

VIH/SIDA+VIOLENCIA

Dos caras de una misma realidad



Dos caras de una misma realidad: Violencia hacia las mujeres y VIH/sida en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay Evidencias y propuestas para la reorientación de las políticas públicas

Mabel Bianco / Andrea Mariño Compiladoras

Dos caras de una misma realidad : violencia hacia las mujeres y VIH/SIDA en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay : evidencias y propuestas para la reorientación de las políticas públicas / compilado por Mabel Bianco y Andrea Mariño.
1a ed. - Buenos Aires: Fund. para el Estudio e Investigación de la Mujer, 2010.
90 p. ; 14x21 cm.

ISBN 978-987-9414-05-7

1. Políticas Públicas. 2. Sida. 3. Violencia. I. Bianco, Mabel, comp. II. Mariño, Andrea, comp.
CDD 320.6

VIH/SIDA+VIOLENCIA

Dos caras de una misma realidad

Dos caras de una misma realidad: Violencia hacia las mujeres y VIH/sida en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay

Evidencias y propuestas para la reorientación de las políticas públicas

Mabel Bianco / Andrea Mariño Compiladoras

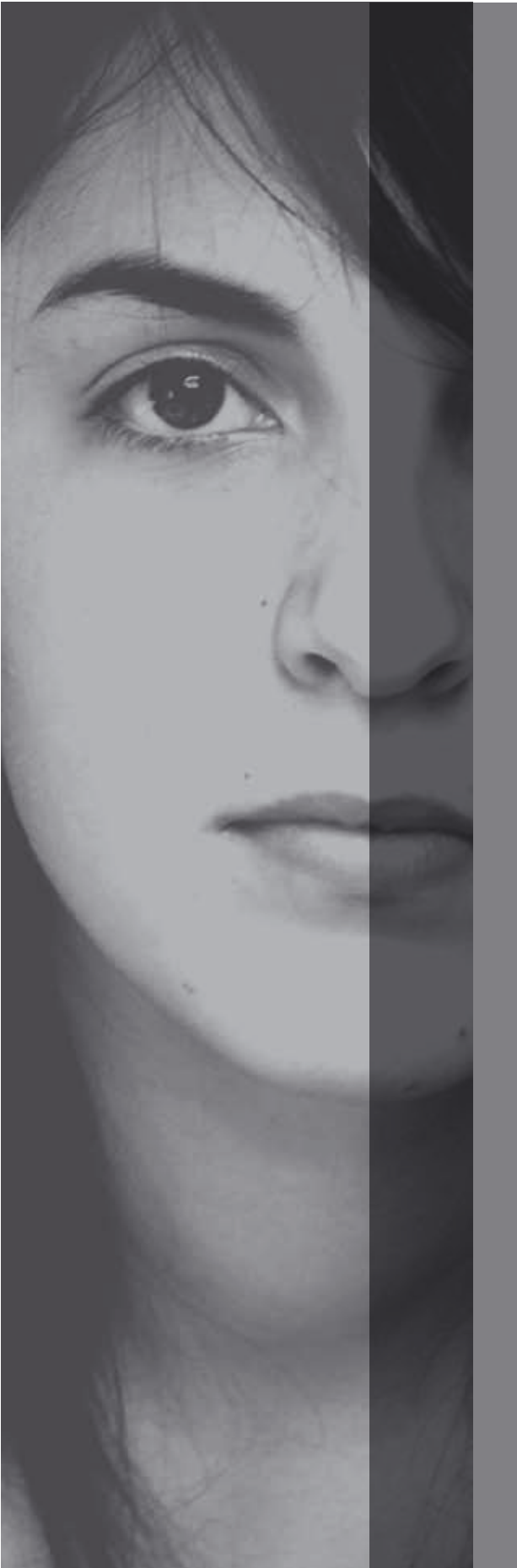
1ra. Edición 2010

ISBN: 978-987-9414-05-7



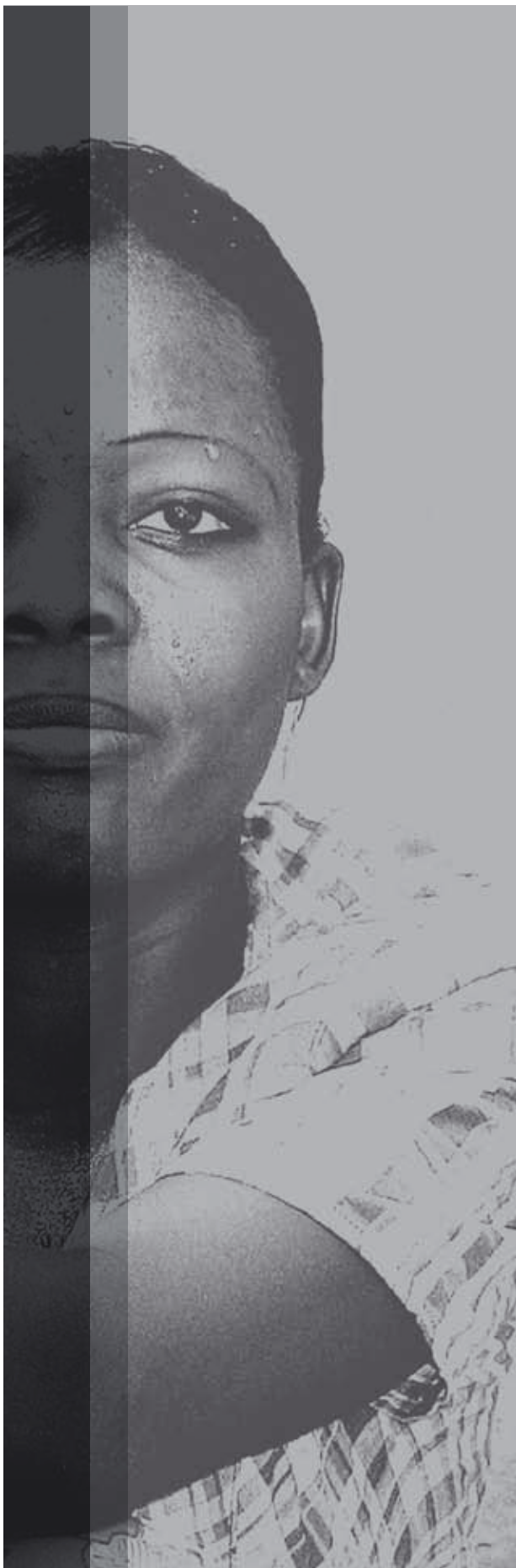
Realizado con el apoyo de:





Índice

>	Introducción	6
I.	Contexto social y político de la violencia contra las mujeres y el VIH/sida en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay	8
	I. Estadísticas de violencia contra las mujeres	10
	II. Estadísticas de VIH/sida	14
	III. Legislación y políticas públicas	16
	IV. Protocolos de atención	23
	V. Estado del arte	24
	VI. Acciones de la sociedad civil	26
	VII. Análisis y comentarios	29
II.	La investigación cuali cuantitativa	32
	I. Objetivos e hipótesis	34
	II. Aspectos metodológicos	34
	III. Población de la investigación	35
III.	Análisis de datos cuantitativos	36
	I. Datos sociodemográficos	38
	II. Salud sexual y reproductiva	45
	III. Diagnóstico de VIH	51
	IV. Violencia	55
	V. Violencia y VIH	59
IV.	Análisis de datos cualitativos	62
	I. Violencias vividas en la infancia y adolescencia	64
	II. Violencia en las parejas	68
	III. Uso e información sobre métodos anticonceptivos (MAC)	73
	VI. Diagnóstico de VIH/sida	76
	V. Violencia institucional	78
	VI. Percepción del vínculo VIH y violencia en la vida de las mujeres	80
	VII. Conclusiones del análisis cuali cuantitativo	81
V.	Incidencia política	84
	I. Aproximación teórica	86
	II. Las acciones de incidencia política en el proyecto	86
	III. Estrategia de incidencia política en el nivel nacional	87
	IV. Estrategia de incidencia política en el nivel regional	89
	V. Balance	91
VI.	Recomendaciones	92
>	Bibliografía	96



Introducción

La presente publicación presenta los resultados del estudio multicéntrico realizado en cuatro países, Argentina, Brasil, Chile y Uruguay en el marco del proyecto ***Dos caras de una misma realidad: Violencia contra las mujeres y feminización del VIH/SIDA en el Mercosur***. El proyecto fue coordinado por la Fundación para estudio e Investigación de la Mujer-FEIM (Argentina). En cada uno de los países fue llevado adelante por Gestos (Brasil), Educación Popular y Salud-EPES (Chile) y Mujer y Salud-MySU (Uruguay). El proyecto fue pensado y elaborado en el año 2007 ante la falta de información existente en nuestros países sobre la relación entre la violencia contra las mujeres y el VIH/sida. En el año 2005 un grupo de organizaciones de mujeres de distintos países del mundo crearon la campaña: ***Las mujeres no esperamos. Acabemos la violencia contra las mujeres y el VIH/sida YA!***, conocida por sus siglas en inglés como W.W.W. El grupo de organizaciones de América Latina y el Caribe y especialmente FEIM, como organización coordinadora de esa Campaña en el período 2006-2007, buscaron datos secundarios sobre estudios e investigaciones realizadas. El vacío de información reflejado en el primer informe sobre esta relación en América Latina y el Caribe que se publicó, evidenció la necesidad de realizar este tipo de estudios.

El objetivo central del proyecto es aportar información sobre la intersección entre la violencia contra las mujeres y el VIH/sida, relación que aún no había sido estudiada en la región. Esto impedía visualizar la magnitud del problema, y, por lo tanto, implementar políticas públicas.

El estudio fue posible gracias al apoyo de varias instituciones y organizaciones, especialmente el Fondo de Desarrollo de Naciones Unidas para la Mujer, UNIFEM, que a través del Fondo Fiduciario otorgó los fondos necesarios para su realización.

Agradecemos el entusiasmo, aporte y compromiso brindado por las organizaciones de mujeres viviendo con VIH de los cuatro países, quienes han sido protagonistas e interlocutoras clave para consolidar la información relevada en cada una de las etapas. A las mujeres viviendo con VIH que compartieron con las responsables de las cuatro organizaciones sus vivencias, inquietudes y expectativas, por su paciencia y confianza en este trabajo. Asimismo, deseamos expresar nuestro reconocimiento por el entusiasmo, la perseverancia y el compromiso de las compañeras y colegas de las organizaciones de mujeres que fueron las asociadas: EPES en Chile, GESTOS en Brasil y MySU en Uruguay. Por último el agradecimiento a la oficina de UNIFEM en Argentina, a la oficina en Brasil y a la oficina regional que apoyaron y acompañaron la realización de este proyecto.

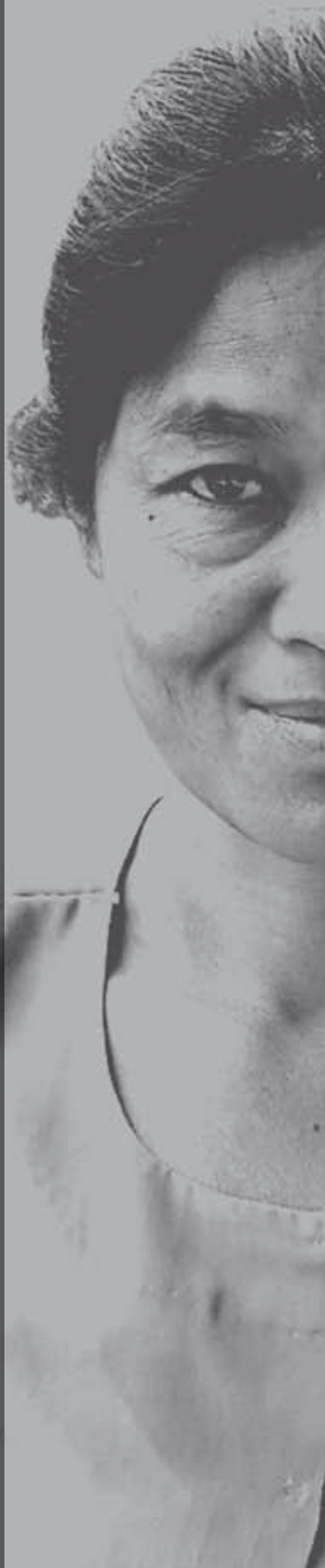
La publicación está organizada en siete capítulos. En el **capítulo 1** se presentan la revisión de las estadísticas, legislación, políticas públicas y estado del arte sobre la temática en cada uno de los países y en el nivel regional. En el **capítulo 2** se describen la metodología y el protocolo de investigación desarrollado. En el **capítulo 3** se describen y analizan los resultados de la encuesta aplicada a una muestra de mujeres viviendo con VIH de los cuatro países. El **capítulo 4** contiene el análisis de las entrevistas en profundidad realizada a un subgrupo de mujeres viviendo con el VIH que integraron la muestra y que habían sido víctimas de violencia previo a su diagnóstico del VIH. En el **capítulo 5** se desarrollan las conclusiones del estudio cuali cuantitativo. Por último, en el **capítulo 6** se presenta una serie de recomendaciones referidas al diseño, el monitoreo y la reorientación de programas y políticas públicas que respondan a estos dos problemas y a su interrelación.

Por último, consideramos que este estudio es un aporte al debate y un insumo para generar y apoyar el desarrollo de iniciativas orientadas a lograr el abordaje integral de la violencia y el VIH, tanto en el nivel de las políticas públicas como del trabajo de abogacía o incidencia política, concientización, prevención, asistencia y apoyo a víctimas de violencia y a mujeres vulnerables frente al VIH, que realizan las organizaciones de la sociedad civil. Esperamos que este aporte espera sea recogido por quienes diseñan y adoptan políticas públicas, por eso es para responsables de programas gubernamentales y decisores de políticas a quienes está destinada esta publicación y con quienes se espera analizarla y discutirla.

Mabel Bianco / Andrea Mariño

Buenos Aires, noviembre de 2010

I



MERCOSUR COMPARTEN
CARACTERÍSTICAS CULTURA
HISTÓRICAS, SOCIALES,
ECONÓMICAS Y POLÍTICAS.
GRAN CANTIDAD DE PAÍSES
AMÉRICA LATINA COMIEN
DÉCADA DE 1980 CON
GOBIERNOS AUTORITARIOS
DICTATORIALES. NO OBSTA
PARTIR DE 1983 SE INICIA
PAULATINO PROCESO DE
DEMOCRATIZACIÓN EN ALG
DE ESTOS PAÍSES. SE INICI
ARGENTINA, URUGUAY,
PARAGUAY, BRASIL, MÉXICO
PERÚ, BOLIVIA, COLOMBIA
ECUADOR GOBIERNOS ELE
POR EL VOTO POPULAR. LA
APERTURA DEMOCRÁTICA
ACOMPAÑADA POR FORMA
ORGANIZACIÓN SOCIAL Y
POLÍTICAS DIFERENTES A L
TRADICIONALES, QUE BASA
FUNDAMENTALMENTE SU
EN LA DEFENSA DE TEMAS
ESPECÍFICOS, VINCULADOS
GENERAL A LA SEGUNDA
GENERACIÓN DE DERECHOS
HUMANOS, LOS DERECHOS
ECONÓMICOS Y SOCIALES.
DÉCADA DE 1980 EN AMÉR
LATINA SE CARACTERIZA PO

Contexto social y político de la violencia contra las mujeres y el VIH/SIDA en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay.

Alessandra Nilo, Patricia Leitaó, Glandston Lima y Joseneide Meneses (Brasil), Verónica Burstin, Lilián Abracinskas, Alejandra López Gomez (Uruguay), Eugenia Calvin Pérez, Sonia Covarrubias, Sandra Iturrieta, Stella Toro Céspedes (Chile), María Inés Re, Mabel Bianco y Andrea Mariño (Argentina).

- I. Estadísticas de violencia contra las mujeres
- II. Estadísticas de VIH/sida
- III. Legislación y políticas públicas
- IV. Protocolos de atención
- V. Estado del arte
- VI. Acciones de la sociedad civil
- VII. Análisis y comentarios

Los países de la región latinoamericana y muy especialmente los del Mercosur comparten características culturales, históricas, sociales, económicas y políticas. Una gran cantidad de países de América Latina comienza la década de 1980 con gobiernos autoritarios y dictatoriales. No obstante, a partir de 1983 se inicia un paulatino proceso de democratización en algunos de estos países. Se inician en Argentina, Uruguay, Paraguay, Brasil, México, Perú, Bolivia, Colombia y Ecuador gobiernos elegidos por el voto popular. La apertura democrática, fue acompañada por formas de organización social y políticas diferentes a las tradicionales, que basaron fundamentalmente su lucha en la defensa de temas más específicos, vinculados en general a la segunda generación de derechos humanos, los derechos económicos y sociales. La década de 1980 en América Latina se caracteriza por un franco estancamiento económico que produce un descenso del producto bruto interno, con un crecimiento de la deuda externa y de la puja distributiva entre sectores. Esta crisis da lugar a desestabilizaciones sociales que afectan los procesos de democratización iniciados.

En la década de 1990 se adoptan modelos de ajuste estructural que recomiendan la privatización de servicios públicos y la apertura de los mercados. En América Latina se adoptan procesos de reforma de los servicios públicos de salud, educación, y otros, que se caracterizaron por una disminución notoria de la intervención del Estado en las esferas económica y social, principalmente a través de políticas de privatización de servicios, descentralización de programas de salud, educación, vivienda y otros, y la focalización de los programas sociales en los sectores pobres en crecimiento en nuestros países.

Paralelamente al desentendimiento del Estado, se evidencia un crecimiento de actividades y funciones por parte de las organizaciones sociales y grupos comunitarios que incluyen acciones en forma subsidiaria del Estado. El cambio en la estructura laboral no sólo se caracteriza por el crecimiento del trabajo informal sino también por el aumento de su precarización.

A partir del año 2000 la situación en América Latina continuó profundizando la desigualdad, que es la mayor respecto de otros continentes. Disminuyó la proporción de población con cobertura de la seguridad social, continuó creciendo el trabajo informal y precario y empeoró la redistribución de la riqueza, concentrándose cada vez más los ingresos. Según CEPAL el decil más rico de la población recibió en el año 2004 el 36,1% del ingreso total, y el más pobre, el 3,5%.¹ Se registra una tendencia al aumento de esta brecha. En la mayoría de los países de la región sigue creciendo la riqueza, que se concentra en el decil más rico de la población y disminuye en el decil más pobre.

1. CEPAL: Panorama social de América Latina, 2004, Santiago de Chile, noviembre de 2004.

I. I.

Estadísticas de violencia contra las mujeres



Resulta preocupante la limitación de datos oficiales que permitan tener un panorama de la magnitud de la violencia contra las mujeres en estos cuatro países, aunque Uruguay es donde se registra un mayor desarrollo estadístico al respecto. A esto se agrega la falta de actualización de los datos. La mayoría de los datos provienen del rastreo de las denuncias por violencia contra las mujeres. En cuanto a los tipos de violencia, Chile y Uruguay son los países que cuentan con registros más detallados. Si bien los datos de Chile son parciales porque representan a sólo cuatro regiones del país, resulta interesante la división de categorías: sin violencia; con violencia y prevalencias según tipo de violencia, donde se incluye violencia psicológica, violencia física leve, violencia física grave y violencia sexual. Por su parte, Uruguay cuenta con un registro de denuncias de delitos sexuales, en el que se discriminan las violaciones consumadas de las tentativas, y otros tipos de delitos sexuales.

En la información disponible en Argentina se diferencian los delitos contra la integridad sexual femenina y las violaciones. En la misma línea, las cifras de Brasil distinguen entre violaciones y *atentado violento al pudor*. Ambos países no cuentan con registros nacionales unificados de violencia contra las mujeres, lo que atenta contra la confiabilidad de los datos.

En cuanto a los perfiles sociodemográficos de las víctimas, los datos disponibles en los cuatro países son parciales e incompletos. En general no se incluye información sobre etnia, religión, ni lugares de ocurrencia de los episodios violentos. El único país de este estudio en el que se realiza un registro sistemático de denuncias es Uruguay, a través del Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad del Ministerio del Interior. Además, este país es el que presenta los datos oficiales más actualizados (2007).

Si bien hay algunos datos disponibles sobre muertes por violencia contra las mujeres (la mayoría, no oficiales), es limitada la información sobre la prevalencia de violencia no letal.

El incremento de las denuncias en todos los países evidencia un cambio en la percepción social al considerar la violencia contra las mujeres como un tema que no es netamente privado y por lo tanto debe trascender a la esfera de lo público. Asimismo, pone de manifiesto el

aumento de confianza y legitimidad de los organismos judiciales, y la necesidad de un mejoramiento urgente de los mecanismos jurídicos y de los sistemas de registros de datos, que deberían incluir el perfil sociodemográfico de las víctimas y sus agresores.

En **Argentina**, los datos provienen principalmente del relevamiento de los medios masivos de comunicación, de información disponible de ONG y de servicios municipales y provinciales de atención a la violencia contra las mujeres. En el ámbito nacional no se dispone de información estadística sistematizada sobre incidencia y prevalencia de casos de violencia contra la mujer¹ y no existe un registro que sistematice los datos de todo el país.

Los análisis estadísticos de ONG y centros de investigación señalan que en una de cada cinco parejas hay episodios de violencia. En el 42% de los casos de mujeres asesinadas, el crimen lo realiza su pareja. El 37% de las mujeres golpeadas por sus esposos lleva veinte años o más soportando la situación de violencia y se estima que el 23% de las mujeres argentinas son víctimas de violencia.²

Según la Dirección Nacional de Política Criminal dependiente del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación, en 2007 se reportaron 10.557 delitos contra la integridad sexual, de los cuales 3.276 fueron violaciones. El informe señala, además, que del total de delitos contra la integridad sexual sólo 1.347 tuvieron sentencias condenatorias (12,7%).³ La línea telefónica perteneciente al Programa Provincial de Atención a Mujeres Víctimas de la Violencia que depende de la Secretaría de Derechos Humanos de la provincia de Buenos Aires y que recibe las llamadas derivadas de la Central de Emergencias Policiales 911, comenzó a atender a partir del 24 de enero de 2008. Durante el primer año se recibieron 14.882 llamadas y se atendieron 11.874 víctimas. Durante el año 2009 se registraron 13.692 llamados y se atendieron 12.011 mujeres en situación de violencia. En tanto, en el primer cuatrimestre de 2010 hubo 2.042 llamados y se atendieron a 1.794 víctimas.⁴

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de los 6.541 llamados recibidos en 2008 en la línea 137 del Programa Las Víctimas contra las Violencias, del Ministerio de Justicia de la Nación, entre el 70 y el 75% fueron realizadas por mujeres maltratadas física o psicológicamente.

- Ministerio Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto y UN-FPA: “Primer informe argentino para el seguimiento de la aplicación de la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer”, Consejo Nacional de la Mujer presentado a la CIM, 28 de abril de 2006, publicado en *Mujer contra la discriminación y la violencia por el desarrollo social*, Buenos Aires, 2007.
- Diario Hoy: http://www.diariohoy.net. Argentina, 15 de mayo, 2005.
- Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos, Dirección Nacional de Política Criminal, Sistema Nacional de Información Criminal: *Informe Total País. Argentina*, 2007.
- Secretaría de Derechos Humanos: Programa de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia. Datos estadísticos, 2010, disponible en: http://www.sdh.gba.gov.ar/areas/avm.php

La Dirección General de la Mujer perteneciente al gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, distrito donde el año pasado se produjeron ocho homicidios relacionados con la violencia doméstica, asistió durante 2009 a 7.225 mujeres que se presentaron de manera espontánea en alguno de los siete centros integrales de la mujer ubicados en distintos puntos de la ciudad.⁵

La Oficina de Violencia Doméstica de la Corte Suprema –OVD–, que depende del Poder Judicial de la Nación, con área de acción en la Ciudad de Buenos Aires, registró en el período de septiembre de 2008 hasta septiembre de 2009, 6.000 denuncias que afectaron a 7.300 personas, de las cuales el 82% son mujeres y el 18%, varones. En cuanto al tipo de violencia denunciada la composición fue: 89% psicológica; 68% física; 30% económica y 14% sexual.⁶ Respecto de los agresores, el 52% son parejas de las víctimas (26% concubinos y 26% cónyuges) y el 31% ex parejas.⁷ De los casos recibidos en la OVD, 6 de cada 10 fueron derivados a la Justicia penal. Sin embargo, 9 de cada 10 expedientes fueron archivados y sólo el 11% continúa en trámite.⁸

Según datos del *Informe de Investigación de Femicidios en Argentina*⁹ realizado por la Asociación Civil La Casa del Encuentro, en el período comprendido entre el 1ro. de enero al 31 de diciembre de 2009, se registraron 231 femicidios de mujeres y niñas, lo que significó un incremento del 11% de asesinatos por violencia de género en el país respecto del año 2008.

En **Brasil**, la investigación llevada a cabo por el Instituto Sangari sobre violencia revela que entre los años 2003 y 2007, según datos del Subsistema de Información sobre Mortalidad del Ministerio de Salud, se notificaron 19.440 asesinatos de mujeres. Los datos muestran cerca de 4.000 homicidios al año. Esto equivale a un promedio nacional de 4,2 homicidios por cada 100.000 mujeres.¹⁰

De acuerdo con una investigación realizada por la Fundación Perseo Abramo en 2001, aproximadamente el 33% de las mujeres brasileñas sufrieron algún tipo de violencia en sus vidas. En 2001 en la encuesta nacional La Mujer Brasileira en los Espacios Públicos y Privados, el 43% de las mujeres declararon haber sufrido alguna violencia y el 33% se identificó como víctima de violencia física.¹¹

- Online911: Violencia doméstica: aumentaron 11 por ciento las muertes de mujeres, febrero de 2010, disponible en http://www.online-911.com.
- Corte Suprema de la Nación. Oficina de Violencia Doméstica: *Datos más relevantes del primer año de actividades de la OVD. Argentina*, 2009.
- Diario Página/12, Las 12: *Ocho de cada diez mujeres asesinadas tenían más de treinta años de vida por delante*, Buenos Aires, 27 de noviembre 2009.
- Ídem 8.
- Asociación Civil “La Casa del Encuentro”: *Informe de Investigación de Femicidios en la Argentina. 1ro. de enero al 31 de diciembre 2009*, Argentina, disponible en: http://www.lacasadelencuentro.com.ar/2009.html.
- Walselfisz, J. J.: *Mapa da violência 2010: Anatomia dos homicídios no Brasil*, San Pablo, Instituto Sangari, 2010.
- Fundación Perseu Abramo. Núcleo de Opinión Pública: La Mujer Brasileira en los Espacios Públicos y Privados (encuesta). Brasil, 2001.

La Central de Atención a la Mujer fue creada en el año 2006, y en estos cuatro años de existencia, la línea 180 registró 1.266.941 atenciones. De éstas, el 30% (371.537) corresponde a pedidos de información sobre la legislación vigente. En 2010, esta Central registró, entre los meses de enero y junio, 343.063 atenciones, 112% más que en el mismo período del año 2009 (161.774). La mayoría de las mujeres que llaman a esa entidad tiene entre 25 y 50 años de edad (67,3%) y un nivel de escolaridad primaria (48,3%). En el 50,3% de los casos atendidos por la Central de Atención a la Mujer, la víctima dice correr peligro de muerte. Otro dato significativo es que las amenazas y las lesiones corporales representaron cerca del 70,0% de los llamados. Datos de la Seguridad Pública también señalan a estos dos crímenes como los de mayor incidencia en las Comisarías.

De las mujeres que tomaron contacto con el servicio, el 14,7% informó que la violencia sufrida era ejercida por un ex novio o ex compañero, el 57,9% están casadas o en pareja y en el 72,1% de los casos, las mujeres relatan que viven junto con el agresor. Cerca del 39,6% de las mujeres refirió que sufre violencia desde el inicio de la relación, el 57% aseguró sufrir violencia diariamente y el 38% relató que el tiempo de vida conyugal supera los diez años. El porcentaje de mujeres que declaró no depender financieramente del agresor fue del 69,7%. Los números muestran que el 68,1% de los/as hijos/as presencian la violencia y que el 16,2% sufren violencia junto con sus madres.

Brasil cuenta hoy con una Red de Atención a la Mujer, compuesta por 782 servicios especializados de atención a las mujeres, con 70 Casas-abrigo, 167 Centros de Referencia, 462 Comisarías o Puestos Especializados de Atención a las Mujeres, 83 Juzgados Especializados o Tribunales de Violencia Doméstica y Familiar contra la Mujer.

Una investigación realizada por Ibope y el Instituto Avon (2009) en colaboración con el Instituto Patrícia Galvão sobre las percepciones y reacciones de la sociedad acerca de la violencia contra la mujer, reveló que el 55% de los/as entrevistados/as conocían casos de agresiones hacia las mujeres. Para las personas entrevistadas las razones por las cuales las mujeres permanecían con el agresor es en primer lugar, la falta de condiciones económicas para vivir sin el compañero (24%). El segundo motivo citado por el 23% es la preocupación por la crianza de los/as hijos/as. El tercer motivo llama la atención por la gravedad: el 17% de las personas entrevistadas creían que las mujeres no abandonaban al agresor por miedo a ser asesinadas al terminar con la relación. En cuanto a las actitudes de ayuda hacia la mujer que sufre violencia, el 39% de las personas que conocían una víctima de violencia tuvo alguna actitud de ayuda hacia ella. Entre las personas entrevistadas, el 56% señaló la violencia doméstica contra las mujeres en el hogar como el problema que más preocupaba a la mujer brasileña. Finalmente, el 48% creía que el ejemplo que los

padres daban a sus hijos/as podía prevenir la violencia en las relaciones entre varones y mujeres.

En **Chile**, El Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) realizó en el año 2005 estudios que establecen la prevalencia de violencia en cuatro regiones del país: Región Metropolitana y IX Región Araucanía,¹² en la II Región (Antofagasta) y IV Región (Coquimbo). Los estudios realizados por SERNAM muestran que la prevalencia de VIF (violencia intrafamiliar)¹³ oscila entre el 42,8% en Antofagasta y el 50,3% en la Región Metropolitana. Según tipo de violencia, estos estudios muestran que la violencia psicológica alcanza un valor mínimo del 39,1% en la Región de Antofagasta y un valor máximo del 43,2% en la Región Metropolitana. La menor prevalencia de violencia física corresponde a la Región de la Araucanía con un 25,3% y la mayor, a la Región de Coquimbo, donde la violencia física alcanza el 32,6%. Estos estudios distinguieron violencia física leve y grave, constatándose que la violencia física grave se presenta con mayor frecuencia que la leve, en especial en las Regiones Metropolitana y de Coquimbo.

Respecto de las denuncias por violencia intrafamiliar –VIF–, en el año 2008, Carabineros de Chile, el sistema policial de ese país, informó un total de 86.165 denuncias de mujeres mayores de quince años. Cabe señalar que las denuncias por violencia han aumentado de manera progresiva entre los años 2000 y 2008. Al primer año correspondieron 17.466 denuncias, y al segundo, 86.165, cifras que representan un crecimiento de la tasa de denuncias por cada 10.000 mujeres de 15 años y más, de 31,4 en 2000 a 131,6 denuncias en 2008.¹⁴ En cuanto a las denuncias por violencia sexual, en el año 2008 según cifras de Carabineros de Chile, se registró un total de 5.229 denuncias por abuso sexual y violación de mujeres de 14 y más años de edad. De éstas, 2.072 correspondían a mujeres adolescentes de 14 a 19 años de edad y 3.157 a mujeres de 20 años y más.

Respecto de las muertes de mujeres producto de la violencia, en el año 2006 SERNAM realizó un seguimiento, a través de la prensa, de los asesinatos de mujeres en manos de su pareja. Los casos así identificados fueron posteriormente ratificados por el Ministerio Público, confirmándose un total de 36 casos de femicidio íntimo, ocurridos entre enero y diciembre de 2006.¹⁵ En el año 2007 según información de MINSAL¹⁶ en contextos de violencia intrafamiliar el total de mujeres asesinadas fue de 61.

12. SERNAM: *Detección y análisis de la prevalencia de la violencia intrafamiliar*, Santiago de Chile, junio de 2002.

13. SERNAM: *Datos básicos VIF Comparación 4 regiones*, Santiago de Chile, julio de 2005.

14. Observatorio de Equidad de Género en Salud. Chile: www.observatoriogenerosalud.cl y cifras entregadas por Carabineros de Chile.

15. Observatorio de Equidad de Género en Salud. *Respuestas Efectivas en Violencia de Género: Materias pendientes. Informe 2006*. Chile, Febrero, 2007.

16. Ministerio de Salud: *Guía Clínica VIF*, documento borrador, Santiago de Chile, 28 abril de 2008.

En el sitio web de SERNAM se indica que en el año 2009 se contabilizaron 55 femicidios y al 30 de julio de 2010, han sido asesinadas 28 mujeres a manos de sus parejas. Chile aún no cuenta con registros oficiales de los asesinatos de mujeres a manos de sus parejas y pese a la alta frecuencia de este tipo de delito no se ha logrado hacer visible el problema para la sociedad y los tomadores de decisión. Tampoco hay avances legislativos tendientes a garantizar la protección de las mujeres y sancionar de manera efectiva la violencia contra ellas.

En Uruguay, en el primer semestre de 2009 se registró un total de 12.996 denuncias de delitos contra la persona (consumados o en grado de tentativa), 483 más que en el primer semestre de 2008.¹⁷ De estas denuncias, 200 corresponden a homicidios, 4.666 a lesiones, 200 a riñas, 6.504 a violencia doméstica (601 más que en el primer semestre de 2008) y 1.426 a otros delitos contra la persona. Estos últimos han aumentado un 19% entre 2000 y 2007. Las denuncias por delitos sexuales durante el primer semestre de 2009 fueron 600 (43 más que en el año anterior). Como puede observarse entre 2008 y 2009 las denuncias por violencia doméstica se incrementaron un 10,2%, mientras que las denuncias por delitos sexuales lo hicieron en un 7,7 %.

Las denuncias por violencia doméstica en 2009 representaron el 50,04% del total de delitos contra la persona, 2,87 puntos porcentuales más que en 2008, cuando ese porcentaje fue del 47,17%.¹⁸

De acuerdo con el reporte *Panorama de la violencia, la criminalidad y la inseguridad en Uruguay. Datos, tendencias y perspectivas* (Paternain, 2008) “En cuanto a las víctimas de violación, al igual que fuera constatado para otros delitos violentos, el número de víctimas tiende a disminuir con la edad. Sin embargo, la concentración de las víctimas de violación en franjas de edad correspondientes a la población joven es todavía mayor que en los casos de homicidio y lesiones. Mientras el intervalo de edad de 15 a 19 años representa la cuarta parte de las víctimas (25%), el porcentaje de víctimas en los tramos de edad por encima de 35 años se reduce drásticamente, no superando en ningún caso al 3% del total. Asimismo, resulta impactante constatar que bastante más de un tercio de las víctimas (38%) son menores de 15 años”.¹⁹

Con respecto a las muertes por violencia de género, se registraron 17, entre noviembre 2006 y octubre 2007.

17. Ministerio del Interior: Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad, Uruguay.

18. Ministerio del Interior. Fuente: División Estadística y Análisis Estratégico-Ministerio del Interior, Uruguay, 2010.

19. Paternain, R. (coord.): *Panorama de la violencia, la criminalidad y la inseguridad en Uruguay. Datos, tendencias y perspectivas*, Montevideo, Ministerio del Interior, PNUD. Montevideo, 2008.

EN SÍNTESIS

Los datos acerca de violencia contra las mujeres a los que se tiene acceso en estos cuatro países del Mercosur son parciales, incompletos y de difícil acceso. Esto impide dimensionar correctamente la magnitud real de esta problemática en sus aspectos cuanti y cualitativos, y constituye un obstáculo epistemológico para la elaboración de políticas públicas integrales.

Si bien existen algunos datos disponibles sobre mortalidad de mujeres por violencia de género, es muy limitada la información respecto de la cantidad de mujeres que viven en situación de violencia, las formas de violencia que padecen, la efectividad de las modalidades de intervención, los estudios económicos sobre el impacto de la violencia de género en los países, entre otros aspectos.

Es necesario avanzar en desarrollos conceptuales de las categorías trabajadas, por ejemplo, violencia leve, grave, sin violencia, violaciones tentativas y consumadas, a fin de prevenir criterios diagnósticos contradictorios y erráticos. También se debe avanzar en la inclusión de los perfiles sociodemográficos de las víctimas, lo que permitiría el cruce de esta problemática con otras variables, facilitando el mejoramiento de las estrategias de abordaje.

I. II.

Estadísticas de VIH/sida



Las características de la epidemia en los cuatro países de este estudio se corresponden con muchos de los patrones internacionales. Evidencian una concentración urbana de las personas que viven con el virus, un predominio creciente de la transmisión heterosexual, una franca feminización de la epidemia, y una disminución de la edad de infección que afecta más profundamente a las mujeres.

En **Argentina**, se estima que la cantidad de personas infectadas asciende a 120.000. De ellas, la mitad conoce su condición y casi todas se encuentran en seguimiento en los servicios de salud.¹ Los primeros enfermos de sida se registraron en 1982. Desde ese año hasta el 31 de diciembre de 2008 la Dirección de SIDA y ETS registró 75.009 notificaciones de personas infectadas. En el año 2008 se diagnosticaron y registraron 4.067 casos de infección por el VIH y 1.403 casos de sida.² La primera mujer enferma se registró en 1987, momento en que la razón varones/mujeres diagnosticados era 92/1. En el período 2007-2008, en el nivel nacional, la razón hombre/mujer en notificaciones del VIH fue de 1.6, marcando una franca feminización de la epidemia. Esto presenta variaciones según grupos de edad; en el grupo de 15 a 24 años se sitúa en el ámbito nacional en 0,9, mientras que en el intervalo de 35 a 44 años, es de 2,2,³ evidenciando la mayor vulnerabilidad de las mujeres adolescentes y jóvenes a la infección.

Actualmente la prevalencia del VIH en mujeres embarazadas es del 0,32%, con picos del 1% en algunos hospitales de conglomerados urbanos más grandes del país (Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires). De todas maneras, debido a la aplicación del Protocolo 076 desde 1997, la transmisión madre a hijo presenta una disminución evidente en los últimos años. Mientras en el período 1995-1996 se registraron 611 infecciones, en el año 2008 se diagnosticaron 113 niños infectados por transmisión perinatal, cifras que indican que esta vía de transmisión representa el 2,78% en relación con el total de casos.⁴

En cuanto a la concentración por edades, Argentina se corresponde con el patrón internacional, presentando la mayor cantidad de enfermos e infectados en las edades sexualmente activas. Se concentra mayoritariamente entre los 25 y 39 años de edad, si se tiene en cuenta que el acumulado de casos es entre 25 y 34 años. La mediana de edad de diagnóstico de varones y mujeres mayores de 13 años fue en 2001-2002 de 34 años para varones y 31 años para mujeres; en 2003-2007 de 35 y 32 años, y en 2008 de 35 y 31 años,⁵ respectivamente, evidenciando que las mujeres se infectan a edades más tempranas. En el lapso 2005-2008, el 48% de los varones se infectó por vía heterosexual y el 34% por relaciones sexuales con otros varones, en cuanto a las mujeres, el 87% se infectó por vía sexual.⁶

En Brasil, de 1980 a junio de 2009, fueron notificados un total de 544.846 casos de sida y 217.091 muertes en este mismo período.⁷ Por año, según el Ministerio de Salud de Brasil, son notificados hasta 35 mil nuevos casos en el país.

En este período, la región sudeste concentra el mayor porcentaje de casos (59,3%) seguida por la región Sur (19,2%) y por la región Nordeste (11,9%). Fueron notificados 188.396 casos de sida en mujeres. En relación con la infección por el VIH, se estima que hay 630 mil personas infectadas en el país. Entre 1980 y 2009, se observó que del total de casos identificados en varones, el 78% tienen entre 25-49 años. Para las mujeres, este porcentaje corresponde al 71%. Respecto de las tasas de incidencia por sexo y edad en ambos sexos, las tasas más altas están en la franja etaria de 30 a 49 años.

Desde 1982 hasta junio de 2009, Brasil registró 11.786 casos de sida entre jóvenes de 13 a 19 años. La incidencia de sida entre jóvenes de 13-19 años ha afectado principalmente a las mujeres. En esta franja etaria, la infección prevalece en las mujeres, con un 60% de los casos. Desde 2000 a junio de 2009 se registraron en ese país 3.713 casos en mujeres jóvenes contra 2.448 en varones jóvenes.

Otro hecho preocupante es el aumento de la infección por el VIH entre las mujeres mayores de 50 años. El número de mujeres mayores de 50 años infectadas con el virus del sida se ha triplicado en diez años en Brasil. Un estudio de la Secretaría de Salud indica que más del 72% de esa franja etaria no utilizan preservativos en sus relaciones casuales.

En este sentido, las estadísticas evidencian una feminización de la epidemia en Brasil, donde las principales vías de transmisión en las mujeres son las relaciones heterosexuales y el consumo de drogas intravenosas. Ambas representan el 95% de los nuevos casos, siendo la primera vía la responsable de la infección en el 63% de las veces. La incidencia y prevalencia de la infección por el VIH entre las mujeres han aumentado gradualmente desde la década de 1980, cuando menos del 10% de los pacientes eran mujeres. En la actualidad, casi la mitad (44-47%) de las personas infectadas con el VIH son mujeres. En 1986, había 15 varones infectados por cada mujer, proporción que ha variado a 15 varones por cada 10 mujeres.

En cuanto a la mortalidad, Brasil presenta 158.382 muertes por sida (73%) de varones y 58.604 (27%) de mujeres. Entre éstas, la tasa de mortalidad es de 4,1.

Desde 1980 hasta junio de 2009 fueron notificados 12.463 casos por transmisión vertical. La transmisión vertical del VIH se produce por el paso del virus de madre a hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia materna. El 35% de esa transmisión ocurre durante el embarazo, el 65% en el parto y hay un riesgo de transmisión a través de la lactancia del 7 al 22% por exposición. Se estima que 12.456 recién nacidos están expuestos anualmente al VIH, con una prevalencia del 0,41% de infección por el VIH en mujeres embarazadas. Respecto del testeo del VIH durante el embarazo, en un estudio realizado por el Ministerio de Salud de Brasil en 2004, se estimó que el 63% de las embarazadas fueron testeadas, pero con grandes desigualdades en el nivel regional que oscilaron entre el 35% en el nordeste y el 75% en regiones del sur, sudeste y centro-oeste. Esta cobertura varía según la condición socioeconómica.⁸

En cuanto a Chile, los primeros casos se registraron en el país en 1984. Hasta el año 2007 se han notificado 18.552 casos acumulados.⁹ El sida afecta principalmente a la población masculina de 20 a 29 años, y la principal vía de transmisión (90%) es la sexual. Tanto para los casos del VIH y de sida se produce un aumento de la exposición por vía heterosexual en el segundo y cuarto quinquenio, siendo el incremento de un 182% y un 64% respectivamente. Asimismo, para los casos del VIH y sida las vías de exposición entre varones y mujeres difieren. Para los varones la principal vía de exposición es la homosexual. En las mujeres en cambio, la vía heterosexual es la más declarada y corresponde al 86,1% de los casos de sida y al 90,4% de casos por el VIH.

El Informe UNGASS 2008¹⁰ señala que alrededor de 60.000 personas viven con VIH/sida en Chile; el 85% de las personas notificadas se atienden en el sistema público de salud; cada año habría 750 nuevas PVVS y la tasa anual de notificación es alrededor de 4,5 por cada 100.000 habitantes. Este mismo informe indica que la prevalencia del VIH/sida en la población chilena es de un 0,05%; pero en poblaciones más expuestas, como entre consultantes de ITS alcanza un 0,5%, a un 1,9% en personas privadas de libertad y se estima una prevalencia de 0,91% en personas que ejercen comercio sexual.

Respecto de la razón varón/mujer, las mujeres con el VIH aumentaron su proporción en el total de casos hasta el año 1996 y se estabilizaron en los dos últimos, con un crecimiento similar en ambos sexos, de 6,5 en 1992 y de 3,7 en 2007.

En 1985 se diagnosticó la primera mujer infectada. En diciembre de 2006 el número de mujeres era de 2.682. En relación con su edad, las tasas más altas de mujeres con el VIH/sida ocurren entre los 20 y 49 años, que corresponde al período fértil. El grupo que concentra las tasas más altas de notificación es de los 20 y 29 años. La tasa de notificación por el VIH en este grupo etario en el último quinquenio (2002-2006) es 15 veces mayor a la que presentaba entre 1987 y 1991. Es decir que la epidemia está afectando a mujeres cada vez más jóvenes. En cuanto a la escolaridad de las mujeres que viven con el VIH/sida, se aprecia que en los últimos años de la epidemia, ha decrecido el nivel educativo de las afectadas, y el nivel de escolaridad básica es el más frecuente. Entre las mujeres notificadas con VIH, las sin escolaridad que representaban el 1,8% en el período 1987-1991, aumentaron al doble su representatividad en los años siguientes (4%), aunque la educación media continúa siendo el nivel de escolaridad más frecuente entre mujeres que viven con el VIH.¹¹

La ocupación de las mujeres también muestra que el VIH/sida es más frecuente en mujeres que declaran “otras ocupaciones” (51,5%), un 80% son amas de casa; un 29,1% son operarias y un 8,8% son oficinistas.¹²

De acuerdo con el último Informe del Observatorio de Equidad de Género y Salud correspondiente al período 2007-2008, se observó un retroceso respecto del indicador “porcentaje de mujeres en las notificaciones de sida, ya que aumentó el porcentaje de mujeres notificadas de 13,5% en 2006 a 16,9% en 2007. Así también se señala un retroceso en el indicador de tasas de mortalidad,¹³ que aumentó levemente la tasa de mortalidad en varones de 4,1 en 2005 a 4,4 en 2007.

1. Ministerio de Salud: Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS. Enero 2008-diciembre 2009. Argentina, 2010.
2. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de SIDA y Enfermedades de transmisión sexual: Boletín sobre el VIH-sida en Argentina, año XII, Nro.26, noviembre de 2009.
3. Ministerio de Salud de la Nación. DSyETS. Op. cit.
4. Ministerio de Salud: Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS. Enero 2008 – Diciembre 2009, Argentina, 2010.

5. Ídem 21.

6. Ídem 21.

7. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS: Boletim epidemiológico 2009, Brasil.

8. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS: *Boletim Epidemiológico AIDS/DST*, año III-Nro. 1- enero-junio de 2006, Brasília, noviembre de 2006.
9. Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. Quinquenios analizados: 1988/1992, 1993/1997, 1998/2002, 2003/2007. Evolución del VIH/SIDA Chile 1984-2007, Santiago de Chile, agosto de 2008.

