servicios de atención a personas víctimas de la violencia sexual y que el MSPAS, coordina además con el Ministerio Público, el Ministerio de Gobernación y CONAPREVI entre otros, para la capacitación del personal, dotación de kit profiláctico para VIH, ITS y embarazos no deseados distribuidos en diferentes hospitales del país.
- Plan Internacional – Guatemala implementó la metodología “Paso a Paso” esta es una estrategia educativa de carácter participativo que busca prevenir la propagación del VIH a través del desarrollo de habilidades para mejorar la comunicación y las relaciones humanas en los hogares y las comunidades⁴⁵. Las y los participantes analizan los temas a través de ejercicios y juegos y a la luz de sus experiencias de vida. Se trabaja en grupos separados de hombres y de mujeres, lo cual se llama grupos pares, y también en plenarias mixtas. En Guatemala la estrategia se empieza a desarrollar en el año 2008 en los departamentos de Baja Verapaz (Salamá) y Alta Verapaz (Tucurú y San Pedro de Carcha), con jóvenes, madres de familia y líderes comunitarios. (Barriga, Martha, 2011)⁴⁶

44. Sobrevivientes de violencia Sexual: derecho a la atención médica y psicológica informe de Médicos Sin Fronteras Julio de 2009

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

46. Barriga, Martha. La Educación comunitaria como un medio para prevenir el VIH y la violencia contra las mujeres: La Experiencia de Plan Internacional con Paso a Paso. En Prácticas promisorias en el abordaje integrado del VIH y violencia contra las mujeres en América Latina CIM/OEA. 2011 (Versión preliminar)

Justificación: ¿Por qué es necesario desarrollar un modelo integrado de políticas y programas de VIH y VCM en Guatemala?⁴⁷

2

Foto: <http://www.flickr.com/photos/lonqueta/6532783673/sizes/o/in/photostream/>

47. Luciano, Diny. Integrando programas y servicios de VIH y violencia contra las mujeres. Development Connections y UNIFEM. Washington D.C. 2009

La integración de políticas y programas de VIH y VCM puede constituir una vía importante para el avance en el cumplimiento de los DDHH de las mujeres, establecidos en convenciones internacionales y regionales ratificadas por Guatemala, como la CEDAW, la Convención Americana de Derechos Humanos y la Convención de Belem Do Pará, entre otros. También puede favorecer la implementación de manera más integral de la normativa nacional en materia de VIH y VCM; así como en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, UNGASS y la Agenda para la acción acelerada de los países para abordar la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH.

La integración de políticas y programas de VIH y VCM favorece:

- Abordar integralmente las dimensiones e implicaciones personales, familiares y sociales de ambos problemas.
- Incrementar la equidad social, el acceso a servicios de VIH y VCM y reducir riesgos, vulnerabilidades y discriminación de género.
- Eliminar las oportunidades perdidas en los servicios existentes y aumentar la eficiencia de las intervenciones.
- Incrementar la eficacia, reduciendo los costos de las intervenciones.
- Fortalecer las competencias de los recursos humanos.
- Mejorar la respuesta de los distintos actores en los distintos niveles guiados por principios básicos compartidos.
- Fortalecer la integración de políticas públicas en torno al logro de la igualdad de género y la defensa y promoción de los DDHH.
- Favorecer la coordinación intersectorial e interprogramática.

Cabe destacar que en Guatemala, el marco legal que reconoce los DDHH de las mujeres abarca desde la firma de convenciones internacionales ratificadas por el Estado hasta una creciente cantidad de leyes y políticas nacionales que garantizan los DDHH, los derechos sexuales y reproductivos, la eliminación de la VCM y la integración transversal de la

igualdad de género en las políticas y programas de VIH. Sin embargo, no hay en el país un conjunto de programas, proyectos y políticas que aborden las interrelaciones entre la VCM y el VIH. Asimismo, el marco del contexto legal vigente incluye varias medidas que refuerzan las desigualdades de género, reduciendo de esta forma, las posibilidades de las mujeres a enfrentar ambas epidemias a través de múltiples vías:

- Acceso diferenciado a la educación, justicia y servicios de salud para las mujeres en general y para las mujeres Mayas, Garífunas y Xincas, que impide el conocimiento y los mecanismos de protección para prevenir y atender el VIH y la VCM.
- Aunque el marco legal garantiza la independencia y la autodeterminación de las mujeres, persisten valores, prácticas patriarcales que imposibilitan su ejercicio completo, limitando así la prevención y atención al VIH y la VCM⁴⁸
- La ley contra la trata de personas, decreto 9-2009 del Congreso de la República criminaliza el ejercicio del comercio sexual e impone penas para los dueños de establecimientos en donde se ejerza el comercio sexual independientemente de si son o no mujeres adultas⁴⁹.

