



VIH/SIDA+VIOLENCIA

Dos caras de una misma realidad

Violencia hacia las mujeres y feminización del VIH/SIDA



Estudio cuanti cualitativo en cuatro países del MERCOSUR

Informe Nacional ARGENTINA

Dra. Mabel Bianco
Lic. Andrea Mariño

AUTORAS INFORMES NACIONALES



María Eugenia Calvin
Sonia Covarrubias



Dra. Mabel Bianco
Lic. Andrea Mariño
Lic. María Alicia Gutiérrez
Lic. Florencia Aranda



Alessandra Nilo
Patricia Leitao
Glandston Lima
Wiza Vitella



Lilian Abracinskas
Verónica Burstin
Alejandra López

VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y VIH/SIDA

Estudio cuanti cualitativo en cuatro países del MERCOSUR

Informe Nacional ARGENTINA

Compiladoras:
Dra. Mabel Bianco
Lic. Andrea Mariño
Colaboración Especial:
Lic. María Alicia Gutiérrez
Lic. Florencia Aranda

FEIM - Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer

Estudio cuanti cualitativo en cuatro países del MERCOSUR

Informe Nacional ARGENTINA

Dra. Mabel Bianco; Lic. Andrea Mariño (compiladoras) - 1ª. Edición. Buenos Aires. 2009.

Colaboración especial: Lic. María Alicia Gutiérrez y Lic. Florencia Aranda

© FEIM - Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer

Paraná 135. Piso 3, Dto. 13 (C1017AAC)

Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Tel/Fax: (+54-11) 4372-2763

www.feim.org.ar

Diseño y diagramación:

Leandro Martin Correa

leandromartincorrea@yahoo.com.ar

Impreso en Argentina

Se terminó de imprimir en Octubre 2009

Permitida la reproducción parcial de los textos incluidos en esta obra, hasta 1000 palabras, según ley 11.723, art 10º, colocando el apartado consultado entre comillas y citando la fuente si este excediera la extensión deberá solicitarse autorización a FEIM.

INDICE

INTRODUCCIÓN	7
ASPECTOS METODOLÓGICOS	7
ANÁLISIS DE LSO DATOS CUANTITATIVOS	9
I. <i>Datos sociodemográficos de las encuestadas</i>	9
II. <i>Salud Sexual y Reproductiva</i>	13
III. <i>Violencia</i>	19
IV. <i>Violencia Y VIH/SIDA</i>	26
ANÁLISIS DE DATOS CUALITATIVOS	28
I. <i>Violencia en la Infancia y Adolescencia</i>	28
II. <i>Violencia Sexual en la Infancia y Adolescencia</i>	30
III. <i>Violencia en las parejas</i>	31
IV. <i>Búsqueda de ayuda frente a la violencia</i>	33
V. <i>Uso de métodos anticonceptivos</i>	34
VI. <i>Diagnóstico de VIH</i>	36
VII. <i>Violencia y discriminación en los servicios de salud como consecuencia de vivir con VIH/SIDA</i>	37
VIII. <i>Percepción del Vínculo entre Violencia y VIH/SIDA</i>	38
CONCLUSIONES	40
I. <i>Salud Sexual y Reproductiva</i>	40
II. <i>VIH</i>	41
III. <i>Violencia</i>	42
IV. <i>Violencia y VIH</i>	43
BIBLIOGRAFÍA	46

INTRODUCCIÓN

El presente informe constituye una aproximación al estado de situación de la intersección entre la violencia contra las mujeres y el VIH/SIDA en Argentina. Los datos que se presentan son el resultado de una investigación realizada en el área metropolitana: el conurbano bonaerense y la Ciudad de Buenos Aires, como parte de un estudio multicéntrico desarrollado en cuatro países del Mercosur: 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”** que coordina FEIM, con el apoyo del Fondo Fiduciario de UNIFEM.