10. Ministerio de Salud. CONASIDA: *Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS* Chile, enero de 2008.
11. MINSAL y CONASIDA: *Informe consolidado. Evidencias epidemiológicas, comportamentales y culturales a considerar en el abordaje de acciones preventivas del VIH y las ITS en mujeres. Documento de Trabajo*, Santiago de Chile, junio de 2007.
12. MINSAL y CONASIDA, 2007, op. cit., pág. 20.
13. Tasa por 100.000.

En Uruguay, la primera persona infectada se diagnosticó en 1985. Hasta noviembre de 2009 había un total acumulado de 12.356 personas diagnosticadas.¹⁴ La incidencia del VIH por sexo indica 65,5% para los varones y 35% para las mujeres. La máxima incidencia del VIH se presenta en la franja etaria de 15 a 34 años, que concentra el 65% de los casos. En cuanto al sida, la incidencia por sexo indica un 74,7% para los varones y un 25,3% para las mujeres. En este caso la máxima incidencia se da en la franja de 20 a 49 años. Es interesante señalar que la tendencia de los últimos años muestra un lento pero constante aumento de la incidencia del VIH/sida para la población femenina. El mecanismo de transmisión más frecuente, tanto para el VIH como para el sida, es la vía sexual (68%).¹⁵ En el caso del VIH representa el 66,6%, en tanto que en el del sida, el 71,7%. Uruguay descendió su tasa de transmisión vertical del VIH/sida de 26% en 1995 a 3% en la actualidad.

La evolución de la razón varón/mujer muestra que en Uruguay la epidemia comenzó con razones mayores a los demás países de este estudio, con 6,0 en 1988 y picos de 8,5 en 1989 y 1991. Después, fue descendiendo paulatinamente y llegó en el primer trimestre de 2009 a 1,4 varones por cada mujer infectada. La tasa de mortalidad por sida es de 4,4 cada 100.000 habitantes. En el caso de los varones, la tasa es de 6,9 y, en el caso de las mujeres, de 2,1.¹⁶

EN SÍNTESIS

Se destaca la situación de vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH, especialmente en Argentina y Brasil, que presentan una disminución pronunciada de la razón varón/mujer infectado/a y también de la edad de infección en las mujeres. El cruzamiento de las cifras del VIH con otras variables, como el nivel de instrucción, evidencia la vinculación del aumento del VIH con el incremento de la situación de pobreza y/o exclusión de los países del Mercosur.

No hay datos oficiales que articulen las estadísticas de violencia de género con la feminización del VIH. Por lo tanto, es indispensable el cruzamiento de estas dos variables para lograr un diagnóstico del impacto de la violencia contra las mujeres (especialmente la sexual) sobre el aumento del VIH en ellas, y un análisis del VIH como facilitador/determinante de la violencia de género en los ámbitos doméstico y público, y en los servicios de salud.

14. Ministerio de Salud Pública: Informe Epidemiológico ITS-Sida, Montevideo, noviembre de 2009.
15. Ministerio de Salud Pública: Informe Epidemiológico ITS-Sida, op. cit.
16. Ministerio de Salud Pública: Informe Epidemiológico ITS-Sida, Montevideo, diciembre de 2008.

I. III.

Legislación y políticas públicas

A) VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

Los cuatro países cuentan con legislación específica de atención a la violencia contra las mujeres. Sin embargo, los principales avances legislativos y de políticas públicas se han focalizado en la atención a la violencia en el ámbito doméstico. La legislación de Chile y Uruguay aún tiene este enfoque, que soslaya la consideración de todas las formas de violencia que padecen mujeres y niñas. Brasil y Argentina, esta última, muy recientemente, han avanzado en enfoques más integrales, acordes con el cumplimiento de la Convención de Belem do Pará, firmada por todos los países.

Pese a haber signado los cuatro países esta Convención entre 1995 y 1996, su implementación es reciente, como ocurrió en Argentina, un poco antes en Brasil, en tanto que Chile y Uruguay no adaptaron todavía su legislación a la Convención. Si bien todos los países cuentan con centros de atención de diferentes características, que incluyen casas “refugio” para mujeres en situación de violencia, se evidencia una desarticulación de los programas y una mayor concentración de servicios en los grandes centros urbanos. Este tipo de casas son muy escasas e insuficientes en Argentina.

En **Argentina** en 1994 se sancionó la ley 24.417 de Protección contra la Violencia Familiar, que entró en vigencia en 1995 y se reglamentó en 1996. La ley prevé la exclusión del agresor de la vivienda, la prohibición de su acceso al domicilio o a los lugares de trabajo del damnificado, la orden de reintegro al hogar de quien por razones de seguridad debió abandonarlo, la estipulación de alimentos, tenencia y comunicación con los hijos.

En marzo de 2009 se sancionó la ley 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos donde se desarrollen sus relaciones interpersonales. En julio de 2010 fue reglamentada mediante decreto presidencial que definió los pasos por seguir para su efectiva aplicación. Esta nueva ley implica un avance porque se refiere específicamente a la violencia contra las mujeres. Asimismo, significa un desarrollo en cuanto a la definición de violencia, ya que la relaciona con una situación desigual de poder y se refiere a la que ocurre en todos los ámbitos posibles, así como a todos los tipos, inclusive

la violencia mediática y la obstétrica. La ley 24.417, será sólo de aplicación en aquellos casos de violencia doméstica no previstos en la nueva ley.

En cuanto a las políticas públicas, el Consejo Nacional de la Mujer (CNM), dependiente del Ministerio de Desarrollo Social, es el órgano encargado de monitorear la implementación en Argentina de la Convención de Belem de Pará y también el organismo responsable de la implementación de la ley 26.485. En 1996 puso en marcha el Plan Nacional de Capacitación, Asistencia Técnica y Sensibilización en la Temática de Violencia contra la Mujer, pero no desarrolla acciones sistemáticas ni cuenta con presupuesto específico. De hecho, el presupuesto del CNM se redujo el 80,3% entre 2005 y 2007. Esta entidad ha realizado intentos para implementar un registro unificado de casos, pero son muy pocos los servicios que informan sus datos y no se realiza un seguimiento que garantice la conformación de este registro. Se debe señalar que las pocas casas-refugios que existen en el país son algunas de gobiernos locales o provinciales y de ONGs.¹

La nueva ley señala que el Consejo Nacional de la Mujer será el organismo rector encargado del diseño de las políticas públicas para efectivizar sus disposiciones. Sus principales facultades, entre otras, son elaborar, implementar y monitorear un Plan Nacional de Acción; articular y coordinar las acciones para el cumplimiento de la presente ley; promover en las distintas jurisdicciones la creación de servicios de asistencia integral y gratuita. No obstante, para el cumplimiento adecuado de estas funciones, esta institución requiere de un fortalecimiento jerárquico y técnico, así como de un aumento de su presupuesto. Con respecto a este último punto, el artículo 43 de la ley indica que las partidas necesarias serán previstas anualmente en la ley de Presupuesto General de la Administración Nacional.

La ley 26.485 crea Observatorio de Violencia contra las Mujeres para el monitoreo, el registro y la sistematización de casos, que controlará el cumplimiento de la propia ley y estará integrado por ONGs. Su inmediata puesta en marcha es indispensable para que el país pueda contar finalmente con datos adecuados sobre la problemática de la violencia de género.

En 2006 se creó el Programa “Las Víctimas contra las Violencias”, dependiente del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación. El Programa brinda asistencia a víctimas de delitos sexuales, violencia familiar, maltrato infantil y explotación sexual infantil. Aunque es un programa nacional, su accionar desde su creación se limita a la Ciudad de Buenos Aires. El Programa cuenta con Brigadas Móviles de Emergencia, integradas por psicólogos/as, policías y trabajadores/

1. Bianco, M.: “Nota de opinión al Proyecto de Ley de la Senadora Gallego”, Buenos Aires, 18 de noviembre de 2008, disponible en: http://www.feim.org.ar/pdf/violencia/Opinion_MB_proyecto_ley_violencia_Sen_Gallego.pdf

as sociales, que actúan inmediatamente después que la víctima realiza la denuncia del agresor, con el objetivo de contener a la víctima y de asesorarla sobre el desarrollo de la denuncia.

En septiembre de 2008 se inauguró la Oficina de Violencia Doméstica creada por la Corte Suprema de Justicia de la Nación, con el objetivo de brindar atención especializada durante las 24 horas del día. Es una dependencia nacional que inició su funcionamiento en la Ciudad de Buenos Aires como experiencia piloto, pero se espera que las Cortes provinciales la adopten. Actualmente ya está desarrollándose en Tucumán y Santiago del Estero por un convenio firmado con las Cortes provinciales.

En **Brasil** está vigente la ley 11.340/2006 llamada “Ley María da Penha” porque fue el resultado de un caso denunciado ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos que Brasil debió cumplir con la reparación económica o indemnización y el consiguiente cambio legal. De hecho, el concepto de violencia adoptado por la legislación y las políticas nacionales es el de la Convención de Belem do Pará. Por lo tanto, considera un concepto amplio de toda forma de violencia contra las mujeres y niñas que se ejerza en cualquier ámbito, y propone acciones amplias y articuladas de carácter multisectorial. Estas acciones incluyen normas penales que garanticen la punición de los agresores y la creación de los Juzgados de Violencia Doméstica y Familiar contra la Mujer. La política también incluye estrategias de prevención en los ámbitos educativos y culturales.

En cuanto a las políticas públicas, en 1998 el Ministerio de Salud elaboró la “Norma sobreprevención y tratamiento de las consecuencias de la violencia contra la mujer y adolescentes”. Con el trabajo mancomunado de los profesionales de la Federación Brasileña de Sociedades de Ginecología y Obstetricia se visitaron hospitales en todo el país para determinar dónde se podía implementar. En diciembre de 2000 había 53 hospitales de 20 estados² en los que se había implementado la norma.

En noviembre de 2003 se aprobó la ley 10.778, que dispone la notificación obligatoria de casos de violencia contra la mujer por parte de los servicios de salud y la creación del grupo interministerial para elaborar una propuesta legislativa y otros instrumentos. En este marco se encuadra la nueva técnica de prevención y tratamiento de los agravios resultantes de la violencia sexual contra mujeres y adolescentes del Ministerio de Salud. La norma tiene como objetivo reducir las barreras para el acceso al aborto en casos de violencia sexual, conforme a lo previsto en el art. 128, inc. II del Código Penal. En relación con la atención señala: “El derecho a vivir libre de violencia,

2. Andalaft, J. y Faundes, A.: *Violencia Sexual y la respuesta del sector salud en Brasil*, trabajo presentado en Simposio 2001 *Violencia de género, salud y derecho en las Américas*, Cancún, junio de 2001.

incluido el derecho a recibir tratamiento humanizado que previene la violencia institucional”.³

A partir de 2003 se implementa el Programa de Prevención y Combate a la Violencia contra las Mujeres, dependiente de la Secretaría Especial de Políticas para las Mujeres (SPM). En lo referido a la asistencia de las mujeres en situación de violencia, prevé la atención humanizada y calificada, a través de la capacitación de recursos humanos, la creación y reestructuración de los servicios, y la creación/fortalecimiento de la Red de Atención a través de la articulación entre el gobierno y la sociedad civil. Sin embargo, todavía se advierten fallas en la coordinación y el aislamiento de los servicios.

En el año 2007 se concretó el Pacto Nacional para Enfrentar la Violencia contra las Mujeres, que posibilitó un aumento significativo de los recursos de la SPM para 2008-2011. Sin embargo, este presupuesto no representa el total del gasto público en la temática, ya que otros organismos del gobierno también contribuyen a su atención.

En **Chile** es importante señalar que la promulgación de la primera ley de violencia (ley 19.325) en el año 1994, tuvo como antecedente una amplia movilización de las organizaciones de mujeres y el desarrollo de propuestas dirigidas a lograr una legislación que permitiera sancionar la violencia contra las mujeres, lo cual encontró serios obstáculos. Prueba de ello es que la ley que se promulgó se refiere sólo a violencia intrafamiliar, la que se reconoce como falta y no como delito. En los años siguientes las organizaciones ciudadanas de mujeres desarrollaron iniciativas tendientes a documentar las limitaciones que tuvo la aplicación de esta ley, lo que finalmente llevó a su reemplazo por la ley 20.066 actualmente vigente. También tiene como objeto la violencia intrafamiliar, pero incluye el delito de maltrato habitual y algunas orientaciones que podrían dar lugar a la generación de políticas más adecuadas para responder a este problema.

Una de las consecuencias de las limitaciones que presenta la actual legislación y su aplicación por parte de los Tribunales de Familia y Fiscalías, es que la institucionalidad vigente no ha sido capaz de sancionar y proteger efectivamente la vida de las mujeres que denuncian la violencia. La constatación de muertes de mujeres que habían denunciado e incluso que tenían medidas de protección, posibilitó la ejecución de un proyecto piloto por parte de la Red Chilena Contra la Violencia Doméstica y Sexual. Este proyecto, que es llevado adelante junto con Carabineros de Chile, organismo que recibe la mayoría de las denuncias, está orientado a modificar el parte denuncia de manera que sea un instrumento útil para la evaluación de la gravedad de la situación denunciada, del riesgo de femicidio y

por lo tanto, un alerta para acelerar los procedimientos destinados a la protección de las mujeres.

En cuanto a las políticas públicas, el organismo de gobierno que tiene el rol de diseñar las políticas sobre la violencia de género es el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), que ha incorporado esta temática entre sus prioridades a través de un Plan de Igualdad de Oportunidades. El Plan contempla “asegurar el derecho a la integridad física, psicológica y sexual de las mujeres y las niñas”, y “prevenir la violencia contra las mujeres y entregar servicios para el apoyo a las víctimas”. A noviembre de 2008, el SERNAM había abierto veinticinco casas de acogidas en todo Chile y tenía como meta para el año 2009 aumentar a noventa los centros de atención ambulatoria para mujeres que viven violencia en el país.

Por su parte, el Ministerio de Salud aprobó en 2008 una política de salud en violencia de género, que integra algunos de los programas y acciones que ya venía desarrollando en materia de violencia intrafamiliar. Esta política propone la instalación del Programa Diagnóstico y Tratamiento Integral en todos los establecimientos de Atención Primaria; aplicación de indicadores de riesgo para prevenir nuevos eventos de violencia y femicidios; instalación de protocolos y/o programas de atención especializados en salud mental y psiquiatría, traumatología, odontología, ginecología, cirugía y oftalmología.

Hasta la fecha el Programa de Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Violencia hacia la Mujer aún no ha sido llevado a la práctica en todos los establecimientos de atención primaria del país, ni tampoco la detección sistemática y primera respuesta a mujeres que viven violencia de género. Este procedimiento se está aplicando en algunos de los servicios de atención primaria que cuentan con el programa de violencia y, más recientemente, en un programa piloto dirigido a la detección, primera atención de VIF y tratamiento de algunos tipos de lesiones en mujeres de quince años y más, que se dirigen a servicios de urgencia de los hospitales de la Región Metropolitana.

El Programa piloto para la atención integral de lesiones físicas producto de violencia intrafamiliar, implementado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la División de Gestión de la Red Asistencial del Ministerio de Salud, en ocho servicios de urgencia de la Región Metropolitana, considera la implementación de tamizaje para detectar situaciones de violencia, primera atención en VIF (acogida, orientación) y el tratamiento de traumatismo de piezas dentarias, lesiones ginecológicas, traumatológicas y oftalmológicas. Respecto de la detección de violencia y la primera respuesta a mujeres que viven situaciones de violencia, cabe señalar que durante el transcurso de los meses de marzo a agosto de 2008 el Ministerio de Salud con apoyo de otros organismos del Estado, cooperación técnica internacional y sociedad civil ha trabajado en

la elaboración de la “Guía Clínica Violencia Intrafamiliar en personas Adultas”. Se esperaba someter la Guía a la discusión y aprobación del Consejo responsable de decidir las prestaciones que son cubiertas a través del sistema de Garantías Explícitas de Salud (GES), pero finalmente no se hizo. Respecto de otros servicios proporcionados por el Ministerio de Salud, en los hospitales e inicialmente en convenio con el Ministerio Público se han instalado Salas de Primera Acogida para Personas Víctimas de Violencia Sexual, con el objetivo de brindar una atención que evite la revictimización y facilitar los procedimientos judiciales. En la actualidad están funcionando trece salas en todo el país.⁴

El 14 de enero de 2010 se sancionó la ley 20.418 sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad. En su art. 1ro. establece el derecho de las personas a recibir educación, información y orientación en relación con la regulación de la fertilidad. Determina, además, que los establecimientos educacionales reconocidos por el Estado, deben incorporar en el ciclo de enseñanza media, un programa de educación sexual, según sus principios y valores, en el que se incluyan contenidos que propendan a una sexualidad responsable.

Con la ley 20.418 se buscó zanjar la prohibición constitucional de la administración de Anticoncepción de Emergencia, AE a menores de edad, así como a cualquier mujer que lo necesitase, y garantizar el acceso a anticoncepción que se vio cuestionado con el fallo del Tribunal Constitucional.

En su art. 2 se señala que se debe entregar el anticonceptivo a menores de catorce años, e informar posteriormente a padres o adultos responsables del menor. El art. 4 establece que los órganos competentes deberán poner a disposición de la población los MAC autorizados y quedan excluidos aquellos cuyo *objetivo directo sea provocar un aborto*. Además se establece que frente a la presunción de un delito sexual, en la persona del solicitante o para quien se solicita, el facultativo o funcionario que corresponda deberá poner los antecedentes a disposición del Ministerio Público.

Para las organizaciones de mujeres esta legislación únicamente permite mantener los avances en materia de información y provisión de MAC, que ya existía en el país, y que el recurso de inconstitucionalidad, interpuesto por sectores conservadores frente al Tribunal Constitucional, había puesto en riesgo.

En Uruguay en el año 2002 se sancionó la ley 17.514 de violencia doméstica, que creó el Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica, encargado de elaborar el Primer Plan Nacional de Lucha

contra la Violencia Doméstica, con un enfoque integral, orientado a la prevención, atención y rehabilitación de las personas involucradas, a efectos de lograr el uso más adecuado de los recursos existentes.

Desde el año 2004, está en vigencia en el ámbito nacional el Plan de lucha contra la violencia doméstica, que compromete a las instituciones para la instrumentación y el monitoreo de sus resultados, a través del desarrollo intersectorial de actividades de promoción de derechos y prevención, así como la formación y capacitación permanente de recursos humanos. Desde el año 2006, se ha iniciado un proceso de implementación de servicios de atención a la violencia doméstica en diferentes departamentos del país.

La creación por ley y puesta en marcha del Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos liderado por el Instituto Nacional de las Mujeres (Ministerio de Desarrollo Social), significa un avance importante para el desarrollo de políticas contra la violencia de género y en tal sentido incluye una serie de líneas estratégicas vinculadas a la prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres.

A partir del decreto del Poder Ejecutivo de 2006 (Decreto 494/2006), las instituciones y los servicios de salud públicos y privados deben prestar atención y asistencia a las mujeres en situación de violencia doméstica. En todos los casos en que los profesionales intervinientes tomen conocimiento de un hecho de violencia doméstica deben dar cuenta al juez competente en la materia. Se exige que estas instituciones o servicios procuren que el personal posea información que permita detectar y brindar una primera respuesta a estas mujeres. También se espera que constituyan un equipo multidisciplinario de referencia para la atención específica y que reporten información al Programa de Salud de la Mujer y Género (MSP). Por otra parte, deben asegurar la existencia de los insumos necesarios para la instrumentación de la atención, promover y participar en acciones de prevención, y establecer mecanismos institucionales para la denuncia judicial en los casos que lo requiera. A partir de noviembre de 2008, se incorpora la capacitación de los equipos de salud en violencia doméstica y sexual como meta prestacional de observancia obligatoria para todos los servicios que forman parte del sistema nacional integrado de salud (SNIS).

En el 2007 se puso en marcha el Sistema Integral de Protección a la Infancia y la adolescencia contra la Violencia (SIPIAV), con el fin de abordar integralmente el problema de la violencia contra niños, niñas y adolescentes. El SIPIAV funcionará como una red interinstitucional compuesta por el Instituto de Niños y Adolescentes del Uruguay (INAU), que lo coordinará, la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP) y los Ministerios del Interior, Desarrollo

3. Galli, B. y Adesse, L.: *Reduzindo Barreras para o exercicio dos direitos humanos e a auto-determinacao sexual e reprodutiva das mulheres em situacao de violencia sexual*. IPAS, Brasil, 2005.

4. Ministerio de Salud. *Política de Salud en Violencia de Género*. Chile, 2008.

Social y Salud Pública, con el objetivo de combatir el maltrato y el abuso sexual a niños, niñas y adolescentes.⁵

El principal avance legislativo obtenido en relación con los delitos sexuales no comerciales es la aprobación de la ley 17.938 de 2006, que derogó los artículos 116 del Código Penal y 23 del Código de Procedimiento Penal, conforme a los cuales los delitos de violación, atentado violento al pudor, estupro y rapto se extinguían si el agresor contraía matrimonio con la víctima. Asimismo, la ley 18.039 incorporó nuevas circunstancias que habilitan la acción de oficio en los delitos sexuales: la relación de dependencia laboral de la víctima respecto del ofensor, y la condición del ofensor de responsable de la educación o de la salud de la víctima.

Existen vacíos y dificultades de la legislación penal respecto de los delitos sexuales. Una disposición que se contrapone groseramente a las recomendaciones del Comité de CEDAW y que debería ser objeto de modificación, es el art. 36 del Código Penal. Este artículo incluye como causal de impunidad la pasión provocada por el adulterio. Conforme a esta norma se otorga al juez la posibilidad de conferir el perdón judicial, si el homicidio es provocado por la denominada “pasión provocada por el adulterio”.⁶ El art. 36 establece: “La pasión provocada por el adulterio: La pasión provocada por el adulterio faculta al Juez para exonerar de pena por los delitos de homicidio y de lesiones, siempre que concurren los requisitos siguientes: 1. Que el delito se cometa por el cónyuge que sorprendiera in fraganti al otro cónyuge y que se efectúe contra éste o contra el amante. 2. Que el autor tuviera buenos antecedentes y que la oportunidad para cometer el delito no hubiera sido provocada o simplemente facilitada, mediando conocimiento anterior de la infidelidad conyugal”. Se trata de una norma basada en patrones socioculturales discriminatorios de la mujer que legitima formas de violencia familiar y culpabiliza a la víctima del hecho.

EN SÍNTESIS

Si bien se observan avances legislativos en materia de políticas públicas respecto de la violencia de género en los cuatro países, persisten algunos enfoques jurídicos, políticos y técnicos, que perpetúan los abordajes patriarcales y que constituyen un obstáculo evidente para construir un marco de protección y contención adecuado para las mujeres en situación de violencia, y para delinear estrategias efectivas de prevención.

5. Sitio Institucional Presidencia de la República: www.presidencia.gub.uy, Uruguay.

6. Ministerio de Desarrollo Social. Instituto Nacional de las Mujeres. *Informe de la República Oriental del Uruguay acerca de la aplicación de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*, Montevideo, 2007.

B) VIH/SIDA

Los cuatro países cuentan con marcos legislativos que garantizan la cobertura universal de tratamiento y asistencia a las personas viviendo con el VIH/sida. En el caso de las mujeres, las acciones se orientan principalmente a prevenir la transmisión madre-hijo, en general no se desarrollan programas sistemáticos que contemplen de manera integral las necesidades específicas de salud sexual y reproductiva de las mujeres viviendo con el VIH.

Una de las principales falencias es la falta de articulación de programas y servicios del VIH/sida con los de salud sexual y reproductiva, y una tendencia a trabajar de forma aislada, que atenta contra el logro de la respuesta integral que requieren las complejidades específicas de la prevención y asistencia del VIH/sida en las mujeres. A esto se suma que en general en los cuatro países no se ha establecido un sistema efectivo de evaluación y monitoreo permanente de los programas.

En **Argentina** la ley 23.798, sancionada en 1990, fijó que la autoridad de aplicación era el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, que conservaba un mecanismo de ejecución centralizado en lo relativo a la provisión de medicamentos y reactivos para los estudios diagnosticados. Leyes posteriores trasladaron esta cobertura a las obras sociales (seguridad social) y prepagas (seguros privados de salud).

En 2002 se sancionó la ley 25.673 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, que creó el Programa del mismo nombre y establecía entre sus prioridades la detección y atención temprana del VIH. En 2006, la ley 26.150 dio origen al Programa Nacional de Educación Sexual Integral. Entre sus objetivos, se señalaron la promoción de actitudes responsables ante la sexualidad; la prevención de los problemas relacionados con la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular y el logro de igualdad de trato y oportunidades para varones y mujeres.

En relación con las políticas públicas, el Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, sida y ETS (actualmente Dirección de Sida y ETS) fue creado en 1992 con el objetivo de elaborar un programa de actividades tendientes a la detección e investigación, el tratamiento, la prevención, la asistencia y rehabilitación y a la limitación de la propagación de la epidemia. El Programa provee medicamentos antirretrovirales y para enfermedades asociadas al sida en todo el país. Cubre, además, la realización de cargas virales y CD4/CDE8, provee gratuitamente la leche fórmula para recién nacidos, hijos de madres viviendo con el VIH y lleva a cabo el análisis y la difusión de datos a través de su boletín epidemiológico.

Desde 1997 se aplica en el país la Norma de Prevención de la Transmisión Madre-Hijo. En 2002 el Programa

publicó las Recomendaciones para la Prevención de la Transmisión Perinatal, sobre la base de los avances científicos y la efectividad de la aplicación del Protocolo 076 en otros países. Sin embargo, pese a la disminución de la transmisión, aún no se ha generalizado esta práctica en todos los servicios de salud.

El Programa Nacional de Salud Reproductiva y Procreación Responsable no desarrolla una articulación sistemática con el Programa Nacional de SIDA. Si bien estos programas trabajaron conjuntamente en el año 2008, para la elaboración de la *Guía para la atención integral de mujeres con infección por el VIH* publicada en 2009, no se observa fuera de esas acciones puntuales una articulación integral de los contenidos y las acciones de ambos programas. En general, cuando una mujer es diagnosticada con el VIH, su asistencia pasa a ser responsabilidad del Programa de SIDA, con un enfoque eminentemente infectológico.

En **Brasil**, las leyes garantizan la cobertura universal de tratamiento y asistencia médica y psicológica de las personas viviendo con el VIH/sida bajo responsabilidad de provisión gratuita de diagnóstico y tratamiento por parte del Ministerio Nacional de Salud. También la ley del Sistema Único de Salud prevé la descentralización de los servicios de salud públicos en los estados y municipios, incluyendo la participación comunitaria que regula el funcionamiento de las Conferencias y Consejos de Salud en todos los niveles: nacional, estadual y municipal.

En cuanto a las políticas públicas, en 2007 el gobierno implementó una iniciativa para contener la diseminación del virus del sida entre las mujeres. Se elaboró el Plan de Enfrentamiento de la Feminización del sida y otras ITS. Es un Plan pionero en la región y el mundo, que propone estrategias específicas para abordar esta problemática y tiene como objetivo: enfrentar la feminización de la epidemia del VIH/sida y otras ITS por medio de la reducción de las vulnerabilidades que afectan a las mujeres, y el establecimiento de políticas de prevención, promoción y atención integral que consideren la violencia contra las mujeres. Entre sus acciones estratégicas comprende la ampliación de la cobertura y garantía de acceso a insumos de prevención, incluida la provisión de preservativos femeninos; al diagnóstico del VIH y de la sífilis; a servicios de salud de calidad; al tratamiento universal y gratuito; a información y acciones educativas sobre ITS, VIH/sida y cáncer ginecológico, para mujeres; establecimiento de asociación con sectores gubernamentales y no gubernamentales para implementación del Plan; interlocución con Programas de Gobierno, en las tres esferas de gestión; redes de mujeres, redes de servicios de salud, seguridad pública, justicia, asistencia social; establecimiento de referencia y contrarreferencia; apoyo a los estados y municipios para efectivizar el plan y capacitación técnica y de gestión local; implementación de mecanismos para monitoreo del cumplimiento de los pactos en los tres niveles de gobierno; capacitación permanente de profesionales

de salud y educación sobre género, derechos humanos, derechos sexuales y derechos reproductivos; entre otros. El plan especialmente propone la implementación del programa para enfrentar la violencia contra la mujer y su vinculación con la atención integral, incluido el VIH/sida. En ese sentido promueve la articulación con el Consejo Nacional de los Derechos de la Mujer (CNDM), el Consejo Nacional de Salud (CNS), el Consejo Nacional de Secretarios de Salud (CONASS), el Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud (CONASEMS) y otros Consejos e instancias de control ciudadano.⁷ Si bien se ha iniciado su implementación, todavía es muy lenta y no ha logrado universalizarse.

En **Chile** se aprobó en el año 2001 una legislación integral sobre VIH/sida, la ley 19.779 que “Establece normas relativas al virus de inmunodeficiencia humana y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas”. La ley reconoce los derechos de las personas VIH positivas y que viven con sida y prohíbe expresamente la discriminación (art. 1), a la vez que explicita el deber del Estado de velar por la atención de salud de estas personas (art. 6). Señala que el Estado es responsable de desarrollar las políticas para controlar la extensión de la pandemia y disminuir su impacto psicológico, económico y social en la población. El Ministerio de Salud es el encargado de la dirección y orientación técnica de las políticas públicas sobre este tema.

La ley 19.966 establece una serie de garantías en salud para diversas patologías graves que afectan la salud de la población, entre las cuales se agregó el VIH/sida e introduce garantías en relación con el acceso, la calidad, oportunidad y protección financiera. Estas garantías en salud cubren el acceso universal a medicamentos antirretrovirales, examen de carga viral y examen CD4 para todas las personas que adquieren el VIH. Incluye también la oferta de examen para la detección del VIH en embarazadas, el tratamiento gratuito antirretroviral respectivo y la prevención de la transmisión vertical. De acuerdo con un estudio realizado en las regiones Metropolitana y de Valparaíso, para evaluar el acceso y la calidad de la aplicación de la norma de prevención de la transmisión vertical del VIH, la cobertura del acceso al examen de diagnóstico del VIH de las embarazadas en Chile observada para el año 2006 alcanzó el 55% de las mujeres usuarias del sistema público de salud.⁸ Ante estos resultados, el equipo investigador señala que hay registro insuficiente.

En cuanto a las políticas públicas, no existe un programa de prevención y atención del VIH/sida destinado específicamente a mujeres, ni tampoco un programa integral o articulación en las políticas de violencia contra

7. Ministerio de Salud. Secretaría de Vigilancia en Salud. Programa Nacional de ITS y Sida: Plan Integrado para Enfrentar la Feminización de la Epidemia de SIDA y otras ITS, Brasilia, marzo de 2007.

8. UNICEF y CONASIDA: *Evaluación del acceso y calidad de la aplicación de la norma de prevención de la transmisión vertical del VIH de las mujeres embarazadas en Chile*, Santiago de Chile, julio de 2008.

las mujeres y el VIH. Las políticas públicas en VIH/sida abordan una serie de grupos, donde están incluidas las mujeres como grupo vulnerable emergente. Se ha priorizado la detección del VIH en embarazadas para prevenir la transmisión vertical, la que gracias a la aplicación del Protocolo 076 y la Norma de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH, del año 2005 , se ha reducido ostensiblemente.

Las estrategias de prevención del VIH/sida desarrolladas por el gobierno chileno, han estado a cargo del Ministerio de Salud, a través de la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA). La Estrategia Global de Prevención del VIH y las ITS,⁹ se ha planteado el objetivo central de *incrementar cambios de comportamientos individuales y sociales que disminuyan la transmisión del VIH-ITS y la discriminación con las personas que viven con el virus*, que ha venido implementando a través de acciones con objetivos específicos, desarrollados en cuatro niveles simultáneamente, individual, comunitario, masivo e intersectorial, que complementan y potencian su quehacer.

En el último tiempo se han incorporado los Planes Regionales Intersectoriales (PRI), cuyas actividades están vinculadas a los cuatro niveles de acción. Los PRI buscan la consolidación de procesos descentralizados, intersectoriales y participativos que posibiliten la integración y articulación en el nivel local. En este marco, se considera que el género es un eje transversal, presente en todos los niveles. Se enfatiza una gestión de riesgo pertinente a la realidad de género, que considere los elementos de vulnerabilidad que le son propios, de acuerdo con las acciones propias de cada nivel.

En el período de enero de 2006 a diciembre de 2007, se desarrollaron siete iniciativas regionales para apoyar la participación social y liderazgo de mujeres que viven con el VIH en Salud Sexual y Reproductiva y Derechos.¹⁰

Durante 2008 las políticas públicas en VIH/sida y los fondos para la prevención sufrieron un retroceso. El gobierno suspendió dos campañas públicas masivas sobre el VIH/sida, una dirigida a la población en general y otra sólo a mujeres, debido a la muerte de un número indeterminado de personas a quienes se había realizado el examen del VIH, pero no fueron notificadas. Más aún, el último año, debido a este hecho y a la suspensión de la última remesa del proyecto del Fondo Global en Chile por mal manejo de los fondos por parte del Receptor Principal, la CONASIDA, el organismo técnico de Ministerio de Salud para el sida, redujo su personal de veintetrés personas a sólo 4 funcionarios de planta, más el personal administrativo.

A raíz de los recortes presupuestarios no ha habido una adecuada distribución de preservativos destinados a la prevención del VIH, que comprenden el 60% del aporte fiscal. Por lo tanto es escasa la disponibilidad de preservativos para las personas que viven con el VIH/sida, para quienes ejercen el comercio sexual y para los grupos más vulnerables a la epidemia. Esta situación también ha afectado a otros servicios públicos del país, que se beneficiaban con la entrega de preservativos por parte de la CONASIDA, tales como Gendarmería y el Instituto Nacional de la Juventud, pues han debido suspender los Programas de Prevención basados en la entrega de este método de anticoncepción.¹¹

En **Uruguay** en 1987 el decreto 345 creó el Programa Nacional de SIDA. El decreto 295/97 del Ministerio de Salud Pública (MSP, 1997), establece la obligatoriedad de ofrecer a todas las embarazadas la serología para el VIH en su primer control obstétrico y, de resultar positiva, está indicado iniciar el tratamiento antirretroviral, para disminuir la posibilidad de transmisión vertical. El decreto 233/988 (1988) establece la obligatoriedad del control de sangre y hemoderivados para ser utilizados en todo el país a efectos de detectar el virus del sida. En 2006-2007 se creó la Comisión de Consenso de Tratamiento bajo la órbita de DIGESA (Dirección General de Salud Ambiental) y PPITS/SIDA (Programa Prioritario de Infecciones de Transmisión Sexual y sida), establecida por Resolución Ministerial (Ordenanza Ministerial 288/13.04.2005) con el fin de elaborar las Guías para Diagnóstico y Tratamiento ARV, Monitorización para Adultos y Embarazadas, y también en Pediatría.

En relación con las políticas públicas, el Programa Prioritario de ITS/SIDA está en funciones desde 1987 y depende de la Dirección General de Salud del Ministerio de Salud Pública. Entre sus responsabilidades se incluyen la elaboración de normativas, la promoción de políticas saludables, el monitoreo y la evaluación de la normativa vigente y de las prestaciones. El Programa ha elaborado guías para diagnóstico, tratamiento viral y monitorización de adultos y embarazadas con el VIH/sida, y orientaciones para la intervención en pediatría.

En 2005 inició su trabajo el Mecanismo Coordinador País, que funciona como un espacio de articulación de organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y académicas en las discusiones acerca de políticas nacionales sobre el VIH/sida.

En el año 2006 se elaboraron las Directrices Básicas para la realización de Consejería/Orientación en VIH/sida, bajo la coordinación del Programa Prioritario ITS - Sida.

En mayo de 2008, mediante decreto presidencial, se estableció la Comisión Nacional de Lucha Contra el SIDA (CONASIDA). Se constituyó en Consejo consultivo de coordinación, presentación de propuestas e incidencia en las políticas públicas elaboradas y aprobadas por el MSP, respecto del VIH/sida en el marco del acceso universal a la atención integral. Sus acciones se orientan a la prevención, asistencia y apoyo a las personas que viven con el VIH-sida.¹² Esta Comisión oficia desde entonces como MCP/Mecanismo Coordinador País ante el Fondo Global de Lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis. La CONASIDA tiene carácter interministerial e intersectorial, y está conformada tanto por organismos del Estado como de la sociedad civil.

En diciembre de 2008, por Ordenanza Ministerial 821, se estableció la obligatoriedad de notificación al Sistema de Vigilancia Epidemiológica Nacional en casos de sífilis. En 2009 el Proyecto País presentado por Uruguay fue rechazado por el Fondo Global.

EN SÍNTESIS

Podemos señalar que los cuatro países integrantes de este estudio cuentan con legislación, políticas y programas respecto del VIH/sida. Sin embargo, con excepción de Brasil, no incluyen las especificidades y necesidades de las mujeres, salvo en relación con la prevención de la transmisión madre-hijo, campo en el cual se han logrado avances en la disminución de la transmisión.

C) LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS QUE ARTICULAN VIOLENCIA Y VIH

En Argentina, Chile y Uruguay no existen programas gubernamentales en el ámbito nacional que articulen estrategias para mitigar articuladamente ambas pandemias.

En Brasil, el Plan Nacional de Enfrentamiento a la Feminización de la Epidemia del VIH/sida y otras ITS, incluye el abordaje de la violencia contra la mujer entre las necesidades para dar respuesta a la feminización de la epidemia. Sin embargo, aún no se han llevado a cabo todas las acciones específicas.

I. IV.

Protocolos de atención



La elaboración e implementación de protocolos específicos de atención a las mujeres víctimas de violencia debe incluir los distintos sectores, entre ellos, el de salud, por ser clave, ya que en los casos de lesiones, suele ser el primer ámbito al que concurre la víctima. Estos servicios de salud también deberían ser activos en la detección precoz de víctimas de violencia, pues es habitual que las mujeres se dirijan a esos servicios, aún sin lesiones corporales, pero con síntomas inespecíficos o “malestares”. Frente a estas situaciones los/as profesionales de la salud deberían investigar la presencia de violencia. En la atención de mujeres en situación de violencia sexual es fundamental contar con protocolos especiales en los servicios de salud, de modo de poder garantizar una atención integral adecuada, efectiva y humanizada y brindar un marco de garantías a los/as profesionales intervinientes con criterios universales para una asistencia de calidad e integral.

En **Argentina** no hay todavía un protocolo nacional que normatice la atención integral de las mujeres víctimas de violencia sexual en el que se especifiquen la provisión de AHE (anticoncepción hormonal de emergencia) para prevención de embarazos, la profilaxis posterior a la exposición como prevención del VIH, la detección y el tratamiento de otras ITS y la atención psicosocial y legal. La AHE está incorporada entre los métodos reconocidos y provistos por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Su distribución comenzó recién en el año 2007. Sin embargo, en la actualidad, su provisión aún depende del conocimiento por parte de las mujeres y de las decisiones de los prestadores, excepto en algunas provincias y municipios donde cuentan con un protocolo asistencial y su difusión. En la Ciudad de Buenos Aires interviene la Brigada de atención a víctimas de violencia sexual desde el año 2007, que se ocupa de asegurar la atención médico-socio-legal en la primera semana.

Debido a la ausencia de protocolos de atención a la violencia contra la mujer, en cada jurisdicción y a veces en las distintas ciudades de la misma provincia, las modalidades de atención difieren entre sí, y dependen más del sentido común e interés de los efectores que de una capacitación específica y con perspectiva de género.

Brasil cuenta con un protocolo de atención para las víctimas de violencia sexual, a través de una Norma Técnica de Prevención y Tratamiento de los Daños Resultantes de la Violencia Sexual contra Mujeres y Adolescentes.

9. Ídem.

10. MINSAL, ONUSIDA: *Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS*, Chile, enero de 2006-diciembre 2007. Versión final, enero de 2008.

11. ASOSIDA y VIVO Positivo: *Declaración pública ASOSIDA y VIVO POSITIVO*, Santiago de Chile, 19 de Junio de 2009.

12. Decreto Presidencial 87/2008, Montevideo, 2008.

Esta norma garantiza la atención de la mujer víctima de violencia sexual por una enfermera o médica (si se niega a ser atendida por profesionales masculinos), y el acceso a pruebas del VIH y otras ITS. Los Servicios de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia Sexual ofrecen AHE, terapia posterior a la exposición al VIH y otras ITS, y en casos de embarazo, algunos realizan su interrupción.

En **Chile** se elaboró en 1988 el Manual de Apoyo Técnico para las Intervenciones en Salud en Violencia Intrafamiliar. En 2004 se publicaron la *Guía Clínica para la Atención Primaria: Violencia Intrafamiliar, Detección, Diagnóstico y Tratamiento* y el *Manual para Atención Primaria: Intervención psicosocial de grupo para el Tratamiento de la VIF*. Ambos instrumentos, aplicados ese mismo año, apoyan la implementación del Programa de Atención Integral para Mujeres que viven violencia Intrafamiliar en establecimientos de atención primaria. También en 2004 se elaboraron las Normas y *Guía Clínica para la atención en Servicios de Urgencia de Personas Víctimas de Violencia Sexual*, en las que se introdujo la entrega de anticoncepción de emergencia y prevención para el VIH posterior a la exposición a las mujeres violadas.

En **Uruguay** desde el año 2007 hay una guía de procedimientos para el primer nivel de atención en salud sobre abordaje de situaciones de violencia doméstica, emitido por el Ministerio de Salud Pública. En su elaboración intervinieron integrantes de la unidad de reconversión del modelo asistencial, equipos de gestión de los centros de salud de la red de atención primaria y representantes de las direcciones departamentales de salud y de las coordinaciones departamentales de ASSE (Administración de servicios de salud del Estado). Esta guía refiere a la atención y orientación a potenciales usuarias de la anticoncepción hormonal de emergencia. Sin embargo, no se cuenta con un protocolo específico para la atención a la violencia sexual.

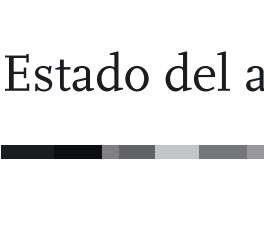
También existe una *Guía de procedimientos policiales*, en cumplimiento de la ley 17.514, que aporta un instrumento para mejorar la atención a quienes requieran de los servicios de la policía. La guía cuenta con el apoyo y consenso de aquellos actores más involucrados en la temática. El Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU), con el apoyo del Ministerio del Interior, conformó una mesa de trabajo con participación del sistema de Justicia y representantes de las organizaciones de la sociedad civil, con el fin de establecer los criterios y procedimientos para su abordaje y brindar a los efectores la formación necesaria.

Ante la **situación actual** en los cuatro países, es fundamental la implementación de protocolos de atención tanto de las víctimas de violencia contra la mujer, como específicamente a las víctimas de violencia sexual, y la aplicación adecuada de los existentes para prevenir la revictimización de las mujeres y lograr una protección real de las denunciantes, con contención y asesoramiento

jurídico, sanitario, psicológico, social y económico. Esto debería complementarse con protocolos de atención de las mujeres que viven con el VIH/sida o vulnerables sobre detección, tratamiento y/o prevención de la violencia, ya que existe la asociación aunque no está aún bien dimensionada a través de investigaciones en los cuatro países en estudio.

I. V.

Estado del arte



Si bien los países cuentan con trabajos científicos sobre los aspectos de género relacionados con el VIH/sida y con la violencia contra las mujeres, estas temáticas en general se han trabajado de manera independiente y son escasos los trabajos con un enfoque integrador de ambas pandemias. De hecho, en Uruguay no hay estudios con este enfoque.

Los estudios disponibles en **Argentina** son:

- Canido, L. et al.: “Asistencia a la víctima de agresión sexual (VAS)”, en *Boletín Asociación Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires e Instituto para el Desarrollo Humano y la Salud*, año 11, Nro. 52, noviembre-diciembre de 2006. Este artículo propone un protocolo de atención para las mujeres víctimas de violencia sexual.

- FEIM/GESTOS/ACTIONAID/Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe/IAWC: *Las mujeres no esperamos. Acabemos la violencia contra la mujer y el VIH/SIDA Ya!* Publicación para América Latina y el Caribe, 2007. Esta publicación sistematiza estadísticas sobre el VIH/sida y violencia contra las mujeres y niñas en Latinoamérica, presenta historias de vida de mujeres de la región y establece una propuesta para que los gobiernos implementen acciones que reconozcan e integren las intersecciones entre estas temáticas.

- GESTOS/FEIM: *UNGASS, Monitoreo de los compromisos asumidos frente al SIDA en salud sexual y reproductiva. Sociedad civil luchando por derechos. Informe Argentina*, 2008. El estudio da cuenta de la fragmentación de los servicios, la desatención que del tema hacen los servicios de salud sexual y reproductiva (SSyR), así como los del VIH/sida. Presenta conclusiones sobre las principales fortalezas para la promoción de la salud sexual de las mujeres viviendo con el VIH/sida y para la prevención de la epidemia entre mujeres. También se analizan las principales

brechas y deficiencias respecto de la articulación SSyR/VIH/sida y recomendaciones para su superación.

- Red Argentina de Mujeres viviendo con VIH/sida: *Mujeres im-pacientes. informe de la situación de las mujeres viviendo con VIH/sida*, 2007. Presenta los resultados de una investigación participativa que tuvo como objetivo comprender y analizar las particularidades que adquiere el VIH/sida en MVVS en Argentina. Focaliza la atención en la salud sexual y reproductiva y los cambios que se producen en la sexualidad, los controles ginecológicos y la utilización de métodos anticonceptivos a partir de la recepción de un diagnóstico positivo.

Los estudios disponibles en **Brasil** son:

- Nilo, A. (org.): *Mujer, violencia e AIDS: Explorando Interfaces*, Recife, GESTOS, Soropositividade, Comunicação e Gênero, 2008. En esta publicación se describen los esfuerzos y las lecciones aprendidas por Gestos al abordar la violencia de género y el VIH/sida. Se presentan también los resultados de una investigación cualitativa desarrollada con mujeres viviendo con VIH. Como principal resultado el estudio muestra que la relación entre violencia y el VIH/ sida está formada por situaciones estructurales de violencia, expresadas en las formas de opresión racial y de género y propone una serie de acciones en el campo de la salud, el sistema legal, la educación y los medios de comunicación como posibles respuestas para abordar la intersección.