Las respuestas integrales a ambos problemas de desarrollo, DDHH y salud constituyen una necesidad impostergable. Otra razón por la que la integración de políticas y programas de VIH y VCM debe constituir una prioridad es su potencial para incrementar la eficiencia y eficacia de los mismos. Actualmente en el país se está realizando un proceso de evaluación de la Política Pública aprobada mediante Acuerdo Gubernativo No. 638-2005, respecto a la prevención de las ITS y a la respuesta al VIH, que no ha sido evaluada desde su aprobación en 2005, ni actualizada. Esta constituye una oportunidad para incorporar intervenciones integradas de VIH y VCM y potenciar los recursos existentes. De igual forma, el MPP

48. Aunque legalmente no es necesario pedir autorizaciones del esposo, por ejemplo, para la esterilización, el personal de salud sigue pidiéndola basado en una tendencia antigua.

49. "Artículo 191. Promoción, facilitación o favorecimiento de prostitución. La explotación de una persona mayor de edad, a través de la promoción, facilitación o favorecimiento de su prostitución, será sancionada con prisión de cinco a diez años, y con multa de cincuenta mil a cien mil Quetzales."

servirá para mejorar de la coordinación interinstitucional y el desarrollo de las capacidades nacionales. En el país se han verificado avances en la coordinación intersectorial y el desarrollo de las capacidades nacionales en torno al VIH y la VCM. La propuesta de ONUSIDA (en evaluación, sin publicar) de generar un plan operativo que recoja la interrelación de VIH y VCM posibilitó un diálogo que abrió la puerta a organizaciones de mujeres para el reconocimiento de éstos vínculos.

Descripción de los componentes del MMP de VIH y VCM

3

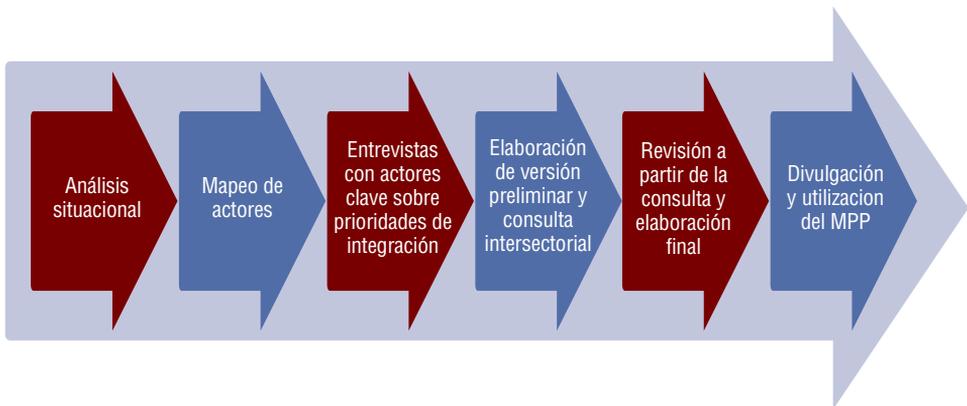


Foto: <http://www.flickr.com/photos/silvercoco/37493430/>

3.1. Pasos del proceso de diseño del MMP y niveles de intervención

- **Pasos**

El diseño del MMP de VIH y VCM incorporó distintas actividades dirigidas a recolectar la evidencia científica disponible, analizar el marco de políticas públicas existente, explorar la posición de los sectores clave en cuanto a su pertinencia y viabilidad; y consensuar su contenido y estructura. En la siguiente gráfica se describen las actividades realizadas.



Las características y acciones llevadas a cabo en cada una de estas intervenciones se detallan a continuación.

- **Mapeo de actores:** En el 2009 se identificaron las instituciones/ sectores clave que asegurarán la viabilidad y componentes de un Modelo y de una Experiencia piloto sobre VIH y VCM. También se analizaron los perfiles institucionales de actores clave (finalidad, objetivos, iniciativas), sus capacidades institucionales, experiencia de coordinación intersectorial y motivación frente al MMP y La Experiencia piloto. (Del Cid P., 2010 b)⁵⁰

50. Del Cid, Paula. (2010). Mapeo de actores sociales: VIH y violencia contra las mujeres en Guatemala.

- Análisis situacional: En el 2009-2010 se examinaron las dimensiones y las respuestas sociales frente a ambas epidemias que han desarrollado distintos actores en el país. Se revisaron las fuentes de datos oficiales, de organismos internacionales, ONGs y centros de investigación. (Del Cid P., 2010 b)⁵¹
- **Entrevistas con actores clave sobre prioridades de integración:** De julio a septiembre de 2011, se realizaron entrevistas a representantes directivos(as), asesores(as), coordinadores(as), técnicos(as), investigadores e integrantes de ONGs, colectivos e instituciones estatales y gubernamentales⁵².
- **Elaboración de propuesta preliminar del MPP** (Septiembre- Noviembre de 2011)
- **Consulta y difusión de la versión preliminar del MPP** en el marco del Curso de capacitación “VIH, Violencia contra la Mujer y Derechos Humanos; realizado el 10 y 11 de noviembre de 2011, coordinado por la CIM.