El objetivo central es aportar información sobre la intersección entre la violencia contra las mujeres y el VIH/SIDA, relación que aún no ha sido estudiada en Argentina, lo que impide visualizar la magnitud del problema, y por lo tanto implementar políticas públicas. Se trata de un estudio pionero en el país no sólo por la temática que aborda, sino porque sus resultados serán comparados entre cuatro países del Mercosur.

Actualmente existe evidencia aportada por investigaciones realizadas en países de Asia, África y Centro América sobre las vinculaciones entre la violencia hacia las mujeres y el VIH/SIDA. Investigaciones desarrolladas en Rwanda, Tanzania y Sudáfrica demostraron que las mujeres que padecieron violencia doméstica tenían hasta tres veces más riesgo de infectarse con el VIH que las que no padecieron violencia¹. Un estudio desarrollado en el año 2006 por la Organización Panamericana de la Salud -OPS- en Belice, Honduras y Nicaragua, demostró que las mujeres que habían experimentado violencia tenían mayor presencia de Infecciones de Transmisión Sexual – ITS –, debido a las altas tasas de sexo forzado y las pocas posibilidades de negociar el uso de preservativo². Un estudio multicéntrico desarrollado en el año 2004 en Colombia, República Dominicana y Haití, encontró similares vinculaciones entre la violencia hacia las mujeres y la mayor presencia de ITS³. La violencia contra las mujeres aumenta la vulnerabilidad de éstas al VIH y el VIH es un factor de riesgo para sufrir violencia, ambos problemas tienen como denominador común las desigualdades de género que afectan a las mujeres. Los vínculos entre la violencia y el VIH amplían la desigualdad y debilitan el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres.

Cabe aclarar que el grupo estudiado no constituye una muestra estadísticamente representativa de las mujeres que viven con el VIH/SIDA de la población de Argentina ni del área Metropolitana.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

La presente investigación es un estudio exploratorio descriptivo con componentes cualitativos y cuantitativos. El propósito del estudio es explorar la existencia de situaciones de violencia previas al diagnóstico del VIH en mujeres que viven con VIH/SIDA – MVVS – y posterior al diagnóstico, considerando las vinculaciones entre ambas. Previamente se analizaron los programas y acciones así como la legislación vigente en el país sobre VIH/SIDA y violencia contra las mujeres. En base a los datos del estudio cuanti-cualitativo se formulan recomendaciones y se contribuye a la sugerencia de políticas públicas centradas en la prevención y atención de la violencia contra las mujeres, para prevenir el VIH/SIDA en forma integral desde una perspectiva de género y derechos humanos.

Los objetivos específicos son:

1. Conocer la frecuencia en que las MVVS experimentaron situaciones de violencia antes y después del diagnóstico del VIH.
2. 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 VIH.

¹ The Global Coalition on Women and AIDS / WHO. *Violence Against Women and HIV/AIDS: Critical intersections, intimate partner violence and HIV/AIDS*. 2004

² OPS/OMS. Unidad Género, Etnia y Salud. *Guía para el desarrollo de los estudios nacionales sobre violencia contra las mujeres y VIH en Belice, Honduras y Nicaragua*. 2006.

³ Kishor, Sunita and Jonson, Kiersten. *Profiling domestic violence: a multi-country study*. ORC Macro. Maryland, 2004.

3. Difundir los resultados obtenidos para concientizar sobre la intersección entre el VIH y la violencia contra las mujeres, proponiendo políticas públicas para responder a ambas.

Como técnica cuantitativa de recolección de datos se utilizó un cuestionario estructurado integrado por cuatro módulos:

- Primer módulo: recaba datos sociodemográficos de las entrevistadas.
- Segundo módulo: recaba información sobre el diagnóstico de VIH, la salud sexual y reproductiva.
- Tercer módulo: indaga la existencia de violencia, para lo cual se utiliza el instrumento “Cuestionario para detectar violencia de género” que ha sido elaborado y validado por un equipo de profesionales del Hospital de Clínicas de la Ciudad de Buenos Aires, con el apoyo de la Federación Internacional de Planificación Familiar del Hemisferio Occidental⁴. A este módulo se le incorporó un componente de temporalidad que permite indagar situaciones de violencia previa y posterior al diagnóstico de VIH.
- Por último, un módulo para ser administrado sólo a aquellas mujeres que refieran haber sido víctimas de violencia contra las mujeres, que explora el tipo de lesiones sufridas.