- Ruzany, M.; Taquette, S.; Oliveira, R.; Meirelles, Z. y Ricardo, I.: *A violencia nas relações afetivas dificulta a prevenção de DST/AIDS?*, en *Jornal de Pediatria*, vol. 79, Nro. 4, 2003. Se demuestra en este estudio que existe una asociación importante entre la violencia en las relaciones emocionales y un uso inconsistente del preservativo en el grupo analizado. Por lo tanto, las estrategias preventivas deberían tener en cuenta el comportamiento sexual de riesgo para la infección por VIH asociado con campañas contra la violencia.

- Andalaf, J. y Faundes, A.: *Violencia sexual y la respuesta del sector salud en Brasil*, trabajo presentado en Simposio 2001 *Violencia de género, salud y derechos de las Américas*, Cancún, México, junio 4-7 de 2001. Se basa en el estudio realizado en Campinas en 1.800 mujeres, que reveló que el 62% había tenido relaciones contra su voluntad y el 30% había sido víctima de violencia. Se consideran las consecuencias de la violencia a corto y largo plazo y se reconoce la importancia tanto de los foros interprofesionales realizados anualmente desde 1996 como la acción de abogacía mancomunada de grupos de profesionales y de mujeres activistas.

- Freire Diniz, N.; Guimaraes de Almeida, L. dos S. Riberiro, B. y Góes de Macedo, V.: *Estudo da Adesão à Quimioprofilaxia Anti-retroviral para a Infecção por HIV*

em Mulheres Sexualmente Vitimadas, en Rev. Bras. *De Ginecologia e Obstetrícia*, vol. 21, Nro. 9, 1999. La finalidad de este estudio fue investigar si las mujeres víctimas de violencia sexual adhieren o no al uso de medicamentos para prevención del VIH. Es un estudio cuantitativo realizado en un servicio de atención a personas sexualmente violentadas, de Salvador, Bahía, Brasil. Los resultados demostraron que el 45,4% de las mujeres víctimas de violencia eran adolescentes y que el 40,7% de las mujeres asistidas habían sido violadas. Sólo al 54% se le informó usar medicamentos antirretrovirales para prevención del VIH. El 57,4% de ellas adhirió al tratamiento y el 42,6% no lo continuó. Aquellas que no adhirieron al tratamiento alegaron disturbios psicológicos y/o emocionales o no comprensión del tratamiento instituido. Por lo tanto, es necesaria una mirada atenta de los profesionales para percibir las condiciones que implican un aumento en la vulnerabilidad de las mujeres a la infección.

En **Chile** no hay estudios en los que se reúna información sobre los vínculos en ambas epidemias. Para ese fin podrían ser útiles los siguientes:

- Estudio *Mujeres chilenas viviendo con VIH/SIDA, ¿Derechos sexuales y reproductivos?*, VIVO POSITIVO, FLACSO y Universidad ARCIS, 2004.¹ Este estudio entrega un primer antecedente de la relación entre violencia y VIH. El estudio se realizó con una muestra de 100 mujeres que viven con el VIH/sida. Los resultados muestran que el 77% había sufrido violencia en el transcurso de sus vidas. De ellas, un 92,2% reportó maltrato psicológico, el 74%, maltrato físico, el 39%, abuso sexual, y el 33,8%, violación. Respecto del responsable del maltrato, cuando las mujeres informaban abuso sexual, en el 30% de los casos había sido cometido por su pareja, otro 30% señaló haber sido abusada por un familiar que no era el padre ni la pareja y un 16,7% indicó haber sido abusada por su padre. En los casos de violación, el mayor porcentaje se concentró en la pareja, en un 34,6% de los casos. En un 26,9% este delito fue cometido por un familiar, en el 23,1%, por un desconocido o no familiar, y en un 11,5%, por el padre.

- Estudio cualitativo *Puertas adentro. Mujeres, vulnerabilidades y riegos frente al VIH/sida*, investigación del MINSAL realizada por FLACSO, 2006.² En relación con factores de riesgo y vulnerabilidad en las experiencias de las mujeres amas de casa y trabajadoras de casa particular, en este estudio se identifican comportamientos y situaciones que contribuyen a aumentar su exposición al riesgo, uno de los cuales es la violencia en la pareja. La pareja se constituye como espacio de vulnerabilidad por la

^[1] Vidal, F. y Carrasco, M.: “Mujeres chilenas viviendo con VIH/SIDA: ¿Derechos sexuales y reproductivos? Un estudio de correlaciones en ocho regiones del país, FLACSO-Chile, Santiago de Chile, Universidad ARCIS, VIVO POSITIVO, 2004.
^[2] Barrales, K.; Dides, C.; Márquez, A. y Valdés, T.: *Puertas adentro. Mujeres, vulnerabilidades y riesgo frente al VIH/SIDA*, Santiago de Chile, FLACSO-Chile, MINSAL, 2006.

dependencia económica. Menos generalizada que la violencia psicológica fue el reconocimiento de la violencia física.

La mayoría de las mujeres señaló haber vivido violencia psicológica y física ella, los/as hijos/as y entre cónyuges también. Mayoritariamente se reconoció la violencia psicológica de parte de sus parejas. Se mencionó la violencia física, pero menos frecuente que la psicológica, como episodios, donde algunas de ellas se han involucrado activamente. Ambos grupos de mujeres declararon que la “dinámica” que adquirió el primer evento de violencia física en la pareja y la “actitud” que había tomado la mujer para enfrentarlo y resolverlo, parecía ser un elemento “fundante” para la erradicación o persistencia de los episodios de violencia a futuro.

En **Uruguay**, no existen artículos disponibles sobre la vinculación entre la violencia de género y el VIH/sida. Para el caso uruguayo, el presente estudio constituye el primero en este tema.

Es evidente la falta de investigaciones que relacionen la violencia contra las mujeres con el VIH/sida en los cuatro países en estudio. Si bien la OMS y la OPS han estudiado y promovido estudios e investigaciones sobre violencia contra la mujer y el enfoque e incorporación en los servicios de salud, en los países analizados no se registran estudios que permitan identificar la aplicación de un modelo para investigar los impactos en la salud, que en salud sexual y reproductiva incorporan el VIH y las ITS.³

Del estudio del estado del arte se evidencia la escasa investigación y estudios que consideren el impacto de la violencia de género en la salud de las mujeres y el VIH/sida, así como del VIH/sida como la causa y el generador de violencia contra las mujeres. Los estudios e investigaciones detectados en tres de los cuatro países se orientan principalmente a la violencia sexual y a caracterizar el antecedente de violencia en mujeres que viven con el VIH/sida. En Chile se registra el único estudio que investiga la violencia con factores de riesgo y vulnerabilidad. En Brasil se estudió la adherencia al tratamiento de mujeres que viven con el VIH y víctimas de violencia. Por lo tanto, es necesario promover estos estudios e investigaciones a fin de caracterizar los vínculos y contar con fundamentos para diseñar y elaborar políticas públicas destinadas a enfrentar ambas pandemias.

3. Velzeboer, M.; Ellsberg, M.; Arcas, C. C. y García Moreno, C.: *Violencia contra la mujer: responde el sector de la salud*, Washington D.C., OPS, 2003.

I. VI.

Acciones de la sociedad civil



Es destacable la cantidad y calidad de los esfuerzos de la sociedad civil, a través de sus ONG y grupos de mujeres, en el trabajo para la prevención y asistencia de la violencia de género, por un lado, y el abordaje integral del VIH/sida en las mujeres en el marco de los derechos humanos, por el otro. Preocupa la desarticulación entre las ONG del movimiento de mujeres y las ONG y redes de lucha contra el sida, lo que se origina en y a la vez reproduce una falta de visibilización de la relación existente entre la violencia de género y el VIH/sida. Esta situación determina que las modalidades de abordaje de ambas pandemias en las mujeres no sean, en general, reclamadas por los distintos grupos comunitarios y organizaciones de mujeres para que tengan un abordaje integral que considere ambos problemas conjuntamente.

Si bien en los cuatro países el movimiento de mujeres y el movimiento feminista realizan un activismo visible en muchos campos de los derechos de las mujeres, no han tomado todavía en forma abierta y manifiesta la feminización del VIH/sida como una problemática importante vinculada a las reivindicaciones de género pendientes. Algo similar ocurre con las ONG que trabajan en temáticas de salud sexual y reproductiva, aunque entre éstas ya se visualiza una creciente incorporación. Como contrapartida, los grupos y ONGs con trabajo en VIH/sida, en general no han incorporado el problema de la salud sexual y reproductiva, y mucho menos la perspectiva feminista. Algunas recientemente se han incorporado al monitoreo de las políticas públicas, pero pocas ofrecen servicios a las personas viviendo con VIH/sida en la institución, como Gestos en Brasil, la Red Bonaerense de Personas Viviendo con VIH/sida y la Red Argentina de Mujeres Viviendo con VIH/sida en Argentina y VIVO POSITIVO en Chile. Respecto de la violencia contra las mujeres en la feminización del VIH/sida, se empieza a notar interés y preocupación.

En dos de los países desde el año 2006 participa la campaña internacional¹ “Las Mujeres No Esperamos – Acabemos la violencia contra la mujer y el VIH/SIDA Ya!”, coordinada en latinoamérica por Action Aid Americas, Colectiva feminista, FEIM, Gestos, Grupo Guatemalteco de Mujeres y la Red de Salud de las Mujeres de LAC (RSMLAC), que introdujo el tema de la interrelación

1. www.womenwontwait.org.

VIH/sida/Violencia de género en espacios estratégicos del movimiento del VIH/sida y de mujeres en la región. La campaña se lanzó en el Foro regional de sida realizado en abril del 2007 en Buenos Aires, y luego en ese mismo año en CONCASIDA, Nicaragua.

En Argentina, desde el inicio de la democracia (1983) las organizaciones de mujeres y otras mixtas han desarrollado una amplia actividad de sensibilización social e incidencia en las políticas públicas, en temáticas relacionadas con las distintas formas de violencia contra las mujeres, incluida la sexual. No obstante, el impacto de la violencia contra las mujeres sobre la salud en general y específicamente en la feminización del VIH, constituye un aspecto apenas abordado y recién en los últimos años.

Respecto del VIH/sida, desde la década de 1990 las ONG han llevado a cabo en el país un activismo visible, con un impacto reconocible en las políticas públicas y en la sensibilización social acerca de la problemática. Sin embargo, las acciones se han orientado más a garantizar el acceso a medicamentos que a la necesidad de una política integral, y fueron pocas las que se centraron en los problemas del VIH/sida en las mujeres. En cuanto al campo de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres viviendo con el VIH, la tendencia histórica ha sido principalmente la lucha por el acceso al derecho a la maternidad. En el último tiempo se ha focalizado en los servicios de salud sexual y reproductiva, sin una consideración más integral de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos. Si bien desde el año 2000, con la aplicación masiva de tratamientos ARV y la prolongación de la vida de las PVVS, así como su mejor calidad de vida, especialmente las mujeres que viven con el VIH/sida piden poder ejercer el derecho a tener hijos y que los servicios de salud atiendan esa necesidad. Sin embargo, les es muy difícil recibir atención para su salud reproductiva, salvo con algunos profesionales.

En los últimos años, las organizaciones y los grupos de mujeres que viven con el VIH/sida, como la Red Bonaerense de Personas Viviendo con VIH/sida y la Red Argentina de Mujeres Viviendo con VIH/sida, han comenzado a vincularse más orgánicamente con organizaciones feministas que trabajan en salud sexual y reproductiva, incluido el VIH/sida y se están interesando en la prevención y erradicación de la violencia, así como en la atención de sus necesidades reproductivas.

En **Brasil**, recientemente la sociedad civil y las autoridades de salud han comenzado a priorizar estrategias que evidencien la relación entre la violencia contra las mujeres y el crecimiento del VIH/sida y que enfrenten la limitada integración entre las políticas de salud sexual y reproductiva y las del VIH/sida. El diálogo aún incipiente entre el movimiento organizado de mujeres y el del VIH/sida ha sido protagonizado por Gestos, que propuso estrategias de articulación entre los dos

problemas. En marzo de 2007 el gobierno brasileño, a través del Ministerio de la Mujer y el programa de VIH/sida del Ministerio de Salud, formalizó el Plan Integrado para Enfrentar la feminización del VIH/sida y otras ITS que tiene como objetivo reducir el impacto de la enfermedad en las mujeres, pero hasta ahora su implementación es sólo un reto y muchos estados nacionales no tienen acciones definidas todavía.

En el marco de la campaña “Las mujeres no esperamos”, en el año 2007 se estableció la Campaña “Niñas Unidas contra la violencia y el SIDA”.² La Campaña, implementada en el Estado de Pernambuco por GESTOS, una ONG con trabajo en VIH/sida, ofrece acompañamiento jurídico y social a niñas y adolescentes víctimas de violencia y/o viviendo con sida, capacita a jóvenes como multiplicadoras/es. Cuenta con un observatorio para acompañamiento de los casos de violencia contra las niñas, intercede frente al Estado y servicios responsables por el acompañamiento de los casos y promueve rondas de diálogos con profesores(as) y alumnos(as) de la red pública de enseñanza.

En **Chile**, el movimiento de salud de las mujeres y organizaciones feministas tuvo un rol fundamental en el posicionamiento de la violencia contra las mujeres como un problema público y un problema de derechos humanos. Desde las ONG se han realizado investigaciones para conocer la prevalencia de la violencia, como para conocer percepciones respecto de violencia y evaluar la respuesta pública. Un trabajo muy importante sobre femicidios producto de la violencia de género fue el desarrollado por La Morada.³ Los resultados de esta investigación fueron ampliamente difundidos y el movimiento de mujeres logró posicionar el femicidio como la expresión más brutal de la violencia contra las mujeres. En 2007 esta misma organización realizó el “Proyecto Modelo de Atención Nivel Secundario en Violencia hacia la Mujer”, que constituye un insumo importante para el diseño de programas y políticas públicas en materia de violencia.

En cuanto al VIH/sida, existen dos redes que agrupan a las organizaciones con trabajo en el tema: ASOSIDA que agrupa a ONGs y grupos comunitarios, y VIVO POSITIVO, que reúne a las organizaciones de personas que viven con el VIH. En ambas instancias, a pesar de que existen organizaciones que trabajan la prevención del VIH con mujeres, esta problemática no ha sido relevada en sus planes de trabajo.

Desde fines de 2008 y principios de 2009, se ha generado un desplome social de estas organizaciones que trabajaban de manera coordinada con el gobierno en una respuesta integral e intersectorial a la pandemia. Ante

2. <http://blog.gestos.org>.

3. Maturana, C.; Maira, G. y Rojas, S.: *Femicidio en Chile*, Santiago de Chile, Corporación La Morada, Naciones Unidas, 2004.

la disminución de fondos para el VIH/sida, la entrega de recursos a regiones dejó de llegar y las personas de la sociedad civil que trabajaban como consejeras entre pares, y formaban parte de las mesas intersectoriales para las campañas regionales dejaron de recibir el aporte que necesitaban con el fin de proseguir con sus funciones. Además, debido a la suspensión de la ayuda internacional a Chile a través del Fondo Global, muchas de estas organizaciones de la sociedad civil se vieron en una crisis de sustentabilidad ante la falta de recursos para seguir funcionando.

La Red Comunal El Bosque de Acción en VIH/sida, una red compuesta por organizaciones de mujeres pobladoras ha incorporado en los últimos años a sus talleres y jornadas educativas sobre prevención del VIH/sida, la violencia contra las mujeres, como un factor de riesgo para la adquisición del VIH.

En la década de 1990, el Foro Abierto de Derechos Sexuales y Reproductivos, una red nacional de organizaciones, instituciones y mujeres activistas por los derechos sexuales y reproductivos, realizó campañas nacionales, investigación y materiales educativos sobre la problemática de sida y mujer en todo el país. En la actualidad, esta red está muy debilitada por la falta de recursos. En el año 2004 se creó el Observatorio de Equidad de Género en Salud, un instrumento de la sociedad civil dirigido a ejercer seguimiento y evaluación de las políticas públicas en salud.⁴ Este observatorio ha cumplido un rol central en la difusión de información y de propuestas de la sociedad civil para abordar la violencia contra las mujeres, la salud sexual y reproductiva, la salud mental, los daños en la salud producto del trabajo, así como en los otros campos de observación, los que en su conjunto permiten mostrar las inequidades de género en la salud. En particular, en el ámbito de la violencia de género, los informes 2005 y 2006 divulgaron evidencia acerca de las limitaciones existentes en su abordaje y revelaron la necesidad de una política nacional integral e intersectorial dirigida a abordar el problema. Un resultado de este esfuerzo pudo observarse en el año 2007, cuando algunas de las propuestas surgidas desde la sociedad civil fueron incorporadas en la actual política de salud en violencia de género del Ministerio de Salud.

Desde marzo de 2006 funciona el Observatorio de Género y Equidad, formulado con el respaldo de un gran número de organizaciones y ONG de mujeres, tanto chilenas como de otros lugares de América Latina. Constituye tanto un espacio como un instrumento de instituciones y organizaciones de mujeres de la sociedad civil chilena, destinado a la reflexión, monitoreo y evaluación del proceso político iniciado con el gobierno de Michelle Bachelet y su agenda de equidad de género y social.

4. Actualmente el Observatorio de Equidad de Género en Salud se sostiene por el esfuerzo de organizaciones de la sociedad civil (universidades, ONG y redes), en su origen estuvo vinculado a la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS, en el marco del proyecto Género, Equidad y Reforma de Salud en Chile (segunda fase).

A comienzos de 2009, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos consideró la acción legal iniciada varios años antes por una mujer chilena que vivía con el VIH/sida, por haber sido esterilizada sin su consentimiento en un hospital público. El recurso fue presentado, en su nombre, por el Centro de Derechos Reproductivos y la agrupación chilena VIVO POSITIVO. En él se denuncia que esta mujer de veintisiete años de edad fue esterilizada debido a su estatus seropositivo, sin que los médicos hubiesen discutido el tema con ella ni solicitado su autorización.

En **Uruguay**, el movimiento de mujeres y el movimiento feminista han tenido un rol sustantivo en lograr la visibilización y el tratamiento público del problema de la violencia contra las mujeres como un asunto de derechos humanos, de democracia y de justicia social. El trabajo sostenido, durante más de veinte años de las organizaciones ha permitido la incorporación de esta problemática como asunto de políticas públicas y que la sociedad uruguaya esté hoy más sensibilizada frente a esta realidad. En el país trabajan numerosas organizaciones de mujeres y organizaciones feministas que surgieron a partir de la recuperación de la democracia en 1985. La Comisión Nacional de Seguimiento, Mujeres por Democracia, Equidad y Ciudadanía (CNS Mujeres, creada en 1996) es la articulación política de organizaciones de mujeres y feministas más importante tanto por su extensión (sesenta organizaciones) como por su legitimación política y social. La CNS elabora desde el año 2004, la Agenda de las Mujeres, una herramienta de incidencia política que incluye un conjunto de demandas y propuestas para el logro de la igualdad y la equidad de género. Entre ellas, tanto la violencia contra las mujeres como la salud sexual y reproductiva (incluyendo la prevención y atención del VIH-sida) están incluidas como prioridades. Por su parte, la Red Uruguaya contra la Violencia Doméstica y Sexual es un espacio de articulación de organizaciones sociales que realiza, desde hace más de una década, acciones de incidencia política. Actualmente reúne a dieciocho ONGs e incluye aquellas que abordan la problemática en relación con la niñez, la adolescencia, mujeres y varones. Algunas organizaciones que integran esta red, cuentan con programas de apoyo a las mujeres víctimas de violencia sexual y doméstica, en convenio con el Instituto Nacional de las Mujeres (Mides). Sin embargo, estas organizaciones abordan débilmente la relación entre ambas epidemias.

Asimismo, hay en el país un importante número de organizaciones y grupos de la sociedad civil con trabajo en la temática del VIH/sida. Una de ellas, la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH, trabaja específicamente con la población femenina. De todas formas, la interrelación entre el VIH/sida y violencia contra las mujeres no ha sido encarada por estas organizaciones.

I. VI.

Análisis y comentarios



Pese a que la violencia contra las mujeres se ubica entre las primeras causas de muerte de mujeres en América Latina, son escasos los países que cuentan con cifras oficiales acerca de esta problemática. Esta realidad constituye una de las evidencias del lugar marginal que ocupa la temática en las agendas de los gobiernos, especialmente en Latinoamérica y en el Mercosur. Pone de manifiesto también la falta de atención en los países del Mercosur al reconocimiento de la OMS en 1996 de la importancia del impacto de la violencia contra la mujer sobre la salud y la necesidad de incorporar la detección y atención de la violencia en los servicios de salud, así como su prevención.¹

En el Mercosur, los gobiernos se han limitado a difundir un lenguaje “políticamente correcto” respecto de la violencia de género y el VIH/sida, y a implementar planes y programas, con evidentes problemas técnicos, políticos y presupuestarios. En 1998 se creó la Reunión Especializada de la Mujer del Mercosur (REM) por resolución del Grupo Mercado Común (Resolución 20/98 del 22 de julio de 1998). Desde su inicio, la REM ha realizado diecinueve reuniones. En las últimas, que tuvieron lugar en los años 2007 y 2008, se introdujo el tema del VIH/sida en la agenda, la violencia contra la mujer había sido incluido antes. Sin embargo, no se ha avanzado en una consideración conjunta.

La adhesión de los países a los pactos, las declaraciones y los tratados internacionales en la materia, y las reformas legislativas nacionales, no garantizan una atención efectiva de esta problemática compleja que requiere de un abordaje integral, con perspectiva de género. De hecho, los avances legislativos con definiciones más integrales de violencia de género se han dado muy recientemente en el Mercosur. En muchos casos plantean medidas progresistas sin precedentes, pero se necesitan cambios culturales y estructurales en los organismos gubernamentales y sociales, difíciles de lograr. El marco ideológico, político y técnico de la Convención de Belem do Pará debería ser la referencia en la promoción de estos cambios y si bien existe el sistema de seguimiento, aún se está lejos de lograr.

1. Simposio *Violencia de Género, Salud y Derecho en las Américas*, auspiciado por OPS, UNFPA, UNICEF, UNIFEM, UNDP, RSMLAC, CIM, ISIS, CISM, Cancún, 2001.

Un dato promisorio es el hecho del aumento de la cantidad de denuncias, como indicador de un incremento de la confianza en los organismos, especialmente de Justicia. Este aumento interpela a los gobiernos para mejorar los registros y el seguimiento de los datos estadísticos, así como para promover la mayor eficiencia del sistema jurídico y el acceso a la justicia, con el fin de evitar que las mujeres que denuncian situaciones de violencia queden doblemente expuestas a riesgos mayores, debido a la ineficacia de los procesos judiciales, al escaso número de causas que terminan con los agresores detenidos, y a la falta de medidas que sancionen el incumplimiento de las leyes sobre violencia contra las mujeres.

En muchos casos, la violencia contra las mujeres se aborda aún hoy como una temática aislada. Resulta indispensable el mayor compromiso de los sistemas de salud, lo que obliga a una mejor articulación entre ministerios, programas y servicios de atención, a una capacitación más adecuada del equipo salud, en el marco de la perspectiva de género y los derechos humanos y a la existencia de protocolos de atención. Asimismo, es urgente el fortalecimiento de las Áreas Mujer para que se puedan promover articulaciones operativas de la diversidad de programas y servicios gubernamentales y no gubernamentales de atención a la violencia contra las mujeres. De los cuatro países estudiados, excepto Argentina, los otros tienen protocolos para la atención de víctimas de violencia en los servicios de salud. Lamentablemente no existen monitoreos ni evaluaciones que nos permitan conocer su cumplimiento.

La actuación del movimiento de mujeres y de las organizaciones feministas constituye un aporte muy importante a estos cambios estructurales, aunque su poder de incidencia en las políticas públicas ha sido dispar según las agendas de los gobiernos de turno. Además, si bien la violencia de género ha sido históricamente un tema prioritario en sus agendas, el VIH/sida ha estado escasamente representado en ellas. Son muchas las ONG de mujeres y feministas que trabajan en el campo de los derechos sexuales y reproductivos, pero el VIH/sida aún no ha sido incluido entre las principales reivindicaciones exigidas a gobiernos y organismos internacionales. Tampoco se han trabajado suficientemente las cuestiones de género que intervienen en la marcada feminización del VIH/sida en los países del Mercosur.

A pesar de que estos países ofrecen cobertura universal de la atención y tratamiento del VIH/sida, no existen programas específicos para mujeres, excepto en Brasil, que superen la prevención de la transmisión madre-hijo. Al parecer, para las agendas sanitarias de los gobiernos, las mujeres son importantes en tanto madres, pero no se visualizan sus necesidades e intereses respecto de su salud sexual y reproductiva de manera integral a lo largo de toda su vida.

En este marco, la falta de protocolos de atención de la violencia sexual constituye un serio obstáculo para la asistencia integral y prevención del VIH, otras ITS y de embarazos no deseados en mujeres que son víctimas de violaciones.

No existen datos oficiales sobre infecciones por el VIH en mujeres que han padecido situaciones de violencia sexual. Tampoco hay programas gubernamentales que articulen estrategias para mitigar ambas pandemias con un enfoque integrador, ni financiamiento para programas de investigación y/o intervención. Recientemente, ONUSIDA ha realizado una estimación de costos para incorporar la atención de la violencia sexual en programas de atención a las mujeres viviendo con el VIH/sida. La decisión fue tomada ante la presión de las redes y ONG de mujeres del mundo, incluida la campaña “Las mujeres no esperamos. Acabemos la violencia contra la mujer y el VIH/sida YA!”.

Ambas temáticas comparten en el Mercosur la debilidad de los procesos de evaluación y monitoreo de la aplicación de las leyes y del funcionamiento de los programas. En el caso de que existan –por iniciativa de las ONGs–, sus recomendaciones son escasamente tomadas en cuenta por los gobiernos a la hora de mejorar los servicios y las estrategias de prevención. De todos modos, la presencia de observatorios integrados por organismos del gobierno, ONGs y otras instituciones es de vital importancia para denunciar falencias y proponer cambios legislativos en las políticas públicas.

Si bien se se han iniciado algunas acciones que abordan la violencia de género como problemática que aumenta la vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH, y al VIH como problema de salud pública que expone a las mujeres a mayores riesgos de sufrir violencia de género, la mayoría de estas actividades se ha orientado a la sensibilización de decisores políticos y miembros de ONGs. Son escasas, en cambio, las estrategias dirigidas directamente a las mujeres de sectores pobres –las más vulnerables frente a ambas problemáticas–. Tampoco se han implementado programas sostenidos de capacitación a los agentes que intervienen en esas temáticas desde los organismos judiciales, los centros de salud, y otras instituciones.

Es necesario que los gobiernos definan y adopten estrategias para enfrentar la violencia que padecen las mujeres que viven con el VIH/sida, ya sea como causa o efecto. Esto debe incluir el tratamiento integral de la violencia, o sea, no sólo los aspectos médicos biológicos, sino también los psicológicos, sociales, legales y económicos, para superar el ciclo de la violencia.

Todos los informes evidencian una mayor concentración de actividades de promoción, prevención, asistencia

y sensibilización tanto sobre violencia de género como sobre feminización del VIH/sida, en los grandes centros urbanos. Si bien el VIH/sida registra mayor cantidad de casos en esos centros, la violencia de género resulta una epidemia más generalizada en ciudades de todos los tamaños y también en ámbitos semirrurales y rurales.

Preocupan las dificultades en la implementación transversal y sostenida de educación sexual en el sistema educativo formal. Las iniciativas aún hoy son aisladas y muchas de ellas no incluyen la perspectiva de género, estrategia fundamental para la prevención tanto de la violencia contra las mujeres como del VIH/sida, otras ITS y los embarazos no planificados.

Finalmente, es indispensable proponer mecanismos de colaboración entre los países del Mercosur que superen el aspecto meramente económico y que avancen sobre problemáticas sociales y de salud pública, como la violencia contra la mujer y la feminización del VIH/sida.

Estas dos complejas problemáticas han permanecido silenciadas en estos países, realidad que determinó la escasez e inadecuación de las estrategias de abordaje conjunto e integral, y la falta de eficacia en la prevención de muertes y malestares de muchas mujeres del Mercosur. Esto constituye un dilema técnico, político, epistemológico y ético que debe ser abordado de manera urgente, en el marco de la perspectiva de género y los derechos humanos.

II

La investigación cuali cuantitativa

Mabel Bianco, Andrea Mariño y Eleonora Sacco

- I. Objetivos e hipótesis
- II. Aspectos metodológicos
- III. Población de la investigación

II. I.

Objetivos e hipótesis



La investigación multicéntrica “**Violencia contra las mujeres y feminización del VIH-sida en el Mercosur. Una aproximación cuanti cualitativa**”, constituye una aproximación al estado de situación de la intersección entre la violencia contra las mujeres y el VIH/sida en cuatro países del Mercosur: Argentina, Brasil, Chile y Uruguay. La primera etapa descripta en el capítulo anterior, nos confirmó la hipótesis inicial acerca de la falta de datos, así como de interés por investigar la relación entre estos dos problemas que afectan la vida de las mujeres.

El estudio de carácter exploratorio, realizado entre los meses de septiembre de 2008 y marzo de 2009, tuvo como propósito explorar la vinculación entre distintas formas de violencia contra las mujeres y el VIH/sida. Se consideró para ello, explorar las experiencias y vivencias de las mujeres viviendo con el VIH de los cuatro países involucrados en el proyecto; relevando situaciones de violencia que vivieron a lo largo de sus vidas y su relación con el VIH/sida, así como con su salud sexual y reproductiva.

- Los objetivos específicos de la investigación cuali cuantitativa fueron:**
1. Conocer la frecuencia con que las MVVS vivieron situaciones de violencia antes y después del diagnóstico del VIH.
 2. Cuantificar esta relación y su impacto para promover respuestas a la infección con el VIH/sida tendientes a disminuir la epidemia.
 3. Conocer las creencias, percepciones, experiencias y actitudes de las MVVS sobre la relación entre las situaciones de violencia que vivieron y su condición de vivir con el VIH.

II. II.

Aspectos metodológicos



Dado el carácter exploratorio del estudio y sus objetivos específicos, se trabajó en la complementación de métodos cuantitativos y cualitativos, para cuyo desarrollo se recurrió a distintas herramientas y estrategias metodológicas.

Se aplicaron dos técnicas de relevamiento de información: cuestionario estructurado y entrevista en profundidad, cada una de las cuales fue utilizada para recoger información sobre algunas de las dimensiones de los objetivos del estudio.

Para el componente cuantitativo se recurrió al diseño y aplicación de un cuestionario estructurado integrado por 4 módulos:

1	PRIMER MÓDULO Recaba datos sociodemográficos de las entrevistadas, edad, estado civil, situación de pareja, nivel de instrucción, trabajo, ingresos y condiciones de la vivienda.
2	SEGUNDO MÓDULO Recaba información sobre el diagnóstico del VIH, y temas relacionados con la salud sexual y reproductiva.
3	TERCER MÓDULO Indaga sobre la existencia de violencia, tanto psicológica como física y abuso sexual. Incluye información de temporalidad que indaga sobre situaciones de violencia vividas antes y después del diagnóstico del VIH.
4	CUARTO MÓDULO Explora las lesiones sufridas por aquellas mujeres que refieran haber sido víctimas de violencia contra las mujeres.

En el diseño del tercer módulo relativo a la existencia de violencia contra las mujeres se utilizó el instrumento “Cuestionario para detectar violencia de género”, elaborado por un grupo de profesionales de la Ciudad de Buenos Aires, con el apoyo de la Federación Internacional de Planificación Familiar del Hemisferio Occidental (IPPF, por sus siglas en inglés) y validado por María Pía Majdalani *et al*.¹ siendo adaptado especialmente para este estudio.

La entrevista en profundidad se organizó en cuatro módulos con una serie de preguntas orientadoras en cada módulo. A continuación se detallan los temas considerados en cada módulo:

Primer módulo: indaga sobre las situaciones de violencia vividas por la entrevistada, focalizando en la violencia experimentada en la infancia, la relación de los padres, especialmente si había violencia entre ellos, el tipo de relación con los progenitores, haciendo hincapié en si ésta contenía elementos de violencia física o psicológica, e indaga sobre la violencia anterior o actual en la(s) pareja(s).
Segundo módulo: indaga lo relativo a la salud sexual y reproductiva y el VIH/sida.
Tercer módulo: indaga sobre la presencia de violencia institucional, especialmente el acceso a la atención; la percepción del trato por parte de los profesionales de la salud, investigando en particular si fue víctima de algún tipo de discriminación.

1. Majdalani, M. P.; Alemán, M.; Fayanás, R.; Guedes, A. y Mejía, R. M.: *Validación de un cuestionario breve para detectar situaciones de violencia de género en las consultas clínicas*, en Revista Panamericana de Salud Pública, vol. 17, Nro. 2, 2005.

Cuarto módulo: explora la relación violencia y VIH, la percepción de la entrevistada sobre si cree que el haber sido víctima de violencia y el haberse infectado con el VIH se relacionan.

El trabajo de campo se desarrolló entre septiembre de 2008 y marzo de 2009. En Chile y Argentina, la realización de las encuestas estuvo a cargo de organizaciones de mujeres viviendo con VIH con amplia trayectoria de trabajo y activismo,² que fueron especialmente entrenadas para aplicar la encuesta.

Durante la aplicación de las encuestas, se invitó a diez mujeres que relataron haber sido víctimas de violencia antes del diagnóstico del VIH, a participar de la segunda parte del estudio, de carácter cualitativo, con entrevistas en profundidad.

Los datos del cuestionario se procesaron en SPSS para la realización de los análisis de frecuencias en las variables y los cruces entre ellas.

El análisis de datos cualitativos se realizó considerando situaciones comunes a todas las entrevistas para ilustrar con sus historias de vida los datos cuantitativos presentados. Se configuró una matriz de análisis, cuyos temas se definieron de acuerdo con los principales aspectos indagados por la guía de preguntas diseñada para las entrevistas. Para comprender el *continuum* de violencia al cual estuvieron expuestas estas mujeres y conocer sus creencias y actitudes en torno a la relación entre el VIH y la violencia en sus vidas, los temas se analizaron según dos categorías: experiencias y creencias. Una vez volcada la información a la matriz de análisis, se rastrearon y resaltaron aquellas palabras claves y significativas que se repitieran en dos o más entrevistas en el mismo tema, permitiendo encontrar semejanzas significativas tanto en las experiencias como en las creencias de las entrevistadas.

II. III.

Población de la investigación



Los sujetos de la investigación fueron mujeres viviendo con VIH, mayores de dieciocho años y que se atienden en servicios públicos de salud. Participaron de la investigación un total de 399 MVVS.

2. En Argentina la realización de las encuestas estuvo a cargo de integrantes de la Red Argentina de Mujeres Viviendo con VIH y el Movimiento Latinoamericano y del Caribe de Mujeres Positivas, y en Chile estuvo a cargo de integrantes de VIVO POSITIVO, MOLOKAI y la Fundación Savia.

En Argentina, la encuesta se aplicó a 101 mujeres viviendo con VIH, que recibían asistencia en servicios de salud públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y del área norte y oeste del conurbano bonaerense. En Brasil, la encuesta se aplicó a 96 mujeres viviendo con VIH. Los datos fueron recolectados en los siguientes servicios: a) Hospital Universitário Oswaldo Cruz; b) Hospital Correia Picanço; c) Servicio de Atención Especializado en DST/HIV/AIDS (SAE) situado en la Policlínica Lessa de Andrade y en la Organización No Gubernamental “Sempre Viva” que alberga a mujeres que viven con VIH/sida; todos ellos del estado de Recife. En Chile, la encuesta se aplicó a 102 mujeres viviendo con VIH, residentes en las ciudades de Santiago y Concepción. Por último, en Uruguay, la encuesta se aplicó a 100 mujeres viviendo con VIH, que se atendían en el Instituto de Higiene del Ministerio de Salud Pública de la Ciudad de Montevideo.

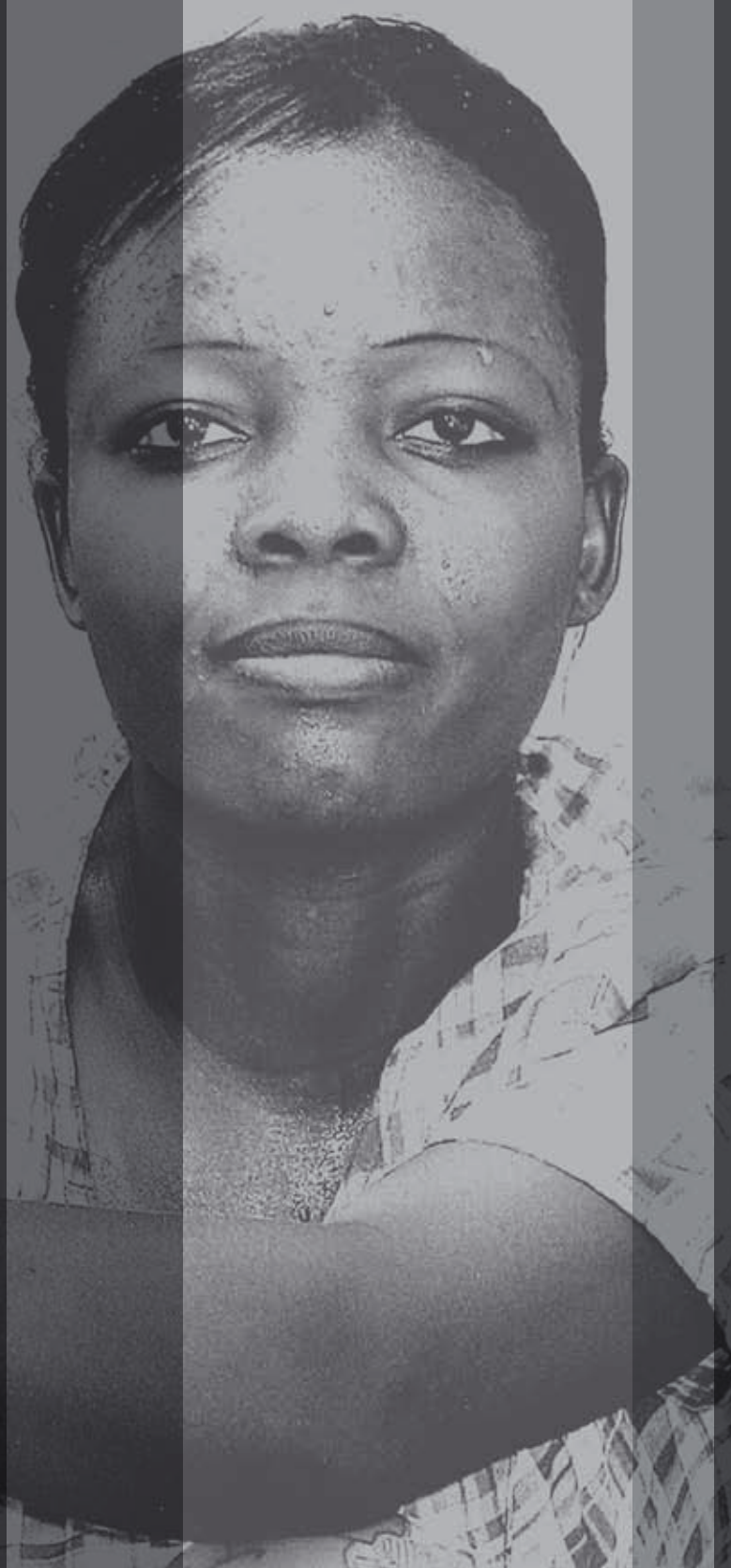
Un grupo conformado por 34 de las mujeres encuestadas, que refirieron haber padecido situaciones de violencia antes del diagnóstico del VIH, fueron seleccionadas y participaron de las entrevistas que representan el componente cualitativo del estudio.

La aplicación del cuestionario y de la entrevista en profundidad cumplió con los requisitos de resguardo de la identidad y confidencialidad. Antes de aplicar el cuestionario, las mujeres dieron su aprobación para ser encuestadas y firmaron un consentimiento informado, en el que se consignaron el nombre de pila e iniciales de su primer apellido, junto con su teléfono personal. Igual procedimiento se estableció para la realización de las entrevistas en profundidad.

Cada cuestionario fue identificado con el código que fue consignado en el consentimiento y en cada página del cuestionario, como una forma de evitar errores producto de la manipulación posterior de los cuestionarios (digitalización, supervisión del ingreso de datos, etc.).

El diseño y protocolo de esta investigación fue revisado por comités de ética en Argentina y Brasil, en Uruguay la autoridad de salud declaró la investigación de interés nacional. En Chile se recibieron sugerencias de parte del equipo de CONASIDA, incorporándose las relativas al texto del consentimiento informado y apoyo para gestionar la revisión del protocolo por un comité de ética, lo que finalmente no se pudo concretar en los plazos requeridos para el desarrollo del estudio en los cuatro países.

III

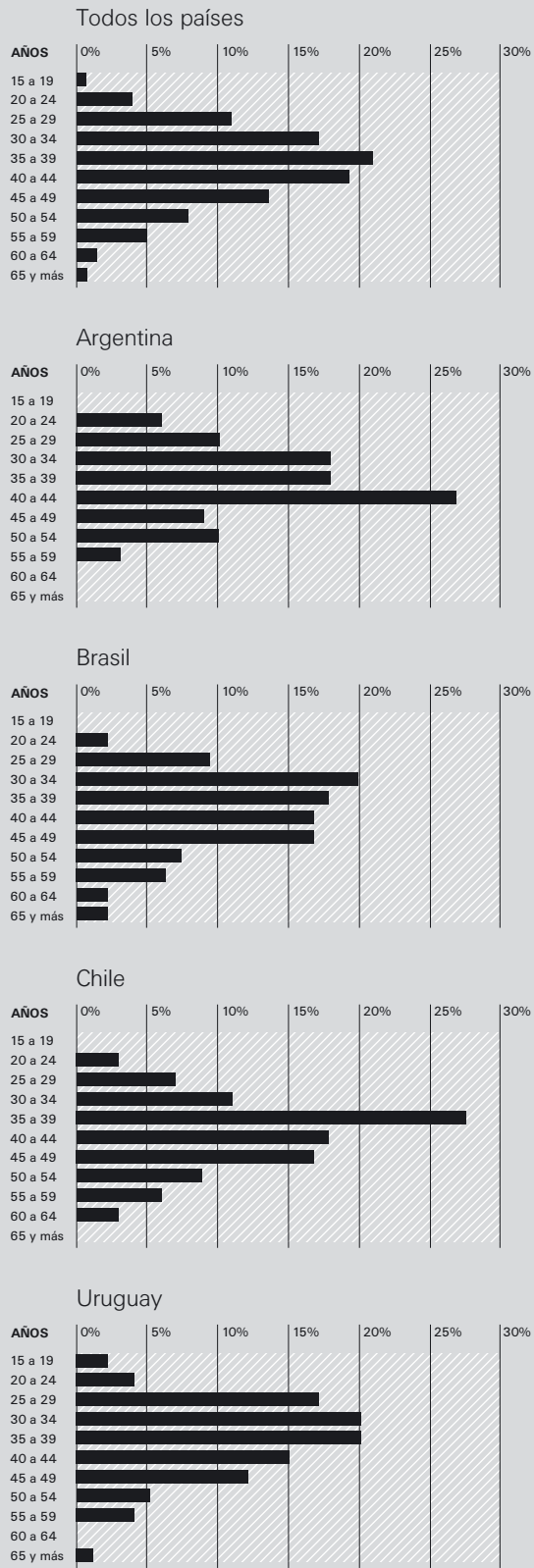


Análisis de datos cuantitativos

Mabel Bianco, Andrea Mariño y Eleonora Sacco

- III.I Datos sociodemográficos
- III.II Salud sexual y reproductiva
- III.III Diagnóstico de VIH
- III.IV Violencia
- III.V Violencia y VIH

Gráfico 1. **Distribución porcentual de MVVS según grupo etario por país y para todos los países**



III. I.

Datos sociodemográficos

Las 399 mujeres encuestadas tienen, en promedio 39 años de edad; con extremos de edad en 17 y 74 años. Predominan **las mujeres de mediana edad, en tanto el 56,9% de las mujeres se ubica entre los 30 y los 44 años**; el mayor peso relativo lo aportan las mujeres de entre 35 y 39 años (20,8%), seguidas de las que tienen entre 40 y 44 años (19,0%) y entre 30 y 34 años (17,0%). Las mujeres con menos de 25 años representan sólo el 4,3% de los casos y las que tienen más de 55 años concentran el 6,9%. El gráfico 1 presenta la distribución porcentual por grupos de edad del total de las encuestadas y por país. Argentina y Chile presentan las principales diferencias con el total, en Argentina se observa una mayor proporción de mujeres de entre 40 y 44 años y en Chile, de entre 35 y 39 años. (Ver Gráfico 1)

El 93,5% (372) reside en **un ámbito urbano**; mientras que el resto reside en zona rural. Esta distribución respecto del lugar de residencia guarda similitudes para Argentina, Chile y Uruguay; las mujeres residentes en zona rural incrementan su participación en el caso de Brasil, país en el que la residencia urbana desciende al 87,5% a expensas de la residencia rural que representa el 13%.

Casi las tres cuartas partes de las mujeres se identificaron como blancas (73,2%) al ser consultadas sobre su pertenencia étnica. La participación de otras pertenencias étnicas incluye: 11,8% de mujeres afrodescendientes, 5,8% de mujeres indígenas y 8,7% de mujeres pertenecientes a otra etnia (pardas en el caso brasileño y mestizas en el caso chileno).

La pertenencia étnica es la característica que mayor diversidad presenta en el caso de Brasil y, en menor medida, de Uruguay cuando se observa la distribución en cada país. (Ver Gráfico 2)

La mayoría de las mujeres argentinas y chilenas (95% y 96%) se referenciaron como pertenecientes a la etnia blanca; con escasa participación de otras etnias. Las mujeres uruguayas y brasileñas aportaron una mayor diversidad étnica; especialmente las mujeres brasileñas. En ambos países, el descenso de la participación de mujeres incluidas entre la población blanca es marcado respecto de Argentina y Chile, a expensas del incremento de la participación de mujeres: afrodescendientes (16%

y 31,3% respectivamente), indígenas (11% y 6,3% respectivamente) y, en el caso brasileño, de otras etnias (34,4%), que se corresponde con mujeres que se identifican como pardas.