Estos procesos se ejecutaron a la par de la revisión continua de estudios, informes, programas, intervenciones focalizadas con poblaciones específicas de mujeres en prevención de VIH y VCM; producidos a nivel nacional, regional e internacional. Asimismo, en el marco del Proyecto Regional, durante el período junio-diciembre se realizaron actividades regionales y nacionales de intercambio con y entre actores clave que sirvieron para obtener insumos complementarios para el diseño del MPP: i) Difusión de objetivos, resultados, actividades y alcances del Proyecto Regional, definiendo potenciales articulaciones, coordinaciones e identificación de oportunidades estratégicas; ii) visitas y participación en las actividades virtuales de capacitación (Webconferencias) realizadas a través de la Comunidad de Prácticas VIH y VCM (CoP VIH y VCM)⁵³. También a nivel regional y en Guatemala se identificaron prácticas promisorias sobre VIH y

51. Del Cid, Paula. (2010). Análisis situacional: VIH y violencia contra las mujeres en Guatemala. Comisión Interamericana de Mujeres. Washington DC <http://www.oas.org/en/CIM/docs/AS-Guatemala.pdf>

52. Anexo: Listado en Directorio de actores clave participantes en el diseño del MPP.

53. Para acceder a la CoP, visite: <http://www.piloto.cimoea.aulaweb.org/>

VCM, documentos, estudios, investigaciones e información relevante, que fue publicada en el Boletín electrónico del Proyecto Regional.

- **Niveles de intervención**

El MPP prioriza en tres niveles que se complementan entre sí:

- i. Políticas intersectoriales generales** centradas en el fortalecimiento de las políticas públicas a fin de contar con una base que sustente las intervenciones sectoriales y programáticas en torno al VIH y la VCM;
- ii. Políticas y orientaciones programáticas sectoriales** focalizadas en la revisión y apoyo de acuerdos intersectoriales específicos;
- iii. Intervenciones a nivel comunitario**, diferenciando prioridades entre comunidades indígenas y las compuestas por población mixta.



3.2. Principios guías del MPP de VIH y VCM⁵⁴

- Derechos humanos: Garantizar la libertad y dignidad de todas las personas, sin discriminación basada en el sexo, edad, religión, ideología, color, idioma, orientación sexual, nacimiento, origen nacional o social, origen étnico o situación económica.
- Intervenciones basadas en evidencia científica: Para conocer las dimensiones, el impacto del VIH y la VCM y las mejores prácticas es necesario contar con información producida de manera sistemática y bajo estándares científicos así como utilizando el enfoque de DDHH.
- Énfasis en crear un ambiente de políticas y coordinación intersectorial que facilite la integración de intervenciones y programas sectoriales y las respuestas comunitarias. El diálogo, la articulación y coordinación interinstitucional entre plataformas nacionales y locales, contribuirán a promover la viabilidad de intervenciones que articulen conceptual y programáticamente el VIH y VCM.
- Desarrollo de capacidades institucionales y de los recursos humanos para una adecuada integración. El MPP contribuirá a ampliar y fortalecer las respuestas nacionales de las instituciones, organizaciones y comunidades al esfuerzo de integración del VIH y VCM en todas las políticas y programas nacionales y locales.
- Empoderamiento de las mujeres, los grupos y las comunidades, promoviendo su participación en los procesos de toma de decisiones y acceso al poder.
- Participación social. Es la participación de todos los grupos y personas de la comunidad, en condiciones de igualdad por el bien común con conciencia de responsabilidad ciudadana en todas las etapas establecidas para el MPP.
- Sostenibilidad: El MPP está orientado a crear condiciones que contribuyan a que los objetivos e impacto de las iniciativas que se

54. Luciano, Dinsy. (2009)...Ibid

desarrollen a partir del mismo se mantengan o perduren más allá del Proyecto Regional.

- M&E: Como componente fundamental de una adecuada ejecución y la rendición de cuentas el MPP enfatiza en observación, registro y seguimiento sistemático y continuo de las acciones establecidas en el mismo; y con la participación de todos los sectores involucrados.

3.3. Misión, visión y objetivos

El presente MPP se propone como misión apoyar el establecimiento de políticas, estrategias y actividades integradas de VIH y VCM, multisectoriales, basadas en evidencia que sustenten el desarrollo de acciones de promoción y defensa de los DDHH, la prevención y atención a ambas epidemias y el apoyo social requerido con el propósito de disminuir al máximo ambas problemáticas y avanzar hacia la igualdad de género.