El trabajo de campo se desarrolló entre los meses de Octubre a Diciembre de 2008. La encuesta se aplicó a 101 mujeres viviendo con VIH, mayores de 18 años que reciben asistencia en algunos servicios de salud públicos de la Ciudad de Buenos Aires y del área norte y oeste del conurbano bonaerense, en la Provincia de Buenos Aires. Fueron aplicadas en los mismos servicios de salud, previa información y consentimiento de las encuestadas.

La realización de las encuestas estuvo a cargo de mujeres integrantes de dos organizaciones con amplia trayectoria de trabajo y activismo en el campo del VIH: la Red Argentina de Mujeres Viviendo con VIH y el Movimiento Latinoamericano y del Caribe de Mujeres Positivas, que fueron especialmente entrenadas para aplicar la encuesta a fin de evitar sesgos. Ambas organizaciones y sus integrantes mostraron un alto grado de compromiso con el desarrollo del trabajo de campo.

Durante la aplicación de las encuestas, se invitó a ocho mujeres que relataron haber sido víctimas de violencia antes del diagnóstico de VIH a participar de la segunda parte del estudio, de carácter cualitativo, con entrevistas en profundidad. La entrevista se organizó en cuatro módulos con una serie de preguntas orientadoras, profundizando en los temas que se detallan a continuación:

- 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 esta contenía elementos de violencia física o psicológica; se indaga sobre la violencia en la(s) pareja(s).
- Segundo módulo: indaga en 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, especialmente investigando si fue víctima de algún tipo de discriminación.
- Por último, se 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.

Las entrevistas fueron realizadas por una psicóloga especializada en violencia contra las mujeres, integrante del equipo profesional de FEIM.

El análisis de los datos cuantitativos se realizó considerando las frecuencias de las variables estudiadas y los cruces entre ellas. Para el análisis del dato del ingreso como indicador del nivel socioeconómico, se elaboró un indicador compuesto que incluyó el nivel de escolaridad

⁴ Majdalani MP, Alemán M, Fayanás R, Guedes A, Mejía RM. Validación de un cuestionario breve para detectar situaciones de violencia de género en las consultas clínicas. Rev Panam Salud Pública. 2005;17(2):79–83

alcanzado, la existencia de hacinamiento en la vivienda, y la relación de los ingresos del hogar con la canasta familiar de cada país⁵ (Manrique, et al, 2004).

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 a los principales aspectos indagados por la guía de preguntas diseñada para las entrevistas: Violencia Intrafamiliar en la Infancia y Adolescencia, Violencia Sexual en la Infancia y Adolescencia, Violencia en las Parejas, Búsqueda de Ayuda frente a la violencia, Uso de Métodos Anticonceptivos (MAC), VIH/SIDA, Discriminación como consecuencia del VIH/SIDA y Percepción de la relación entre VIH y violencia en sus vidas. 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 rastreó y resaltó 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.

ANÁLISIS DE LOS DATOS CUANTITATIVOS

I. Datos sociodemográficos de las encuestadas

El relevamiento y análisis de los datos sociodemográficos permiten situar a las encuestadas tanto en el “espacio físico” como en un “espacio social” como refiere Pierre Bourdieu (1999), funcionando como una “fotografía” de un espacio relacional donde se vislumbran diversas posiciones sociales así como relaciones vinculadas al poder. Esta localización es lo que da el marco general que permite analizar las especificidades en relación a la salud sexual y reproductiva y a la interrelación entre violencia y VIH/SIDA.