En relación con el estado civil, las mujeres solteras y casadas o viviendo en pareja presentan similar frecuencia y son las que predominan; las viudas y las separadas o divorciadas presentan valores similares. (Ver Cuadro 2)

La distribución por grupo etario según estado civil declarado indica que entre las mujeres más jóvenes (20 a 29 años) predominan las solteras; las casadas o que viven en pareja se concentran en el grupo de 30 a 44 años. Se destaca una importante presencia **de mujeres que se declaran viudas en grupos de edad adulta menores de 50 años; el 41% de las mujeres viudas tiene entre 40 y 49 años y el 67% de las viudas se incluyen en un franja etaria que se extiende entre los 30 y los 49 años**. Este porcentaje elevado de viudas menores de 50 años difiere de lo habitual en la distribución de las mujeres por edad y estado civil en los cuatro países. Esto se debe asociar a que las mujeres encuestadas viven con el VIH y muchas se infectaron por relaciones sexuales con sus esposos, los que vivían con el VIH y han muerto a edades más jóvenes.

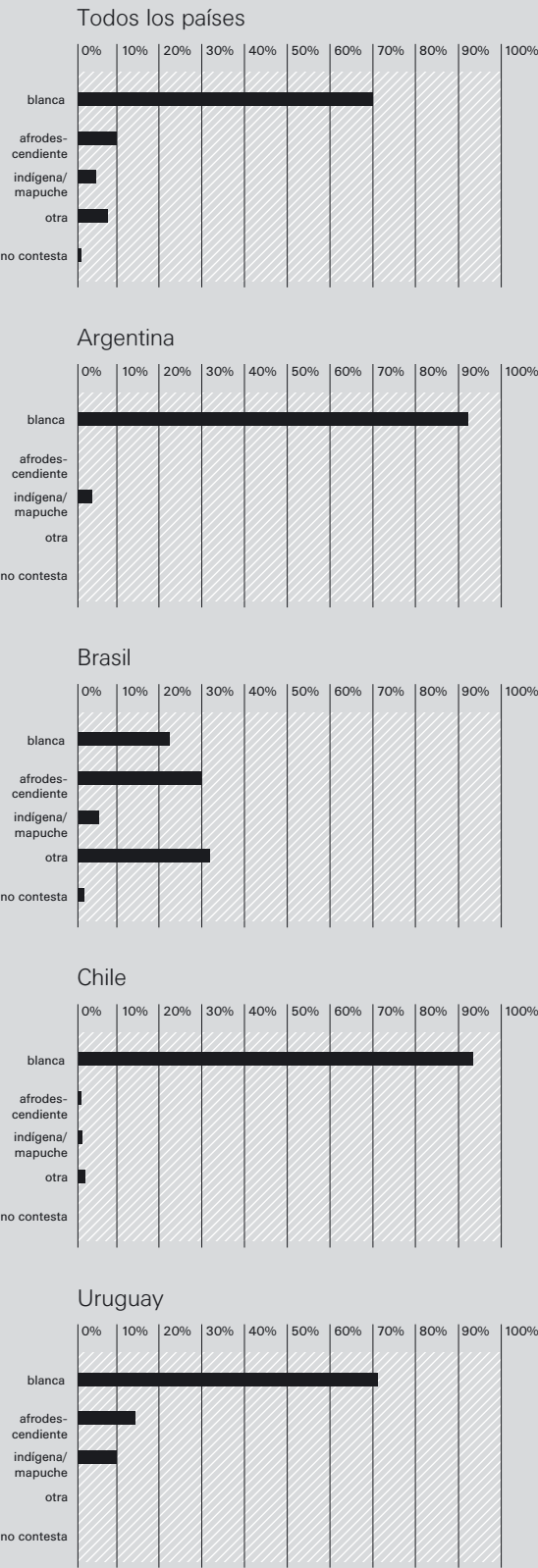
La mayoría de las mujeres que refirió con quien/es convivía (388), vivía al momento de la entrevista con familiares; ya sea integrantes de su núcleo familiar propio, de origen, mixto o ampliado; sólo 29 mujeres (7,5%) refirieron vivir solas. (Ver Cuadro 3)

Más de la mitad de las mujeres (59%) convive con sus hijos/as; a excepción de una mujer, todas refieren también otros familiares o personas convivientes. Entre las mujeres que conviven con sus hijos/as, la pareja o esposo (56%), y todos o algún integrante de la familia de origen (madre, padre y/o hermanos/as 33,5%) son los convivientes más frecuentes.

Cuadro 1
PERTENENCIA ÉTNICA DE LAS ENCUESTADAS

Pertenencia étnica	Nro.	%
Blanca	292	73,2
Afrodescendiente	47	11,8
Indígena/mapuche	23	5,8
Otra	35	8,7
No contesta	2	0,5
Total	399	100

Gráfico 2. **Distribución porcentual de MVVS según pertenencia étnica por país y para todos los países**



Cuadro 2

DISTRIBUCIÓN DE MVVS SEGÚN ESTADO CIVIL Y GRUPO ETARIO

Grupo etario	Estado civil					Total
	Casada/vive en pareja	Soltera	Divorciada/separada	Viuda	Otro	
15 a 19 años	0	2	0	0	0	2
20 a 24 años	1	14	0	0	0	15
25 a 29 años	15	21	2	4	1	43
30 a 34 años	35	21	4	7	1	68
35 a 39 años	31	37	7	7	1	83
40 a 44 años	25	26	12	12	1	76
45 a 49 años	16	14	14	10	0	54
50 a 54 años	11	3	11	6	0	31
55 a 59 años	8	4	2	5	0	19
60 a 64 años	1	2	0	2	0	5
65 y más años	1	1	1	0	0	3
Total	144	145	53	53	4	399

Cuadro 3

DISTRIBUCIÓN DE MVVS SEGÚN CONVIVIENTES (RESPUESTAS MÚLTIPLES)

Convivientes	Nro.	% de casos
Esposo/pareja	189	48,7
Hijos/hijas	230	59,3
Madre	152	39,2
Padre	134	34,5
Hermanas/hermanos	130	33,5
Otros familiares	112	28,9
Vive sola	29	7,5
Otras personas	30	7,7
Total	1006	259,3

Cuadro 4

DISTRIBUCIÓN DE HOGARES DE MVVS SEGÚN CANTIDAD DE CONVIVIENTES

Número de integrantes del hogar	Nro.	%
Hasta 2 personas	78	19,5
3 a 5 personas	241	60,4
6 a 9 personas	64	16,0
10 personas y más	10	2,5
SD	6	1,5
Total	399	100,0

Si bien la presencia de esposo/pareja y/o convivientes pertenecientes a sus familias de origen es frecuente en la vida de las mujeres encuestadas y puede ofrecerle redes o vínculos de sostén, para un número importante de ellas, como se analiza más adelante, esta presencia, especialmente en el caso de sus esposos/parejas, representa una exposición a distintos tipos de violencia.

El promedio de convivientes de los hogares que ocupan las mujeres es de 4,2 personas. El cuadro siguiente muestra la distribución de hogares según cantidad de convivientes.

La mayoría de las encuestadas (96,6%) sabe leer y escribir. Brasil presenta el valor más bajo para la región, con el 91,7%.

Una parte importante de las mujeres encuestadas (62%) ha logrado superar la educación básica o primaria. Predominantemente han alcanzado el nivel de instrucción secundario (49%), que la mayoría refiere no haber terminado. Son escasas las mujeres que informan no haber estado o estar escolarizadas (3%), y sólo el 13% de las encuestadas alcanzó el nivel terciario, ya sea universitario o no universitario. (Ver Grafico 3)

Un 83,7% (334) de las mujeres consultadas trabajó alguna vez en forma remunerada, mientras que sólo el 33,1% (132) trabaja en forma remunerada en la actualidad. Esto indica que **la frecuencia de trabajo remunerado ha disminuido en la historia reciente en un 50,6% en estas mujeres, con la consiguiente pérdida de autonomía económica en su vida actual.** En los cuatro países se registra una situación similar, en Brasil y Uruguay se observa la mayor pérdida de trabajo remunerado (Ver Gráfico 4).

Gráfico 3. Mujeres MVVS según nivel de instrucción alcanzado

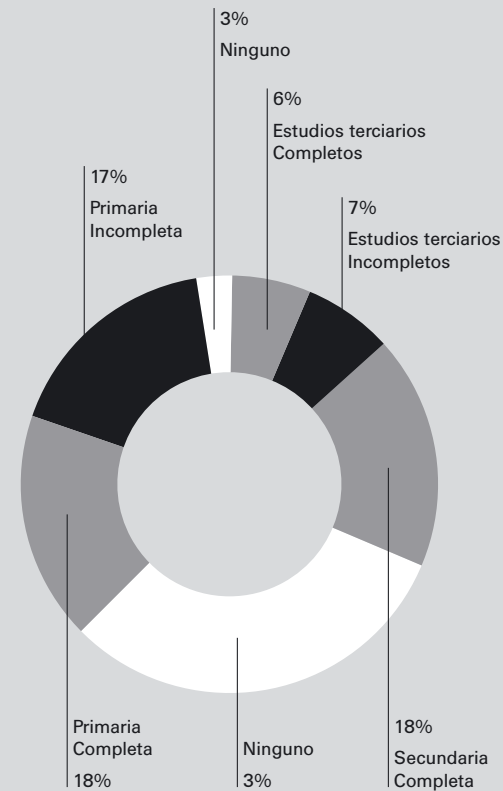
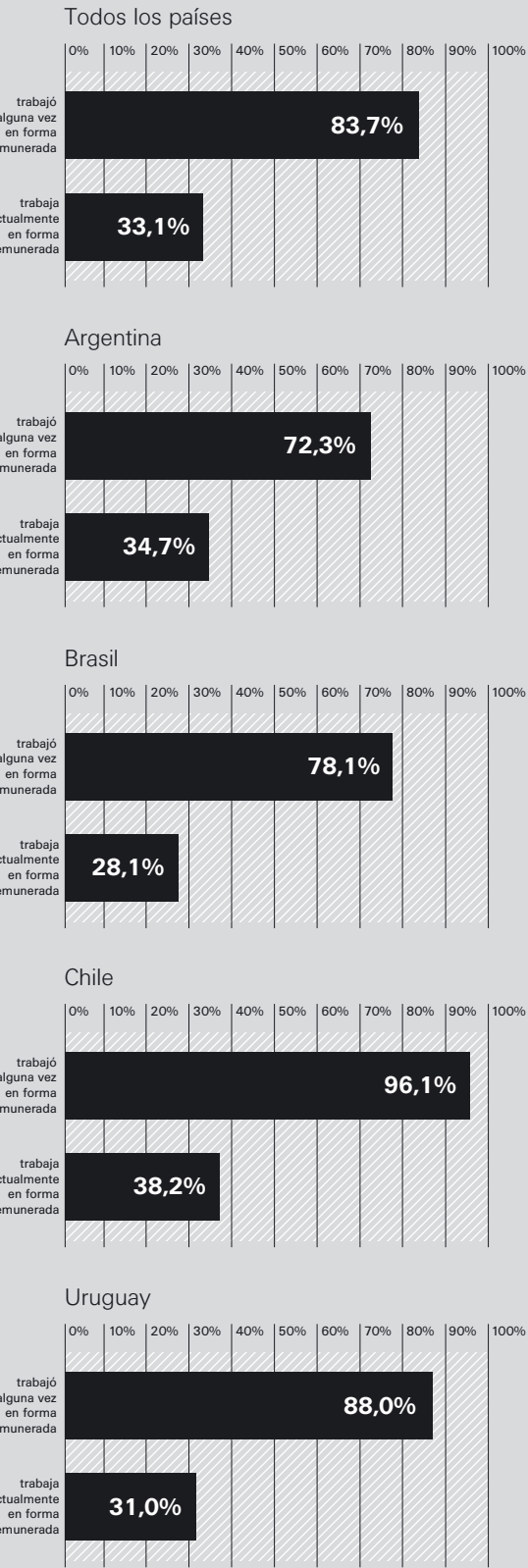


Gráfico 4. Porcentaje de MVVS que tuvieron alguna vez un trabajo remunerado y porcentaje de MVVS que tienen actualmente un trabajo remunerado



Esta situación puede explicarse por las condiciones actuales de menor participación laboral de las mujeres en cada país, pero es muy amplia la diferencia, actuando como un factor agravante de la desocupación la condición de vivir con el VIH. Dan cuenta de ello estudios realizados por la CEPAL, que estiman que las mujeres son las más afectadas por el desempleo debido a que las actividades que sufren los efectos de la desaceleración o recesión económica registran una alta participación femenina (CEPAL, 2008). El Informe de Argentina, en el marco del presente proyecto, destaca que, según estudios del INADI, se ha demostrado que entre las personas viviendo con el VIH/sida se registran altos niveles de discriminación laboral, y que vivir con el virus sigue siendo motivo de despido laboral o de no contratación (INADI, 2008).¹

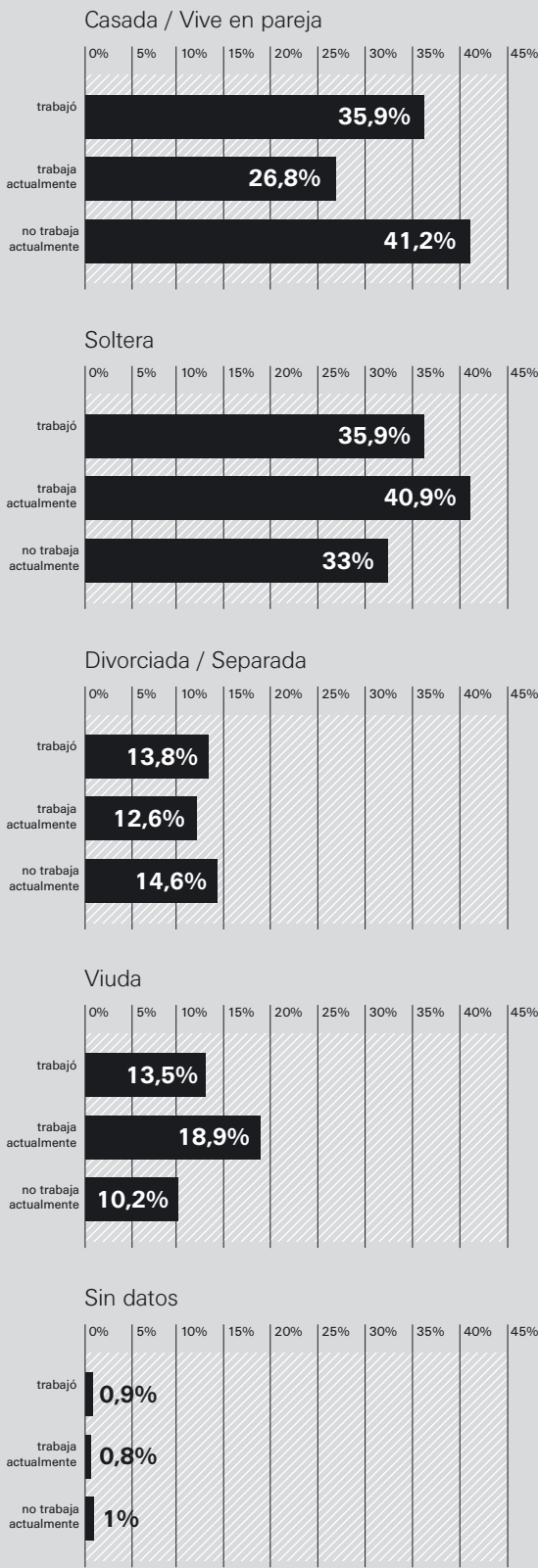
Otros factores podrían estar influyendo en la caída de la participación de las mujeres encuestadas en el mercado de trabajo remunerado; entre ellos la situación de pareja o estado civil y la titularidad de prestaciones contributivas o no contributivas (jubilaciones y pensiones).

Entre las mujeres que trabajaron en el pasado en forma remunerada, y que actualmente no trabajan, predominan las casadas o que viven en pareja; situación que varía respecto de las mujeres solteras y viudas, entre quienes son mayoría las que trabajaron en el pasado de manera remunerada y actualmente lo siguen haciendo bajo esa modalidad. La distribución laboral de las mujeres encuestadas podría estar indicando la permanencia y persistencia de una distribución de roles en el hogar, que ubica a las mujeres en el espacio doméstico y la esfera del trabajo no remunerado (el mundo del cuidado), y, a sus compañeros varones, en la esfera del espacio público y del trabajo remunerado, responsables de proveer lo necesario para la reproducción de la unidad doméstica. La salida del ámbito doméstico para las mujeres y el ingreso al mundo del trabajo remunerado se ve incrementada ante la ausencia de compañero varón proveedor o, como en los años del desempleo, por la posibilidad de ocupar puestos de baja calificación en el sector servicios en “reemplazo” del compañero excluido del mercado de trabajo. La permanencia de esta distribución de roles obstaculiza el logro de la autonomía (no sólo económica) de las mujeres, en especial de aquellas para quienes la violencia forma parte de la experiencia vital. (Ver Gráfico 5)

La salida del mercado de trabajo remunerado por la titularidad de prestaciones contributivas y no contributivas relacionadas con la imposibilidad o dificultades para trabajar (pensiones o jubilaciones por invalidez o discapacidad para el trabajo) y con la protección brindada por los gobiernos mediante pensiones a viudos/as e hijos/as menores de edad, es una situación que parece estar actuando en la vida de las mujeres encuestadas.

1. Véase informe de Argentina.

Gráfico 5. **Distribución de MVVS según trabajo remunerado pasado y actual y estado civil**



Si bien la recepción de tales prestaciones no resulta absolutamente incompatible con la inserción en el mercado de trabajo formal, la restringe o limita. Abona esto, la importante presencia de jubilaciones y pensiones como fuente de ingresos de los hogares de las mujeres encuestadas, como se verá en el apartado siguiente.² Su presencia, respecto de las edades de las mujeres, impresiona no estar relacionada con las jubilaciones y pensiones propias del retiro de la vida laboral activa, toda vez que la población de cincuenta y cinco y más años tiene escaso peso relativo en el grupo de mujeres encuestadas. La respuesta gubernamental ante las dificultades de permanencia y/o ingreso laboral que trae aparejada la condición de vivir con el VIH en estos países se resuelve a través de subsidios por la vía de prestaciones contributivas y no contributivas ante la ausencia de políticas activas de empleo para las mujeres, y especialmente para mujeres y varones que viven con el VIH; basadas en el cumplimiento de normas antidiscriminatorias, de derechos humanos y género sensibles.

Entre las que trabajan remuneradamente, *el 72,7% de las mujeres dijo que es “empleada” y el 28,7%, que lo hace por “cuenta propia”*. (Ver Gráfico 6)

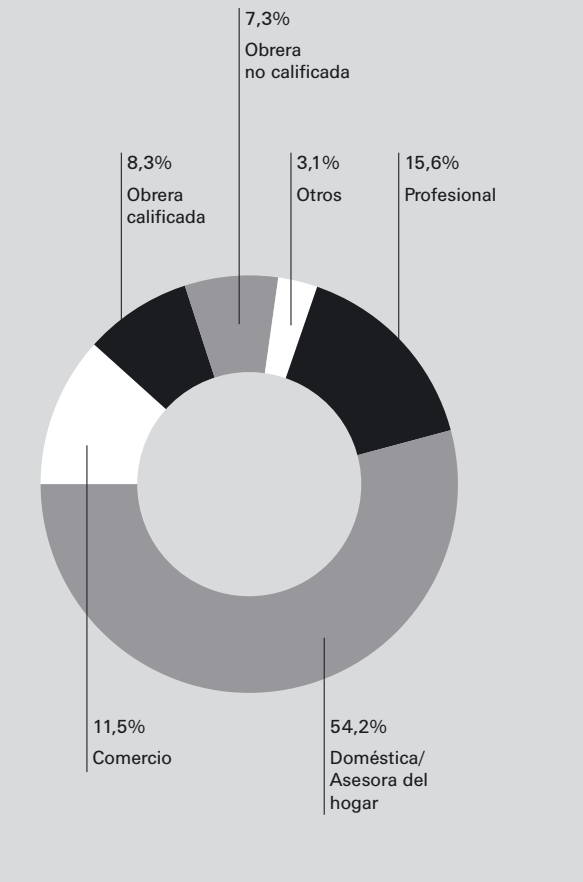
Entre las mujeres que señalaron trabajar como empleadas, el 54,2% lo hace como empleada doméstica. Ésta es la categoría que concentra la mayor cantidad de casos de mujeres empleadas en los cuatro países, aunque con diferencias importantes: en Uruguay se ubicaron en esa categoría el 95,0% de las mujeres que dijeron trabajar actualmente como empleadas; en Argentina, el 59,3%; en Brasil, el 41,2% y en Chile, el 31,3%. Cabe destacar que la mayor parte de las mujeres que trabajan como empleadas domésticas participan de condiciones laborales informales y precarias. En su mayoría, no aportan al sistema previsional, ni cuentan con otros beneficios sociales, como aguinaldo, vacaciones pagas, días por enfermedad u obra social, situación que incrementa su vulnerabilidad social y económica.

En cuanto a las 38 mujeres que trabajan por cuenta propia (cuadro 5), el 47,4% lo hace como profesional; el 13,2%, como obrera calificada; el 10,5%, como empresaria; e igual porcentaje como obrera no calificada. El 18,4% informó otra categoría. (Ver Cuadro 5)

El principal ingreso del hogar es aportado por las mismas encuestadas en el 42,6% de los casos. Las categorías esposo/pareja y padre/madre son reconocidas como principales aportantes de los ingresos del hogar por el 44,1% de las mujeres: esposo o pareja en el 33,3% de los hogares y el padre o la madre, en el 10,8%. Estas tres categorías reúnen el 86,7% de los casos.

2. Al respecto puede consultarse Informe Chile.

Gráfico 6. **Distribución de MVVS empleadas según ocupación**



Cuadro 5
MVVS QUE ACTUALMENTE TRABAJAN POR CUENTA PROPIA

Categoría	Total	
	Nro.	%
Profesional	18	47,4
Empresaria	4	10,5
Obrera calificada	4	10,5
Obrera no calificada	5	13,2
Otros	7	18,4
Total	38	100,0

Cuadro 6

DISTRIBUCIÓN DE MVVS SEGÚN PRINCIPAL APORTANTE DE INGRESOS AL HOGAR Y ESTADO CIVIL

Aportante de mayores ingresos al hogar	Estado civil					Total
	Casada/vive en pareja	Soltera	Divorciada/separada	Viuda	Otro	
Tú misma	37	66	31	34	2	170
Esposo/pareja	93	20	12	7	1	133
Padre/madre	6	31	2	3	1	43
Hermano/a	0	8	1	0	0	9
Hijo/a	1	5	2	5	0	13
Cuñado	6	12	4	3	0	25
Ayuda familiar	0	1	0	1	0	2
No contesta	1	2	1	0	0	4
Total	144	145	53	53	4	399

Cuadro 7

DISTRIBUCIÓN DE MVVS SEGÚN TIPO DE VIVIENDA Y CONDICIÓN DE TENENCIA

Tipo de lugar donde vive	Tenencia del lugar donde vive						Total
	Propio	Alquilado	Una vivienda o habitación prestada	Su lugar de trabajo	Ocupado de hecho	Allegada	
Casa	171	57	42	1	11	17	299
Rancho/mediagua	6	3	4	0	3	0	16
Departamento	26	22	2	0	5	0	55
Inquilinato/conventillo	0	6	1	0	0	0	7
Cuartos de hotel/pensión	0	1	1	0	2	1	5
Pieza	3	3	2	0	0	4	12
Total	206	92	52	1	21	22	394

De las 170 mujeres de la muestra que aportan el principal ingreso al hogar, el 38,8% son solteras; 21,8% casadas; 20,0% viudas, 18,2% separadas y 1,1% indicó otro estado. Entre las que refieren otros/as aportantes principales, el 69,9% de las mujeres que refieren a su esposo o pareja como principal aportante son casadas; seguidas de las solteras, 15%; las separadas/divorciadas, 9% y las viudas, 5,3%. Para el caso de una o ambas figuras parentales como principales aportantes, el 72,1% de las mujeres que lo menciona son solteras. (Ver Cuadro 6)

El salario es claramente la principal fuente de ingresos de los hogares de la región, como lo señalaron 266 mujeres (66,7%). En tanto otras 117 mujeres (29,4%) refirieron ingresos en el hogar por jubilaciones/pensiones; los porcentajes de hogares que tienen estas prestaciones como fuente de ingresos alcanzan el 20,6% en Chile, 25,7% en Argentina, 31,3% en Brasil y 40% en Uruguay.

Retomando las consideraciones del apartado Trabajo, entre las mujeres que trabajaron en el pasado, pero no actualmente y son las principales aportantes a los ingresos del hogar (64), el 59% refiere ingresos por pensiones/jubilaciones. Entre las mujeres que son principales aportantes al hogar y no tienen trabajo remunerado (83), independientemente de su situación laboral pasada, el 55% refiere jubilación o pensión como fuente de ingreso; más de la mitad de estas mujeres se ubica en el grupo de edad de entre 35 y 49 años, el porcentaje asciende al 74% si se considera el grupo de 35 a 54 años.

Si bien la presencia de ingresos por planes sociales y/o alimentarios es menor, en Brasil se destaca el ingreso por becas (26,0%) y, en Argentina, el ingreso proveniente de planes sociales (14,7%).

Respecto de las condiciones de la vivienda, el 75,7% de las mujeres consultadas dijo vivir en una casa y el 14,1% en un departamento. Un porcentaje menor señaló habitar viviendas más precarias: el 4,0% dijo vivir en un rancho/mediagua; el 3,1% en una pieza; el 1,8% en inquilinato o conventillo, y el 1,3% en un cuarto de hotel o pensión. (Ver Cuadro 7)

Las condiciones de vivienda de las mujeres encuestadas tienden a ser estables en relación con la tenencia, en tanto el 75,6% (298) reside en viviendas propias o alquiladas. En cuanto al tipo de lugar que adquirieron o alquilan, el 92,6% de las mujeres accedió por uno u otro de estos medios a viviendas con menor grado de precariedad (casas o departamentos). El 24,4% (96) presenta condiciones más inestables de tenencia de la vivienda, residiendo en lugares prestados, ocupados de hecho o compartidos con otras personas que resultan propietarias o inquilinas del lugar que ocupan; 18 de estas 96 mujeres (18,8%) combinan la precariedad de tenencia con la precariedad del tipo de vivienda donde habitan.

Se calculó la relación entre la cantidad de personas convivientes y el número de habitaciones disponibles para 389 de las mujeres encuestadas. El 14,4% (56) reside en condiciones de hacinamiento o próximo a él, en tanto tres o más personas deben utilizar un mismo cuarto o habitación.

III. II.

Salud sexual y reproductiva



PRIMERA RELACIÓN SEXUAL

La primera relación sexual se ubica, en promedio; en los **16 años. El 90,4% de las mujeres encuestadas ha tenido su primera relación sexual antes de los 20 años**; el 76,4% de ellas, entre los 14 y 19 años (cuadro 8). El 87,0% de las mujeres en Uruguay y el 85,1% en Argentina se iniciaron sexualmente entre los 14 y los 19 años, seguidas del grupo menor de 14 años, que concentra el 9,0% y 12,9% respectivamente. Chile es el único país en el que el grupo de mujeres que inició sus relaciones sexuales después de los 20 años ocupa el segundo lugar en peso relativo (11,8%). En una situación diferente se encuentra Brasil, país que también presenta un valor menor al regional para el grupo de mujeres que iniciaron su relaciones sexuales antes de los 20 años (82,3%); pero presenta un valor porcentual en el grupo de mujeres que se iniciaron sexualmente antes de los 14 años (27,1%) que duplica el porcentaje de mujeres de la misma de edad de Argentina, triplica el valor para Uruguay y quintuplica el valor de Chile.

Cuadro 8

DISTRIBUCIÓN DE MVVS SEGÚN EDAD DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL POR PAÍS

Edad de la primera relación sexual	Total	
	Nro.	%
Menos de 14 años	53	13,3
de 14 a 19 años	305	76,4
de 20 a 24 años	32	8,0
de 25 y más años	6	1,5
SD	3	0,8
Total	399	100,0

El **88,4%** de las mujeres encuestadas respondió que su ***primera relación sexual fue consentida/querida***, registrándose para cada uno de los cuatro países porcentajes que oscilan entre el 85% y el 91%.

El **11,6%** restante, 46 mujeres, indicó que su ***primera relación sexual se produjo mediante coacción***, ya se sea por uso de la violencia física (9,1%), de amenazas (1%) o de manipulación a través de juegos (1,5%). En Uruguay y Brasil los casos en los que la primera relación sexual fue por medio de la fuerza se elevan al 10,6% y 11,1% respectivamente, mientras que en Argentina y Chile este porcentaje desciende al 6,9 y 7,8% respectivamente.

Cabe destacar que **el 37,1% de las mujeres que manifestaron que su primera relación sexual se dio por medio de la fuerza tenía, al momento de producirse el hecho, menos de 14 años**. (Ver Cuadro 9)

USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

El 61,4% de las mujeres consultadas señaló que eran sexualmente activas en la actualidad. (Ver Gráfico 7)

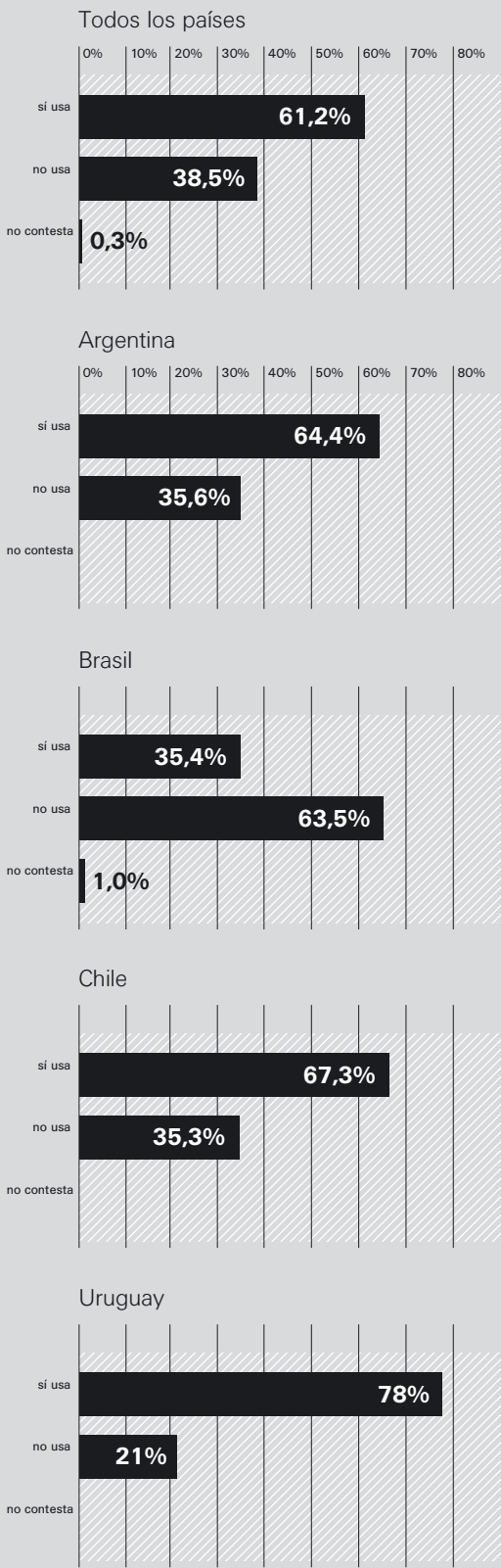
En cuanto al uso de métodos anticonceptivos (MAC), el 61,2% de las mujeres refirió usar actualmente alguno, con variaciones importantes entre países. Uruguay presenta el mayor porcentaje de mujeres que usan algún MAC (79,0%); a continuación se ubican Chile y Argentina (67,3% y 64,4% respectivamente); en Brasil sólo el 35,4% usa algún MAC y el 63,5% de las mujeres de este país dijo no utilizar ningún tipo de método para prevenir el embarazo.

Tanto en el nivel regional como por país se observa que el uso de MAC se registra en todos los grupos de edad y la mayor concentración de uso se da entre las mujeres que tienen entre 25 y 39 años. A partir de los 45 años se observa un claro descenso en el uso de MAC. (Ver Cuadro 10)

Cuadro 9
DISTRIBUCIÓN DE MVVS SEGÚN
CONSENTIMIENTO EN LA PRIMERA RELACIÓN

Consentimiento de la primera relación sexual	Total	
	Nro.	%
Consentida/querida	350	88,4
Por medio de la fuerza	36	9,1
Por medio de amenazas	4	1
Fue como un juego	6	1,5
Total	396	100

Gráfico 7. **Uso de métodos anticonceptivos según países en mujeres sexualmente activas**



Cuadro 10
USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
POR GRUPO DE EDAD

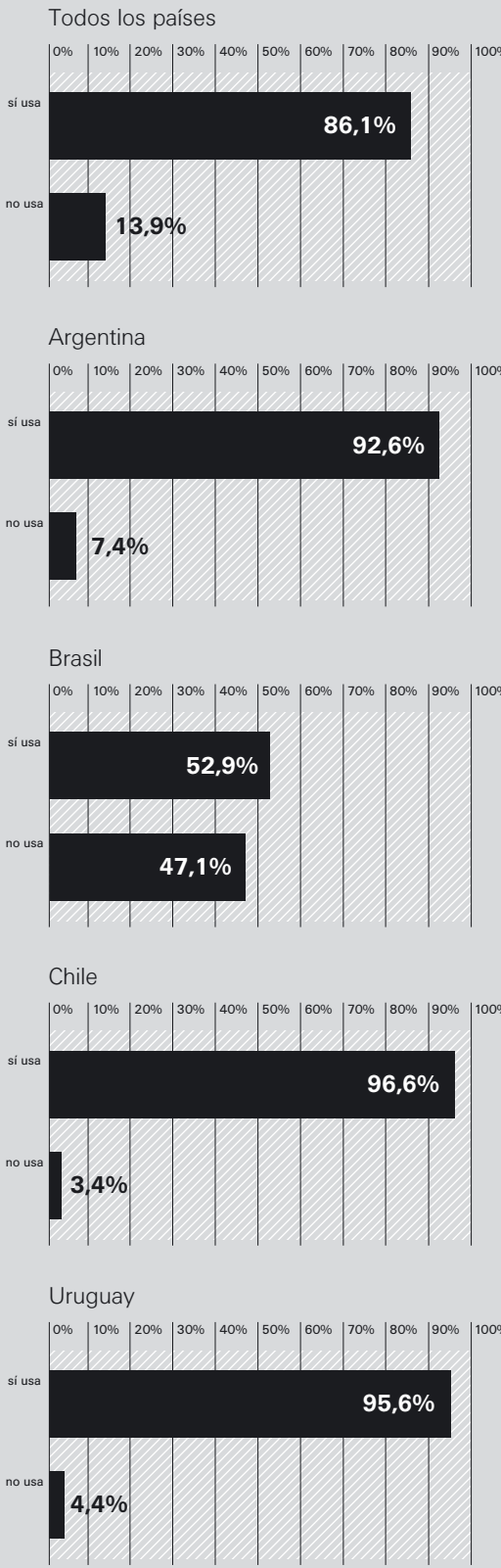
Edad por grupo	Uso de métodos anticonceptivos					
	Sí		No		Total	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
15 a19 años	1	50,0	1	50,0	2	100
20 a 24 años	10	66,7	5	33,3	15	100
25 a 29 años	35	81,4	8	18,6	43	100
30 a 34 años	56	82,4	12	17,6	68	100
35 a 39 años	57	70,4	24	28,4	82	100
40 a 44 años	43	56,6	33	43,4	76	100
45 a 49 años	22	42,3	30	57,7	52	100
50 a 54 años	13	41,9	18	58,1	31	100
55 a 59 años	6	40,0	9	60,0	15	100
60 a 64 años	1	20,0	4	80,0	5	100
65 y más años	0	0,0	3	100	3	100
Total	244	62,2	147	37,5	392	100

Sí sólo se consideran las mujeres que manifestaron ser sexualmente activas, el porcentaje de uso de MAC aumenta considerablemente: ***el 86,1% de las mujeres sexualmente activas usa algún MAC***, situación que alcanza tanto al total regional como a la muestra de Argentina, Chile y Uruguay.

El alto porcentaje de mujeres sexualmente activas que utilizan algún MAC puede asociarse a la característica que unifica a las mujeres que conforman la muestra. Todas ellas viven con el VIH, y el uso del preservativo es indicación de los/as profesionales a fin de prevenir reinfecciones tanto en los casos de parejas serodiscordantes como en los de parejas en las cuales ambos viven con el virus. (Ver Gráfico 8)

A medida que asciende el nivel de instrucción alcanzado, asciende el porcentaje de uso de MAC para todos los niveles; un tercio de las mujeres que refieren no tener ningún nivel de instrucción usa MAC, mientras que entre las que alcanzaron pero no completaron el nivel terciario, el porcentaje que usa algún MAC es del 86%. La excepción se presenta en las mujeres que alcanzaron y completaron el nivel de instrucción terciario, grupo en el que el uso de MAC alcanza sólo al 50%. Probablemente esta situación sea influida, como se verá en el punto siguiente, por el estado civil de estas mujeres; gran parte de quienes completaron el nivel de instrucción terciario son solteras y separadas o divorciadas; un escaso número es casada o vive en pareja. (Ver Gráfico 11)

Gráfico 8. **Uso de métodos anticonceptivos entre MVVS que tienen actualmente relaciones sexuales según países**



Cuadro 11
DISTRIBUCIÓN DE MVVS SEGÚN USO DE ANTICONCEPTIVOS POR NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Nivel de instrucción	Sí usa MAC		No usa MAC	
	Nro.	%	Nro.	%
Ninguno	3	1,2	7	3,5
Primaria incompleta	36	14,8	33	22,7
Primaria completa	42	17,2	29	19,9
Secundaria incompleta	83	34,0	40	26,2
Secundaria completa	44	18,0	28	19,9
Estudios terciarios incompletos	24	9,8	5	2,8
Estudios terciarios completos	12	4,9	12	5,0
Total	244	100	154	100

Cuadro 12
DISTRIBUCIÓN DE MVVS SEGÚN USO DE ANTICONCEPTIVOS POR ESTADO CIVIL

Estado civil	Uso de métodos anticonceptivos					
	SÍ		NO		Total	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
Casada/vive en pareja	109	76,2	34	23,8	143	100
Soltera	86	59,3	59	40,7	145	100
Divorciada/separada	25	47,2	28	52,8	53	100
Viuda	23	43,4	30	56,6	53	100
Otro	1	25,0	3	75,0	4	100
Total	244	61,3	154	38,7	398	100

El 76,2% de las mujeres que están casadas o en pareja usan MAC. Entre las solteras, los usan el 59,3%; el porcentaje desciende entre las divorciadas o separadas y las viudas (47,2 y 43,4% respectivamente). Cabe recordar que la muestra se integra con viudas de edades jóvenes; el 57% (30) de quienes refieren ser viudas se ubican en el grupo de edad de entre 25 y 44 años. (Ver Cuadro 12)

La decisión respecto de tener relaciones sexuales protegidas entre las mujeres que actualmente utilizan MAC (cuadro 13), fue tomada en el 42,4% de los casos por las propias mujeres solas y en el 31,5%, junto con sus parejas. Si se suman las situaciones en las que la decisión fue tomada por las mujeres junto con un/a profesional de la salud, resulta que **las propias mujeres han participado de la decisión de utilizar un método anticonceptivo en el 86,9%** de las veces. La decisión de la propia mujer y de ella con su pareja como elecciones mayoritarias se repite en cada una de las muestras nacionales. (Ver Cuadro 13)

Entre las mujeres que refirieron no utilizar ningún MAC, su participación en la decisión de no utilizar ningún método de prevención del embarazo alcanza al 78,1% de los casos (cuadro 14). En el 66,7% de los casos la decisión fue tomada por las propias mujeres, en el 8,8%, junto con sus parejas, y en el 2,6% con profesionales de la salud. Para las mujeres que no utilizan ningún MAC se releva, en relación con sus pares que sí los utilizan, una marcada disminución de la participación de parejas y profesionales de la salud acompañando la decisión y un marcado incremento de la decisión tomada solamente por las mujeres. (Ver Cuadro 14)

Si se consideran en conjunto las respuestas de las mujeres que utilizan y no utilizan MAC (gráfico 9), se observa que en la mitad de los casos han sido las propias mujeres las que tomaron esa decisión; el 24% la tomó junto con su pareja y el 10% junto con un/a profesional de la salud; en el 83% de los casos indicaron haber participado de la decisión.

Cabe destacar que la toma de decisión respecto de las relaciones sexuales protegidas o no estuvo a cargo, principalmente, de las mujeres. Como refieren la mayoría de los estudios, **la anticoncepción sigue siendo una decisión que recae básicamente en las mujeres.** Esto revela que la presencia de la dimensión de género representada en la idea de que las acciones en relación con la reproducción y, por tanto, con el uso o no de anticoncepción, es de exclusiva responsabilidad de las mujeres. Esta vivencia concuerda con el imaginario colectivo acerca de que las mujeres deben ser las responsables de la reproducción en general y de las posibles “complicaciones” que esto conlleve.

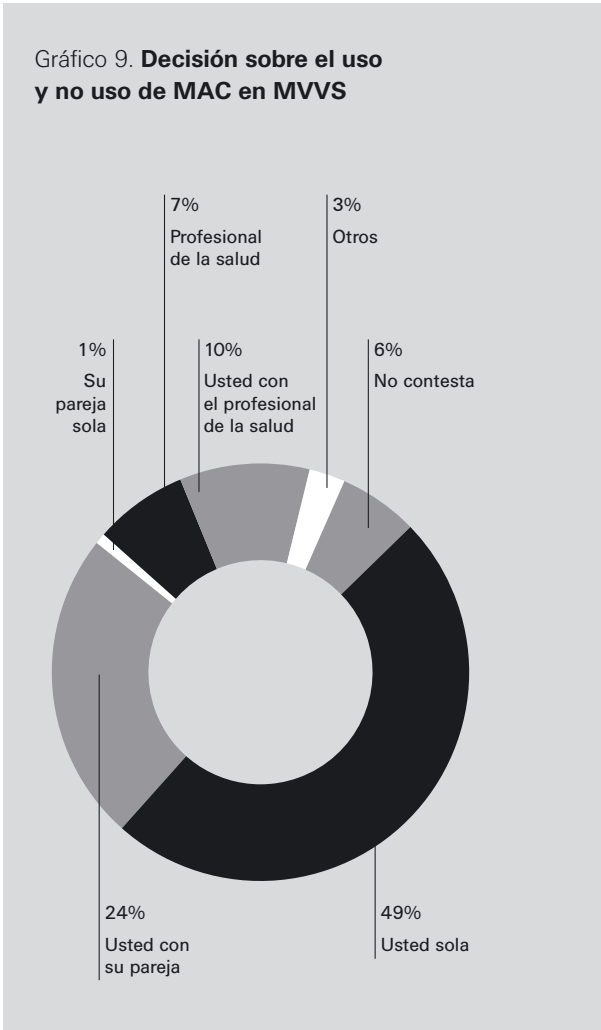
Considerando que las mujeres que han formado parte de la muestra viven con el VIH y que fueron entrevistadas y/o contactadas a través de los servicios de atención del VIH/sida, llama la atención la **escasa participación del personal de la salud, principalmente mediante el asesoramiento, en la elección del método anticonceptivo.** (Ver Gráfico 9)

Cuadro 13
DECISIÓN SOBRE EL USO DE MAC EN MVVS QUE UTILIZAN ANTICONCEPTIVOS ACTUALMENTE

Decisión sobre tipo de MAC utilizado	TOTAL	
	Nro.	%
Usted sola	101	42,40
Usted con su pareja	75	31,50
Su pareja sola	1	0,40
Profesional de la salud	20	8,40
Usted con el profesional de la salud	31	13,00
Otros	6	2,50
No contesta	4	1,70
Total	238	100,00

Cuadro 14
DECISIÓN SOBRE EL NO USO DE MAC EN MVVS QUE NO UTILIZAN ANTICONCEPTIVOS ACTUALMENTE

Decisión sobre tipo de MAC utilizado	TOTAL	
	Nro.	%
Usted sola	76	66,7
Usted con su pareja	10	8,8
Su pareja sola	1	0,9
Profesional de la salud	3	2,6
Usted con el profesional de la salud	3	2,6
Otros	5	4,4
No contesta	16	14
Total	114	100



Respecto del tipo de MAC utilizado por las mujeres consultadas, el preservativo es el método más usado para evitar el embarazo, solo o acompañado de otros. El 81,1% (198) de las 244 mujeres que dijeron utilizar algún tipo de MAC, señalaron usar el preservativo. Argentina es el país que registra el mayor porcentaje de uso, 63 de 65 (96,9%) mujeres que dijeron utilizar algún tipo de MAC, usan preservativo. En los demás países los valores se ubican entre el 70 y el 80% (78,4% en Uruguay; 71,2% en Chile y 76,4% en Brasil).

En una proporción marcadamente menor, la ligadura de trompas aparece como el segundo MAC utilizado: 49 mujeres (19,9%) lo mencionaron; en Chile y Uruguay presentan porcentajes mayores y se elevan a 28,9 y 27,8% respectivamente. El DIU se ubica en tercer lugar; seguido por los anticonceptivos orales.

Los datos obtenidos respecto de la ligadura de trompas muestran una mayor proporción de su uso en la población general. Esto coincide con datos registrados (Bianco, Ré y Acerbo, 2000) y evidencia una tendencia de los/as profesionales de la salud a indicar este método como forma de prevenir la transmisión vertical o perinatal del VIH/sida, indicación inadmisible si se tiene en cuenta la disminución de esta forma de transmisión mediante el uso de antirretrovirales. Lo más grave de esta situación es que en muchos casos la decisión no fue libremente adoptada sino inducida y/o impuesta por el profesional, lo que constituye un grave atentado a los derechos humanos de las MVVS. (Ver Cuadro 15).

Cuadro 15
DISTRIBUCIÓN DE MVVS SEGÚN TIPO DE MAC UTILIZADO (RESPUESTAS MÚLTIPLES)

Tipo de MAC	% casos
Orales	8,5
Dispositivo intrauterino	9,8
Preservativo	81,0
Inyectable	0,4
Ligadura de trompas	19,9
Vasectomía	0,4
Coito interrumpido	0,4
Yuyos/hierbas	0,4
Otro MAC	1,6

Cuadro 17
USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DOBLE PROTECCIÓN (MAC + PRESERVATIVO)

Motivo por el que eligió ese método	Total	
	Nro.	Usa preservativo
Orales	21	13
Dispositivo intrauterino	24	11
Preservativo	1	0
Inyectable	0	0
Ligadura de trompas	46	25
Vasectomía	1	0
Coito interrumpido	1	1
Yuyos/hierbas	1	1
Otro MAC	4	1

Cuadro 16
MOTIVO POR EL QUE ELIGIÓ ESE MÉTODO PARA PREVENIR EL EMBARAZO (RESPUESTA MÚLTIPLE)

Motivo por el que eligió ese método	Total	
	Nro.	% de casos
Porque es más efectivo	104	42,6
Porque no daña la salud	79	32,4
Porque es más barato o gratuito	22	9,0
Porque es lo único que consiguió	8	3,3
Porque es lo que le indicó el médico	65	26,6
Por consideraciones éticas o religiosas	3	1,2
Otras razones	29	11,9
Total	310	127,0

Estas cifras dan cuenta de **la alta tasa de uso de MAC entre las mujeres viviendo con el VIH/sida** que formaron parte de la muestra en relación con la población general, debido principalmente al mayor uso del preservativo.