Visión: En un período de cinco años, a partir de fecha de inicio de implementación del MPP, las instituciones de justicia, salud, educación, trabajo, DDHH, manejo de emergencias y otras relacionadas con ambos problemas, trabajan de manera coordinada en las acciones de promoción y defensa de los DDHH, la prevención y atención a ambas epidemias y el apoyo social con políticas que revierten la inequidad social y de acceso a los servicios y recursos sociales, logrando cambios en los factores estructurales e intermediarios que impulsan el VIH y la VCM.

Esta visión se operativiza a través de los siguientes objetivos:

- a. Reorganizar y fortalecer la integración de las políticas y programas existentes sobre el VIH y la VCM con base en las mejores prácticas, en coordinación con las instituciones relacionadas a ambos problemas, enmarcados en la defensa y promoción de los DDHH de las mujeres.

- b. Prevenir el VIH y la VCM a través de cambios en los niveles de conocimiento, actitudes y prácticas que vinculan ambas epidemias, mediante acciones integradas que aseguren transformaciones a nivel individual, familiar, comunitario, sectorial y macro.
- c. Asegurar el acceso a los servicios de calidad en los sectores de justicia, salud, educación, trabajo, protección y apoyo social de las mujeres afectadas por el VIH y/o la VCM.
- d. Consolidar el sistema de información para el M&E de la VCM y el VIH con el fin de disponer de información confiable y sistemática para la mejora continua de políticas y programas, el aseguramiento de la calidad, la defensa y promoción de los DDHH y la rendición de cuentas.
- e. Fortalecer el empoderamiento y la participación significativa de las mujeres VIH positivas y/o sobrevivientes de violencia, desde un enfoque DDHH y promoción de la igualdad de género.

Los objetivos d y e son transversales al resto de los objetivos y constituyen a su vez, parte de los estándares en los que se sustenta el MPP.

3.4. Intervenciones según niveles

Políticas intersectoriales (generales)

En este nivel se propone incorporar de manera transversal los vínculos entre el VIH y la VCM en las evaluaciones de las políticas existentes:

- La Política Pública aprobada mediante Acuerdo Gubernativo No. 638-2005, respecto a la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual -ITS, y a la respuesta a la epidemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA. En esta política no se ha hecho referencia a la interrelación de la VCM y el VIH, por lo que un abordaje integrado de ambas problemáticas permitiría facilitar la creación de un contexto de DDHH que permita enfrentar la epidemia, abordando

la VCM como un factor impulsor del VIH y los factores estructurales que comparten estos dos problemas.

- La Política Nacional de Promoción y Desarrollo Integral de las Mujeres (PNPDIM). Esta política visualiza la VCM y el VIH pero no reconoce sus interrelaciones, solo en el tema de la violencia sexual y en la violencia y discriminación contra las mujeres VIH positivas. A través del MPP se propone, visibilizar la vinculación entre ambas problemáticas para posibilitar acciones al respecto e incorporar medidas específicas. Aunque la PNPDIM es suficientemente integral para abordar la mayor parte de los derechos de las mujeres y los derechos laborales, es necesario que las interrelaciones entre el VIH y la VCM sean integradas en la misma, dado su enfoque de largo plazo - está vigente hasta 2023-, e intersectorial.
- El PLANOVI debe ser evaluado en 2011 al terminar su vigencia para adaptarlo a la nueva Política Nacional de Promoción y Desarrollo Integral de la Mujer. El PLANOVI brinda una oportunidad para la integración de propuestas aborden ambos temas de manera integrada.

Políticas y orientaciones programáticas sectoriales

A este nivel se propone la revisión y apoyo a la integración del VIH y la VCM en los siguientes acuerdos intersectoriales:

- Carta interministerial prevenir con educación firmada por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación en 2010.
- Acuerdo firmado entre el MP y el MSPAS en 2010 para el abordaje y la implementación del Protocolo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual.
- Análisis de las propuestas de las instancias específicas en relación a desastres, emergencias y otros, cuya capacitación en prevención de VIH y VCM en situaciones de emergencia y desastres han sido ya realizadas.