La muestra se constituyó con un total de 101 mujeres a quienes se les aplicó un cuestionario estandarizado, cuya única condición era vivir con VIH/SIDA y que se atendiesen en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires (CABA) y del Gran Buenos Aires (GBA).

Las mujeres encuestadas oscilan entre los 19 y los 60 años de edad, con el 78,2% de las mujeres entre los 19 y 44 años de edad. La mayor cantidad de encuestadas se concentra entre los 30 y los 44 años de edad (62,3% del total de encuestadas), registrándose una mediana de 37 años.

1. Distribución de encuestadas según grupos de edad.

Grupos de edad	Número	Porcentaje	Porcentaje acumulado
19 a 24 años	6	5,9	5,9
25 a 29 años	10	9,9	15,8
30 a 34 años	18	17,8	33,7
35 a 39 años	18	17,8	51,5
40 a 44 años	27	26,7	78,2
45 a 49 años	9	8,9	87,1
50 a 54 años	10	9,9	97,0
55 a 59 años	3	3,0	100,0
Total	101	100,0	

En base al índice socioeconómico construido las encuestadas se distribuyen en tres niveles: indigente, bajo y medio/bajo, revelando la mayor concentración de las encuestadas en el sector bajo (45,2%) seguido del sector medio/bajo (38,7%) y por último el sector indigente (16,1%).

⁵ Agradecemos la colaboración y sugerencias del Lic. Ricardo Donaire en la elaboración del indicador.

La encuesta se realizó a mujeres urbanas (99%) lo que permite caracterizar ciertos rasgos culturales, sociales y políticos y un mayor acceso a centros de atención, a pesar de las dificultades en el acceso a los servicios de salud que refieren, principalmente en relación a la calidad de la atención, como por ejemplo la demora para obtener un turno o los largos tiempos de espera para ser atendida. La pertenencia urbana, implica que se trate de mujeres que están insertas en una red, aunque desarticulada, de relaciones propias de la vida en las ciudades y supone una cierta relación con las instituciones de salud que aunque con dificultades y limitaciones, conforman la cultura de la vida cotidiana de las mujeres en las grandes urbes.

Respecto a la etnia, el 96% de las encuestadas se autodefinió como mujer blanca, sólo un 4% se identificó como indígena.

En relación al estado civil, el 37,6% es casada o convive con un compañero, el 30,7% es soltera, el 15,8% separada o divorciada y el 15,8% viuda. Al momento de relevar la encuesta de las 63 encuestadas que no están casadas y/o viven en pareja, 34 mujeres refieren “estar de novias”. Al analizar el estado civil según la edad, se observa que las 31 mujeres solteras se concentran en el grupo de 19 a 44 años, mientras que las casadas o en pareja se distribuyen en todos los grupos de edad, de 19 a 59 años. Las separadas y viudas predominan principalmente en el grupo de 40 a 59 años. Sin embargo, se registran casos a edades tempranas: una en el grupo de 25 a 29 años y otra en el de 35 a 39 años y cuatro casos en el grupo de 30 a 34 años. La proporción mayor de viudas en este grupo que la existente en la población general, creemos se debe al peso del VIH/SIDA como causa de muerte a edades más jóvenes en esos hombres.

2. Encuestadas según grupos de edad y estado civil.

Grupo de edad	Estado civil				Total
	Casada /Pareja	Soltera	Separada / Divorciada	Viuda	
19 a 24 años	1	5	0	0	6
25 a 29 años	3	5	1	1	10
30 a 34 años	8	6	0	4	18
35 a 39 años	9	7	1	1	18
40 a 44 años	9	6	7	5	27
45 a 49 años	1	2	2	4	9
50 a 54 años	6	0	3	1	10
55 a 59 años	1	0	2	0	3
Total	38	31	16	16	101

Respecto a la estructura familiar, la mayoría de las encuestadas convive en una familia; la mayor concentración corresponde a las que conviven con el esposo o pareja y con hijos/as. Luego siguen quienes viven con la madre. Cada una de estas variables no son absolutas porque la pregunta contenía la opción de respuestas múltiples. En relación al número de personas que comparten la unidad familiar, la mayoría se concentra en las que conviven con entre una y tres personas, seguida por las convivientes con cuatro a seis personas.