Al preguntarles el motivo por el cual habían elegido ese método (cuadro 16), en primer lugar, 104 mujeres (42,6%) respondieron que por considerarlo el más efectivo; en segundo lugar, 79 mujeres (32,4%), porque no daña la salud y, en tercer lugar, 65 mujeres (26,6%), porque se los indicó el médico. (Ver Cuadro 16)

Entendemos por “doble protección” el uso regular de un método anticonceptivo y además un preservativo para cada una de las relaciones sexuales como modalidad de protección. La doble protección considera al mismo tiempo la prevención de embarazos no deseados y de la infección por el VIH y otras ITS.

Entre las mujeres que utilizan anticonceptivos orales, el 61,9% usa doble protección, el 54,3% de las mujeres con ligadura de trompas y el 45,8% de las que utilizan un DIU también usan preservativo. **Estos datos reflejan la escasa promoción de la doble protección por parte de los/las profesionales de salud de los servicios de salud sexual y reproductiva y el VIH/sida, y evidencia la necesidad de capacitación de estos/as para mejorar la atención y el cuidado de las MVVS.** (Ver Cuadro 17).

III. III.

Diagnóstico de VIH



La mediana de edad en la que les fue diagnosticada la infección por el VIH es 30 años; con edades límites de 14 años para la mujer que fue diagnosticada a edad más temprana y 69 años para el diagnóstico a edad más tardía. (Ver Gráfico 10)

Al agrupar las edades de diagnóstico en intervalos puede observarse que la mayoría de las encuestadas, el 71,6%, conoció su diagnóstico del VIH positivo entre los 20 y los 39 años, lo que revela que muchas adquirieron el VIH durante su adolescencia o juventud. Una quinta parte de las mujeres (21%) fue diagnosticada a partir de los 40 años; y una escasa proporción, entre los 10 y los 19 años. El peso de los grupos de mayor edad se presenta por el aporte de las mujeres brasileñas, en las que el 32,4% fue diagnosticado a los 40 y más años, porcentaje que supera ampliamente a los de los restantes países para los mismos grupos de edad. (Ver Cuadro 18)

De acuerdo con la mediana del tiempo transcurrido entre la edad al momento de diagnóstico y su edad al momento

de la entrevista, las mujeres llevan seis años viviendo con su diagnóstico de seropositividad. El cuadro 19 muestra las medianas por grupo de edad. (Ver Cuadro 19)

El grupo de edad más joven, integrado sólo por dos mujeres, remite a diagnósticos realizados durante el año en que fueron entrevistadas, es decir, se trata de mujeres que habían recibido sus diagnósticos recientemente. Si la atención se centra sobre los grupos de edad de diagnóstico y la edad al momento de la entrevista, la mediana indica que para las mujeres que han recibido su diagnóstico entre los 50 y 59 años, el tiempo que llevan viviendo con su diagnóstico es de 3 años, valor más bajo en relación con todos los grupos de edad de diagnóstico. (Ver Cuadro 20)

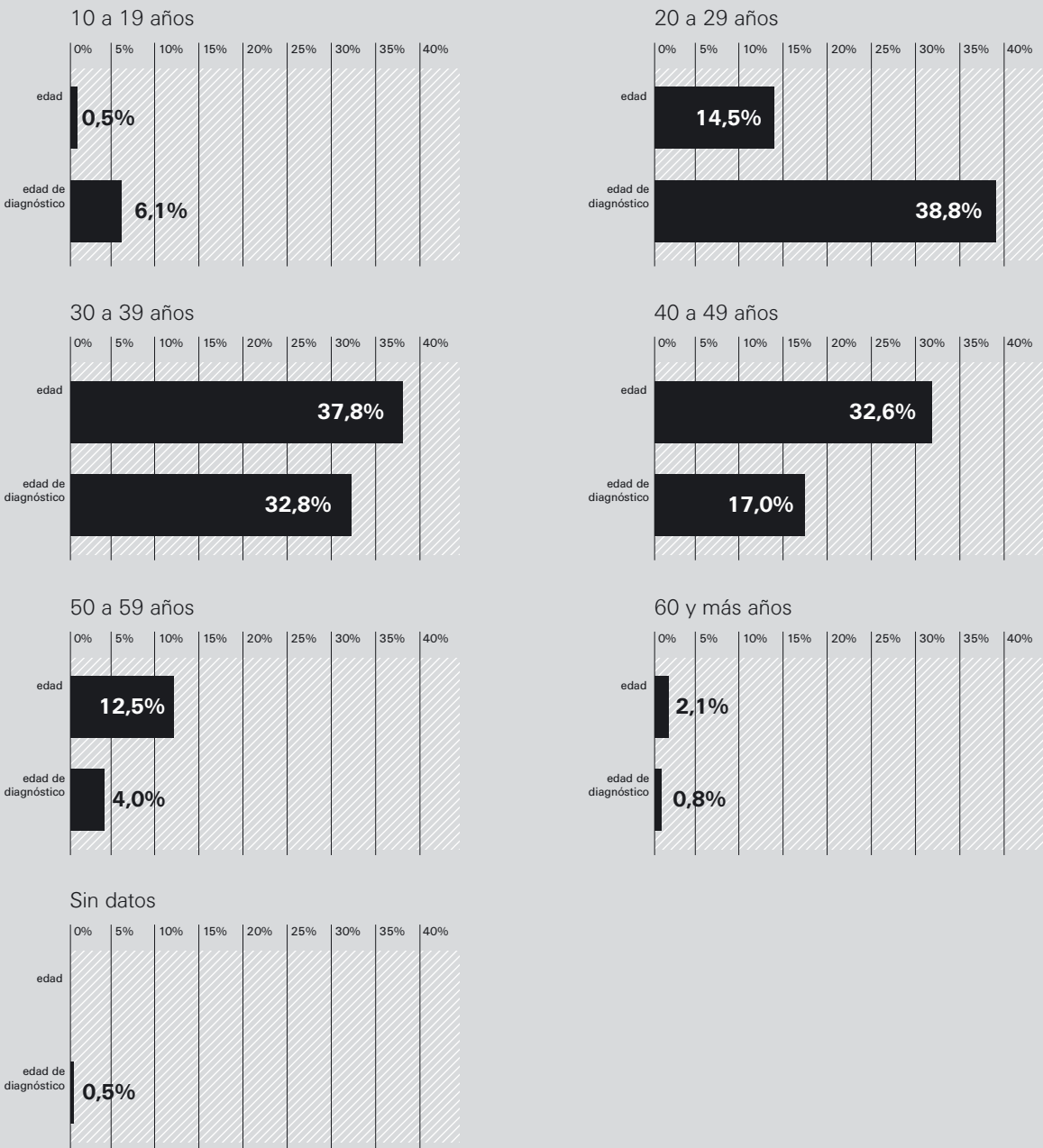
Estas diferencias entre grupos etarios, podría estar reflejando un patrón de infección por el VIH, revelado hace unos pocos años, que indica el incremento de las infecciones en personas de 50 y más años y/o la presencia de diagnóstico temprano y oportuno versus diagnóstico tardío (OMS, 2009).

Consultadas sobre el motivo para la realización del test diagnóstico, el pedido de médico/a ha tenido mayor prevalencia entre las referencias de las mujeres (31.6%), seguido del diagnóstico de seropositividad de su pareja (22,5%). Con menor presencia se ubican en orden decreciente de elecciones: voluntad propia (17,2%) y embarazo (16,2%), y distanciado, haber mantenido relaciones sexuales sin protección (6,3%). La violación

Cuadro 18
DISTRIBUCIÓN DE MVVS SEGÚN EDAD DE DIAGNÓSTICO Y PAÍS

Grupo etario	País								Total
	Argentina		Brasil		Chile		Uruguay		
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	
de 0 a 9 años	-		-		-		-		-
de 10 a 19 años	10	9,9	4	4,2	1	1,0	9	9,0	24
de 20 a 29 años	43	42,6	26	27,1	43	42,2	43	43,0	155
de 30 a 39 años	31	30,7	34	35,4	39	38,2	27	27,0	131
de 40 a 49 años	15	14,9	21	21,9	16	15,7	16	16,0	68
de 50 a 59 años	2	2,0	8	8,3	3	2,9	3	3,0	16
de 60 y más años	-		2	2,1	-		1	1,0	3
Sin datos	-		1	1,0	-		1	1,0	2
Total	101	100,0	96	100,0	102	100,0	100	100,0	399

Gráfico 10.
Distribución de MVVS según grupos de edad y edad de diagnóstico



Cuadro 19
MEDIANAS DE AÑOS VIVIENDO
CON VIH SEGÚN GRUPO ETARIO

Grupo etario	Mediana de años viviendo con diagnóstico VIH +
10 a 19 años	0
20 a 29 años	3
30 a 39 años	7
40 a 49 años	7
50 a 59 años	8
60 y más años	7,5

Cuadro 20
MEDIANAS DE AÑOS VIVIENDO
CON VIH SEGÚN EDAD DE DIAGNÓSTICO

Edad de diagnóstico	Mediana de años viviendo con diagnóstico VIH +
10 a 19 años	7
20 a 29 años	7
30 a 39 años	6
40 a 49 años	5
50 a 59 años	3
60 y más años	5

Cuadro 21
MOTIVO DE REALIZACIÓN DE DIAGNÓSTICO
(RESPUESTAS MÚLTIPLES)

Motivo	Nro.	% de casos
Voluntad propia	68	17,2
Embarazo	64	16,2
Relación sexual sin protección	25	6,3
Pareja viviendo con VIH	89	22,5
Pedido del médico/a	125	31,6
Violación	6	1,5
Compartir drogas inyectables	7	1,8
Otros	71	18
Total	455	115,1

y el uso de drogas por vía inyectable resultaron motivos escasamente presentes entre las mujeres encuestadas (15 y 1,8% respectivamente). Se destaca que la opción “otro motivo” se ubica en el tercer lugar en relación con la cantidad de elecciones (18%). (Ver Cuadro 21)

La indagación en relación con “otro motivo” referido por las mujeres para la realización del test permitió relevar especificación sobre cuál fue ese otro motivo para el 68% (48) de los casos que optaron por esta opción. (Ver Gráfico 11)

El análisis de los motivos que impulsaron a las mujeres a acceder al diagnóstico de la infección por VIH y, en consecuencia al conocimiento de su seropositividad revela que la práctica de realizarse el test ante una exposición a la posibilidad de infección o por voluntad propia no es frecuente en ellas; menos de una cuarta parte de las mujeres (23,5%) refiere haberse realizado el test por algunos de estos motivos.

Situaciones como el cursar embarazos, ser diagnosticada su pareja o el pedido de un/a profesional médico reúnen el 70,3% de las menciones de motivo; si se adicionan los motivos incluidos en la categoría “otros”, aquellos que parecerían indicar que las mujeres no consideraban la realización del test como una necesidad propia (donación de sangre, fallecimiento de la pareja, nacimiento de un hijo/a VIH+ o enfermedad que indicó a un/a profesional la conveniencia de realizar diagnóstico para infección por VIH), el porcentaje asciende a más del 80%.

Tal distribución de los motivos por los cuales las mujeres, finalmente, conocieron su condición de VIH+ interrogan sobre el impacto que en la vida de las mujeres han tenido y tienen las acciones preventivas en relación con el VIH/sida, que no logran incorporar como dato la feminización creciente de la epidemia por la vía de relaciones sexuales desprotegidas no necesariamente asociadas a las múltiples parejas sexuales y la perspectiva de género como sustento. La escasa referencia de prácticas de uso de drogas inyectables y del ejercicio del trabajo sexual como los motivos que impulsaron la realización del test y un perfil de mujeres que tienden a mantener relaciones sexuales estables, permite pensar que las mujeres encuestadas no se sintieron interpeladas en cuanto a su exposición a la infección por el VIH en el marco de sus relaciones de pareja; generando, en este sentido, una situación de “desprotección” frente a ella. El impacto resulta aún mayor cuando se revela que el 5% de las mujeres conoció su diagnóstico cursando ya una enfermedad.

La indagación de los motivos que las llevaron a realizar el test diagnóstico presenta diversidad de respuestas entre países; aunque no se modifica la presencia minoritaria de motivos relacionados con el testeo por voluntad propia o ante la percepción de exposición por relaciones sexuales no protegidas. (Ver Gráfico 12)

Gráfico 11. Distribución de otros motivos para la realización de test diagnóstico

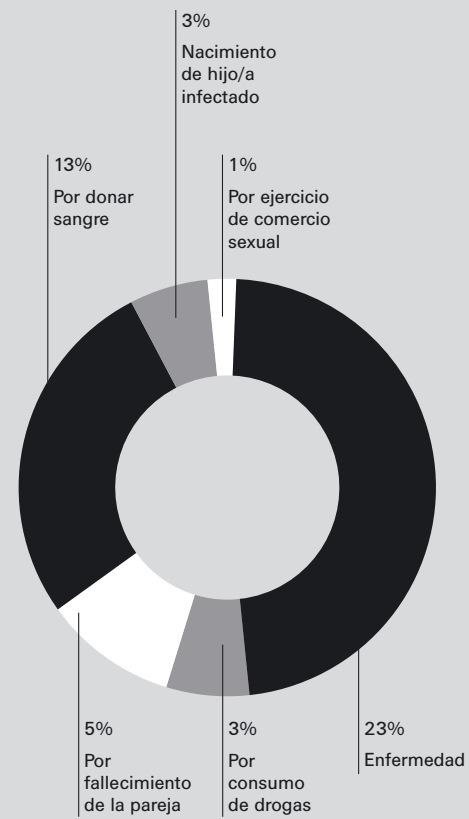
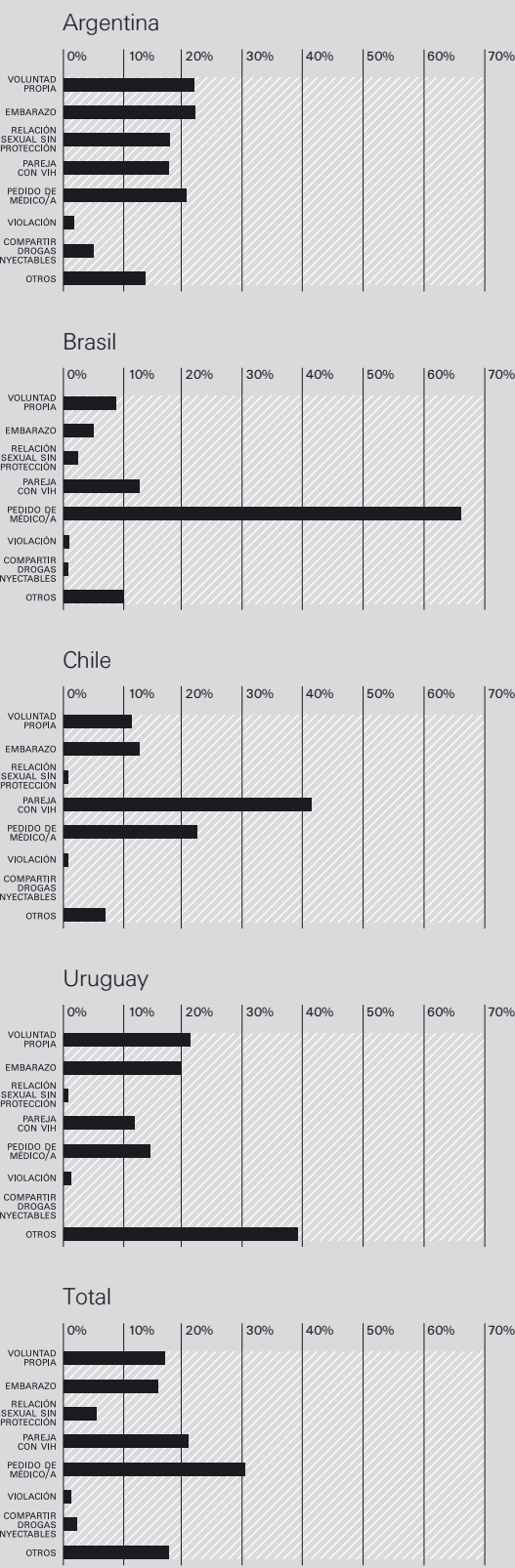


Gráfico 12. Distribución de motivos de diagnóstico según país



III. IV.

Violencia



Se formuló un conjunto de preguntas orientadas a registrar la existencia de violencia hacia las encuestadas, sus percepciones y el impacto que la violencia tuvo en sus vidas.

En primer lugar, se les preguntó si habían sufrido algún tipo de situación de maltrato o violencia a lo largo de sus vidas. Se buscó recabar información respecto de situaciones de maltrato o violencia emocional o psíquica, violencia física, violencia sexual y abuso sexual infantil. En los casos afirmativos se les preguntó quién había sido el/la agresor/a, en qué etapa de la vida había sucedido el hecho de violencia y si continuaba actualmente.

De acuerdo con el relevamiento realizado y sobre el total de las mujeres viviendo con VIH/sida que formaron parte de la muestra, **el 78,1% (312 mujeres) sufrió algún tipo de violencia a lo largo de su vida**. En el caso de Argentina este porcentaje se eleva al 93,1%.

El 69,9% de las encuestadas (279 mujeres) vivió situaciones de violencia psicológica en algún momento de sus vidas, de violencia física el 55,6% (222 mujeres); de violencia sexual el 36,3% (145 mujeres) y de abuso sexual en la niñez el 32,8% (131 mujeres).

El cuadro 22 muestra las mujeres afectadas por las distintas formas de violencia, incluyendo las situaciones en las que han sido víctimas de formas combinadas de ésta. Puede observarse que muchas de las mujeres encuestadas sufrieron varias formas de violencia en su vida, evidenciando que esta situación suele presentarse en forma asociada: el 50,0% de las mujeres (200) sufrió hechos de violencia psíquica y de violencia física; el 22,8% (91 mujeres) fue víctima de abuso sexual en la niñez, de violencia psíquica y de violencia física; el 28,1% (112 mujeres) fue víctima de violencia psíquica, física y sexual; por último, 65 mujeres, esto es el 16,3% del total de la muestra, manifestaron haber sido víctimas de todos los tipos de violencia relevados. (Ver cuadro 22)

VIOLENCIA PSICOLÓGICA

Cada una de las mujeres consultadas podía indicar todas las situaciones de violencia psicológica a las que había estado sometida. Así, las que viven o han vivido situaciones de violencia psicológica reportaron que las manifestaciones más frecuentes corresponden a: “hacerla

sentir avergonzada o humillada” (48,4%); en segundo lugar “insultos” (39,1%); seguido de “burlas y rechazo o desprecio”, que concentran el 25,3 y 25,1% de los casos. El desprecio por las tareas realizadas fue mencionado por el 19,5% de las mujeres; el aislamiento de amigos o parientes, por el 16,0%; la destrucción de objetos propios, por el 13,8%; el maltrato a los hijos, por el 9,3% y el daño a mascotas, por el 2,5%. (Ver cuadro 23)

La persona que ejerció la violencia psicológica fue en el 39,6% de los casos su ex marido, pareja, novio (ex parejas al momento de la realización de la encuesta) y en el 36,1%, sus maridos o parejas actuales. Si se suman ambas categorías, tenemos que **en el 75,7% de los casos el ejercicio de esta violencia parte de sus parejas**. (Ver cuadro 24)

La edad vital en la que se registró mayor incidencia de violencia psicológica se concentra en la adultez (56,3%) y en la juventud (53,3%). En la adolescencia se registró el 30,4% de los casos; en la niñez, el 14,4%; y no se reportaron víctimas de este tipo de violencia mayores de 65 años. El 7,0% de las situaciones de violencia psicológica fueron sufridas durante el embarazo y/o posparto.

En Brasil y Chile, la adultez es la etapa vital en la que más cantidad de mujeres sufre maltrato psicológico, incluso en proporciones más elevadas que para el promedio regional (76,6% y 76,9% respectivamente). En Argentina y Uruguay las mujeres son víctimas de violencia con mayor frecuencia durante la juventud (59,8 y 70,8% respectivamente). (Ver cuadro 25)

Cuadro 22
TIPO DE VIOLENCIA SUFRIDA POR LAS MUJERES

Tipo de violencia o abuso	Total	
	Nro.	%
Violencia psíquica (1)	279	68,9
Violencia física (2)	222	55,6
Violencia (1) + (2)	200	50,1
Abuso sexual infantil (3)	131	32,8
Violencia (1) + (2) + abuso (3)	91	22,8
Violencia sexual (4)	145	36,3
Violencia (1) + (2) + violencia (4)	112	28,1
Todas las formas de violencia	65	16,3

Al menos 1 situación de violencia	312	78,4
--	------------	-------------

Cuadro 23

SITUACIONES DE MALTRATO EMOCIONAL O PSÍQUICO SUFRIDAS POR LAS MVVS

RESPUESTA MÚLTIPLE

Tipo de maltrato emocional o psíquico sufrido	Total	
	Nro.	% de casos
Insultos	156	39,1
Hacerla sentir avergonzada o humillada	193	48,4
Burlas	101	25,3
Amenazas	91	22,8
Rechazo o desprecio	100	25,1
Aislamiento de amigos o parientes	64	16,0
Maltrato a sus hijos	37	9,3
Desprecio por las tareas que usted realiza	78	19,5
Destrucción de objetos propios	55	13,8
Daño a mascotas	10	2,5
TOTAL	885	221,8

Cuadro 24

PERSONA QUE EJERCIÓ LA VIOLENCIA PSICOLÓGICA (EXCLUIDO URUGUAY)

Persona que ejerció la violencia psicológica	Total	
	Nro.	%
Marido / pareja actual	73	36,1
Ex marido / ex pareja / ex novio	80	39,6
Padre / madre / padrastro	15	7,4
Hijos / hijas	9	4,5
Familiares cercanos	14	6,9
Parientes del esposo	7	3,5
Amigo / amigo de la familia / vecino	4	2,0
Total	202	100

Estos datos indican que se experimenta mayor frecuencia de violencia en aquellas etapas vitales en las que se desarrolla y consolida la vida en pareja y familiar, lo que deja claramente en evidencia que es en las relaciones afectivas más cercanas donde se juegan principalmente las relaciones de poder y de género. La familia, supuesto resguardo del mundo afectivo, no parece el ámbito más seguro para muchas de estas mujeres.

Cabe mencionar que de las 279 mujeres que señalaron haber vivido algún tipo de violencia psicológica, 78 (27,9%) afirmaron padecerla en la actualidad.

VIOLENCIA FÍSICA

Como indicamos anteriormente, son 222 (55,6%) las mujeres de la muestra que manifestaron haber sufrido situaciones de violencia física en algún momento de sus vidas.

La violencia física comprende distintas manifestaciones (cuadro 25), entre las que prevalecieron los zamarreos (30,3%) y los empujones (29,1%); en segundo lugar, los golpes de puño, cachetadas y palizas (16,5, 15,8 y 15,5%); luego, patadas y tirones de pelos (11%).

Cabe mencionar que un 46,2% de las expresiones de violencia física referidas por las mujeres corresponde a hechos que pueden implicar un riesgo de sus vidas: palizas, quemaduras, ahorcamiento, golpes con objetos y daño con armas. (Ver cuadro 26)

Al igual que en la violencia psicológica, el principal agresor en las situaciones de violencia física es su actual o ex pareja: en el 46,4% de los casos quien ha ejercido o ejerce la violencia ha sido el ex marido, ex pareja o ex novio (ex parejas al momento de la realización de la encuesta) y en el 37,3% de los casos, el marido o pareja actual. Ambas categorías concentran el 83,7% de los agresores.

Esto indica, al igual que en la violencia psicológica, cómo las relaciones de género en las relaciones afectivo-amorosas son un dato relevante en el análisis de las situaciones de todo tipo de violencia, dado que ponen en escena el lugar naturalizado del espacio privado y la sumisión a las que son obligadas las mujeres. Este sentido relacional del género, público (varones)/privado (mujeres), pasividad (mujeres)/fortaleza y acción (varones); naturaleza (mujeres)/cultura (varones), establece en las relaciones intersubjetivas la condición de subordinación en las mujeres, y la naturalización de las pautas culturales patriarcales. (Ver cuadro 27)

El 62,1% de las mujeres señala haber vivido situaciones de violencia física en su juventud; el 47,4%, en su adultez; el 27,5%, en la adolescencia; el 13,7%, en la niñez, y el 6,6% durante el embarazo o posparto.

El 85,2% de las consultadas dijo que actualmente no estaba viviendo estas situaciones de violencia. Así, comparativamente, en la actualidad las mujeres están sometidas, en mayor medida, a situaciones de violencia psicológica.

Por último, cabe destacar que **el 50,1% de las mujeres ha vivido a lo largo de su vida situaciones de violencia psicológica y de violencia física**, evidenciando el ciclo de violencia característico de este tipo de relaciones; en el que la escalada de violencia suele comenzar con maltratos verbales y psicológicos hasta desencadenar en diferentes formas de violencia física, que se repiten y agravan a lo largo del tiempo.

ABUSO SEXUAL INFANTIL

Son 131 (32,8%) las mujeres de la muestra que dijeron haber sufrido abuso sexual en su niñez. Para determinarlo, se les preguntó si habían sido tocadas de manera inapropiada por alguien o si habían tenido relaciones sexuales forzadas o algún tipo de contacto sexual no consentido cuando era niñas.

Al indagar sobre quién fue la persona que lo hizo, el 44,7% dijo haber sido abusada por algún familiar cercano (hermano, tío, primo y otros); el 23,6%, por su padre/ madre o padrastro, y el 20,3%, por una persona conocida (amigo/amigo de la familia/vecino).

Estas cifras confirman que la mayor parte de los abusos sexuales dirigidos a niños, niñas y adolescentes ocurren en el entorno familiar o conocido, situación que dificulta su visibilización y penalización. (Ver cuadro 28)

De las 131 mujeres que vivieron situaciones de abuso sexual, 91 (69,5%) han sido víctimas también de situaciones de violencia psicológica y violencia física. Estas cifras darían cuenta de la violencia sexual en la niñez como un factor de vulnerabilidad frente a otras formas de violencia, como consecuencia de sus efectos sobre la autoestima, autonomía y autocuidado. Es posible que la temprana y repetida exposición a la violencia facilitara la naturalización de las relaciones violentas, y, por lo tanto, la repetición del ciclo.

VIOLENCIA SEXUAL

Un total de 145 mujeres, es decir, el 36,3% de las encuestadas, han sido forzadas a mantener relaciones sexuales en algún momento de sus vidas.

Al igual que en los casos de violencia psicológica y física, el agresor ha sido el ex marido o ex pareja (26,9%) (ex pareja al momento de la realización de la encuesta) y el marido o pareja actual (24,1%); entre ambas categorías

Cuadro 25

DISTRIBUCIÓN DE EXPERIENCIA DE MALTRATO PSICOLÓGICO SEGÚN LAS DISTINTAS ETAPAS VITALES

Etapa vital en la que se produce el hecho de violencia psicológica	Total	
	Nro.	%
Niñez	39	14,4
Adolescencia	82	30,4
Juventud	144	53,3
Adultez	152	56,3
Mayores de 65 años	0	0
Embarazo y/o posparto	19	7
Total	436	161,5

Cuadro 26

SITUACIONES DE VIOLENCIA FÍSICA SUFRIDAS POR LAS MVVS - RESPUESTA MÚLTIPLE

Tipo de violencia física sufrida	Total	
	Nro.	% de casos
Empujones	116	29,1
Zamarreos	121	30,3
Pellizcos	35	8,8
Tirón de pelos	44	11
Cachetadas	62	15,5
Golpes de puños	66	16,5
Mordeduras	22	5,5
Palizas	63	15,8
Patadas	47	11,8
Quemaduras	32	8
Ahorcamiento	31	7,8
Golpes con objetos	23	5,8
Daño con armas	35	8,8
Total	697	174,7

Cuadro 27
PERSONA QUE EJERCIÓ LA VIOLENCIA PSICOLÓGICA POR PAÍS Y POR TOTAL REGIONAL (EXCLUIDO URUGUAY)

Persona que ejerció violencia física	Total	
	Nro.	%
Marido/pareja actual	62	37,3
Ex marido/ex pareja/ex novio	77	46,4
Padre/madre/padrastro	12	7,2
Familiares cercanos	9	5,4
Desconocidos	1	0,6
Otros	1	0,6
No contesta	4	2,4
Total	166	100,0

Cuadro 28
PERSONA QUE EJERCIÓ EL ABUSO SEXUAL INFANTIL

Persona que ejerció abuso sexual infantil	Total	
	Nro.	% de casos
Marido/pareja actual/ex marido	3	2,4
Padre/madre/padrastro	29	23,6
Familiares cercanos	55	44,7
Amigo/amigo de la familia/vecino	25	20,3
Desconocidos	5	4,1
No recuerda	6	4,9
Total	123	100,0

Cuadro 29
NIVEL DE REPERCUSIÓN DE SITUACIONES DE VIOLENCIA VIVIDAS EN SU SALUD MENTAL O PSICOLÓGICA

Nivel de repercusión	Nro.	%
Nada	31	12,3
Poco	53	21,0
Mucho	168	66,7
Total	252	100,0

concentran la mitad de los agresores (51,0%). En Brasil y Chile, la presencia de la pareja actual o anterior como responsable de las relaciones sexuales forzadas es aún mayor (61,0% y 61,9% respectivamente), mientras que en Uruguay es marcadamente menor (39,5%). En Argentina se presenta un valor cercano al promedio general (47,7%).

Esta tendencia evidencia que las mujeres están mucho más expuestas a violencia sexual en el espacio privado y en el marco de relaciones íntimas, en las cuales se supondría, según el imaginario colectivo imperante, deberían estar protegidas y seguras. La desigualdad de género, la subordinación y el sometimiento de la mujer aparecen plasmados en las relaciones íntimas, dificultando el reconocimiento de sus derechos sobre su cuerpo y su sexualidad ante la figura de autoridad del varón.

La mayoría de las mujeres refirió haber sido forzadas a mantener relaciones sexuales durante la juventud (45,2%), seguido por la adolescencia (39,0%), la adultez (30,8%) y la niñez (21,2%).

Las mujeres que fueron obligadas a tener relaciones sexuales en la niñez son en total 31; sin embargo, de las 19 que dijeron tener su primera relación sexual antes de los 13 años, sólo 8 señalaron que esa relación se dio por medio de la fuerza o mediante un juego, es decir que no fue consentida. A modo de hipótesis y tal como fue señalado, al estar o haber estado la mayoría sometidas a situaciones de violencia desde edades tempranas, al haber sido testigos de situaciones de violencia infringidas a sus madres por sus parejas, es posible que haber sido forzadas a tener relaciones sexuales no sea registrado como tal pero que haya existido.

En muchos casos la idea de “relación sexual forzada” es asociada a situaciones en las cuales media la violencia física o psicológica explícita, sin considerar aquellas situaciones en las que el adulto utiliza la relación de poder, autoridad o dependencia para engañar y manipular al niño/a.

También a modo de hipótesis, es probable que las mujeres que sufrieron una violación en su infancia o adolescencia no perciben este hecho como “su primera relación sexual”, la que asocian con “la primera vez que tuvieron una relación sexual” con una pareja.

Por otro lado, si se analiza esta situación desde la legislación imperante en los cuatro países sobre delitos sexuales y edad mínima de consentimiento sexual, una relación sexual antes de los 14 años es siempre considerada un abuso por parte del que sea mayor de edad, sin necesidad de violencia física o amenazas explícitas.

Actualmente 18 mujeres son forzadas a mantener relaciones sexuales, esto es el 12,4% de las que dijeron haber sido obligadas a tener relaciones sexuales en algún momento de sus vidas.

EXPERIENCIA DE VIOLENCIA Y PERCEPCIÓN DE DAÑOS EN LA SALUD

Las mujeres debieron responder si cuando ellas eran niñas o adolescentes habían visto o escuchado situaciones de **violencia hacia sus madres** por parte de sus esposos, parejas o novios. El 59,4% (237) respondió afirmativamente; el 34,3% dijo que presenció situaciones de ese tipo “alguna vez”; y el 25,1%, refirió haber vivenciado este tipo de situaciones “siempre”.

Del total de mujeres que sufrieron situaciones de violencia, **el 66,7% refiere que estas situaciones** tuvieron un gran impacto **en su salud mental o psicológica**. El 21% evalúa que influyeron “poco” y el 12,3% piensa que su salud mental no se vió afectada por la violencia. Aunque con diferentes porcentajes en los cuatro países las mujeres señalaron que las situaciones de violencia vividas las afectaron mucho. (Ver cuadro 29)

El 38,9% de las mujeres consultadas respondió haber sufrido **lesiones, daños en su cuerpo o genitales y/o adquirido enfermedades o infecciones** como consecuencia de los actos de violencia vividos. En este caso se registran diferencias marcadas entre los distintos países: mientras que en Argentina el porcentaje de mujeres que dijo haber sufrido lesiones llega al 50,5%, en Chile se reduce al 17,0%; en es del 42,7%; y en Brasil, del 35,1%.

El 45,9% de las encuestadas refirió que sufrió lesiones más de cinco veces; el 39,3% señaló una o dos lesiones, y el 13,1% tres a cinco veces.

El 48,0% de las mujeres que sufrieron algún tipo de lesión dijo que, por lo menos una vez **debieron recibir asistencia médica** a consecuencia de éstas y el 8,8%, que siempre, es decir que el 56,8% de las mujeres consultadas debió recibir asistencia médica.

III. V.

Violencia y VIH



La distribución de motivos para la realización del test diagnóstico respecto de si las mujeres han referido o no haber padecido alguna forma de violencia, mantiene las características generales identificadas para la muestra acerca de los tres motivos más mencionados. (Ver gráfico 13)

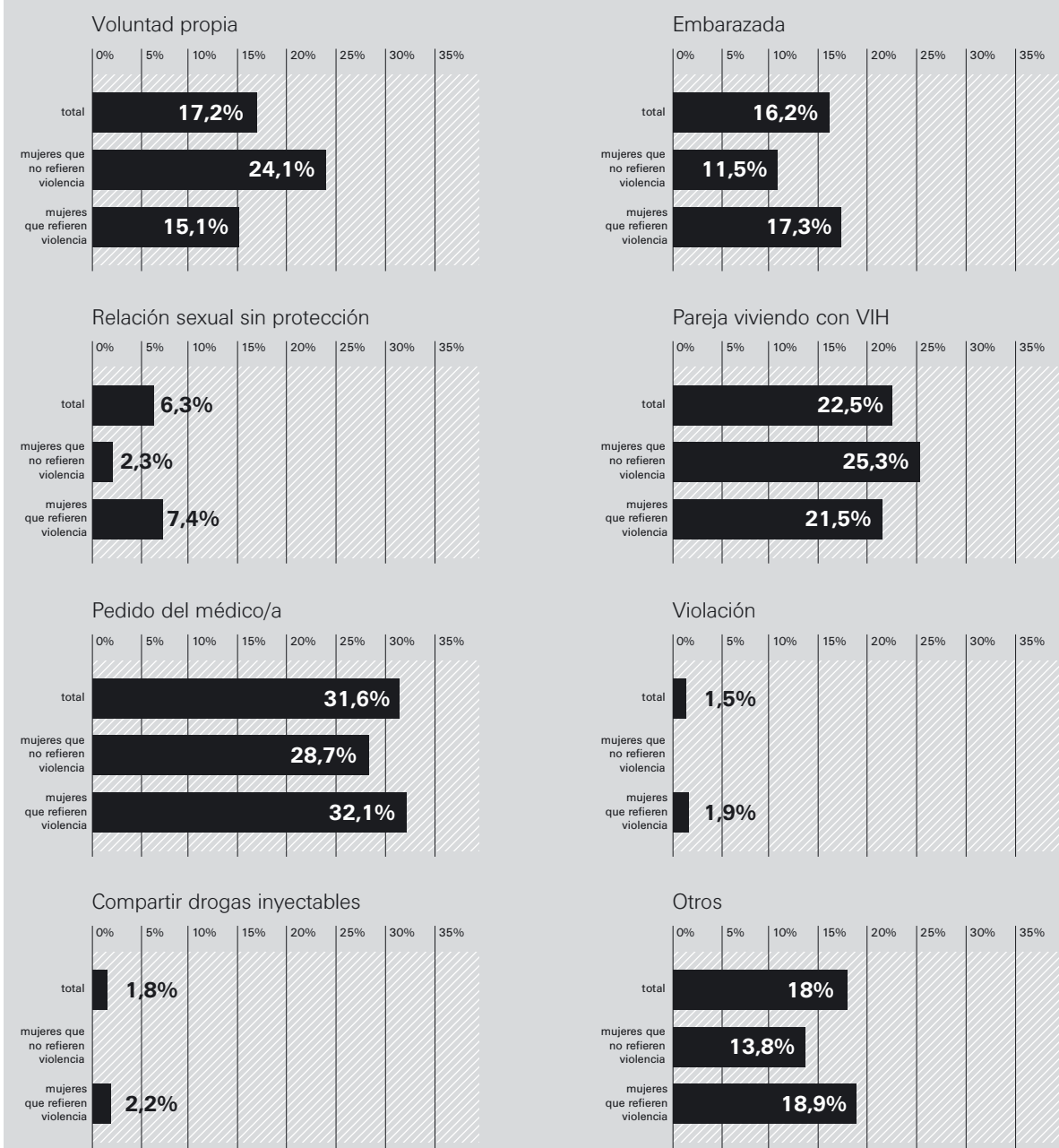
No obstante ello, resulta destacable que la realización del test por voluntad propia es porcentualmente mayor entre aquellas mujeres que no refieren haber padecido algunas de las violencias relevadas. Esto evidencia su falta de asociación entre ser víctimas de violencia y ser más vulnerables a la infección con el VIH. A la vez, la realización del test por haber mantenido relaciones sexuales desprotegidas es mayor entre quienes refirieron haber padecido alguna forma de violencia, coincidiendo con las observaciones en otros estudios acerca de la mayor dificultad de las mujeres víctimas de violencia de exigir el uso de preservativos a sus compañeros sexuales. Cabe preguntarse si esta nominación del motivo de diagnóstico por las mujeres víctimas de violencia encubre violaciones o forzamiento para mantener relaciones sexuales, no percibidas como tales, ya que las situaciones de violencia sexual que refirieron fueron generadas mayoritariamente por sus parejas o ex parejas.

El hecho de haber padecido o padecer alguna/s forma/s de violencia parece presentarse para las mujeres encuestadas, como agravante de las condiciones de salud en las que irrumpe el diagnóstico en sus vidas, y refuerza su “desprotección” frente a la posibilidad de infección, por su impacto negativo sobre la autoestima y las posibilidades de asumir el cuidado de su salud.

Respecto de la relación entre haber padecido violencia y la edad en la que recibieron el diagnóstico resalta la predominancia de mujeres víctimas de violencia en los grupos de menor y mayor edad; que son los de menor peso relativo en la distribución general de edades de diagnóstico. **De las 24 mujeres que recibieron su diagnóstico entre los 10 y los 19 años; casi todas vivieron situaciones de violencia; 21 de ellas antes de recibir su diagnóstico.** Para este grupo de edad para el que se refirió su mayor vulnerabilidad frente al VIH, se agrega la violencia como experiencia vital que debe ser considerada como factor agravante. En el mismo sentido, **las 19 mujeres que recibieron su diagnóstico con 50 y más años** (para las que se relevó una mediana de tiempo de convivencia con el diagnóstico menor a la de los restantes grupos de edades adultas), **padecieron violencia en 17 casos, de los cuales 16 refirieron haberla padecido antes de recibir su diagnóstico.** Ésta es otra circunstancia en la que la violencia cobra nuevamente relevancia como factor que se debe tener en cuenta al interrogarse sobre las infecciones que se comenzaron a reportar hace algunos años en mujeres mayores de 50 años. (Ver gráfico 14)

Para el total de las mujeres que vivieron situaciones de violencia, en 258 de ellas sucedieron antes del diagnóstico del VIH, esto es el 69,7%. Sufrieron daño físico o emocional antes del diagnóstico 220 mujeres (85,3%), daño físico grave 171 (66,3%); abuso sexual infantil 107 (41,5%), y fueron forzadas a tener relaciones sexuales 120 (46,5%). (Ver cuadro 30)

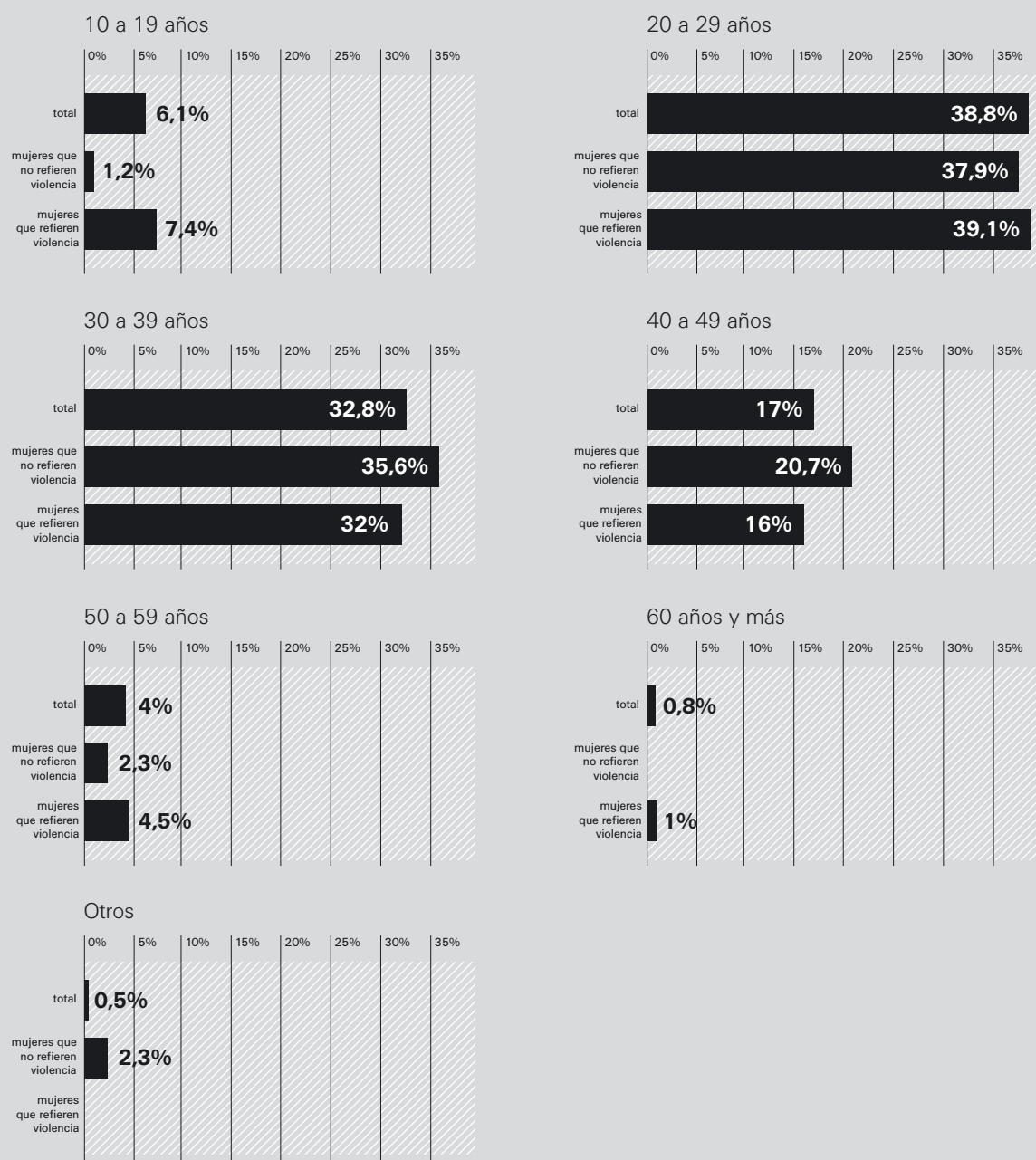
Gráfico 13. Distribución de MVVS según motivo de diagnóstico y padecimiento de violencia



Si se comparan estos datos con los obtenidos para el total (cuadro 22) de situaciones de violencia, se observa que, entre las que manifestaron haber sufrido situaciones de violencia antes del diagnóstico del VIH, aumenta la incidencia de todos los tipos de violencia. La inexistente o escasa cantidad de estudios que aborden en el ámbito nacional en los cuatro países la relación entre violencia y VIH no permite aseverar una relación directa, pero orienta a profundizar su investigación. *La información disponible sólo nos permite establecer indicios comparativos con*

estudios multicéntricos que involucran a otros países. En ese sentido, este porcentaje supera los referidos a un estudio realizado por la OMS en varios países donde se indica que “entre el 10 y el 52% de las mujeres había sufrido maltrato físico por parte de su pareja en algún momento de su vida, entre el 10 y el 30% había sido víctima de violencia sexual por parte de su pareja, así como entre el 10y el 27% de las mujeres declaró haber sido objeto de abusos sexuales siendo niñas o adultas” (OMS, 2005).

Gráfico 14. Distribución de MVVS según edad de diagnóstico y padecimiento de violencia



Cuadro 30
DISTRIBUCIÓN DE MVVS SEGÚN TIPO DE VIOLENCIA REFERIDA ANTES DEL DIAGNÓSTICO DE VIH

Formas de violencia	Total			
	Sí	%	No	%
Daño emocional o psicológico	220	85,3	38	14,7
Daño físico grave al menos una vez o agresiones menores en forma reiterada	171	66,3	87	33,7
Haber sido tocada de forma inapropiada o haber tenido relaciones sexuales o contacto sexual siendo niña	107	41,5	151	58,5
Obligada a tener relaciones sexuales	120	46,5	138	53,2

IV

Análisis de datos cualitativos

Mabel Bianco, Andrea Mariño y Florencia Aranda

- I. Violencias vividas en la infancia y adolescencia
- II. Violencia en las parejas
- III. Uso e información sobre métodos anticonceptivos (MAC)
- IV. Diagnóstico de VIH/sida
- V. Violencia institucional
- VI. Percepción del vínculo VIH y violencia en la vida de las mujeres
- VII. Conclusiones del análisis cuali cuantitativo

IV. I.

Violencias vividas en la infancia y adolescencia

RELACIÓN CON MADRE, PADRE, HERMANOS Y HERMANAS

Los recuerdos infantiles de las mujeres entrevistadas para este estudio incluyen situaciones de violencia física y psicológica por parte de algún miembro de la familia así como otras formas de vulneración de sus derechos. Los relatos revelaron que los ejecutores de estas violencias fueron, en la mayor parte de los casos, la madre o el padre biológicos convivientes, confirmando que la organización familiar constituye el espacio vincular en donde los niños y las niñas se encuentran más desprotegidos y con un mayor riesgo de ser sometidos a graves formas de violencia. Situación que contradice las construcciones sociales hegemónicas que consideran la familia como el ámbito donde los/as niños/as encuentran seguridad y cuidado, y naturaliza o niega la existencia de violencias en su seno.