Intervenciones a nivel comunitario

- Intervenciones en poblaciones indígenas: Según algunas investigaciones realizadas por Asociación de Servicios Comunitarios de Salud, el Dr. Carlos Lix cuenta la imposibilidad que se ha tenido hasta este momento para la traducción adecuada de lo que implica el VIH para las poblaciones indígenas. Siendo esta una enfermedad de reciente aparición en el contexto local, se observa un mayor desconocimiento acerca de sus implicaciones entre la población Maya hablante. La traducción lingüística no ha sido suficiente; se requiere de una traducción que integre la cosmovisión y la realidad de la sexualidad de las poblaciones Mayas para poder apoyar la implementación de formas de enfrentar la enfermedad⁵⁵. De igual forma, el MPP propone que el abordaje del VIH en estas poblaciones integre la VCM en tanto factor determinante de la capacidad de las mujeres para negociar sexo protegido, como una de las barreras principales de acceso a servicios de prevención y atención al VIH y otras ITS, incluyendo los de prevención de la transmisión madre-hijo/a.
- Coordinación y movilización comunitaria. La VCM ha sido abordada a través de intervenciones del Ministerio de Gobernación y en grupos que posibilitan la creación de albergues para mujeres agredidas, pero los mismos no integran temas clave como la evaluación de riesgo frente al VIH de las mujeres sobrevivientes de violencia, el acceso a servicios e información sobre VIH/ ITS, consejería y prueba de VIH, percepción de riesgo, entre otros. Se propone la revisión de estas intervenciones a la par de respuestas articuladas con grupos locales, particularmente aquellos que trabajan en la prevención de la VCM, de mujeres VIH positivas, escuelas para implementar estrategias comunitarias que aborden las intersecciones entre el VIH y la VCM, incluyendo la sensibilización y formación de capacidades en las organizaciones de base. La movilización comunitaria es crucial para desarrollar cambios sostenibles de actitudes y prácticas

55. Dr. Carlos Lix, conferencia ofrecida en SEPREM.

sobre el VIH, la VCM y las normas de género que sustentan ambos problemas, al tiempo que asegura apoyo local y seguimiento del acceso a los servicios de las mujeres viviendo con el VIH y/o sobrevivientes de violencia.

3.5. Áreas estratégicas⁵⁶

El MPP propone intervenciones en los niveles antes mencionados que se organizan en las siguientes áreas estratégicas:

Políticas públicas: Las políticas, programas, normas y protocolos que aborden la VCM y el VIH de manera integrada constituyen la base que sustenta las acciones sectoriales y la inversión de recursos financieros, técnicos y humanos. Un marco adecuado de políticas públicas permite establecer estrategias para aumentar la escala y accesibilidad de toda la población a los recursos institucionales y comunitarios para prevenir y atender integralmente ambas problemáticas; y de esta forma lograr un impacto significativo y sostenible en el mediano y largo plazo en sus factores asociados, dimensiones y consecuencias. El MPP en Guatemala enfatiza en revisar las políticas públicas existentes para asegurar el abordaje integrado del VIH y la VCM, en lugar de crear políticas nuevas.

Prevención: Una estrategia integral de prevención del VIH y la VCM requiere incorporar diversas estrategias que aborden factores estructurales, intervenciones biomédicas (condones femeninos y masculinos, microbicidas, tratamiento antirretroviral para el VIH y antirretroviral para las ITS), cambios de conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con el VIH/ITS y la VCM, el empoderamiento de las mujeres y la eliminación de la VCM, el fortalecimiento de la justicia social y el ejercicio de los DDHH. La prevención debe ser un elemento

56. Congruentes con las prioridades estratégicas del ONUSIDA 2010-2015. UNAIDS Strategy 2011-2015. Disponible en: <http://www.unaids.org/en/strategygoalsby2015/>

transversal a todos los sectores (salud, educación, justicia, emergencias, trabajo, etc.) El abordaje de las normas de género como determinante estructural de ambas epidemias puede reducir los episodios de violencia, el riesgo frente al VIH/ITS y aumentar el uso de los servicios existentes de justicia, salud y policiales. Las estrategias de prevención pueden ser más eficaces si son multinivel, incorporan intervenciones en los niveles individual, interpersonal y comunitario para cambiar pautas culturales, a la vez que se mejoran las leyes que sancionan la VCM, protegen a las mujeres y aumentan su acceso a la justicia.

Tratamiento, atención y apoyo: Las mujeres que viven con VIH y las víctimas/ sobrevivientes de violencia, enfrentan una diversidad de necesidades que incluyen desde el apoyo psicológico, tratamiento para “infecciones oportunistas”, tratamiento con fármacos antirretrovíricos y drogas no antirretrovirales hasta apoyo para su participación social, laboral y comunitaria.

Defensa y promoción de los DDHH y la igualdad de género

(violaciones de DDHH relacionadas con el VIH

y la VCM): La CIM-OEA enfatiza en los

DDHH, entendiendo que ambas

epidemias tienen implicaciones

en el ejercicio de los mismos.

Todas las articulaciones que

se desarrollen deben trabajar

desde la perspectiva de

DDHH porque ambas

epidemias afecta cada

uno de los derechos

fundamentales, y en

donde el papel del

Estado como garante

de los mismos; es

fundamental.



El siguiente cuadro resume los objetivos, las áreas de aplicación de las políticas y programas integrados y un listado de potenciales intervenciones que pueden ser incorporadas en las estrategias que establezca el país a futuro en los tres niveles de intervención indicados. Cabe destacar que dado que el MPP ha sido diseñado como referente para el desarrollo de acciones integradas, y en este sentido el listado no es exhaustivo. Las iniciativas a nivel local y nacional incorporarán estas y otras acciones acorde con sus necesidades y características del contexto.

Elementos/Áreas estratégicas	Prevención	Tratamiento, atención y apoyo	Defensa y promoción de los Derechos humanos y la igualdad de género
I. Objetivos	Prevenir el VIH y la VCM a través de cambios en los niveles de conocimiento, las actitudes y las prácticas que vinculan ambas epidemias, mediante acciones integradas que aseguren transformaciones a nivel individual, familiar y comunitario.	Asegurar el acceso a los servicios de calidad en los sectores de justicia, salud, educación, trabajo, protección y apoyo social de las mujeres afectadas por el VIH y/o la VCM.	Promover el respeto y protección de los DDHH de mujeres a través de la reorganización y fortalecimiento de las políticas y programas existentes sobre el VIH y la VCM con base en las mejores prácticas, en coordinación con las instituciones relacionadas a ambos problemas.
II. Áreas de aplicación de las políticas y programas integrados	<ul style="list-style-type: none"> • Salud • Educación • Mecanismo Nacional de la Mujer • Justicia y sector de seguridad (Policía) • Defensoría del Pueblo • Desarrollo Social • Organizaciones comunitarias y de la sociedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Justicia • Salud • Nutrición • Educación • Desarrollo Social • Trabajo • Economía • Mecanismos de gestión integral de riesgo de desastre 	<ul style="list-style-type: none"> • Justicia • Seguridad • DDHH, Defensoría • Mecanismo Nacional de la Mujer • Salud

Elementos/Áreas estratégicas	Prevención	Tratamiento, atención y apoyo	Defensa y promoción de los Derechos humanos y la igualdad de género
Potenciales intervenciones y apoyo			
	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de prevención a nivel comunitario basados en el reconocimiento de los vínculos entre el VIH y la VCM. • Programas educativos que enfatizan la construcción de empoderamiento de las mujeres, masculinidades no violentas y cuestionamiento de las normas de género que impulsan ambas problemáticas. • Actividades de promoción y defensa de los derechos de las personas que viven con VIH, con énfasis en la eliminación de la violencia contra las mujeres VIH positivas. • Producción de estadísticas diferenciadas acerca del VIH y la VCM y desagregadas por sexo, pueblo y territorio • para la generación de programas de prevención adecuados a la 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones centradas en el cambio de actitudes de proveedores de servicios en justicia, salud, educación, trabajo social y otras áreas dirigidas a eliminar prácticas discriminatorias y violencia hacia las personas que viven con VIH, incluyendo las mujeres VIH positivas. • Establecimiento de normas para el abordaje integral al VIH y la VCM en los sectores de justicia, salud, trabajo, seguridad. • Incorporación de contenidos específicos sobre VCM en las intervenciones de VIH: consejería y prueba, tratamiento, nutrición, apoyo social, grupos de apoyo. • Integración de contenidos de VIH en intervenciones clave de atención a la 	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategias formativas de educación ciudadana en DDHH, la igualdad de género, articulado a las intersecciones entre el VIH y la VCM. • Garantizar la integración y aplicación del principio de equidad entre mujeres de diversas identidades étnicas culturales y económicas, en todas las intervenciones integradas de VIH y VCM. • Garantizar la positividad, observancia y aplicación de las convenciones, convenios, acuerdos y declaraciones internacionales, suscritos por Guatemala, que protejan y favorezcan los derechos humanos de las mujeres y la Plataforma para la Acción Mundial de Beijing emanada de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer.