En cuanto a las formas de violencia física ejercidas por los progenitores, los relatos de las mujeres incluyen golpes con el puño, patadas, intento de asfixia, golpes con objetos como palos, ramas de árboles, cintos, correas y zapatos. Un común denominador en las entrevistas fue el uso de la violencia como medio para el ejercicio de la autoridad parental. Los relatos revelaron que la utilización de la violencia como forma de castigo es percibida por muchas familias como una forma de disciplinar y educar a los/as niños/as y no como la violación de los derechos básicos que ésta constituye. Bajo este sistema de creencias los/as niños/as son considerados/as objetos de la propiedad parental, invisibilizándolos/as como sujetos de derechos. Esta concepción se traduce en muchos casos en la naturalización del uso de la violencia intrafamiliar como medio para *educar* y *criar* a los/as niños/as, no sólo por parte de los/as adultos/as responsables sino también por parte de los/as niños/as víctimas de estas violencias crónicas y cotidianas, quienes en muchos casos incorporan el discurso de sus padres culpándose por la violencia.

Yo sufrí mucho maltrato de parte de mi mamá, maltrato físico y psicológico, golpes... fui golpeada durante toda mi infancia [...] inclusive una vez mi mamá me estaba apretando el cuello, me quería matar... porque yo era muy inquieta [...] (Carmen, 51 años, Chile).

Mi mamá nos pegaba porque a veces le mentíamos, le decíamos que íbamos a la casa de una amiga o que estábamos en la escuela y nos rateábamos y cuando se enteraba que estábamos en la casa de una chica llegábamos a casa y nos daba una paliza, con cinto o con ramas de sauce o con esas chancletas duras que dejaban marcas... nos llevaba al médico cuando nos enfermábamos pero también cuando necesitaba darnos una paliza nos daba una paliza que no te la olvidabas nunca [...] (Teresa, 42 años, Argentina).

[...] ella [madre] me golpeaba porque yo también hacía muchas cosas mal... faltaba al colegio, después comencé a salir con una chica... la chica no era buena cosa... Mi madre me golpeaba, me dejaba de castigo encerrada, y luego comenzó a encadenarme los pies a la mesa, me ataba los pies y me dejaba ahí [...] (Elisabete, 38 años, Brasil).

En los cuatro países los relatos de las mujeres revelaron una tendencia a encontrar una explicación, a encontrar una razón o un sentido que les permitiera comprender la violencia ejercida por su padre o madre. La propia conducta, como lo evidencian los testimonios anteriores, es señalada como una de las posibles explicaciones. Otros de los argumentos más recurrentes fueron aquellos que sitúan el origen de la violencia en el consumo de alcohol o en las características del/a abusador/a, como por ejemplo la edad.

[...] peleaban mucho porque mi papá tomaba, mi papá siempre le pegaba. Estaban haciendo empanadas, yo era chiquita, y se peleaban, tiraban todo y no comíamos nada, porque era de mala bebida mi papá... después se le pasaba, cuando se le pasaba era otra persona. (Liliana, 57 años, Argentina).

Mi padre nos pegaba con esas cosas trenzadas que se usaban antes... Con nosotros era bastante severo... la gente de antes, viste como es (Loreley, 41 años, Uruguay).

[...] ella [madre] nos pegaba, no tenía paciencia, nos decía las cosas una vez, era grande... para nosotras ya era normal, cuando pasaba quedaba todo bien, ahora cuando por ejemplo reto a mis hijos, pasa, pero ella pasaba una semana y seguía con lo mismo, pero todo bien [...] (Mariela, 31 años, Argentina).

Muchas mujeres interpretaron la violencia materna como producto del efecto negativo que las relaciones de pareja violentas tuvieron sobre sus madres.

Más o menos, porque mi papá bebía bastante y mi mamá quedaba sola con nosotros, entonces ahí mi mamá se desquitaba conmigo, yo era la que paga patos... era conmigo con quien ella llegaba a quedar (realiza la mímica de agitada)... de tanto golpearme, yo le veía la cara, tenía los ojos desorbitados [...] (Carmen, 51 años, Chile).

[...] eran golpes y gritos, por ejemplo “vos sos una hija de puta porque no haces lo que yo quiero”. Esta violencia empezó a existir en ella cuando él la deja, como que sacaba la furia que tenía en nosotras [...] (Patricia, 37 años, Argentina).

Cabe destacar que en muchos casos la violencia física padecida en la infancia implicó un riesgo de vida para muchas de estas mujeres. Los intentos de asfixia, los golpes con objetos contundentes, las patadas, entre otras formas de violencia física representaron no sólo consecuencias en la salud física y psicológica a corto y largo plazo, sino un concreto riesgo de vida.

Mi madre fue una persona a la que le gustaba golpearme mucho, no sé por qué. No era una palmada o una paliza. Eran cosas como amordazarme, me ponía esponjas en la boca, me pegaba con cintos, con las manos a una hermana mía llegó a encadenarla y todo (Griselda, 30 años, Uruguay).

Cuando era chica una vez me pegó [padre] porque le quité no sé qué cosa a mi hermano, y me dejó... me dejó aturdida en el suelo... y en una de esas desperté y me fui con mi mamá [...] no sé... porque yo tenía un carácter más fuerte que mi hermano, porque le contestaba y no me quedaba callada... eso puede ser [...] (Andrea, 35 años, Chile).

En cuanto a la violencia psicológica, las manifestaciones referidas por las mujeres entrevistadas incluyeron desde insultos, gritos hasta la culpabilización y el abandono. Es interesante destacar que la violencia física es en general descripta por las mujeres con mayor detalle que la psicológica. En algunos relatos esta forma de violencia es sólo nombrada sin mayor explicación por las mujeres y, en otros, directamente obviada. Esto podría deberse a la naturalización y por lo tanto dificultad de identificación de muchas formas de violencia psicológica, como la humillación, el rechazo, la discriminación, las amenazas, el control, la negligencia, entre otras. En este sentido, cabría pensar que las marcas de la violencia física son más fáciles de registrar y, por lo tanto, de recordar, pero no así los efectos del abuso psicológico sobre la autoestima y la construcción de la subjetividad.

[...] no me dejaba juntarme con nadie, yo no podía tener amigos, yo no fui al colegio, por él; mi mami me matriculó en el colegio, y me dejó ir una semana y él me sacó, dijo que yo no tenía por qué ir al colegio [...] (Iris, 47 años, Chile).

[...] a nosotros nunca nos tocó físicamente [refiriéndose al padre], por ahí gritaba, si no le gustaba algo de la comida, revoleaba el plato, cosas así, pero no nos pegaba [...] (Cecilia, 39 años, Argentina).

De chicos nos llevábamos bien. Mi padre era una buena persona, mi madre ahí... me dejó con mis padrinos (Loreley, 41 años, Uruguay).

[...] a los 15 años se descubrió mi homosexualidad [...], un día mi abuela me vio besando a una chica en la cara, ella me dio una bofetada y me dijo que tenía que encontrar un lugar para vivir fui a parar a lo de mis padres, llorando como una loca, entonces mis padres dijeron que estaba equivocada, porque yo no sé qué, nadie podía hacer nada, ahí tenía 14 años [...]. Tenía que tener un novio y mostrarlo decirle a mi familia que yo tenía un novio y que estaba todo bien [...] (Cristiane, 40 años, Brasil).

El abandono por parte de los padres biológicos derivó en situaciones de falta de sostén, vulnerabilidad y violencia a cargo de los/as encargados/as de la crianza de las niñas, quienes vivieron situaciones de explotación como de discriminación. El abuso de poder inherente a las relaciones jerárquicas patriarcales, forma vincular característica de las estructuras familiares, no sólo aparece plasmado en la violencia ejercida por parte de los progenitores sino por aquel/lla que ocupa el rol parental.

A mí me criaron mi abuela y mi abuelo porque mi madre me abandonó con cuatro meses, mi padre se entregó al alcohol yo me crié con mis abuelos [...]. Mi abuela me tenía cansada de decirme: “perdí a mi marido por vos” [...]. Veía a mi abuelo y me desmayaba (Sandra, 35 años, Uruguay).

[...] yo no me crié con mi mamá, entonces estaba con una tía, o una señora que me quisiera tener, y ahí sufrí mucha violencia, por el tema de que no era de la casa, entonces me hacían pasar la lengua por todos lados [...], siempre me ponían a hacer de todo [...] (Roxana, 52 años, Chile).

[...] al llegar a los 8, 9, 10 años, listo, empezó a pegarme [una vecina que la criaba]], maltratarme, me hizo comer una comida fría de la noche a la mañana [...], entonces todo lo que yo hacía estaba mal para ella, todo merecía una paliza, y no una paliza con golpes, una paliza con manguera, sandalias, todo lo que veía enfrente de ella me lo tiraba [...] (Paula, 29 años, Brasil).

La fuga del hogar a causa de la violencia intrafamiliar es otra de las experiencias que incluyeron las mujeres en sus relatos. Esas experiencias derivaron en el aumento de su vulnerabilidad y en la exposición a situaciones de riesgo de otras formas de violencia. Muchas veces se encontraron en situación de calle, sin recursos ni apoyo social, quedando expuestas a abusos sexuales y violaciones y, por lo tanto, en riesgo de contraer el VIH y otras ITS.

[...] cuando yo me drogaba, ella [madre] me buscaba y cuando volvía a casa me reventaba a golpes y me decía “viste la paliza que te di, no te van a quedar más ganas de irte”. Había veces que volvía a mi casa cuando ella no estaba, hubo épocas que pasaba meses sin volver a mi casa, tenía miedo de que me golpee (Patricia, 37 años, Argentina).

Me escapé de mi casa porque mi padre no me dejaba salir y ta, me escapé y me agarraron [violándola] dos desconocidos en el barrio (Floencia, 35 años, Uruguay).

[...] cuando tenía 11 años o 12 tuve la idea de escapar de mi casa [...], ahí me escapé por primera vez, entonces ella [vecina que la criaba] me encontró, [...], me llevó adentro y me dio una paliza muy grande, después me escapé por segunda vez, una hija de ella me encontró [...], cuando llegué a la casa otra paliza, entonces la misma semana me escapé de nuevo, esta vez me llevé toda mi ropa y no me encontró más [...] (Paula, 29 años, Brasil).

RELACIÓN ENTRE MADRE Y PADRE

La experiencia que aparece como común denominador en las historias de vida de las mujeres en los cuatro países es la de haber vivenciado en su infancia situaciones de violencia hacia sus madres por parte de sus padres o las parejas de éstas. En algunos casos la vivencia es recordada con gran angustia e impotencia por el sufrimiento materno y sentimientos de responsabilidad respecto de la seguridad de sus madres, y, en otros, aparece la sensación de desprotección y el miedo por la seguridad personal.

[...] defendíamos a mi madre, o sea la cuidábamos, estábamos con ella en todo momento, para que no la siguiera golpeando [...] (Andrea, 35 años, Chile).

Mi papá era una persona alcohólica y a mi mamá la insultaba y golpeaba, me acuerdo que éramos chicos y andábamos escondiéndonos detrás de algún mueble para que no nos alcanzara alguna patada o cachetazo [...] (Teresa, 42 años, Argentina).

Mi padre le gritaba mucho a mi madre y después ella nos pegaba a nosotros y todo así [...] (Nadia, 26 años, Uruguay).

El lugar que estas experiencias ocuparon en las vidas de estas mujeres confirman que utilizar el término víctimas secundarias para referirse a los/as niños/as que han vivido la violencia ejercida hacia sus madres, es minimizar sus efectos, es considerar que es posible ser sólo espectador de la escena violenta, es desconocer que estas vivencias de violencia, abuso de poder y sometimiento formarán parte central en la historia de vida de cada uno/a de estos/as y por lo tanto en la construcción de sus vínculos futuros. Si bien en los cuatro países se observó

en las historias de vida de las mujeres la repetición intergeneracional del círculo de la violencia, en Argentina esta repetición se plasmó con claridad en los discursos de las mujeres:

[...] siempre me decían por qué no lo dejaba, pero no me daba para dejarlo, porque tampoco tenía a donde ir. ¿A dónde iba a ir?, parece que iba a pasarme lo mismo que a mi mamá, parece un calco [...] (Liliana, 57 años, Argentina).

[...] me seguía quedando, pensaba que lo quería y que no podía vivir sin él... creo que casi me quedaba como mi mamá cuando mi papá la maltrataba (Teresa, 42 años, Argentina).

VIOLENCIA SEXUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Las vivencias de las mujeres entrevistadas incluyeron en la mayoría de los casos episodios de violencia sexual, desde situaciones de contacto sexual forzado hasta la violación. En todos los casos quienes ejercieron esta forma de violencia fueron figuras masculinas, y en la mayor parte, al entorno familiar y cercano de las mujeres, padres biológicos y de crianza, parejas de la madre, abuelos, tíos, primos y vecinos. Esto evidencia que el mayor riesgo de padecer violencia sexual para los/as niños/as se encuentra dentro del hogar y no a manos de un extraño o desconocido, lo que hace más difícil la revelación del abuso y su consecuente denuncia. Asimismo, dada la cercanía o convivencia con el agresor muchas mujeres no experimentaran hechos aislados de violencia sexual sino reiterados episodios a lo largo de su infancia. Dato relevante si se considera que la cronicidad de los episodios de violencia sexual es una de las variables que se debe considerar al evaluar su impacto.

[...] había un amigo de mi papá [...], un hombre con el pelo blanco, recuerdo que él venía mucho a mi casa [...], le gustaba ponerme sobre sus rodillas, me ponía en su regazo, recuerdo que una vez él tocó mis partes [...]. Mi padrino, padrino de bautismo, se desnudó delante de mí, me mostró algunas de sus partes, me pedía que lo toque [...], se masturbaba delante de mí [...] (Samara, 38 años, Brasil).

[...] él [padre] como de los 5 años me violó hasta los 7, 8 años y fue una experiencia muy mala (Iris, 47 años, Chile).

Desde los 7 hasta más o menos los 10 años mi mamá tenía la costumbre de dejarnos a dormir los fines de semana en la casa de un tío y cuando yo dormía tenía que dormir en la cama con este tío y yo me acuerdo que este tío me manoseaba, yo no me quería quedar más, le conté a mi mamá y después no me acuerdo si no me creyeron, pero me seguían mandando igual (Teresa, 42 años, Argentina).

La pareja de mi madre a lo primero me tocaba y después quería violarme, pero siempre llegaba alguien, entonces me tocaba pero nunca llegó a penetrarme (Nadia, 26 años, Uruguay).

En general, las mujeres abusadas sexualmente por la pareja de su madre sufrieron la culpabilización, el descreimiento y la desprotección por parte de la figura materna. En este sentido, se inscriben experiencias en las que las madres eligieron continuar sus relaciones de pareja más allá del relato de sus hijas y del riesgo en el que se hallaban. La desvalorización y subordinación del rol femenino dentro de la familia, la concepción patriarcal fuertemente arraigada de la mujer débil y dependiente, la desigualdad de oportunidades laborales y de acceso a la educación para las mujeres producto de la inequidad de género, promueven la dificultad de muchas mujeres para representarse solas al frente de una familia, tanto desde el aspecto económico como emocional y social.

[...] mal con mi mamá, mal, o sea no mal, sino que somos una familia unida, ella me dejó a los 8 años botada, me pegaba cuando chica, me maltrataba mucho, por culpa de ella fui violada a los 16 años por un gallo con el que vivía mi mamá [...] y ella defendió al gallo y se fueron [...] con el hombre [...] (Mireya, 31 años, Chile).

Cuando yo tenía 13 mi mamá se juntó con un boliviano, supuestamente yo era su preferida y a mi hermana del medio no la quería, todos los días se peleaban. Hasta que un día mi hermana se fue y yo quedé sola, este hombre me manosea y me quiere penetrar, pero no pudo porque tampoco me dejó [...] cuando vino mi hermana le conté lo que me había hecho y cuando vino mi mamá mi hermana le contó y ella dijo “ustedes son unas prostitutas, unas regaladas”. Mi mamá decía que nosotras lo buscábamos a este hombre [...] (Patricia, 37 años, Argentina).

La percepción del daño producido por las experiencias de violencia sexual aparece en los relatos de las mujeres asociada a la descripción de “marcas” difíciles de olvidar y al trauma psíquico. Perciben el daño sufrido como irrecuperable, evidenciando las consecuencias en la salud física y mental y en la construcción y posibilidad de sostenimiento de las relaciones de pareja.

Fueron las peores cosas de mi vida... es algo que me marcó y me va a marcar siempre, más allá que hayan pasado muchos años es algo que no se olvida, tengo una hija de 22 años y a ella se lo conté hace pocos años porque ella me contó una experiencia en donde la habían querido manosear, no es fácil, es algo que te marca (Teresa, 42 años, Argentina).

[...] Y a raíz de eso es que no funciono con ninguna pareja, porque yo no tengo esa parte y viste cómo son los hombres ahora que quieren todo, todos los chiches [...] Es un trauma que me quedó. Por eso es que

supuestamente el papá de mi nena me engañó con mi hermana, porque mi hermana le daba todo y yo no era una mujer completa (Sandra, 35 años, Uruguay).

BÚSQUEDA DE AYUDA EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Al indagar acerca de la búsqueda de ayuda frente a la violencia padecida durante la infancia, los relatos de las mujeres transmitieron fundamentalmente la falta de recursos, de referentes a quienes acudir y la dificultad de acceder a servicios de asistencia. Es importante destacar que en los cuatro países ninguna de las mujeres entrevistadas mencionó haber accedido durante su infancia a algún servicio médico, social, psicológico o legal producto ante la violencia vivida. Esto daría cuenta, por un lado, de madres y padres intentando no quedar en evidencia frente a los servicios de salud y sociales, y por otro, de la naturalización no sólo de la violencia sino también de sus efectos, así como de la subestimación de éstos por parte de los/as adultos/as, en tanto no constituyen problemas reales de salud que necesiten atención.

En el caso de la violencia física y psicológica ejercida por las figuras parentales las mujeres en general revelaron los abusos padecidos a vecinos o familiares cercanos.

Mis vecinos me ayudaban [cuando el padre la echó de la casa] los vecinos de mi mamá mejor dicho [...] ellos me recibían, ellos me daban comida, me acostaban, me hacían dormir con los hijos de repente (Marcela, 43 años, Chile).

La otra vecina siempre me decía: “andate”. Y yo le decía: “¿para dónde me voy a ir si no conozco ni las calles ¿Si no sabía ni leer ni escribir ¿para dónde iba a ir? Entonces tuve que aguantar hasta que cumplí los doce y ahí me fui. Me fui por miedo, fue cuando empecé a hacer la calle (Marta, 55 años, Uruguay).

Yo le decía a mi tío que ella [madre] nos pegaba, pero él me decía que la teníamos que entender, la justificaba. También mis tías, siempre buscaban un justificativo y no ayudaban de ninguna manera (Patricia, 37 años, Argentina).

En el caso de la violencia sexual, los relatos de las mujeres coinciden en la falta de contención, al revelar el abuso por parte de las figuras maternas y paternas, ambas producto de las creencias culturales con respecto a la violencia sexual y de las construcciones sociales sobre el ser hombre y el ser mujer. En ellas se señala a las mujeres como responsables de los abusos sexuales que padecen y se considera que la violencia sexual, en especial la intrafamiliar, es un problema privado que debe ser resuelto dentro del núcleo familiar.

[...] mi mamá decía que era un secreto, qué iban a decir los vecinos, “la imagen” por sobre todo (Patricia, 37 años, Argentina).

En la mayor parte de las mujeres de este estudio que recurrió a sus madres durante el abuso sexual vivido las respuestas obtenidas estuvieron asociadas a castigos y culpabilización, y se ignoró o minimizó el episodio. El mito de la mujer provocadora, instalado y perpetuado por el sistema patriarcal, aparece claramente en las reacciones de las figuras maternas, reforzando en las niñas los sentimientos de vergüenza y culpa producto del abuso vivenciado.

Se lo dije a mi madre y me dio una paliza que casi me mata así que después me arrepentí de habérselo contado (Nadia, 26 años, Uruguay).

Yo se lo dije a mi mamá y mi mamá me dijo que él estaba jugando, pero él me había pegado mucho, me pegó en la cabeza para que me dejara bajar la bombacha, nunca más quise ver a mi primo [...] (Liliana, 57 años, Argentina).

[...] desde los 9 años en adelante él [padrastro] comenzó a hacerme gestos obscenos, yo siempre callada con miedo a los 11 años él descubrió que yo ya era mujer porque yo traje a un novio, él ya fue, compró un arma y comenzó a abusarme sexualmente... cuando yo lo conté, mi mamá no me creyó... las tías y tíos que tengo no creyeron en mí, creían que yo quise, que yo lo provoqué... todo el mundo [en la casa de la abuela] me miraba feo, me molestaban, creían que yo tenía relaciones sexuales con el marido de mi mamá, porque quería, porque yo lo provoqué (Rebeca, 29 años, Brasil).

El discurso de las mujeres permite evidenciar la dificultad de relatar los hechos de violencia sexual padecidos como resultado del miedo a las posibles represalias del agresor y de las dudas existentes en el imaginario social en torno a la veracidad de los relatos de violencia sexual, en especial de niñas, quienes sufren la doble discriminación por su condición de mujer y de niñas.

No me iba a creer, porque mi hermano era el regalón de mi papá, bueno yo también era la regalona, pero como que de los hombres era el regalón, entonces no me iban a creer quién va a creer que un hermano viole a su hermana (Mireya, 31 años, Chile).

[...] Tenía miedo de decirle a mi padre, pensaba que era un gesto de cariño lo que él [amigo del padre] me estaba haciendo [...] (Samara, 38 años, Brasil).

A los 12 años empecé a salir a bailar estaba esperando sola el colectivo, se detiene un auto y un hombre me pregunta qué estaba haciendo, me pide el documento y le muestro mi cédula de identidad y me dice “No puede estar acá porque es menor. Suba al auto que la llevo a la comisaría” y me muestra una credencial de la policía.

Me subí al auto pensando que me llevaba a la comisaría, no me llevó a la comisaría, me llevó a un dique y ahí me violó recién pude contarlo de grande, en ese momento no se lo conté a nadie, tenía miedo además este hombre me había amenazado (Teresa, 42 años, Argentina).

Mi madre me decía: “dejá que es tu tío Pedro”. Él se quiso propasar muchas veces, pero luego yo no contaba nada porque total no me iban a creer (Griselda, 30 años, Uruguay).

Al no buscar ayuda, muchas niñas y adolescentes quedan expuestas a embarazos no deseados, al VIH y otras infecciones de transmisión sexual, como a otros riesgos para su salud física y mental. El aislamiento, la dificultad para acceder a servicios sociales y de salud, así como a información sobre sexualidad y violencia, coloca a las niñas en situación de gran vulnerabilidad frente a la violencia y al VIH. En este sentido, el rol de la escuela es clave tanto para brindar educación sexual integral como para detectar e intervenir sobre situaciones de violencia y de esta forma actuar a modo de nexo entre las niñas y los servicios de protección y asistencia. Es importante tener en cuenta que el relato de una niña no es la única herramienta para detectar situaciones de abuso sexual, existen otros indicadores físicos y psicosociales asociados a la violencia sexual en la infancia. Por esta razón, tanto docentes como personal de los servicios de salud deben ser capacitados en torno al abuso sexual infantil ya que éstos también se encuentran atravesados por las creencias culturales que tienden a culpabilizar y descreer el relato de las niñas víctimas de este tipo de violencia.

IV. II.

Violencias en las parejas



Como forma de analizar la violencia experimentada por las mujeres en las parejas se exploraron las situaciones de violencia física, psicológica y los episodios de violencia sexual padecidos en el seno de la pareja, así como las conductas de búsqueda de ayuda frente a los abusos padecidos por las mujeres en estas relaciones íntimas.

VIOLENCIA FÍSICA Y PSICOLÓGICA EN LAS PAREJAS

Las mujeres de este estudio relataron episodios de violencia física y psicológica por parte de parejas actuales o ex parejas en algún momento de sus vidas. Las

manifestaciones de la violencia psicológica referidas fueron similares en los cuatro países, incluyendo amenazas, humillaciones, insultos, descalificaciones, trato indiferente, aislamiento, entre otros. En muchos casos los celos excesivos y el control de sus compañeros dificultaron el acceso a información y a servicios de asistencia, aumentando la vulnerabilidad de las mujeres.

Yo no podía salir a ningún lado que él me venía a molestar, dentro de casa me trataba con ignorancia llegó hasta pegarme (Eliane, 27 años, Brasil).

[...] me controla todo, si me mandan un mensaje interpreta todo mal, se pone celoso, yo le digo que no me conoce, a veces quiero ir a tomar un café con mis amigas y le tengo que mentir. Si iba a la salita también era un problema, porque no me creía, me decía “vos te fuiste a encontrar con otro [...] (Nancy, 41 años, Argentina).

Descalificaciones, de repente estábamos con unos amigos, yo hablaba “cállate, tú no sabís nada”, cachai, “no, ella no hace nada, deja todo sucio”, entonces, todo ese tipo de cosas, de repente, ya al final llegaba se acostaba, no nos tomaba en cuenta, nos daba vuelta los platos de comida cuando no le gustaban [...] (Roxana, 52 años, Chile).

Le decía a mi hija que yo me iba a ver con machos, no podía ir a la psicóloga todas las semanas porque empezaba con lo de los machos y que soy esto y lo otro (Sandra, 35 años, Uruguay).

Las formas de violencia física que experimentaron las mujeres a manos de sus parejas o ex parejas evidenciaron la escalada de violencia y los ciclos de violencia característicos de este tipo de vínculos. El ascenso paulatino de la intensidad y la duración de las agresiones físicas llegaron a poner en riesgo la salud y la vida de las mujeres.

[...] Volvió [de prisión], a los tres meses comenzó a beber mucho, a ser agresivo conmigo, me insultaba, estuvo con otra mujer en la calle, pasé todo tipo de violencia, después fue empeorando, incluso me golpeaba, me dio, después comenzó a usar drogas duras, entonces me fui de casa [...] (Rebeca, 29 años, Brasil).

[...] ahí él me empezó a pegar, tenía los ojos negros, los moretones, las manos, me pegaba con un palo que tenía él, el de las gomas del colectivo y me pegaba y no me podía levantar (Liliana, 57 años, Argentina).

Me golpeaba dos o tres veces en el día, él parece que era bisexual, porque yo llegué a una clínica psiquiátrica y caí en un estado de shock de recibir tanto golpe, y tanto maltrato, entonces él cuando [...] yo volví en mí porque yo perdí la razón, me empezó a preguntar el médico, y llegamos a la conclusión de que esta persona tendría desviación sexual [...] (Carmen, 51 años, Chile).

Al principio todo bien... después empezó a estar nervioso, molesto, revoleaba platos, me amenazaba y un día le pegó un cachetazo a mi hija y yo le dije que a mi hija no le pegara y él me tiró en la cama, me pateó en la espalda, me insultó [...] (Teresa, 42 años, Argentina).

Me puso un cuchillo en el cuello, me cortó las muñecas, me daba palizas por celos (Florencia, 35 años, Uruguay).

[...] pero de repente empezó la cosa a tener pequeños problemas que se convirtieron en grandes problemas, se ponía agresivo, después se ponía la agresión violenta de golpes, después los golpes y los insultos también, o sea después se puso tormentosa así que incluso llegó al extremo que me quitó a mi hija [...] (Olga, 45 años, Chile).

Al igual que como fue descripto en torno a la violencia en la infancia, en los discursos de las mujeres aparecen intentos de explicar la violencia de sus compañeros, basados en la diferencia de edad, las creencias del agresor y el abuso de alcohol o drogas.

Sí, yo tuve una pareja que ahora es fallecido... se drogaba y me pegaba mucho... él me había pegado unos tiros ... No le das plata y el fiolo te pega o no te da comida (Marta, 55 años, Uruguay).

Ha sido violencia, física, psicológica y sexualmente él cuando tomaba se transformaba (Carmen, 51 años, Chile).

[...] él era muy machista, yo era muy joven, a él no le gustaba mi manera de vestir, era muy agresivo verbalmente, cuando quería era cariñoso, pero si algo no le gustaba me decía cualquier cosa [...] (Cecilia, 39 años, Argentina).

[...] cuando yo me casé, él tenía 26 años y yo tenía 12 harta la diferencia, igual él me dominaba, me trataba mal, me amenazaba con que iba a pegarme si yo no hacía caso, entonces como cabra chica, yo de repente quería ver jugar y quería jugar yo también, pero no podía, empecé a madurar muy pronto [...] (Andrea, 35 años, Chile).

El estado de embarazo es cuando suelen comenzar o intensificarse los episodios de violencia, las experiencias vitales de las mujeres entrevistadas incluyeron situaciones de violencia física, psicológica y sexual durante sus embarazos.

[...] un día cuando estaba embarazada de siete meses me acuerdo que me agarró en la calle del pelo, me tiró al suelo y me pateó en la pierna, me levanté como pude y me fui a lo de mi mamá (Teresa, 42 años, Argentina).

La primera vez que me castigó yo estaba embarazada y tenía cinco meses de embarazo. Ésa fue la primera vez que me pegó y de ahí siguieron continuamente hasta mí hija, mi segunda niña debe haber tenido unos 10 años y la chicoca entre 5 y 4 años, ésa fue la última vez que me pegó [...] (Verónica, 59 años, Chile).

[...] me acuerdo que vivíamos en un departamento, subió y cuando abrí la puerta me pegó un cachetazo, siempre fue agresivo... cuando quedé embarazada empezó a golpearme [...] (Mariela, 31 años, Argentina).

Es importante señalar que en el discurso de muchas de las mujeres tanto la violencia física como la psicológica por parte de sus parejas se presentan minimizadas y como una forma de vinculación naturalizada dentro de una mala dinámica de pareja.

[...] estuve con el papá de mi hijo, con él que tuve una relación de siete años, y ahí la relación fue buena, me respetaba bastante, hubo una o dos situaciones de empujones en medio de una discusión. Después que nos separamos tuvimos una situación de violencia en la calle [...] (Marta, 43 años, Argentina).

Eran frecuentes los golpes y los insultos, nos llevábamos mal, le gustaba pegarme e insultarme. Yo no me quedaba atrás (Griselda, 30 años, Uruguay).

[...] una cosa traía a la otra y yo no me quedaba callada tampoco, si él me daba un cachetazo yo le rompía algo, éramos de pegarnos mutuamente [...] (Liliana, 57 años, Argentina).

La violencia padecida por las mujeres en sus relaciones de pareja es también dirigida hacia sus hijos/as, repitiendo aquellas escenas infantiles relatadas por las mujeres en las que ellas presenciaban y eran víctimas de la violencia hacia sus madres. En muchos casos el miedo y la falta de recursos económicos y sociales impidieron a las mujeres abandonar a sus parejas, situación que aparece, en las vivencias de las mujeres, asociada a la culpa por no haber protegido a sus hijos/as.

A mi hija la metía dentro de una tina de agua fría para que no se meara al otro lo ponía bajo la ducha fría en pleno invierno y después le hacía lavar la ropa durante toda la mañana yo por miedo no hacía nada (Sandra, 35 años, Uruguay).

[...] nos pegaba a los dos. Mi hijo se encerraba mucho, quizás porque estaba cansado de lo que veía y escuchaba. Siempre me decían por qué no lo dejaba, pero no me daba para dejarlo, porque tampoco tenía a donde ir (Liliana, 57 años, Argentina).

La cultura patriarcal impone a las mujeres la responsabilidad de encontrar formas de salida de la violencia intrafamiliar. La pregunta acerca de por qué la mujer no abandona a su abusador se instala en el imaginario colectivo, culpabilizando a las mujeres más que a aquellos que ejercen la violencia, sin considerar los factores contextuales, especialmente la dependencia económica y los mecanismos psicoemocionales que las llevaron a mantener estas relaciones a lo largo del tiempo. La desvalorización y el menosprecio del rol

femenino, así como la inferioridad impuesta a este género, sostenido y reproducido por las construcciones culturales patriarcales, se plasmaron en las percepciones y actitudes de las mujeres entrevistadas, evidenciando vínculos de dependencia con sus parejas.

Yo no lo quería ni nada, pero él me daba las cosas, no me dejaba faltar nada, a los nenes los tenía bien (Nadia, 26 años, Uruguay).

[...] yo decía cuánto me quiere, y me pegaba más a él, decía me cuida, me quiere... le contaba a una compañera, me decía qué loco, y yo después pensaba y hacía un balance, ¿qué hacía yo sin él? Y así se me fue la vida [...]. (Liliana, 57 años, Argentina).

Con él estuvimos catorce años, yo debiera haberme separado el segundo año, porque no sé cómo aguanté tanto, porque ya al final era una cuestión que yo pensaba, cómo lo mato, cómo me deshago de él, planeaba cómo matarlo, que nadie se diera cuenta, darle veneno, darle [...] (Roxana, 52 años, Chile).

[...] es feo que te peguen, que la gente lo sepa y que vos hagas como si nada, si estás con moretones y la gente te ve y dice “pobre” y vos pasás como si nada, lo más duro para vos es la impotencia de no saber cómo salir [...] (Mariela, 31 años, Argentina).

VIOLENCIA SEXUAL EN LA PAREJA

La violencia en la pareja suele expresarse en el control y la violación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, las violaciones y los abusos sexuales a manos de esposos o parejas fueron una constante en las experiencias vitales de las mujeres entrevistadas. En algunos casos la coerción fue ejercida a través de la violencia física y el miedo, y, en otros, a través del chantaje y la manipulación.

[...] tuve que conseguirme un novio [en Río], fue cuando tuve mi primera relación sexual, tuve que tener, el tipo me abusó, gritaba por mi mamá desesperada porque era virgen, fue terrible [...] (Cristiane, 40 años, Brasil).

[...] a veces era agresivo porque quería [tener relaciones sexuales] todos los días, probar para que quedara [embarazada][...] él me decía “ves, yo no te engañé con nadie” y me llevaba y me forzaba para ir a la pieza y me quería demostrar que no me había engañado con nadie cuando venía yo me agarraba al colchón y no veía el momento que acabara para ir al baño corriendo, si lo notaba me cagaba a palos, una agresividad terrible [...] (Liliana, 57 años, Argentina).

Si le digo que no quiero nada me chantajea con el tema de la casa, me dice que no tengo para comer ni para

vivir, me hace todo un embrollo y yo por cansancio pido lo otro, es como una venta (Floencia, 35 años, Uruguay).

Ya era rutina ya para mí era rutina, él llegaba ya me decía que quería, ya. No importa aunque yo no tuviera ganas, ya. Pasaba lo que pasaba y listo y así él me dejaba tranquila y él quedaba tranquilo po, no molestaba a nadie (Marcela, 43 años, Chile).

[...] cuando mi hijo tenía menos de ocho días de edad, él [su esposo] fue al hospital borracho, borracho, borracho, diciendo que estaba “en piedra” y que si no me quedaba con él sería peor, porque él iba a conseguir otra mujer [...], y nadie vio cómo me metió en el baño con él, él me hizo entrar al baño, tenía miedo de él [...] (Ana, 30 años, Brasil).

El imaginario colectivo detrás de la violencia sexual suele representarla como un acto violento llevado a cabo por un “otro” que no es pareja ni esposo. Las creencias sociales históricamente establecidas por el sistema patriarcal asignaron al varón derechos legales y sociales sobre el cuerpo y la sexualidad de la mujer. Esta autoridad naturalizada del hombre sobre la mujer silenció e invisibilizó los hechos de violencia sexual padecidos por las mujeres dentro de sus relaciones íntimas estables, ya sea el matrimonio o la convivencia. Por esta razón, algunas mujeres no tipificaron algunas situaciones como episodios de violencia sexual, como es el caso de esta mujer entrevistada en Chile:

[...] estuvimos juntos, pero en el momento que estuvimos juntos me dice “yo no te creo que a los 23 años no hayas tenido relaciones nunca antes, antes” Entonces yo le digo qué tiene de malo, si no hay ninguna obligación que tiene que ser a los 16, 17 años, entonces él me dice “no, porque las mujeres de hoy en día están demasiado cambiadas en relación a antes”, entonces ahí empezó a forcejearme hacerme presión en los brazos, así para que yo estuviera quieta, yo al final terminé enojada con él esa noche, porque fue desagradable [...] (Olga, 45 años, Chile).

La creencia en torno a la potestad atribuida al varón del sexo con su compañera, atraviesa a ambos géneros, apareciendo en las experiencias vitales de las mujeres como un deber por cumplir, para el discurso femenino, y como un derecho por exigir, en el discurso masculino.

A veces yo no quería cuando él estaba drogado, se tambaleaba y él lo quería hacer me obligaba porque me pegaba y lo tenía que hacer porque él era el padre de mis hijos. Me quería penetrar analmente, yo lloraba y gritaba porque me dolía (Sandra, 35 años, Uruguay).

[...] de repente con mi marido se curaba (emborrachaba), que él se curaba y me tomaba a la fuerza, aunque yo no quería, yo le decía que no y él igual, él decía que yo era su señora, y yo tenía que hacer lo que él decía, porque para eso yo me había casado (Iris, 47 años, Chile).

La violencia sexual dentro de la pareja expone a las mujeres a embarazos no deseados así como a infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/sida. Su vulnerabilidad se ve muchas veces exacerbada debido a la creencia acerca de la seguridad que brinda el matrimonio y las relaciones estables, basadas en la supuesta fidelidad de la pareja o compañero.

[...] Cuando estaba embarazada de mi primer hijo, a los siete meses me mandó al hospital no podía caminar, con todo el ojo morado, me engañaba, me pegaba infecciones, tuve que pasar por varios tipos de inyecciones para quitarme las infecciones que él me pegaba, la sífilis, que no me la alcanzó a pegar, pero sí me previnieron Me pegó unos bichos que parecían garrapatas, ladillas parece, no sé cómo se llaman, y ahora el VIH [...] (Mireya, 31 años, Chile).

BÚSQUEDA DE AYUDA FRENTE A LA VIOLENCIA DE PAREJA

La búsqueda de ayuda frente a la violencia vivida por las mujeres entrevistadas se analizó de acuerdo con el rol de las fuerzas de seguridad, de los servicios de salud y de familiares y amigos.

ROL DE LAS FUERZAS DE SEGURIDAD, DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y DE FAMILIARES Y AMIGOS

En los cuatro países las fuerzas de seguridad se presentaron en la mayor parte de los relatos de las mujeres como revictimizantes y como un recurso poco eficaz frente a la violencia de pareja padecida. Sin embargo, en cada país se evidenciaron distintos aspectos del ineficaz y prejuicioso accionar de las fuerzas de seguridad.

Las entrevistas realizadas en Argentina y Brasil en general revelaron que frente a la denuncia de las mujeres por situaciones de violencia, la policía actuó minimizando el hecho, naturalizando la violencia en la familia, y negando la existencia de un delito. Esto se reflejó en que ninguna de las mujeres en Argentina refirió que su pareja violenta fuera detenida como resultado de la violencia ejercida hacia ellas.

[...] él decía, le pegué, porque la quiero mucho, estoy enfermo, tomo droga, ella es retrabajadora, yo soy un hijo de puta, la mujer policía escribía, yo quedaba como una infeliz, como una hija de puta “el pobre necesita ayuda, está enfermo, tenés que tener más paciencia” (Liliana, 57 años, Argentina).

[...] la policía no lo arrestó, es por eso que muchas veces la gente tiene miedo de denunciar, porque la policía no los arresta, viendo mi situación prácticamente infraganti, no hicieron nada, al contrario, me pusieron en el interior

del coche y me llevaron a un refugio y listo. Eso es lo que hicieron, después tuve que volver a casa, luego llamé otra vez, y ahí fue cuando me fui y me fui a vivir a otra ciudad (Rebeca, 29 años, Brasil).

[...] ese día quiso quemar la casa, ahí nos fuimos a la comisaría de la mujer de Merlo, y la chica me dijo que para qué vas a hacer lío, si no tenés plata y tendrías que ir a Morón, mirá los dos chicos... (Mariela, 31 años, Argentina).

[...] yo ya hice quejas dos veces en la comisaría normal, él pasaba una noche allá, al otro día estaba suelto. Ahí en el otro día cuando lo soltaban él iba detrás de mí, no me dejaba en paz [...] (Eliane, 27 años, Brasil).

En el caso de Chile, si bien las fuerzas de seguridad parecieron concebir la violencia física y psicológica en la pareja como un delito, se observó que la violencia sexual dentro los vínculos de pareja fue naturalizada.

Yo quedé embarazada incluso de los primeros niños, antes de la niña que está aquí porque el papá me agarró, me agarró, me pegó, me violó yo fui a acusarlo y me dijeron que no, porque donde vivíamos juntos éramos un matrimonio, no había violencia, ahí en ese sentido no es violación (Marcela, 43 años, Chile).

En Uruguay los relatos de las mujeres destacaron la burocracia “ir de aquí para allá” y el lento accionar de las fuerzas de seguridad y también de la Justicia. Las experiencias evidenciaron el largo y tedioso proceso al cual una mujer víctima de violencia debe someterse para radicar una denuncia y poder obtener las medidas de protección civiles, a las cuales deberían poder acceder en forma rápida, en especial teniendo en cuenta la situación de emergencia y el riesgo que viven y experimentan las víctimas de violencia familiar. Asimismo, la imposibilidad de poder contar con el acompañamiento de la Justicia y de la policía generó en ellas sentimientos de desprotección y desmotivación.

Del sistema yo no lo hallo bien, porque vos vas al Juzgado y te dicen que él no puede acercarse a menos de 100 metros. Pero no hay nadie que controle. A mí me dijeron: “bueno, usted queda viviendo en su casa y él se queda en el galpón de al lado”. Pero él seguía viviendo en mi casa y nadie vino a ver si realmente él estaba viviendo en el galpón (Florencia, 35 años, Uruguay).

Me mandaban a muchos lados, pero como eso siempre después quedaba en la nada. Yo iba. Como ahora nomás, con esta última pareja me mandaron a X (organización no gubernamental especializada), me mandaron aquí, me mandaron allí. Por ir yo voy a todos lados, pero como que después queda todo ahí... No llegaba [ni] al nivel judicial. Como que quedaba todo ahí en una carpeta y ya fue. Se pasó el problema si no fuiste, cierran la carpeta y no dicen ¿qué será de la vida de esta mujer?... Pero ellos

me parece que tendrían que hacer más, tendrían que levantar el teléfono y ver qué pasó. Yo conozco casos que muchas veces el tipo está ahí y no te deja ni hablar por teléfono y ellos te tendrían que llamar y darte una señal a ver si uno está viva o muerta. Pero no lo hacen (Marta, 55 años, Uruguay).

Las experiencias de las mujeres de los cuatro países revelaron las diferentes formas como los prejuicios de género afectan el trabajo y las intervenciones de las fuerzas de seguridad así como de la Justicia, que no toma en serio las denuncias de las mujeres y las relativiza y minimiza. Además, el desconocimiento acerca de los mecanismos del círculo de la violencia, de la baja autoestima y dependencia, así como de la inestabilidad emocional y social que genera la violencia cotidiana y persistente en las mujeres, refuerza en el personal de seguridad y Justicia falsas creencias en torno a la mujer que realiza la denuncia, en especial si ésta, luego de haberla efectuado e iniciado el proceso legal, vuelve con el agresor. Esta actitud refuerza las creencias que el patriarcado implica. Es por eso que es clave la capacitación del personal de Justicia y de la policía sobre la perspectiva de género y el círculo y las modalidades de la violencia contra la mujer, en particular la violencia en la pareja o matrimonios y de las consecuencias a corto y largo plazo que ésta tiene sobre las mujeres.

[...] hace más de un año lo demandé por violencia intrafamiliar y él tenía unos manejos por estado de ebriedad y no había ido a firmar y lo dejaron preso por diez meses porque tenía una escopeta y decía que la iba a cargar y me iba a matar a mí y a mi niño, se volvía loco cuando tomaba entonces yo lo denuncié y lo vinieron a sacar de la casa y se lo llevaron, así estuvo diez meses preso y en esos diez meses que él estuvo preso, yo lo iba a visitar y él me prometió que nunca más me iba a golpear, ni a insultar, ni a hacerme nada de lo que me hacía (Carmen, 51 años, Chile).

En el caso de la búsqueda de ayuda profesional en los servicios de salud, es interesante destacar que en los cuatro países la mayor motivación de las mujeres para acercarse a los servicios de salud fue debido a las lesiones graves provocadas por el maltrato físico y/o al diagnóstico o sospecha de infección con el VIH.

Yo vine a hacer algo recién ahora el año pasado cuando él me rompió las costillas y yo lo denuncié (Sandra, 35 años, Uruguay).

En la salita me recomendaron una médica iba a la doctora que se había ocupado de hombres violentos, yo le contaba que no me quería ir de mi casa. Me sacaban fotos... La doctora me ayudó, me medicó, yo estaba mal, muy golpeada, parecía un mono [...] (Liliana, 57 años, Argentina).

Los mandatos culturales que imponen la aceptación del abuso de poder por parte de los varones y la aceptación de esto que se le pide a las mujeres sobre la base de su sacrificio en pos de la unidad familiar, así como el aislamiento y la vergüenza que sufren las que padecen violencia en sus parejas, influyen para que enfrenten sus experiencias en soledad y silenciosamente. En este sentido la familia y las amistades aparecieron en el discurso de las mujeres como recursos a los que recurrieron por azar o en situaciones de emergencia en las que se hallaban en riesgo grave ellas y sus hijos.

[...] él me había cortado el pelo, me dejó la cara llena de hematomas, horrible, ahí fue cuando llamé a la vecina, porque no podía salir a la calle..., le pedí a ella que llamara a mi mamá y le pedí que llamara a la policía [...] (Rebeca, 29 años, Brasil).