Elementos/Áreas estratégicas	Prevención	Tratamiento, atención y apoyo	Defensa y promoción de los Derechos humanos y la igualdad de género
Potenciales intervenciones y apoyo			
	<ul style="list-style-type: none"> • población meta. Propiciar el empoderamiento de las mujeres a través de la construcción de ciudadanía en el modelo educativo vigente y la participación en las actividades preventivas del VIH y la VCM. • Educación integral de la sexualidad humana desde un enfoque de DDHH, género y etnia; incorporando explícitamente el VIH y la VCM. • Campañas dirigidas a la población general para aumentar el reconocimiento de la- interrelación de la VCM y el VIH. • Procesos educativos que incidan en la construcción de autonomía de las mujeres y masculinidades no violentas. • La prevención de la violencia sexual en el ámbito público y privado. • Estadísticas desagregadas por 	<p>VCM: detección, intervención en crisis, apoyo psicológico, evaluación de riesgo, asistencia médica y legal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medidas que garanticen el acceso a tratamientos integrados culturalmente adaptados y distribuidos por todo el territorio nacional en ambos temas VIH y VCM. • Propiciar la participación activa de las mujeres VIH positivas y sobrevivientes en la definición y construcción de programas de atención. • Oferta sistemática de las pruebas a las mujeres embarazadas y a las mujeres en general acompañadas de consejería pre y post prueba que incluya detección de la VCM, prevención de la violencia, medidas de seguridad, violencia y adherencia al 	<ul style="list-style-type: none"> • Compatibilizar la legislación nacional con la legislación internacional sobre los DDHH de las mujeres Mayas, Garífunas, Xincas y Mestizas y proponer nuevas leyes que promuevan la equidad entre mujeres y hombres y su relación con el VIH y la VCM. • Garantizar el acceso eficiente, eficaz y oportuno de las mujeres a la justicia pronta y cumplida, con énfasis en los casos de VCM y VIH. • Medidas para asegurar la aplicación de la justicia en todos los niveles, basados en monitoreo constantes de la VCM, el VIH y sus vínculos. • Promover la transformación de la ideología, valores, principios y prácticas fundamentadas en la opresión y VCM las mujeres Mayas, Garífunas, Xincas y Mestizas, explicitando sus

Elementos/Áreas estratégicas	Prevención	Tratamiento, atención y apoyo	Defensa y promoción de los Derechos humanos y la igualdad de género
Potenciales intervenciones y apoyo			
	<p>sexo, geografía y grupo étnico que permitan identificar las violencias contra las mujeres y su relación con el VIH.</p> <ul style="list-style-type: none"> Estadísticas que recojan la magnitud de la epidemia del VIH en poblaciones Mayas, Garífunas y Xincas. 	<p>tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> Medidas de garantías para la atención integral y medicamentos a las mujeres VIH positivas propiciando un ambiente libre de estigma y discriminación, prevención y atención a la VCM. Establecimiento de indicadores mínimos comunes para la documentación del VIH y la VCM. Incorporación de la participación activa y significativa de las mujeres VIH+ y grupos que trabajan en torno a la VCM en el diseño de programas y servicios de VIH y VCM. Dotación de kits de emergencia en casos de violencia sexual, la dotación de pruebas de VIH y la dotación del tratamiento de antirretrovirales a nivel nacional. 	<p>vínculos con el VIH.</p> <ul style="list-style-type: none"> Promover el respeto y la vigencia del marco legal de derechos humanos y derechos específicos de las mujeres y las mujeres Mayas Garífunas y Xincas en el contexto del VIH y la VCM. Garantizar el entorno legal necesario para la protección de las mujeres en relación a la VCM y el VIH. Inclusión de información sobre el VIH y la VCM en los mecanismos de rendición de cuentas sobre DDHH, justicia y desarrollo. Incorporación de la participación activa y significativa de las mujeres VIH+ y grupos que trabajan en torno a la VCM en las iniciativas que aborden la igualdad de género, los DDHH, el VIH y VCM. La persecución efectiva de delitos contra la libertad e indemnidad sexual de las mujeres y otros delitos basados en género.

3.6. Responsabilidades sectoriales y M&E

Responsabilidades estratégicas y sinergias.

En el proceso de operativización del MPP es necesario involucrar a las organizaciones e instituciones que tienen a su cargo la implementación de las políticas relacionadas con el VIH y la VCM antes mencionadas:

- CONASIDA, como ente que coordina y articula los esfuerzos al respecto del VIH y SIDA.
- Programa Nacional de VIH, encargado de ejecutar a nivel oficial las acciones al respecto.
- Secretaría Presidencial de la Mujer y su brazo operativo, la Comisión Nacional de Prevención de la Violencia contra la Mujer.
- Ministerios de Salud, Educación, Gobernación, Organismo Judicial, Ministerio Público, Procuraduría de Derechos Humanos.
- Espacios de coordinación intersectorial: CONAPREVI.
- Sociedad civil: Grupos de mujeres viviendo con el VIH, grupos de VCM, grupos de mujeres Mayas, Garífunas y Xincas.

Monitoreo y evaluación

Con el objetivo de garantizar la efectividad en la implementación y cumplimiento de este MPP, se propone que el M&E se realicen de manera transversal en las distintas políticas ya existentes. Por ejemplo, la PNPDIM establece indicadores, responsables y actividades que pueden ser readecuados para abordar la interrelación entre el VIH y la VCM. La operativización de las intervenciones propuestas en el MPP deberá coincidir con las generadas por el Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH y SIDA, aprobado en 2011 para poder ser evaluado de manera

integral en los mismos espacios. El MPP deberá ser monitoreado por las instancias responsables de ejecutar las políticas de VIH y VCM en conjunto, y por las instancias establecidas como responsables en la propuesta.

3.7. Recomendaciones para la implementación

Los grupos consultados, que incluyen la Secretaría Presidencial de la Mujer, el Programa Nacional de VIH y la SEGEPLAN, resumen sus recomendaciones para la implementación del MPP en los siguientes aspectos:

- No existe en este momento en el país condiciones para la implementación de una política pública nueva que pudiera incorporar las cuestiones que se plantean en este diseño operativo. En este sentido, el MPP debe mantenerse en el marco de recuperar y actuar en torno a las cuestiones planteadas en la PNPDIM, con vigencia hasta el 2023, en el Plan Estratégico Nacional sobre ITS, VIH y SIDA 2011-2015 y el PLANOVI.
- La vigencia de la PNPDIM, PEN y del PLANOVI permite que se consideren como las puertas de entrada prioritarios para la generación de propuestas de integración de VIH y VCM en el país.
- Se considera oportuno aprovechar el momento político en el que se debe generar una evaluación del PLANOVI que estará planteada para inicios del 2012, como una ocasión para integrar las estrategias de VIH y VCM en un instrumento nacional que ya está en ejecución y cuya importancia es reconocida por todos los actores involucrados.
- Es necesario incluir dentro de la Política de VIH, que está siendo evaluada por SEGEPLAN, indicadores que puedan medir el impacto de la interrelación de la VCM y el VIH en la vida de las mujeres, para generar un entorno propicio para la defensa de los DDHH y la prevención del VIH.

Acciones prioritarias en el corto plazo

- Generar dentro de la revisión del PLANNOVI las condiciones necesarias para la implementación de acciones de prevención del VIH y la VCM.
- Propiciar, dentro de la revisión a la Política Nacional de VIH, la integración de propuestas que incluyan la interrelación de ambos temas.
- Proponer, dentro de las encuestas nacionales como la ENSMI, la inclusión de análisis que permitan evidenciar la percepción de riesgo que tienen las mujeres que sufren VCM acerca del VIH, y otros cruces de variables relevantes para ampliar la base de evidencia sobre las intersecciones entre el VIH y la VCM.
- En la implementación de la PNPDIM, fortalecer aquellas actividades sobre la prevención de la VCM y el VIH y que se muestran actualmente por separado en la PNPDIM, en el entendimiento que la misma es un instrumento que debe implementarse en su totalidad y no como un proceso segmentado.

Responsables y Garantes

- Se propone a la Secretaría Presidencial de la Mujer y a la CONAPREVI como responsables de la implementación de acciones, siempre desde su posición de asesoras y coordinadoras para la negociación con los entes ejecutores ya identificados en este Modelo.
- Se propone a la SEGEPLAN, dentro de sus responsabilidades para el análisis de la implementación de políticas públicas, para la revisión de los alcances de la Política del VIH y la integración de la VCM y el VIH dentro de la misma, a través de la implementación del Plan Estratégico Nacional de VIH-SIDA.

Anexo 4



Foto: <http://www.flickr.com/photos/lonqueta/3710782487/sizes/o/in/set-72157623546923235/>

Directorio de actores clave que participaron en el diseño del MPP

- Licda. Sonia Escobedo. Secretaria Presidencial de la Mujer (SEPREM).
- Licda. Verónica Sajbin. Directora de la Dirección de Políticas Públicas, SEPREM.
- Licda. Alejandra Menegazzo. Subdirectora de la Dirección de Políticas Públicas, SEPREM.
- Licda. Lidia Laynez. Coordinadora del Área de Salud, Dirección de Políticas Públicas, SEPREM.
- Licda. Jeanie Herrera. Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia, SEGEPLAN.
- Licda. Iris López, Coordinadora de CONASIDA.
- Dr. Carlos Lix. Consultor en Salud Intercultural, ASECSA (Asociación de Servicios Comunitarios de Salud).
- Licda. Fabiola Chen, Responsable de Género en el Programa Nacional de VIH, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- Dra. Silvia Lucrecia Ríos, Programa Nacional de VIH.
- Dra. Patricia Rivera. ONUSIDA.
- Dr. Rubén Pagés. ONUSIDA.
- Johana Esmeralda Ramírez, Asociación OTRANS, Reinas de la Noche.
- Azucena Eiyadeh. Plan Internacional.



Modelo de políticas y programas integrados de VIH y violencia contra las mujeres en Guatemala



Organización de los Estados Americanos



Comisión Interamericana de Mujeres



MINISTERIO DE ASUNTOS EXTERIORES Y EUROPEOS