No porque cuando me casé con él, me fui con él y es como que cerré mi puerta a todos, yo saludo a todos como ahora, pero era puertas adentro [...] (Liliana, 57 años, Argentina).

[...] una vez llegó mi hijo mayor que tiene 32... 33 años y yo andaba con lentes para que no se me notara, entonces no salía a la calle y ese día yo me saqué los lentes y justo entra mi hijo de sorpresa y me ve morada y me dice: “¿Qué le pasó?”, “nada”, le digo, “nada, choqué” y me dijo “este gallo le pegó” [...] lo pescó y le dio unos palmetazos por ahí, mi hijo [...]

[...] él me preguntó dónde estaba, le dije “ya te dije que estoy con Ezequiel” [hijo]... y así enfermo como estaba, estaba con bastón, me pegó con el bastón y nos echó a mis hijos y a mí, nos fuimos a casa de unos hermanos de la iglesia, yo estaba yendo ya a la iglesia [...] (Mariela, 31 años, Argentina).

Es necesario recordar que como muchas de estas mujeres padecieron abusos y violencia en sus familias de origen, tienen internalizada la violencia intrafamiliar, y esto es un obstáculo para pedir ayuda, ya sea a un familiar o a una amiga. Además, es un factor que explica los sentimientos de baja autoestima y autoculpabilización generados por la pareja o esposo debido a la desprotección y desvalorización vividas desde su infancia.

IV. III.

Uso e información sobre métodos anticonceptivos (MAC)



El uso e información de métodos anticonceptivos (MAC) se abordó considerando tres ejes de análisis, el uso de métodos anticonceptivos previo al diagnóstico del VIH, la actitud de la pareja o esposo al uso del preservativo y la utilización actual de algún método anticonceptivo.

USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PREVIO AL DIAGNÓSTICO

Las mujeres entrevistadas para este estudio refirieron haber utilizado pastillas anticonceptivas, DIU e inyecciones, como métodos anticonceptivos más frecuentes antes del diagnóstico. **El común denominador en los cuatro países fue que muy pocas mujeres refirieron haber utilizado el preservativo antes del diagnóstico y aquellas que lo hicieron, lo usaron en forma irregular** o alternándolo con otro método anticonceptivo, nunca simultáneamente. En algunos casos, las mujeres manifestaron no haber utilizado ningún tipo de método anticonceptivo. Esto evidenció la falta de información acerca de los métodos para la prevención de infecciones de transmisión sexual y el VIH, así como de los embarazos, hecho que aparece en forma sistemática en los discursos de las mujeres.

Yo sabía lo poco que decían las campañas de las pastillas, pero yo nunca tomé [...] (Mariela, 31 años, Argentina).

[...] sobre el uso del preservativo, esas cosas, era difícil para la gente escuchar, era una época difícil, yo no escuchaba, no [...] (Rebeca, 29 años, Brasil).

No, ninguno [uso de MAC], en ese tiempo yo ya tenía a mi guagua, no sabía tampoco [...] (Mireya, 31 años, Chile).

En mis parejas usaba anticonceptivos al principio, después de un tiempo, no, y preservativo, muy pocas veces (Griselda, 30 años, Uruguay).

[...] Con mi primer pareja yo no sabía qué era un preservativo, no lo conocía [...] (Nancy, 41 años, Argentina).

[...] yo sabía que existía el preservativo, pero nunca los había visto... si yo hubiese sabido la importancia del preservativo, o hubiese usado en las relaciones sexuales, pero no lo sabía [...] (Samara, 38 años, Brasil).

Es interesante destacar que muchas de las mujeres que no tenían información acerca del uso del preservativo tuvieron acceso antes del diagnóstico del VIH a servicios de salud por diferentes circunstancias, y no habían sido asesoradas por los/as profesionales en torno a las formas de prevención del VIH y otras ITS. Quizás esto se debió a que muchas de ellas, de acuerdo con el imaginario colectivo no pertenecían a los llamados grupos de riesgo, ya que estaban casadas o vivían en pareja estable. Esto refleja cómo las creencias o mitos, en este caso en relación con la falsa idea de seguridad frente al VIH que brinda el matrimonio o la pareja estable, mitos que atraviesan el saber profesional y condicionan su intervención.

[...] ni la ginecóloga, yo fui a verla, en esa época ella sospechaba que tenía VIH porque había contraído algunas enfermedades venéreas, asimismo, ella me mandó a hacer todo el examen, ella no me habló nada de usar preservativo [...] (Rebeca, 29 años, Brasil).

Cuando yo tendría 22 años fui al centro de salud por el consumo, había una muy buena disposición de los profesionales, de las psicólogas, médicos... no me orientaron sobre el VIH porque el ginecólogo que me atendía me preguntaba si mi esposo era drogadicto y yo le decía que no, nunca me mandó a hacerme un VIH, ni siquiera en el último embarazo que ya era en el 98 [...] (Patricia, 37 años, Argentina).

[...] la médica que me estaba acompañando cuando estaba embarazada... no me pidió el examen del VIH, yo sólo creía ahí que no tenía mucha información, ella no me daba mucha explicación... yo creo que fue porque le di de amamantar [que su hija contrajo el VIH], en ningún momento tuve orientación, lo vine a saber cuando ella tenía 2 años [...] (Adriana, 23 años, Brasil).

Cabe destacar que en el caso de Chile, a diferencia de los demás países, se observó que la esterilización fue uno de los métodos anticonceptivos que más apareció mencionado por las mujeres entrevistadas, situación que expresa la reiterada actitud de los servicios de salud frente a las mujeres que viven con VIH: “no deben reproducirse, deben ser esterilizadas” es el discurso que todavía sostienen muchos/as profesionales del sistema de salud, invisibilizando los derechos reproductivos de las mujeres viviendo con VIH.

[...] quería esterilizarme antes de tener al bebé, me revisó [el médico], pero después no me llegó el período, ¿qué pasó?, no tengo idea, me han hecho un examen... y ahí me salió al tiro el embarazo, más de cuatro meses, cuando me empezó a ver el médico le dije al tiro que quería esterilizarme [...] (Graciela, 39 años, Chile).

En Argentina, las mujeres resaltaron el hecho de que en sus familias no se hablaba acerca de la sexualidad y el uso del preservativo. En este sentido nuevamente las creencias y mitos en torno a la sexualidad, en especial en lo que respecta a las mujeres, obstaculizan el acceso a la información, inscribiendo la sexualidad y el cuidado del propio cuerpo como tabú.

[...] con ella [refiriéndose a su madre] no podías hablar de preservativos, anticonceptivos, no te decía de qué manera cuidarte, nada (Teresa, 42 años, Argentina).

[...] en mi época no se usaba el preservativo, si bien se escuchaban las primeras voces sobre el sida, el cuidado era por el embarazo nunca me puse a pensar porque no implementé el preservativo desde siempre con mi pareja, yo no hablaba nada con mi vieja... no se hablaba de sexualidad [...] (Cecilia, 39 años, Argentina).

Tampoco surge en las experiencias narradas por las mujeres en los cuatro países, el asesoramiento acerca del uso de la doble protección, situación que continúa poniendo en evidencia la falta de acciones preventivas en torno al VIH por parte de los servicios de salud, en particular de los servicios de salud sexual y reproductiva y la necesidad de capacitación de éstos/as sobre el VIH y su prevención.

ACTITUD DE LA PAREJA O ESPOSO FRENTE AL USO DEL PRESERVATIVO

La negativa de los esposos o parejas estables al uso del preservativo se vio plasmada en los relatos de las mujeres entrevistadas en los cuatro países. Las razones por las cuales los varones se negaron a usar el preservativo en general estuvieron asociadas al imaginario colectivo que relaciona su uso con una disminución del placer y la interrupción del momento de excitación sexual. Estas construcciones sociales que configuran el modelo de masculinidad, también determinan el rol de poder y de decisión que tienen los varones en las relaciones sexuales y en la decisión de utilizar o no el preservativo u otro método.

... Con el papá del más chico no usamos [preservativo] porque él no quería usarlo (Teresa, 42 años, Argentina).

[...] él sabía todo antes de que nosotros tuviéramos la primera relación, antes de que nos diéramos un beso él sabía que yo tenía VIH, siempre ha sido decisión de él [no usar condón] No, que le molestaba, que no tenía gracia [...] (Graciela, 39 años, Chile).

Yo con el papá de los nenes me ponía forro, después nos juntamos y ta, él dejó el forro porque me dijo que si tenía una mujer no lo iba a usar toda la vida y ya estábamos juntados, entonces dejamos de usar forro (Sandra, 35 años, Uruguay).

La situación de dependencia de las mujeres respecto de los varones en lo relativo a las relaciones sexuales les impide pedir el uso del preservativo. Esto se agrava en caso de parejas violentas. Aun cuando una mujer pueda acceder a información en torno a su sexualidad y a la prevención del VIH, dentro de una relación violenta le es mucho más difícil o imposible pedir su uso o negociar, ya que el solo hecho de hacerlo genera reacción violenta por parte del esposo o compañero y pone en riesgo su integridad física, reviviendo los episodios de violencia. Ante el temor de un nuevo episodio de violencia la mujer ni pide el preservativo y acepta tener relaciones sexuales de riesgo.

Yo no quería tener más hijos, tenía terror, me ponía la inyección a escondidas, me la ponía sola, tenía terror de quedar embarazada y dónde iba a ir, ya tenía uno [...] (Liliana, 57 años, Argentina).

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS UTILIZADOS ACTUALMENTE

En los cuatro países se observó en las mujeres entrevistadas un incremento del uso del preservativo después del diagnóstico del VIH. Se destaca que en el caso de Argentina, todas las mujeres que están en pareja en la actualidad refirieron utilizarlo. Esto daría cuenta de la existencia del asesoramiento de los/as profesionales posterior al diagnóstico del VIH en torno a la importancia del uso del preservativo, así como del aumento de la conciencia del cuidado del otro y, en parte, propio.

[...] usamos condón, preservativo, sí. Nunca lo hemos dejado, él también está infectado, así que con mayor razón no tomamos el riesgo de dejar de usar preservativo (Olga, 45 años, Chile).

[...] siempre preservativo. Quizás a veces no lo podíamos comprar y yo decía “no lo hago, no tiene preservativo, no lo hago”. Ahora estoy en el hospital y no tengo problemas para conseguir. No hago nada si no tengo preservativo, ya hacen catorce años que me cuido (Nancy, 41 años, Argentina).

Las experiencias de las mujeres también reflejaron las dificultades asociadas al proceso de implementación del uso del preservativo y, por lo tanto, de cambio de prácticas y hábitos ligados a la relación sexual. Prácticas que se han configurado a partir de los mandatos y atribuciones impuestas por los roles de género, en donde la mujer ocuparía el lugar de “receptora y pasiva” y no de aquella que pide y/o negocia en forma activa las condiciones para concretar la relación sexual.

[...] es difícil implementar en una pareja de tantos años el uso del preservativo, si viene alguna y me pregunta cómo le digo a mi marido que se ponga el preservativo, y bueno, ahora tengo un poco más de respuestas, pero

es difícil, les digo que negocien el preservativo, que se den cuenta de que se están cuidando los dos, al principio no tenía respuestas ni para mí, pero ahora sí, yo estuve como un año sin tener relaciones después del diagnóstico, pensá que mi marido además del VIH tiene hepatitis C, es una coinfección y entran los dos por la misma vía yo dejaba los preservativos preparados y así de a poco se hizo una costumbre [...] (Cecilia, 39 años, Argentina).

Como mencionamos con anterioridad, en el caso particular de Chile, la esterilización apareció en forma recurrente en el discurso de las mujeres, asociada especialmente a su condición de persona viviendo con el VIH. La responsabilidad de que tener un hijo/a sano/a recae socialmente sobre las mujeres, sumado a la falta de información acerca de los progresos en la prevención de la transmisión vertical, lleva a muchas mujeres a aceptar y/o pedir la esterilización como método de evitar definitivamente la maternidad, ya sea por consejo o imposición del personal de salud.

Es que yo me operé para no tener más hijos. Es que en mi condición no podía arriesgarme a que me saliera enfermo, él gracias a Dios está sanito [se refiere a su hijo], pero no me lo perdonaría (Iris, 47 años, Chile).

Algunas de las mujeres entrevistadas refirieron no estar en pareja actualmente. Sus relatos plasmaron el temor de comenzar una relación de pareja por el miedo a sufrir maltrato, abuso y discriminación por parte de su compañero cuando le informaran su condición de vivir con el VIH.

Porque yo siempre he dicho, mirá, yo ahora en la pareja, cómo le cuento a él que yo soy VIH y si le cuento a lo mejor aceptará, pero con el tiempo me lo va a sacar en cara o me va a maltratar o me va a humillar, entonces yo a lo mejor por eso no puedo tener pareja, por lo mismo que no tengo pareja, yo tengo miedo a esa cuestión a esa violencia [...] (Iris, 47 años, Chile).

[...] estoy casada, usamos preservativo, igual antes de tener relaciones con él le dije que vivía con VIH y como mi marido es de la Armada pensé que cuando le diga... pero no le importó. A los cuatro meses de estar de novios se quería casar y yo le dije “yo vivo con VIH pero loca no estoy”. Después convivimos juntos cinco años y nos casamos (Susana, 41 años, Argentina).

IV. IV.

Diagnóstico VIH/sida



Para analizar el tema del VIH/sida en la vida de las mujeres se exploró acerca de las motivaciones por las cuales éstas se realizaron el examen o test, y si fue con consejería previa y posterior al diagnóstico en los servicios de VIH/sida a los cuales accedieron.

MOTIVOS POR LOS CUALES SE REALIZARON EL TEST DE VIH

Debido a las ideas y creencias sociales en torno a la transmisión del VIH/sida, en general la mayoría de las mujeres entrevistadas se acercó a realizarse el test por hechos puntuales y no como forma de prevención o medida de autocuidado. Las motivaciones fueron diversas, una de ellas fue el esposo o compañero o hijos/as viviendo con el VIH. En estos casos las mujeres enfrentaron su diagnóstico y el de su esposo/compañero o hijo/a con gran preocupación y actitud de cuidado hacia éstos, en algunos casos privilegiando el bienestar de éstos por sobre el de ellas, ocupando el rol de soporte emocional y, en algunos casos, económicos de la familia. Esto sería el reflejo de los mandatos culturales que imponen a las mujeres el papel de cuidadoras de los enfermos e instan a postergar su atención o cuidado, aun en circunstancias en las cuales se encuentra en riesgo su salud.

Mi esposo empezó en el 2002 con un problema respiratorio... lo fui a ver al hospital y ahí me dijo que tenía el VIH, que tenía sida, y me decía “te contagié, te contagié a vos y a los chicos”, yo le decía “no pasa nada”, él me decía “me quiero morir, me tiro por la ventana”, “no me digas eso” le decía yo, “vamos a seguir adelante, pensá en mí, qué hago con con cinco hijos, hacelo por mí”, no sé de dónde saqué las fuerzas, cuando salí afuera lloré y lloré, yo quería levantarlo a él, yo también había bajado como quince kilos, trabajaba mucho [...] (Cecilia, 39 años, Argentina).

[...] me dijeron que me iban a hacer el test de Elisa que era un examen para detectar el virus del VIH, entonces yo digo que ya po y que yo tenía que firmar un papel para autorizar, y me orientó al menos y uno como que tenía conocimiento del sida, yo no sabía nada más, yo tampoco me atreví a preguntar nada, preocupada porque mi marido estaba en el hospital, estaba con esa preocupación y dije ya háganmelo pero firmé la cuestión (Laura, 25 años, Chile).

[...] después lo tuve a Ezequiel [hijo], a los nueve meses se enfermó y ahí me dijeron, un mes antes había caído enfermo Sergio [esposo], decían que era una anorexia nerviosa, llegó a pesar veintinueve kilos, tuvieron que llevarlo al hospital, estaba hecho bolsa, mi hermana se vino a vivir con nosotros porque yo estaba todo el día en el hospital. Una noche cuando llegué a casa estaba Ezequiel durmiendo en un colchón y tosía y tosía, y le pregunté a mi hermana qué le pasaba y me dijo “no sé, tose mucho”. Cuando lo levanté estaba todo morado, lo llevamos al hospital, le pusieron oxígeno... ahí me dijeron que tenía el VIH, yo no sabía bien qué era el VIH, después me llamó el doctor y me dijo. A mí no me puso mal, yo quería que saliera de ahí yo me enteré cuando estaba internada con Ezequiel, tenía veinticinco años años más o menos (...) (Mariela, 31 años, Argentina).

Otra de las motivaciones recurrentes en los cuatro países fue la presencia de enfermedades en las propias mujeres que detonaron la consulta con profesionales de la salud y desencadenaron la sospecha de que pudieran ser VIH positivas.

[...] justo caí en el hospital porque empezó a decaer mi salud, a enfermarme, a enfermarme, caí al hospital y por motivos de salud me hicieron los exámenes, y ahí se dieron cuenta que lo tenía me dio cáncer me sacaron los ganglios y un tumor canceroso grado 4 que tenía en el hombro y ahí me encontraron todo junto [...] (Carmen, 51 años, Chile).

[...] tuve meningitis y descubrieron que realmente tenía el virus, fue una cosa muy difícil porque es una enfermedad que no tiene cura, se toman muchos medicamentos [...] (Adriana, 23 años, Brasil).

[...] me enfermé, tuve neumonía, primero me sale un herpes... fui a un infectólogo porque seguía mal y me dijo que tenía una alergia y que estaba anémica y así estuve muy mal como seis meses, entonces fue cuando me agarro neumonía. Me dijeron que tenía el VIH. Me hicieron firmar para saber si estaba de acuerdo que me hicieran el examen del VIH, firmé, primero salió dudoso pero después dio positivo. Yo tenía 55 años [...] (Liliana, 57años, Argentina).

Las mujeres reaccionaron en general con sorpresa frente al descubrimiento de su diagnóstico del VIH, debido a los mitos y las concepciones sociales dominantes en torno a quienes afecta el VIH. En este sentido, la creencia popular de que sólo los llamados “grupos de riesgo”, trabajadoras sexuales, usuarios de drogas u homosexuales son los que están expuestos a contraer el virus, actuó como obstáculo para que las mujeres se percibieran en riesgo y accedieran a medidas preventivas y de autocuidado, ¿por qué hacerse un test del VIH si no se percibe en riesgo?, ésta es la principal barrera a la detección del VIH en las mujeres. Estas creencias configuran los prejuicios sociales

más comunes y recurrentes en relación con quien estaría o no en riesgo de infectarse con el virus, y brindaría a aquellos/as ubicados por fuera de éstos una falsa idea de seguridad e indemnidad frente al VIH/sida.

Es que sinceramente, y que Dios me perdone, el sida yo no lo tomaba en cuenta porque no iba en mí, no caía en mí, me entiende. Si usted... puta decía, el sida es pa una drogadicta y yo sabía que no era drogadicta es para un alcohólico por decir, y yo sabía que no era alcohólica, difícil llegará a mí. Porque, porque yo pensaba como en una esquinita, todos los demás tenían menos yo, porque estaba en la esquina. Pero desgraciadamente también me contagié no sabiendo (Marcela, 43 años, Chile).

A mí cuando me dijeron que tenía el VIH dije “pero eso tienen las prostitutas, los hombres homosexuales, yo soy una mujer madre de familia, no ando con uno y con otro... no puede ser, justo yo...” me estuve por tirar del sexto piso (Sandra, 35 años, Uruguay).

Yo me entero en el año 2000, hago una TB y me entero que vivo con el VIH, a pesar del consumo no necesitaba prostituirme, pero mi primer novio vivía con el VIH hacía muchos años y nunca me dijo nada ni me cuidó... (Patricia, 37 años, Argentina).

De hecho, poco sabía yo de eso, nada, sabía que era una enfermedad de los gays, que solamente ello [...] (Laura, 25 años, Chile).

[...] imprudencia también mía, creía que nunca me iba a pasar a mí, siempre eso le pasaba a otros y nunca usé preservativo [...] (Adriana, 23 años, Brasil).

Las ideas catastróficas y los mitos existentes en torno al VIH/sida fueron otras de las construcciones sociales que atravesaron los discursos de las mujeres y que han configurado sus percepciones en relación con el virus, atentando contra el diagnóstico preventivo y la detección temprana del VIH.

[...] antes del VIH yo sabía que existía el sida, que mataba y sabía que te lo agarrabas en una relación, no sabía más nada. Sabía que era una enfermedad en el mundo, no la conocía como una ITS, yo la conocía como una enfermedad del mundo [...] (Samara, 38 años, Brasil).

Yo pensé que eso no existía en este país, que era algo que sólo pasaba en África [...] (Nancy, 41 años, Argentina).

Yo pensaba en la enfermedad y pensaba que te avisaban de la enfermedad y te moríai (Laura, 25 años, Chile).

[...] no existía el tema del VIH, se hablaba de la sífilis pero como que eso pasaba con las mujeres de menos recursos [...] (Susana, 41 años, Argentina).

CONSEJERÍA PREVIA Y POSTERIOR AL DIAGNÓSTICO

Si bien la consejería previa y posterior al diagnóstico del VIH son instancias claves en la prevención, cuidado y en particular en el acceso al tratamiento y a demás servicios de salud, resulta alarmante que muchas de las mujeres entrevistadas en este estudio no recibieron la consejería adecuada.

Me hizo el examen la doctora, ni siquiera me pidió autorización... llegó y me dijo “te vamos a hacer el examen del VIH y ni siquiera me hizo firmar nada, nada... después al otro día, yo “doctora, ¿cómo salió mi examen?”, “salió positivo”... ni siquiera un consejo [...] (Roxana, 52 años, Chile).

No recibí consejería alguna... me dijo el médico que seguramente como hacía poquito que la bebé había nacido y tenía mis anticuerpos, seguro también salía positiva. Me fui llorando a la habitación, antes de eso el médico me dijo que no tenían los métodos necesarios para analizar el resultado, pero que me iban a dar una dirección en donde tenían todos los métodos para analizarlo. Me pusieron la dirección del Hospital Muñiz. Después fuimos a casa con mi marido, yo quería amamantar a toda costa, y de hecho le di de amamantar una semana, hasta que fui al control con una médica, y ella me explicó mejor (Nancy, 41 años, Argentina).

[...] la doctora... no supo explicarme, fue bastane dura conmigo, tan ignorante, no tuvo modo de hablar conmigo [...] (Eliane, 27 años, Brasil).

Mi marido pensaba igual que yo, que nos moriríamos al tercer día, estábamos los dos encerrados en una burbuja... incluso no me controlé el embarazo porque no sabía, tenía miedo y dije “me muero” (Griselda, 30 años, Uruguay).

Los relatos de las mujeres permiten evidenciar el rol clave del personal de salud que atiende a las personas y que deberían implementar la consejería antes y después del test del VIH para brindar no sólo información y educación en torno al VIH/sida, sino también un espacio privilegiado de contención y acompañamiento ante las implicancias emocionales y afectivas que implica enterarse de un diagnóstico positivo, debido a las connotaciones individuales y sociales asociadas a vivir con el VIH. En las experiencias de las mujeres entrevistadas predominaron las situaciones en las que la comunicación del diagnóstico positivo por parte de los/as profesionales se caracterizó por primar el aspecto informativo, ignorando el componente emocional y la necesidad de ayuda psicosocial que las mujeres presentan ante este diagnóstico.

[...] él me explicó qué es lo que era la enfermedad, todo eso. Qué cuidado había que tener, me dio unos catálogos pa que los leyera y aprendiera. Eso no más po (Marcela, 43 años, Chile).

La próxima vez que fui a ver al doctor me explicó acerca de los medicamentos y me dijo que si no los tomaba, en diez años me iba a morir, así me lo dijo. Yo estaba asustada, angustiada, mal, pensaba con quién iban a quedarse mis hijos, que me iba a morir e igual él no me dijo nada (Teresa, 42 años, Argentina).

Algunas mujeres refirieron situaciones en las que las consejerías posteriores al test fueron instancias de ayuda, soporte y acogida. Debido a estas experiencias positivas algunas de ellas continúan en la actualidad realizando su tratamiento con los/as profesionales que las asesoraron y contuvieron en ese momento.

Fueron los que me explicaron cómo era el tema, qué tenía que hacer y qué no y hasta hoy en día me siguen cuidando (Nadia, 26 años, Uruguay).

Al otro día vino la psicóloga, y, bueno, me dijeron que tenía el VIH, yo le dije “sida” y me dijeron que sí, que tenía sida, que necesitaba control. Primero lloré mucho y ya después no, conocí a dos psicólogas Cristina y Graciela y me empecé a atender con otra doctora, al principio tenía que ir al psiquiatra, ahora voy a la psicóloga nada más. Me dan mucha contención (Liliana, 57 años, Argentina).

Tuve mucho apoyo por parte de la Policlínica... las chiquilinas me explicaban, iba teniendo conocimiento... después hicimos un curso para enfermería de VIH/sida y ahí fui entendiendo más todavía (Marta, 55 años, Uruguay).

Los efectos al conocer el diagnóstico del VIH positivo sobre la vida de una persona, familiares y amigos, tanto en sus dimensiones emocional, familiar, social como económica, hacen necesaria la existencia de una consejería antes y después del test integral, que considere todas las variables en juego en cada mujer y sus circunstancias al momento de la comunicación del resultado positivo. En este sentido, es clave la capacitación del personal de salud de todas las disciplinas no sólo en los aspectos informativos y cognitivos de la consejería, sino y, principalmente, del derecho de las mujeres a recibir un trato humano, respetuoso y continente, así como los recursos médicos y sociales a los que tiene derecho y cómo y dónde pedirlos y/o reclamarlos.

IV. V.

Violencia institucional



Para conocer la existencia de situaciones de violencia institucional, se decidió explorar las experiencias de las mujeres en tanto usuarias de los servicios de salud, indagando sobre las dificultades y experiencias al momento de acceder al tratamiento y servicios del VIH/sida, y las situaciones de violencia o discriminación que hubieran vivido por parte del personal de los servicios de salud.

DIFICULTAD PARA ACCEDER AL TRATAMIENTO Y SERVICIOS DEL VIH/SIDA

En términos generales, las mujeres entrevistadas no refirieron dificultades a la hora de acceder al tratamiento o a otros servicios del VIH/sida. Sin embargo, se observó que en algún caso el maltrato y la mala atención recibida en el servicio de salud condujeron al abandono del tratamiento y al riesgo para la salud de la mujer.

[...] me fui al Hospital Fernández, ahí no me gustaba la atención, me trataban mal, y en el 97 abandoné el tratamiento. Estuve con mucha fiebre durante varios meses, así hasta el 98. Y después me empecé a tratar en el Hospital de Haedo y no dejé nunca más (Nancy, 41 años, Argentina).

En Chile, el escaso acceso a los antirretrovirales generó dificultades, en especial antes de que fuera una política pública.

No había medicamentos, no había, a mí después me dieron AZT solo y eso no debían hacerlo, después, al tiempo después, me dieron una terapia, pero a escondidas, no tenía que contarle a nadie que estaba tomando terapia [...] (Roxana, 52 años, Chile).

DISCRIMINACIÓN O VIOLENCIA POR PARTE DE PROFESIONALES DE LA SALUD

Las situaciones de discriminación y violencia ejercidas desde el personal especializado y no especializado de salud fueron una constante en las historias de las mujeres y de sus familias. En algunos casos el miedo a contraer el VIH y las construcciones sociales y mitos en torno al sida se evidenciaron en las actitudes del personal de salud, aún de los/as profesionales médicos, quienes supuestamente tienen acceso a información científica y actualizada sobre la enfermedad.

[...] el que me discriminó fue mi ginecólogo, cuando él se enteró, yo le conté, no me quiso atender nunca más, me dijo que él no atendía personas que vivían con VIH. Le dije que estaba bien, que era su decisión (Patricia, 37 años, Argentina).

[...] no sé si me equivoqué por haber hablado, pero creo que no, porque previne hasta los médicos de un accidente hospitalario... ahí yo dije que era portadora del virus, todito. La enfermera... tiró los dos guantes, agarró el bisturí y rasgó todo mi vestido, mi pantalón se rasgó, quedé allá solita, sin hablar, yo estaba pudiendo hablar con dolor, ya había perdido mucha sangre, no me trataban bien, la médica me gritó porque yo estaba con una herida abierta... ella metía el dedo allá adentro... sé que yo sufrí una tortura, ahí fui para la sala de cirugía, tomé la anestesia general, después cuando volví en mí, estaba allá, en una esquina, alejada de todos... le pedí a una chica que me alcanzara la chata para orinar, tardaba, me quedaba con la vejiga llena... me colocaron en una sala solita, sin poder caminar, sin ropa, sin nada... las enfermeras sólo iban allá a la hora de darme la medicación en el suero [...] (Rebeca, 29 años, Brasil).

[...] los médicos se tiraban la pelota los unos a los otros y ninguno me quería operar y un oncólogo que es muy conocido en el hospital... me atendió como dos o tres oportunidades y me decía que no me podía operar por las plaquetas, por esto y lo otro, y me dijo derechamente, “porque nadie quiere operar a una sidosa”... Y yo salí llorando [...] (Carmen, 51 años, Chile).

Es necesario destacar que en este último testimonio no sólo se evidencia una actitud discriminatoria por parte del personal de salud, sino que también revela la forma como el lenguaje reproduce las significaciones, construcciones sociales y mitos alrededor del VIH/sida. En este sentido, el término “sidosa”, utilizado por el profesional, transmite las connotaciones peyorativas y de exclusión con las que la cultura ha estereotipado a las personas viviendo con el VIH.

La desinformación y los temores fueron los sustentos de la violencia y discriminación, que se reflejaron en las largas esperas que debieron hacer para ser atendidas por los/as profesionales de salud.

Bueno, una vez sufrí una discriminación, tenía problemas al esófago y yo no entendía por qué me habían dado hora un día viernes, porque había horas para otros días de la semana, pero me dieron hora para el día viernes, me citaron a las 8 de la mañana y eran las dos de la tarde y no me atendían... terminaron de atender a toda la gente que había, después yo llego y le pregunto, por qué, si yo llegué a las 8 de la mañana y a la gente que había llegado después ya la habían atendido, entonces me dice “sabe mi amor cuál es el problema, tú tienes el VIH y nosotros tenemos que atenderla el día viernes y la última persona para poder dejar desinfectado todo el fin de semana [...] (Roxana, 52 años, Chile).

[...] maltrato no, lo que sí me di cuenta es que muchos no sabían qué hacer conmigo. Por ahí de ir a una guardia a cualquier hospital y si decís que vivís con el VIH te dicen que mejor vayas a ver a tu médico (Marta, 43 años, Argentina).

Después fue que tuve que ir a buscar a la niña, porque la niña estaba en un piso, el tercer piso... Pasó, eran las ocho, las nueve, dos de la tarde, cuatro de la tarde y no aparecía nadie. La niña sin comida, sin mamadera, sin nada de eso, hago un reclamo. Sale la enfermera, que era otra enfermera, no la que normalmente estaba, había otro reemplazo y me dijo “es que sabe que yo no, yo ya avisé, y, como se llama, los exámenes, y yo no voy a pinchar a la niña, porque la niña tiene sida [...] (Marcela, 43 años, Chile).

La revelación pública de la condición serológica constituye una violación al derecho a la privacidad y autonomía de toda persona que vive con el VIH/sida. En muchos casos los/as profesionales de salud intentan justificar la violación de la confidencialidad como un intento de ayudar a la mujer a quien consideran débil e incapaz de manejar el diagnóstico del VIH positivo. Esto evidencia nuevamente las creencias patriarcales en torno a la condición de mujer, quien históricamente ha sido tratada, al igual que los/las niños y niñas, como persona a la cual se debía tutelar y guiar, quitándole su voz y autonomía.

[...] me hicieron el VIH pero yo nunca firmé nada. Me hablaron como si yo sabía lo que era. Cuando tuvieron el resultado no me lo dijeron a mí, se lo dijeron a mi mamá y a mi marido que me cuidaba las veinticuatro horas del día, y yo me entero que tengo el VIH cuando una ginecóloga vino a revisarme el DIU. Cuando vino esta señora se paró en la puerta y empezó a llamarme por mi nombre a los gritos “por favor la paciente que tiene sida que venga a la pieza que la voy a atender”. Cuando volví le dije a la doctora que me lo tendrían que haber dicho y ella me dijo que yo estaba tan mal que no me lo podían decir y yo le dije “yo quiero saber de qué me voy a morir, si me tengo que morir [...] (Patricia, 37 años, Argentina).

Yo no les cuento nada... cuando miran la documentación te van mirando y gritan “tenemos un VIH” (Marta, 55 años, Uruguay).

Otras formas de discriminación tienen su origen en los prejuicios acerca del comportamiento sexual de las mujeres viviendo con el VIH, nuevamente se observa de qué forma las construcciones sociales acerca de la protección frente al VIH que otorga el matrimonio o una pareja estable atraviesa a los distintos actores sociales.

Cuando me diagnosticó la Dra. XX yo estaba leyendo la Biblia que me regalaron mis padres. Ella me dijo “mucho leer la Biblia pero no sos ninguna santa”. Ya me estaba juzgando por tener esta enfermedad... Me sacó todos los pacientes de la sala y me dejó sola, ya sabía todo el mundo lo que tenía (Florencia, 35 años, Uruguay).

[...] me cambiaron de maternidad, me llevaron a la sala de medicina general y va un médico y me dice si yo tengo pareja única... y empiezo a revisar la ficha... ahí veo el resultado del examen y veo que sale positivo [...] (Carmen, 51 años, Chile).

Algunas de las vivencias de maltrato en los servicios de salud ocurrieron durante el embarazo o durante el parto, situación que fue experimentada por las mujeres con gran angustia e impotencia.

Cuando tuve a la nena una enfermera me dijo “no tiene vergüenza, tiene sida y trajo un niño al mundo para morirse” (Florencia, 35 años, Uruguay).

IV. VI.

Percepción del vínculo VIH y violencia en la vida de las mujeres



En ese apartado aparecen algunas diferencias entre las percepciones referidas por las mujeres de los distintos países. En lo referente a la violencia vivida previa al diagnóstico, en el caso de Argentina, la mayoría respondió afirmativamente al preguntarles acerca de la existencia de vínculos entre la violencia y el VIH en sus vidas. Algunas reconocieron esta asociación en la dificultad para negociar o solicitar el uso del preservativo con sus parejas debido a la ausencia de poder en ese ámbito y al miedo a las reacciones violentas de sus compañeros. En este sentido el vínculo entre la violencia sexual y la transmisión del VIH aparece como la asociación más evidente y directa para muchas mujeres.

Creo que se relacionan, al estar con esta persona [pareja], no sabía cómo hacerle entender que tenía que usar preservativo. Se lo pedí sólo dos veces, pero si le pedía que usara preservativo él decía que yo andaba con otro, entonces dejé de pedirle que los usara (Teresa, 42 años, Argentina).

Yo pienso que sí, pienso que van juntas, si él me hubiese dado a elegir, yo hubiese usado preservativos, yo no sabía, habíamos jurado estar juntos toda la vida [...] (Liliana, 57 años, Argentina).

En las entrevistas realizadas en Brasil y Argentina es interesante la forma como algunas de las mujeres vincularon la vulnerabilidad frente al VIH con el *continuum* de situaciones

de marginación, abandono y violencia que padecieron a lo largo de sus vidas. En este sentido refirieron la ausencia de información, estudios formales y oportunidades, así como la violencia en la infancia y de pareja, incluyendo la infidelidad, como factores que influyeron en la adquisición del VIH. Lo que reiteradamente se ha dicho en relación con la infección fue que la violencia que la determinó fue la falta de información, que no permitió la toma de medidas de protección. Cabe resaltar que para la mayoría de las entrevistadas la información no sólo se refiere al VIH, sino también a la anticoncepción y a la salud sexual y reproductiva en general.

También a veces pienso que si hubiese estado mi papá quizás esto no me hubiera pasado, quizás un estudio, lamentablemente yo tuve que salir a trabajar para ayudar a mi mamá [...] (Nancy, 41 años, Argentina).

[...] si hubiese estudiado estaría con otra gente diferente a gente como él [refiriéndose al esposo]... si vos te manejas sola, si te pegan no tenés donde ir, no tenes opción (Mariela, 31 años, Argentina).

Y sí, creo que llegar a drogarme como me drogaba era porque no quería estar en mi casa, lo único que quería era escaparme [...] (Patricia, 37 años, Argentina).

[...] en mi vida hubo de todo, hubo violencia, hubo abusos, viví en un hogar violentado por mi padre, abuso por parte de mi abuelo, un VIH por mi pareja soñada, te diría que está relacionado [...] (Cecilia, 39 años, Argentina).

En los casos de Chile y Uruguay, para la mayoría de las mujeres, la vinculación entre la violencia y el VIH previa al diagnóstico no fue evidente y en ciertos casos hasta negada por la creencia de una responsabilidad del destino, otorgando a la enfermedad un sentido de determinismo e inevitabilidad.

[...] yo diría que no, que no tendría por qué existir la violencia con el VIH, no tiene nada que ver una cosa con la otra, la violencia la ponemos acá y acá ponemos el VIH, van en forma paralela, pero no se tiene por qué juntar (Olga, 45 años, Chile).

Son dos cosas tan distintas, que no tiene nada que ver y yo digo si me lo busqué, bueno pasó nomás. Uno nace con un libro de vida y las cosas se van cumpliendo de a poco (Verónica, 59 años, Chile).

Es importante destacar que en los cuatro países las mujeres entrevistadas reconocieron asociaciones entre el diagnóstico del VIH y situaciones de violencia posteriores a él. Esto evidenciaría que las mujeres que viven con el VIH suelen enfrentar abusos, discriminación y estigmatización por parte de sus parejas, familias y comunidades al ser revelado su diagnóstico, violencia que afecta su autoestima, capacidad de autocuidado y condiciona su acceso a los servicios de salud.

Parece que te quieren eliminar más rápido a una persona que está enferma vos la tenés que cuidar, decir “no trabajes, nos arreglamos de otra manera”. Pero te dicen “seguí trabajando”. Los golpes y todo eso te bajan las defensas, hace que se te despierte la enfermedad (Marta, 55 años, Uruguay).

Yo creo que sí, pero igual existe, porque de repente las mujeres se ponen resistentes a tener relaciones cuando tienen el VIH y los maridos las obligan [...] (Roxana, 52 años, Chile).

Sí, un poco sí, porque a raíz de una discusión con mi marido, yo le recriminaba y él se ponía violento. Cuando discutimos él dice “no sé si fui yo” [quien le transmitió el VIH] (Nancy, 41 años, Argentina).

IV. VII.

Conclusiones del análisis cuali cuantitativo



Las historias de vida de las mujeres de los cuatro países del Mercosur evidenciaron la forma como la presencia de violencia previa al diagnóstico del VIH y su impacto sobre la salud y vida de las mujeres es un importante factor de riesgo para la infección. Las entrevistas en profundidad ratificaron los resultados obtenidos en la fase cuantitativa y revelaron que la mayoría de las mujeres entrevistadas experimentaron diversas formas de violencia anteriores al diagnóstico del VIH, ya sea en su infancia, adolescencia, juventud y/o adultez.

En este estudio se observa que una elevada proporción de las mujeres encuestadas (78,4%) experimentaron distintas situaciones de violencia a lo largo de sus vidas. Las formas más habituales son violencia psicológica, 68,9%; violencia física, 55,6%; violencia sexual, 36,3%, y abuso sexual en la niñez, 32,8%. En general han experimentado más de una forma de violencia, indicando como se asocian a lo largo de la vida de estas mujeres.

En este estudio predominó la presencia de violencia padecida antes del diagnóstico del VIH. Estos datos, sumados al alto porcentaje de mujeres que sufrieron violencia, permiten entender la cuestión de la violencia y el VIH/sida como una interacción sumamente compleja e importante a modo de factor que aumenta

la vulnerabilidad de las mujeres víctimas de violencia a la infección con el VIH. Es importante señalar que todas las formas de violencia son factores que aumentan la vulnerabilidad, no sólo la violencia sexual.

En todas las formas de violencia indagadas los varones, específicamente parejas, maridos, son señalados como los principales agresores. La violencia psicológica es ejercida en el 39,6% de los casos por ex maridos o ex parejas al momento de la realización de la encuesta y en el 36,1%, por marido o pareja actual. En el caso de la violencia física, en el 37,3%, por el marido o pareja actual y, en el 46,4%, por el ex marido o ex pareja. En la violencia sexual así como en el abuso sexual infantil el mayor porcentaje de agresores se concentra en integrantes del entorno familiar. Estos datos evidencian que el hogar y especialmente las relaciones íntimas, ámbito tradicionalmente asociado con la protección y la seguridad de sus integrantes, es el lugar donde las mujeres y niñas encuentran con mayor frecuencia vulnerados sus derechos y su salud en riesgo. Esto no difiere de los hallazgos de otros estudios sobre violencia contra las mujeres.

Los relatos de las mujeres permiten comprender, asimismo, los vínculos entre la violencia de pareja, en todas sus manifestaciones, y el VIH/sida, como lo confirmó el estudio cuantitativo. En la adolescencia y adultez en todas las formas de violencia indagadas, las parejas o ex parejas son señaladas como los principales agresores, y en las relaciones íntimas es donde la violencia hacia las mujeres se instala y reproduce, y donde se cristalizan las asimetrías de poder y las desigualdades de género. El aislamiento social, la humillación, el terror, el avasallamiento, la invisibilización como sujetos de derechos que padecen en forma cotidiana las mujeres que experimentan violencia de pareja afecta su autoestima, su capacidad de autocuidado y de toma de decisiones. También limita su acceso a información sobre la prevención del VIH y el acceso a los servicios de seguridad, de salud y de apoyo sociales, cerrando un círculo en el que las mujeres quedan atrapadas y desprotegidas frente a la violencia. Esto implica que estas mujeres tienen menor capacidad de exigir el uso del preservativo a sus compañeros y también que son más fácilmente víctimas de abusos sexuales dentro de las parejas constituidas, estén casadas o sean convivientes.

En esta misma línea, la violencia sexual dentro de la pareja, referida por gran parte de las mujeres de este estudio, fue descripta por algunas de ellas como un deber que se debe cumplir frente al hombre/esposo, históricamente privilegiado con una supuesta e impuesta autoridad social y legal frente a las mujeres, incluido su cuerpo. Este discurso patriarcal otorga derechos al hombre en la pareja sobre las decisiones de la mujer en todos los campos de su vida, incluidas las relaciones

sexuales. Se observa también habitualmente en las actitudes y conductas sociales. Esto incluye al personal de las fuerzas de seguridad, de justicia y de salud, que frente a la denuncia de violencia por parte de las mujeres minimizan su importancia y hasta las responsabilizan. Actitud que las revictimiza y aumenta las posibilidades de ser pasible de violencia física más grave después de hecha la denuncia.

La juventud es la etapa de la vida en la que con mayor frecuencia se sucedieron las diferentes formas de violencia contra las mujeres encuestadas; coincidiendo con la etapa vital en la que se inician y desarrollan las relaciones de pareja, vínculos en los que, como se expuso en el párrafo anterior, las mujeres están expuestas a diferentes formas de violencia.

Las vivencias de las mujeres encuestadas en los cuatro países en torno a la búsqueda de ayuda ante situaciones de violencia en las fuerzas de seguridad y en la Justicia, se caracterizaron por encontrar prejuicios y estereotipos de género similares, que tendieron a minimizar e invisibilizar el hecho de violencia, revictimizando a las mujeres y volviéndolas más vulnerables a experimentar nuevas formas de violencia más graves.

Las vivencias de las mujeres de este estudio evidenciaron el rol de la dimensión de género como estructurante de la subordinación social, económica y política de las mujeres y, por lo tanto, de su vulnerabilidad a la violencia y al VIH/sida. Si bien las intersecciones entre ambas pandemias son evidentes, sólo algunas de las mujeres lograron reconocer los vínculos existentes entre la violencia y el VIH en sus vidas. En este sentido, la categoría de violencia simbólica ayuda a comprender la dificultad de muchas mujeres de reconocer esas intersecciones, en tanto “impone una coerción que se instituye por medio del reconocimiento extorsionado que el dominado no puede dejar de prestar al dominante al no disponer, para pensarlo y pensarse, más que de instrumentos de conocimiento que tiene en común con él y que no son otra cosa que la forma incorporada de la relación de dominio” (Bourdieu, 1996). De este modo, la violencia naturaliza la asimetría de poder socialmente impuesta, limitando la capacidad de las mujeres de modificar su rol en las relaciones de pareja, así como de exigir condiciones de igualdad y percibirse como sujetas activas de su propia vida sexual, social, política y económica.

Es interesante señalar que esto ocurre en mujeres residentes en áreas urbanas que en su gran mayoría saben leer y escribir, e incluso un tercio de las encuestadas tiene estudios secundarios. Mayoritariamente presentan condiciones estables respecto de la tenencia de la vivienda y éstas no son precarias. Esto indica que la violencia contra las mujeres es un fenómeno que ocurre en todos los niveles sociales.

La mayoría de las encuestadas (49,7%) refiere haber deteriorado su participación laboral, algo asociado principalmente a la discriminación laboral de las personas que viven con el VIH y, en mayor medida, las mujeres. La escasa presencia de la MVVS en el mercado de trabajo remunerado, independientemente de sus determinaciones, puede actuar como factor potenciador de la dependencia y la fragilidad o escasa densidad de las redes de apoyo y socialización de las mujeres. Los salarios y las jubilaciones/pensiones son las fuentes de ingreso de los hogares más señaladas por las mujeres entrevistadas. Las MVVS salen más tempranamente del mercado laboral, recibiendo pensiones por invalidez o enfermedad. La mayor frecuencia de viudas en el estudio, explica también la mayor presencia de pensiones por la muerte del esposo.

Respecto de su hábitos e historia sexual y reproductiva, son mujeres que se han iniciado sexualmente a los 16 años (mediana) y en la gran mayoría (88,4%), esta iniciación sexual fue consentida. Las que se iniciaron a edades más tempranas, menos de 14 años, tuvieron esa primera relación en forma no consentida. Esto coincide con datos de estudios sobre iniciación sexual, a menor edad de inicio las relaciones son forzadas, incluso cuando se trata de novios. Dos tercios de las encuestadas mantenían una vida sexual activa, refiriendo el uso en una gran mayoría del preservativo como método anticonceptivo y de protección. Este método es el indicado por los médicos por la condición de vivir con el VIH. Una de cada cinco mujeres en Chile y Uruguay están esterilizadas (ligadura tubaria), no así en Argentina y Brasil. Esto es preocupante por la elevada tendencia a promover la ligadura tubaria con o sin consentimiento de las MVVS, basada en la creencia muy difundida, incluso en el personal de salud, de que “no deben” tener hijos, a pesar de la efectividad de la prevención de la transmisión vertical del VIH. La esterilización forzada es una violación de sus derechos reproductivos.

El diagnóstico del VIH se realizó entre los 20 y 34 años y, en una alta proporción, asociado al control de un embarazo. En general no fueron testeadas por su condición de víctimas de violencia, algo que en general no les fue preguntado ni investigado antes del testeo, ni luego de resultar positivas al mismo. El tema de la violencia no tuvo relación en la mayoría de las mujeres con el testeo para el VIH, en las pocas que la tuvo, fue por haber tenido relaciones no protegidas asociadas a alguna forma de violencia. En estos casos parece que las mujeres encubren la violencia o no la perciben y sólo piden el testeo por tratarse de relaciones no protegidas. Cuando fueron interrogadas, asocian haber padecido alguna forma de violencia como agravante de las condiciones de salud, no como determinante de la infección con el VIH. Esto es algo que les impide plantear la violencia como una demanda de atención, dejándolas desprotegidas frente a la violencia, aunque sean tratadas y atendidas por el VIH.

Esto indica una paradoja que atenta contra el éxito del tratamiento del VIH, ya que ellas reconocen que la violencia deteriora su condición de salud. Como los profesionales no investigan la existencia de violencia, hasta que participaron en este estudio no asociaron ambos problemas. En este sentido es importante destacar que para casi el 60% de las encuestadas, la violencia que vivió su madre fue un registro del orden de lo cotidiano, ya que respondieron que “siempre” o “alguna vez” presenciaron violencia hacia su madre por parte de su marido, pareja o novio.

Esta experiencia implica haber aprehendido un “ser mujer” en relación con el varón, con las relaciones y con la sociedad, donde el sometimiento y la vulneración de los derechos de la mujer aparecerían como algo “natural e inevitable”, que se perpetúa mediante la transmisión intergeneracional de la violencia.

La naturalización de la violencia se registra también en la aceptación como “normal” de la violencia sexual dentro de la pareja, presente en muchas de las mujeres encuestadas. Esto nos orienta a plantear el reconocimiento de la “violación” en las parejas constituidas como un hecho inaceptable y, menos aún, considerado normal. Esto se basa en la escasa legislación que reconoce esta forma de violación y la sanciona, algo que debe ser modificado en el marco de la respuesta a la epidemia del VIH/sida.

Sobre la base de estas observaciones plantearemos recomendaciones, tendientes a la formulación y adopción de políticas e intervenciones para prevenir y atender el VIH y la violencia contra las mujeres y niñas.



V

Incidencia política

Mabel Bianco, Andrea Mariño y Beatriz Kohen

- I. Aproximación teórica
- II. Las acciones de incidencia política en el proyecto
- III. Estrategia de incidencia política en el nivel nacional
- IV. Estrategia de incidencia política en el nivel regional
- V. Balance de las acciones de incidencia política desarrolladas

V. I.

Aproximación teórica

El término incidencia política aparece en nuestra región como una traducción de la palabra inglesa *advocacy* que significa abogar en defensa de bienes colectivos. La incidencia supone el uso de una variedad de acciones destinadas a lograr cambios en la esfera pública de modo de alcanzar comunidades más incluyentes, más democráticas y más respetuosas de los derechos de sus miembros, ciudadanías más participativas y órganos estatales más responsables y equitativos.

La incidencia ciudadana sobre las políticas públicas constituye una forma de participación de la ciudadanía en la toma de decisiones públicas para mejorar la calidad de vida de grupos sociales enfrentados a problemas diversos. De acuerdo con nuestra concepción, entendemos la incidencia de manera amplia. En primer lugar, en cuanto a la definición de sobre quiénes incidir; en segundo lugar, en lo que se refiere a quiénes deben ser los sujetos involucrados en un proceso de incidencia y, en tercer lugar, a la importancia similar que adjudicamos a los resultados de la incidencia y a la riqueza del mismo proceso que atraviesan los sujetos, a lo largo de las diversas acciones de incidencia a las que se abocan.

En esa línea, creemos que la incidencia debe trascender el ámbito del Estado para abarcar también a la sociedad civil y a los medios de comunicación. Respecto de los participantes en los procesos de incidencia, consideramos que debe incluirse a las organizaciones de la sociedad civil, a los centros de estudio y, principalmente, a los sujetos afectados por el problema sobre el que se pretende incidir. En consonancia con la inspiración participativa de nuestra concepción democrática, nos interesa especialmente el *empoderamiento ciudadano* entendido como el fortalecimiento que se genera a partir de la acción coordinada entre sujetos colectivos e individuales diversos para la obtención de fines comunitarios.

Así, el resultado mismo de la incidencia es tan vital como el proceso a través del cual se obtuvo la influencia deseada. Es decir que es tan importante lograr que se ponga en marcha determinada política pública como que determinados grupos antes excluidos asuman una actitud proactiva a partir de la toma de conciencia acerca de sus problemas, sus derechos y las formas de hacerlos efectivos. Además de medirse en términos de la capacidad de hacerse oír y de la influencia lograda en el corto y en el largo plazo en relación con las políticas públicas que se intenta promover o modificar, los logros de los procesos

de incidencia se medirán en términos de transformaciones en la conciencia ciudadana. Ello incluye la concientización acerca de un problema que no era previamente percibido como tal, la percepción de los propios sujetos involucrados en el problema de que ellos mismos pueden ser parte de su solución así como su comportamiento en relación con la problemática abordada.

V. II.

Las acciones de incidencia política en el proyecto

La estrategia general del programa **VIH/sida+violencia: dos caras de una misma realidad** coordinado por FEIM, en asociación con EPES de Chile, GESTOS de Brasil, y MYSU de Uruguay ha sido la de sumar esfuerzos en el ámbito regional para influenciar las políticas públicas en materia de violencia y VIH/sida, promoviendo su articulación, en cada país y en toda la región.

La producción de datos certeros y específicos previamente inexistentes resulta esencial cuando se intenta producir transformaciones que incumben a la relación entre dos problemas de salud de tamaño importancia, sólo así, sobre la base de los datos logrados podrá la acción posterior ser eficaz. Ése fue el motivo por el cual el primer paso fue producir datos relevantes y de calidad. A partir de la producción de conocimiento previamente inexistente, obtenido a través de las investigaciones cuantitativas y cualitativas realizadas en cada uno de los países componentes del programa se visibilizó y se calibró la fuerte asociación entre estos dos problemas de salud. Estos datos muestran claramente que la violencia contra las mujeres aumenta sus posibilidades de contraer el VIH y, a su vez, el VIH es un factor de riesgo para sufrir violencia, ambos problemas se asientan sobre la subordinación de género prevaeciente en nuestra cultura. Estos hallazgos justifican y alientan el desarrollo de acciones tendientes a promover el diseño de políticas públicas integrales que articulen la respuesta del Estado y de la sociedad civil frente a ambos problemas. Asimismo, los resultados de estas investigaciones servirán como línea de base para posteriores indagaciones.

De inicio, el proyecto se propuso relevar, documentar y analizar la relación entre violencia contra las mujeres y la feminización del VIH, utilizando una metodología cuanti cualitativa que resultó muy apropiada. Esa metodología

combinó el relevamiento y análisis de los datos secundarios, de los recursos legales así como la incidencia de ambos problemas de salud, institucionales e intervenciones existentes que pretenden responder a cada uno de estos problemas, la violencia y el VIH/sida en cada uno de los cuatro países. También se relevó el estado del arte en la investigación en cada país.

En segundo lugar, con la intención de investigar la intersección entre violencia contra las mujeres con VIH/sida, se realizaron encuestas exploratorias con componentes cuantitativos y cualitativos.

Todas estas actividades sirvieron luego de base para la elaboración de recomendaciones tendientes a la implementación de política pública integral en VIH/sida y violencia contra las mujeres. Si bien los resultados de la investigación en su conjunto fueron pensados como una base completa para el desarrollo de actividades de incidencia, a medida que el estudio avanzaba, los resultados de cada una de las etapas se fueron difundiendo, a través de publicaciones y de la organización de encuentros con actores relevantes y medios de comunicación, como forma de hacerlos llegar a la opinión pública. O sea que, a pesar de que sólo se contó con el total de la información hacia el final del programa, sin perjuicio de ello, las actividades de incidencia han estado presentes a lo largo de toda la duración del proyecto. Estos avances quedaron plasmados en los informes regionales y nacionales producidos por el programa. También se produjeron hojas informativas, interesantes piezas de difusión de las actividades de relevamiento e investigación llevadas a cabo, especialmente pensadas para la población a la cual estaban dirigidas. Eso facilitó una difusión paulatina de la información y permitió ir sumando aliados al proyecto.

Un aspecto muy interesante de destacar en ese sentido es que la incidencia se concibió de forma amplia, incluyendo entre los sectores por influenciar, además del Estado, a los medios de comunicación y a la sociedad civil. Con respecto a este último sector, se le dio particular protagonismo a integrantes de organizaciones de la sociedad civil que reúnen a personas con larga trayectoria en la lucha contra el VIH y también de organizaciones de mujeres que trabajan violencia de género.¹ En efecto, en dos de los países, la realización de las encuestas estuvo a cargo de ellas. Se promovió así su crecimiento y concientización y se intensificó su compromiso con la idea de políticas públicas articuladas, multisectoriales, con perspectiva de género y de derechos humanos, una forma de incidencia en sí misma.

1. A este punto parece interesante referirse a la experiencia que vivieron en la participación en este proyecto: por ejemplo Catalina Castillo, integrante de la Red Bonaerense de PVVS, expresó que de las diez encuestadoras, nueve descubrimos que habíamos sido violentadas o abusadas en algún momento de nuestras vidas, muchas no se habían dado cuenta hasta que pudieron hablarlo. Realizar las encuestas fue muy fuerte emocionalmente. Escuchar a las compañeras cómo fueron violentadas y abusadas, antes o después de conocer el diagnóstico nos impactó, y vimos cómo las ayudábamos al permitirles hablar de esto.

V. III.

Estrategia de incidencia política en el nivel nacional

El mismo espíritu participativo inspiró la planificación de la estrategia de incidencia que fue consensuada entre las cuatro organizaciones nacionales en un taller realizado en Buenos Aires a principios del mes de julio de 2009. En el taller se trabajaron los temas de incidencia en los ámbitos nacional, subregional, regional y global, con un énfasis especial en los niveles nacional y subregional, sobre la base de los informes de los hallazgos de investigación de cada país.

A grandes rasgos, se hizo una puesta en común de los escenarios de los cuatro países. En cada país se identificaron áreas prioritarias de trabajo, problemas y posibles soluciones, así como potenciales estrategias de incidencia y de reclamo ante diversas autoridades relevantes, ante posibles socios, y frente a los medios de comunicación. Se mencionaron posibles estrategias de responsabilización frente a esas autoridades y funcionarios, y se señalaron los potenciales aliados en cada caso.

En el análisis del escenario se mencionó como una preocupación el hecho de que en Chile y Uruguay las posibilidades de incidencia ante autoridades electas se hacían más difusas por tratarse de un año electoral. Sin embargo, luego notamos que en verdad no fue un impedimento para la difusión de los objetivos y hallazgos del programa tanto en esos países como en instancias regionales. Otro ejemplo de elemento del escenario que se tuvo en cuenta como una oportunidad en los países de la región fue el actual dictado y reglamentación de nuevas leyes de violencia con la impronta de violencia de género, en consonancia con los dictados de la Convención de Belem do Pará.

Sobre la base del material así obtenido, cada una de las organizaciones diseñó *a posteriori* un plan de incidencia en los niveles vertical (autoridades pertinentes) y horizontal (sociedad civil), incluyendo además un cronograma para las acciones.

Las respectivas organizaciones realizaron actividades de incidencia en el ámbito nacional, en algunas de las siguientes áreas: edición y difusión de los resultados de la investigación, promoción de alianzas, la capacitación, campañas públicas, organización de eventos, incidencia ante decidores, realizando entrevistas con personas

estratégicamente ubicadas en lugares de decisión con capacidad de introducir cambios en el ámbito de su esfera de acción y en los que esta temática es relevante. Pudimos observar diferencias en cuanto a los niveles de actividad de las organizaciones asociadas en relación con el plan de incidencia por ellas mismas propuesto, no explicable por diferencias muy marcadas en cuanto al estado de la cuestión en cada uno de los cuatro países.

MYSU de Uruguay publicó el Informe nacional de la investigación y hojas informativas y lo incorporó a su página web y a la Agenda de las Mujeres para 2010-2015. También presentó y distribuyó los informes nacional, regional y las hojas informativas en diferentes oportunidades estrechamente relacionadas con los temas de derechos sexuales y reproductivos, violencia y VIH/sida ante la presencia de importantes autoridades nacionales y usuarios del sistema de salud, así como también en importantes actividades de capacitación. A modo de ejemplo, incluyó el informe nacional en un módulo sobre la temática, utilizando los hallazgos de la investigación regional así como conceptos y bibliografía de la investigación *Dos caras de una misma realidad* en un curso organizado por el Ministerio de Salud Pública destinado a profesionales (médicos, enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales) de cinco departamentos del país para la implementación de programas de calidad en temas de salud de las mujeres desde una perspectiva integral con un enfoque de derechos humanos y género. Realizó, asimismo, intervenciones y movilizaciones urbanas frente al Parlamento, el Ejecutivo y en Plaza Libertad, en el marco de la Campaña sobre Derechos Sexuales Reproductivos.

En esa misma línea, y con el fin de coordinar trabajos conjuntos de incidencia en ocasiones de conmemoración de fechas relevantes a los temas de violencia y VIH/sida **EPES de Chile** también presentó los informes nacional y regional en eventos públicos, como desayunos de trabajo con organismos temáticos, autoridades y trabajadores del Ministerio de Salud y de SERNAM y funcionarios públicos del nivel regional y local y referentes de la academia médica.

En varias de esas reuniones se elaboraron recomendaciones específicas por sector gubernamental tendientes a lograr una atención integral a las víctimas de violencia, una mayor articulación entre ministerios y programas de VIH/sida, salud sexual y reproductiva y violencia contra las mujeres y otros sectores gubernamentales; a que se garantice la implementación efectiva del protocolo de Atención a las víctimas de delitos sexuales e implemente un registro nacional unificado y sistemático de la violencia contra las mujeres, desagregando la información según el tipo de violencia y datos sociodemográficos y se diseñe e implementen programas específicos para la prevención y el tratamiento del VIH y ITS en mujeres y niñas, desde una perspectiva que fortalezca su condición de sujetas de derechos. Las recomendaciones también demandaban que se desarrollaran estrategias de prevención y promoción

referidas a la violencia de género y la feminización del VIH, dirigidas especialmente a mujeres jóvenes en situación de pobreza; se financiaran investigaciones sobre la vinculación entre violencia contra las mujeres y el VIH/sida, de modo que sus resultados alimenten el diseño de acciones eficaces en respuesta a ambas pandemias y se capacitara al personal de los servicios públicos de salud, de atención en violencia, seguridad y Justicia acerca de la violencia contra mujeres y niñas y los vínculos existentes entre ésta y el VIH/sida e ITS, a efectos de aprovechar las oportunidades para la detección temprana de los problemas de violencia.

A diferencia de las otras organizaciones nacionales, **GESTOS de Brasil** concentró sus actividades de incidencia en un seminario regional del nordeste brasileño que tuvo lugar en diciembre de 2009 y formó parte de sus estrategias de incidencia política sobre los temas de derechos sexuales y reproductivos, violencia y VIH/sida a fin de influenciar acciones y políticas que puedan responder a las intersecciones entre esos temas en la vida cotidiana de las mujeres. Allí se definieron los siguientes desafíos y objetivos que requieren esfuerzos articulados entre la sociedad civil y el poder público: la necesidad de implementar políticas de prevención y asistencia a mujeres con VIH/sida que visualicen la relación entre violencia contra ellas y el VIH/sida, y den visibilidad a la feminización y muestren la relación entre las políticas del VIH/sida para las mujeres y los derechos sexuales y reproductivos.

Por su parte, durante el período que cubre este informe, **FEIM de Argentina** produjo las piezas de comunicación dirigidas a difundir los hallazgos de la investigación y las difundió, entregándolas en todas las actividades organizadas por la entidad y en las organizadas por otras agencias gubernamentales y de la sociedad civil en las que participó. Ejemplos en la actividad de FEIM fueron las presentaciones públicas realizadas en ambos casos en el auditorio del Senado de la Nación, la primera en el mes de agosto y la segunda en diciembre de 2009, de los informes *Violencia contra las mujeres y VIH/sida en cuatro países del Mercosur. Estadísticas, políticas públicas, legislación y estado del arte, y la presentación de la publicación Violencia hacia las mujeres y feminización del VIH/sida: Estudio cuali cuantitativo en cuatro países del Mercosur. Informe Nacional Argentina*, realizada en el marco del proyecto.

La primera presentación, que tuvo lugar en el auditorio del Senado de la Nación, contó con la presencia de autoridades de UNIFEM; de la Coordinadora de SIDA del Gobierno de la Ciudad, representante del Movimiento Latinoamericano y del Caribe de Mujeres Positivas, de la Red de mujeres con VIH, y del Centro de Estudios de la Mujer de San Fernando.

La finalidad de la presentación fue la de difundir los hallazgos de la investigación, tan necesarios para promover cambios en las políticas públicas en el campo de la violencia

contra las mujeres y el VIH/sida, articulando estos dos temas tan importantes para el Cono Sur, e insistir sobre la necesaria participación del Estado para implementar de manera urgente y acertada las acciones en materia de salud sexual y reproductiva que se están llevando a cabo.

El panel de segunda presentación estuvo compuesto por la Coordinadora de Programas de UNIFEM Argentina, una representante del Movimiento Latinoamericano y del Caribe de Mujeres Positivas; una representante de la Red Argentina de Mujeres viviendo con VIH; una Diputada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y la coordinadora de la Oficina de Violencia Doméstica de la Corte Suprema de Justicia de la Nación.

Como en el caso de la presentación anterior las representantes de FEIM insistieron en la necesidad de enfrentar la segunda etapa de esta iniciativa centrada en lograr incidencia política, generar alianzas entre distintos sectores involucrados y promover cambios en las políticas públicas que enfrenten de manera integral la atención y la prevención de la violencia contra las mujeres y el VIH/sida.

Asimismo, a lo largo de todo el período FEIM realizó exitosas gestiones de prensa que lograron una considerable cobertura de los hallazgos de la investigación en los medios de comunicación.

Se desarrollaron también diferentes entrevistas con personas estratégicamente ubicadas en lugares de decisión con capacidad de introducir cambios interesantes en el ámbito de su esfera de acción y en los que esta temática es relevante. Así, entrevistamos y le acercamos materiales a Analía Monferrer, coordinadora de la Oficina de violencia doméstica, una oficina recientemente creada en el ámbito de la Corte Suprema de Justicia de la Nación que atiende a víctimas de violencia doméstica las veinticuatro horas todos los días del año y realiza el diagnóstico e informa sobre las alternativas de acción por seguir. Se entrevistó a la legisladora de la Ciudad Diana Maffía, que demostró muchísimo interés, ya que como ella bien explicó la información que le llevamos era era muy importante, por formar parte de la Comisión de mujer, la de igualdad de oportunidades y la de salud. También fueron entrevistadas las responsables de la Dirección de Sida y del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Junto con las representantes del Movimiento Latinoamericano de Mujeres+ y la Red argentina de mujeres con VIH, se entrevistó a funcionarias del Programa de SS y PR y del Programa de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación, para promover la implementación del protocolo de atención de víctimas de violencia sexual en todo el país.

V. IV.

Estrategia de incidencia política en el nivel regional



También se trabajó en un plan de incidencia en el ámbito regional, que consistió en la identificación de distintas instancias de incidencia en el Mercosur y América Latina y el Caribe. Se distribuyeron responsabilidades y tareas entre las organizaciones. Participaron en reuniones temáticas del sistema Universal de Naciones Unidas y el Americano, de la OEA difundiendo el programa y sus hallazgos, así como en foros internacionales de organizaciones de la sociedad civil. Se destaca la participación en la subcomisión de SIDA de la Reunión especializada en la Mujer del Mercosur; el Foro UNGASS; la Conferencia Regional de SIDA, donde se reúnen representantes de los Estados y también de la sociedad civil.

Acorde con las acciones de incidencia planificadas, durante el año 2009 se participó en los siguientes espacios:

- **XXI Encuentro Feminista Latinoamericano y del Caribe.** 16 al 20 de Marzo, México: Se presentaron los resultados de la investigación y se realizaron acciones de sensibilización hacia grupos de trabajo sobre violencia hacia las mujeres para que incorporen en su agenda y temas de trabajo la prevención del VIH/sida.

- **Encuentro de Mujeres de Redes Regionales de América Latina y el Caribe para analizar el proceso de implementación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo,** del 3 al 5 de agosto, Panamá. Participaron en la reunión más de cuarenta representantes de treinta redes regionales e internacionales. Se presentaron los resultados de la investigación y se promovió la inclusión de esta interacción en el seguimiento y monitoreo del Programa de Acción de la CIPD de El Cairo.

- **Global Partners in Action: Foro de ONG sobre la salud sexual y reproductiva y el desarrollo.** Del 2 al 3 de septiembre, Berlín. Contó con la participación de representantes de organizaciones no gubernamentales de más de 130 países. Se presentaron los resultados del estudio y se abogó por la inclusión de la temática en la agenda del encuentro y en los planes de acción por desarrollar.

- **Avances y acciones claves para la implementación del Programa de Acción de El Cairo a 15 años de su aprobación.** Del 7 al 8 de octubre, Chile. Estudiosos y expertos del tema de población fueron convocados por la División de Población de la Comisión Económica para América Latina, el Centro Latinoamericano de Demografía, y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, a fin de evaluar los resultados que se han obtenido hasta ahora en América Latina y el Caribe, después de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, realizada en El Cairo en 1994. Se presentaron los resultados de la investigación y se alentó para visibilizar esta intersección en los programas y las actividades para acelerar la implementación del Programa de Acción.

- **Foro Global de Investigación en Salud.** Del 16 al 20 de noviembre, Cuba. Se presentaron los resultados del estudio cuantitativo y se participó en las mesas de trabajo sobre violencia sexual impulsadas por Sexual Violence Research Initiative, en las que se resaltó y abogó por la incorporación del VIH/sida como una variable central para la investigación vinculada a violencia sexual.

- **V Foro Latinoamericano y del Caribe de VIH/sida.** Del 21 al 23 de noviembre, Perú. Se realizó una sesión especial en la que se presentaron los informes nacionales de datos secundarios y de hallazgos cuantitativos de los cuatro países. Participaron más de 100 personas de 12 países de Latinoamérica. Finalizada la presentación, que fue muy ponderada por los/as participantes, el debate giró en torno a la ausencia de articulación entre las políticas públicas del VIH/sida, salud sexual y reproductiva y violencia hacia las mujeres, la necesidad de contar con estadísticas oficiales en los países sobre violencia hacia las mujeres y la persistencia de mitos y estereotipos de género que dificultan el tratamiento y la asistencia ante violencia. Varias de las presentes manifestaron su interés de replicar el estudio en su país o región.

- **XXII Reunión Especializada en Mujer del Mercosur.** Del 14 al 15 de diciembre, Uruguay. Se presentaron los resultados de la investigación del proyecto en la XXII Reunión Especializada de la Mujer (REM) de los países integrantes, efectivos y asociados del Mercosur, con la presencia de funcionarias de las más altas áreas sobre la Mujer y organizaciones de la sociedad civil de Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay. También participaron delegadas de Chile y Perú, como observadoras del encuentro. En esa reunión se consideró un proyecto para implementar en los países del Mercosur, un sistema de información que registre la dimensión y características de la violencia contra las mujeres. En la presentación del Proyecto celebramos esta iniciativa y señalamos la importancia de incluir indicadores sobre la intersección con el VIH/sida en este tipo de registros.

Durante el año 2010, se participó de los siguientes espacios:

- **Reunión especializada de la Mujer del Mercosur.** Del 3 al 4 de junio, Buenos Aires: A partir de las recomendaciones surgidas de la investigación y el estado del arte, realizamos una presentación en la que se solicitó que se incorpore en el programa de VIH/sida, la investigación, prevención y atención de la violencia contra las mujeres, y, en el Programa de Salud Sexual y Reproductiva y en los servicios de emergencia, la investigación del VIH en las víctimas de violencia que se atienden.

En atención de víctimas de violencia, recomendamos se incorpore la investigación, prevención y atención del VIH/sida, además de aplicar protocolos de atención de las víctimas de violencia sexual con provisión de AHE (anticoncepción hormonal de emergencia) y psicoprofilaxis posterior a la exposición para prevenir el VIH/sida.

En los servicios de salud, sugerimos incorporar el protocolo de OMS o similar de detección, atención y prevención en violencia contra las mujeres.

- **XVIII Conferencia Internacional de VIH/sida.** Del18 al 23 de julio. Viena. Mabel Bianco y Andrea Mariño de FEIM, presentaron un poster con los resultados de la investigación, y en la sesión especial sobre América Latina, Lilián Abracinskas, de MySU, presentó los resultados de la investigación y destacó la necesidad de contar con un enfoque integral en la respuesta al VIH/sida que incluya a las mujeres y contemple sus diversas realidades.

V. V.

Balance de las acciones de incidencia política desarrolladas



Si bien es cierto que la problemática abordada requeriría de acciones urgentes, un primer e ineludible paso consiste en sensibilizar e informar. Generar una masa crítica informada es crucial para promover acciones de incidencia con posibilidades de influencia. En ese sentido, la producción de información relevante de calidad se constituye en un argumento fuerte a la hora de exigir determinada orientación en las políticas públicas. Sin embargo, el estado de desinformación generalizada sobre las intersecciones entre violencia contra las mujeres y el VIH/sida requiere de un proceso de difusión y apropiación de la información por parte de los diferentes sectores que, forzosamente, lleva su tiempo y tiene un ritmo propio antes de convertirse en demanda ciudadana y respuesta pública.

Se ha informado en forma directa a un número importante de personas provenientes de diferentes sectores, acerca de la relación VIH/sida/violencia en los cuatro países. La prensa escrita y los medios electrónicos se han hecho eco de nuestros hallazgos para así hacerlos llegar a un grupo más amplio de personas. Se ha logrado incorporar organizaciones temáticas y grupos de mujeres que se fortalecieron a través de su participación en el proyecto. Éste es un logro primordial.

En cuanto a la incidencia ante decisores, aún es temprano para reconocer el impacto de las acciones de incidencia del proyecto. Aunque el ritmo de la respuesta no se compadezca con la imperativa necesidad de urgentes medidas paliativas, cada una de las actividades de incidencia desarrolladas es importante y suma al proceso. En ese sentido, se puede afirmar que el proyecto ha iniciado el proceso y es satisfactorio. Sin embargo, debido a que los procesos de incidencia política son muy dinámicos es clave continuar este proceso, incluso en Chile y Uruguay, donde dados los cambios de gobierno y las nuevas autoridades es necesario retomar el vínculo y la incidencia política.

Es preciso seguir trabajando frente a la sociedad civil y a los decisores públicos, sin olvidar la necesidad de elaborar una estrategia comunicacional y de prensa que apunte a sumar cada vez más adeptos. Considerando que la influencia del cuarto poder no puede subestimarse, se hace necesario desarrollar estrategias destinadas a incorporar a aquellos medios que aún no han tomado el tema y lograr que más periodistas se comprometan con la cuestión.

VI

Recomendaciones

Recomendaciones

Sobre la base de los resultados de la investigación cuali cuantitativa y las acciones de incidencia política desarrolladas, se han elaborado las siguientes recomendaciones:

1. Promover políticas públicas integrales que articulen la prevención y atención de ambas pandemias desde una perspectiva de género y derechos humanos, a través del fortalecimiento de la acción concertada de los mecanismos de la mujer, programas del VIH/sida y de salud sexual y reproductiva.

2. Implementar un registro nacional unificado y sistemático de violencia contra las mujeres, desagregando la información según el tipo de violencia y datos sociodemográficos para contar con información basada en la demanda, respecto de la necesidad de incorporar criterios específicos en la asignación de recursos públicos, apoyando el diseño de políticas, programas y servicios orientados desde un enfoque integral, intersectorial y de equidad de género.

3. Desarrollar estrategias de prevención y promoción referidas a la violencia de género y la feminización del VIH, dirigidas especialmente a mujeres jóvenes en situación de pobreza. Si bien la violencia atraviesa todos los grupos sociales, es importante reforzar las estrategias de prevención respecto de los sectores que presentan mayores dificultades para la resolución de su vida cotidiana.

4. Desarrollar e implementar protocolos nacionales de atención para víctimas de violencia contra la mujer en los servicios de salud que investiguen la infección con el VIH y promuevan la prevención/atención del VIH al igual que la violencia.

5. Desarrollar e implementar protocolos de atención de víctimas de violencia sexual en los servicios de salud que garanticen el acceso a la profilaxis posterior a la exposición al VIH, así como a la anticoncepción hormonal de emergencia para prevención del embarazo y la atención psicolegal.

6. Ampliar en la vigilancia epidemiológica del VIH/sida la recolección de datos respecto de vías de transmisión, incluyendo relaciones sexuales desprotegidas consentidas y no consentidas, así como antecedentes de violencia contra la mujer, especificando las formas de violencia y sus asociaciones.

7. Integrar los servicios de prevención, prueba y consejería del VIH/sida a los servicios de asistencia a mujeres en situación de violencia e incluir en los servicios de consejería previos y posterior al examen de VIH, herramientas para la detección de situaciones de violencia y su derivación para atención de esta situación.

8. Asegurar la cobertura en todo el país de las acciones destinadas a dar respuesta a la violencia contra las mujeres y el VIH/sida, evitando su concentración sólo en las grandes ciudades y garantizando su alcance a todas las mujeres y niñas del país, en especial a aquellas que por las distancias geográficas se ven impedidas de acceder a los servicios de prevención y atención.

9. Sensibilizar y capacitar a los equipos de salud en violencia contra las mujeres y niñas sobre la mayor vulnerabilidad de esta población al VIH/sida, así como brindarles información acerca de los servicios de prevención y tratamiento del VIH y de los recursos legales, psicológicos y sociales existentes en la comunidad para asistencia a mujeres en situación de violencia.

10. Capacitar al personal de salud, seguridad y Justicia de los servicios públicos acerca de la violencia contra mujeres y niñas y los vínculos existentes entre ésta y el VIH/sida. Es de suma importancia el trabajo con el criterio de “oportunidad perdida” en la detección de las situaciones tempranas de violencia. La posibilidad de las mujeres de acceder a una atención preventiva tiene que ver con la asunción del problema, la posibilidad de actuar sobre ello y así poder evitar situaciones más riesgosas, como la infección del VIH.

11. Promover y financiar investigaciones sobre la vinculación entre violencia contra las mujeres y el VIH/sida para conocer en profundidad las causas y consecuencias de la violencia, sus formas de vinculación con el VIH/sida y cuyos resultados alimenten el diseño de acciones eficaces en respuesta a ambas pandemias. Difundir las investigaciones y sensibilizar al personal de salud acerca de los hallazgos y su impacto en la salud de mujeres y niñas.

12. Fortalecer la capacidad de las organizaciones de mujeres y en especial de aquellas que viven con el VIH para la comprensión de los vínculos entre el VIH y la violencia, de manera de favorecer el desarrollo de estrategias para la prevención, atención y apoyo entre pares.

13. Fortalecer la capacidad de las organizaciones de mujeres que trabajan en violencia contra las mujeres y niñas para identificar el riesgo del VIH y las formas de detección precoces y de prevención.

14. Desarrollar estrategias que ayuden a las mujeres en riesgo o en situación de violencia a notificar su diagnóstico a su pareja, asesorándolas acerca de las medidas de seguridad que se deben tomar en caso de violencia a causa de la revelación del diagnóstico.

15. Desarrollar mensajes y acciones preventivas relativas al VIH/sida destinados a mujeres que incorporen la realidad de la feminización de la epidemia a expensas de la infección por el VIH en el marco de relaciones de pareja y la vulnerabilidad asociada a todas las formas de violencia contra las mujeres.

16. Implementar campañas de prevención en medios de comunicación masivos, dirigidas a mujeres, que fortalezcan su condición de sujetas de derechos, desarrollando mensajes en los que se reconozca que su vulnerabilidad a las ITS y el VIH se asocia a las pautas culturales que naturalizan y legitiman el control y poder sobre el cuerpo de las mujeres, y se vincule la vulnerabilidad al VIH con la violencia contra las mujeres.

17. Promover estrategias preventivas en el sector educación, incorporando programas de educación sexual integral a través de todo el ciclo escolar, difundiendo los derechos de niños y niñas, integrando la perspectiva de género en el currículum, así como la coordinación intersectorial de modo de facilitar el acceso de las y los adolescentes a las acciones de promoción y prevención en materia de salud sexual y reproductiva y contar con herramientas para prevenir ser víctimas de violencia contra las mujeres y más vulnerables al VIH.

18. Capacitar a los docentes y personal de servicios sociales acerca de la prevención de la violencia contra las mujeres y su vinculación con la prevención del VIH/sida.

19. Difundir los métodos de prevención, asistencia y apoyo, así como los servicios de atención a las víctimas de violencia contra las mujeres y su relación con el VIH/sida.

20. Promover la reducción de cuentas de los organismos públicos nacionales, provinciales y municipales que se ocupan de la atención, prevención, apoyo y cuidado de las víctimas de violencia contra las mujeres.



Bibliografía

ADEUEM, CELS, CLADEM, FEIM, Feministas en Acción, ISPM, Mujeres en Acción y ACDH
- *Argentina: efectos de la crisis en las mujeres. Contrainforme al Comité de la CEDAW*, 2004.

Andalaft, J. y Faundes, A.
- *Violencia Sexual y la respuesta del sector salud en Brasil*, trabajo presentado en el Simposio 2001.
- *Violencia de género, salud y derecho en las Américas*, Cancún, México, junio de 2001.

ASOSIDA, VIVO Positivo
- *Declaración pública ASOSIDA y VIVO POSITIVO*, Santiago de Chile, 19 de junio de 2009.

Amnistía Internacional Argentina
- *Relevamiento parcial de medios de comunicación*, agosto de 2008.

Asociación Civil "La Casa del Encuentro"
- *Informe de Investigación de Femicidios en la Argentina. 1ro. de enero al 31 de diciembre de 2009*. Argentina, disponible en: <http://www.lacasadelencuentro.com.ar/2009.html>

Aukiñko Zomo
- *Estudio comparado sobre violencia intrafamiliar en 6 comunas de la provincia de Cautín*. Corporación de Servicios y Asesoría.

Barrales, K.; Dides, C.; Márquez, A. y Valdés, T.
- *Puertas adentro. Mujeres, vulnerabilidades y riesgo frente al VIH/SIDA*, Santiago de Chile, FLACSO-Chile, MINSAL, 2006.

Betances, B. M. A.; Galván Ortega, S. y Morales, H. M. A.
- *Vidas vividas en riesgo: Caracterizando el vínculo entre la Violencia Contra la Mujer y el VIH/SIDA en la República Dominicana*, Santo Domingo, PPNYC/; SCI, UNFPA, UNAIDS, UNICEF, 2008.

Bianco, M.
- *Nota de opinión al Proyecto de Ley de la Senadora Gallego, 18/11/2008*, Buenos Aires, disponible en: http://www.feim.org.ar/pdf/violencia/Opinion_MB_proyecto_ley_violencia_Sen_Gallego.pdf

Bianco, M.; Re, M. I.; Pagani, L.; Barone, E.
- *Argentina: Derechos Humanos y acceso a tratamiento para VIH/SIDA. Estudios de caso sobre Derechos Humanos*. LACCASO/ONUSIDA. Argentina, 1999.

Bianco, M.; Re, M. I. y Acerbo, M.
- *Cumpliendo con los derechos reproductivos de las mujeres afectadas por el VIH/SIDA 2005-2006*, Buenos Aires, FEIM/IPAS, 2006.

Bourdieu, P.
- *La dominación masculina*, Barcelona, Anagrama, 2000.

Canido, L. et al.
- *Asistencia a la víctima de agresión sexual (VAS)*, en *Boletín Asociación Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires e Instituto para el Desarrollo Humano y la Salud*, año 11, Nro.52, noviembre-diciembre de 2006.

Center for Reproductive Rights
www.reproductiverights.org, febrero de 2009.

CEPAL
- *Panorama social de América Latina, 2004*, Santiago de Chile, noviembre de 2004.
- *Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile, 2008.

Cisneros, S.; Chejter, S. y Kohan, J.
- *Femicidio e impunidad*, Buenos Aires, Fundación Heinrich Böll/CECYM, 2005.

CONDERS
- *Situación de la atención de la salud sexual y reproductiva: desde la perspectiva de las/os usuarias/os*, Buenos Aires, 2003.

Consejo Nacional de la Mujer
- *Primer informe argentino para el seguimiento de la aplicación de la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer*, Buenos Aires, 28 de abril, 2006.

Corte Suprema de Justicia de la Nación. Oficina de Violencia Doméstica
- *Datos más relevantes del primer año de actividades de la OVD*, Buenos Aires, 2009.

Cotidiano Mujer
- *Informe de la República Oriental del Uruguay acerca de la aplicación de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*, Montevideo, 2007.

Decreto Presidencial 87/2008, Uruguay, 2008.

Diario Hoy
- <http://www.diariohoy.net>. Argentina, 15 de mayo de 2005.

Diario Página/12, Las 12
- *Ocho de cada diez mujeres asesinadas tenían más de treinta años de vida por delante*, Buenos Aires, 27 de noviembre de 2009.

FEIM
- Campaña *Las mujeres NO esperamos. Acabemos la violencia contra la mujer y el VIH/SIDA YA!*
- *Lo que se mide importa 2008: ¿Es la violencia contra las mujeres parte de la agenda de donantes del VIH/SIDA?*, septiembre de 2008, disponible en: http://www.feim.org.ar/pdf/LO_QUE_SE_MIDE_IMPORTA2008.pdf.

FEIM; GESTOS; ActionAid y Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, IAWC
- *Las mujeres no esperamos. Acabemos la violencia contra las mujeres y el VIH/SIDA YA!*, Publicación para América Latina y el Caribe, Buenos Aires, 2007.

Fundación Perseu Abramo. Núcleo de Opinión Pública
- *La mujer brasileira en los espacios públicos y privados (encuesta)*, Brasil, 2001.

Galli, B. y Adesse, L.
- *Reduzindo barreiras para o exercicio dos direitos humanos e a auto-determinação sexual e reprodutiva das mulheres em situação de violencia sexual*, IPAS, Brasil, 2005.

GESTOS, FEIM, UNGASS
- *Monitoreo de los compromisos asumidos frente al SIDA en salud sexual y reproductiva. Sociedad civil luchando por derechos. Informe Argentina*, Buenos Aires, 2008.

Herrera, T.
- *Informe encuesta de prevalencia de Violencia Doméstica en Montevideo y Canelones, en Guía de procedimientos en el primer nivel de atención. Abordaje de situaciones de violencia doméstica hacia la mujer*, Ministerio del Interior del Uruguay, 2003.

International Women's Health Coalition
- *With the Women Worldwide: A Compact to eradicate HIV/AIDS*, disponible en: www.iwhc.org.

Ley 19.779, Ley en prevención del Virus de Inmunodeficiencia Humana, publicada en el Diario Oficial, Santiago de Chile, 14 de diciembre de 2001.

Maturana, C.; Maira, G. y Rojas, S.
- *Femicidio en Chile*, Corporación La Morada, Santiago de Chile, Naciones Unidas, 2004.

Ministerio de Desarrollo Social. Instituto Nacional de las Mujeres
- *Informe de la República Oriental del Uruguay acerca de la aplicación de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*, Montevideo, 2007.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS
- *Boletín Epidemiológico AIDS/DST, año III, Nro. 1- 01janeiro a junho de 2006*. Brasil, noviembre de 2006.
- *Boletín epidemiológico 2009*, Brasilia.

Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos, Dirección Nacional de Política Criminal, Sistema Nacional de Información Criminal
- *Informe Total País*, Buenos Aires, 2007.

Ministerio Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto y UNFPA
- *Primer informe argentino para el seguimiento de la aplicación de la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer*, presentado a la CIM, 28 de abril de 2006, publicado en *Mujer contra la discriminación y la violencia por el desarrollo social*, Buenos Aires, 2007.

Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología -
- Quinquenios analizados: 1988/1992, 1993/1997, 1998/2002, 2003/2007.
- *Evolución del VIH/SIDA*, Chile 1984-2007, Santiago de Chile, agosto de 2008.

Ministerio de Salud. Secretaría de Vigilancia en Salud: Programa Nacional de ITS y Sida.
- *Plan Integrado para Enfrentar la Feminización de la Epidemia de SIDA y otras ITS*, Brasilia, marzo de 2007.

Ministerio de Salud
- *Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS*, Santiago de Chile, enero de 2008.
- *Política de salud en violencia de género*, Santiago de Chile, 2008.
- *Guía clínica VIF, documento borrador*, Santiago de Chile, 28 de abril de 2008.

Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil
- *Documento institucional del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable*, Buenos Aires, 2008

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Posgrado en Salud Social y Comunitaria
- *Programa Médicos Comunitarios. Módulo 5 “Políticas de Salud”*, Buenos Aires, 2005.

Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual
- *Boletín sobre VIH/SIDA en la Argentina*, año 12, Nro. 25, diciembre de 2007.
- *Boletín sobre el VIH-sida en Argentina*, año 12, Nro. 26, Buenos Aires, noviembre de 2009.
- *Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS*, enero 2008-diciembre 2009, Buenos Aires, 2010.

Ministerio de Salud Pública
- *Informe Epidemiológico ITS-Sida*, Montevideo, diciembre de 2008.
- *Informe Epidemiológico ITS-sida*, Montevideo, Uruguay, noviembre de 2009.

MINSAL y CONASIDA
- *Informe consolidado. Evidencias epidemiológicas, comportamentales y culturales a considerar en el abordaje de acciones preventivas del VIH y las ITS en mujeres. Documento de Trabajo*, Santiago de Chile, junio de 2007.

MINSAL y ONUSIDA
- *Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS*, Chile, enero 2006-diciembre 2007. Versión final, enero de 2008.

Nilo, A. (org.)
- *Mujer, violencia y sida: explotando interfaces*, Recife, Gestos, 2008.

Observatorio de Equidad de Género en Salud. Chile
- www.observatoriogenerosalud.cl y cifras entregadas por Carabineros de Chile.
- *Respuestas efectivas en violencia de género: materias pendientes. Informe 2006*, Santiago de Chile, febrero de 2007.

Online911.
- *Violencia doméstica: aumentaron 11 por ciento las muertes de mujeres*, Argentina, febrero de 2010: <http://www.online-911.com>

Organización Mundial de la Salud
- *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica*, Ginebra, 2005.

Paternain, R. (coord.)
- *Panorama de la violencia, la criminalidad y la inseguridad en Uruguay. Datos, tendencias y perspectivas*, Montevideo, Ministerio del Interior, PNUD, 2008.

Red Argentina de Mujeres viviendo con VIH/SIDA
- *Mujeres im-pacientes, informe de la situación de las mujeres viviendo con VIH/SIDA*, 2007

Red chilena contra la violencia doméstica y sexual
- *Dossier informativo 2008. Campaña ¡cuidado! El machismo mata*”, disponible en www.nomasviolenciacontramujeres.cl

Reichenheim, M. E.; Moraes, C. L.; Szklo, A. *et al.*
- *Magnitude da violencia entre parceiros íntimos no Brasil: retratos de 15 capitais e Distrito Federal*, en *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 22, Nro. 2, febrero de 2006.

Schmid, G. *et al.*
- *The unexplored story of HIV and ageing*, en *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, Nro. 3, marzo de 2009.

Schuster, G.; Yanos, M.; Cárdenas, E. *et al.*
- *Contrainforme. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Convención de Belém do Pará*, CLADEM Argentina, octubre de 2006.

Secretaría de Derechos Humanos de la Provincia de Buenos Aires. Programa de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia.
- *Datos estadísticos*. Argentina, 2010, disponible en <http://www.sdh.gba.gov.ar/areas/avm.php>

SERNAM
- *Detección y análisis de la prevalencia de la violencia intrafamiliar*, Santiago de Chile, junio de 2002.
- *Datos básicos VIF Comparación 4 regiones*, Santiago de Chile, julio de 2005.

Simposio *Violencia de Género, Salud y Derecho en las Américas*, Auspiciado por OPS, UNFPA, UNICEF, UNIFEM, UNDP, RSMLAC, CIM, ISIS, CISM. Cancún, 2001.
Sitio Institucional Presidencia de la República
www.presidencia.gub.uy, Uruguay.

UNICEF, CONASIDA
- *Evaluación del acceso y calidad de la aplicación de la norma de prevención de la transmisión vertical del VIH de las mujeres embarazadas en Chile*, Santiago de Chile, julio de 2008.

Vallejos, S.
- *Violencia doméstica, un factor clave en el contagio del SIDA*, en diario La Nación, Buenos Aires, 18 abril de 2007.

Velzeboer, M.; Ellsberg, M.; Arcas, C. C. y García Moreno, C.
- *Violencia contra la mujer: responde el sector de la salud*, Washington D.C., OPS, 2003.

Vidal, F. y Carrasco, M.
- *Mujeres chilenas viviendo con VIH/SIDA: ¿Derechos sexuales y reproductivos? Un estudio de correlaciones en ocho regiones del país*, Santiago de Chile, FLACSO-Chile, Universidad ARCIS, VIVO POSITIVO, 2004.

Videla, E.
- *Una brigada móvil de emergencia para casos de violencia familiar*, en diario *Página/12*, Buenos Aires, 30 marzo de 2006.

Walselisz, J. J.
- *Mapa da violência 2010: Anatomia dos homicídios no Brasil*, San Pablo, Instituto Sangari, 2010.

Yañez, F.
- *Argentina. Brigadas contra la violencia*, disponible en www.redfem.net, 5 de octubre de 2007.

Diseño y diagramación
BERNARDO + CELIS
www.bernardocelis.com

Impresión
ALTUNA IMPRESORES
www.altunaimpresores.com.ar

VIH/SIDA+VIOLENCIA

Dos caras de una misma realidad

Violencia hacia las mujeres y VIH/SIDA en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay



FUNDACIÓN
PARA ESTUDIO
E INVESTIGACIÓN
DE LA MUJER



GESTOS
Soropositividade
Comunicação e Gênero



mYSU MUJER Y SALUD
EN URUGUAY

ISBN 978-987-9414-05-7



9 789879 414057