3. Número de convivientes según estado civil de las encuestadas

Nro de personas convivientes	Estado civil				Total
	Casada / Pareja	Soltera	Separada / Divorciada	Viuda	
1 a 2 personas	2	8	6	3	19
3 personas	9	6	3	6	24
4 personas	10	8	5	4	27
5 personas	11	3	1	1	16
6 o más personas	5	6	1	2	14
Sin datos	1	-	-	-	1
total	38	31	16	16	101

Nivel de instrucción

Una proporción importante de las encuestadas (96,97%) sabe leer y escribir, de las 101 entrevistadas dos dijeron que sólo leen y una que sólo escribe. En relación al nivel educativo alcanzado, la mayor concentración de las encuestadas tiene estudios secundarios incompletos 39,60% (40 mujeres), primarios completos el 26,73% (27 mujeres). En relación a la escolaridad primaria, sólo el 9,90% (10 mujeres) no la completó, indicando que este conjunto de mujeres no accedió a un completo desarrollo de la lecto-escritura. La escuela secundaria fue completada sólo por el 17,82% (18 mujeres) de las encuestadas y sólo 6 mujeres alcanzaron estudios terciarios/universitarios completos e incompletos.

4. Distribución de encuestadas según máximo nivel de educación alcanzado.

Nivel de escolaridad alcanzado	Número	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Primaria incompleta	10	9,9	9,9
Primaria completa	27	26,7	36,6
Secundaria incompleta	40	39,6	76,2
Secundaria completa	18	17,8	94,1
Estudios terc /univ incompletos	3	3,0	97,0
Estudios terc /univ completos	3	3,0	100,0
Total	101	100,0	

Trabajo

El 72,28% de las encuestadas ha participado en el mercado laboral con un trabajo remunerado sin embargo el 66,35% refiere, en el momento de la encuesta, no trabajar en forma remunerada. Esto implica que de las 73 mujeres que manifestaron alguna vez haber trabajado en forma remunerada, sólo 35 lo hacen al momento de la entrevista (34,6%). Esta situación puede explicarse por las condiciones actuales de la participación laboral de las mujeres en el país, que impacta de manera contundente a los sectores más vulnerables. Da 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 en mayor medida los efectos de la desaceleración o recesión económica registran una alta participación femenina (CEPAL 2008). En el caso de Argentina, en el primer trimestre del 2009 la tasa de desocupación femenina es del 9,8 por ciento y supera a la desocupación masculina (6,3%) con lo cual se profundizarían las desigualdades de género en el mercado laboral. Sin embargo, atento en este estudio se consideran mujeres que viven con el VIH, podemos hipotetizar que esta menor participación laboral en relación al total de la población femenina, está vinculada a los altos niveles de discriminación laboral que experimentan las personas viviendo con VIH –PVVS- en Argentina, el vivir con el virus es aún hoy motivo de despido laboral o de no contratación (INADI, 2008).

En relación a las que trabajan al momento de la encuesta, la distribución según los distintos tipos de empleo no presenta relevancia. Lo más relevante es que de las 35 que trabajan, 16 lo hacen

como empleadas domésticas. Esto evidencia que estas mujeres cuando trabajan, participan en formas precarias de trabajo que no gozan mayormente de beneficios sociales: no aportan al sistema previsional, no tienen cobertura de servicios médicos ni otras formas de la seguridad social, sin tener garantizadas sus condiciones de vida cuando no puedan continuar trabajando. Por otro lado, en el caso de las MVVS, se incrementan las condiciones de vulnerabilidad porque suelen perder el trabajo formal cuando se conoce su condición serológica y si están desempleadas al momento del diagnóstico, luego les resulta más difícil conseguir empleo. Todas estas condiciones refuerzan no sólo la situación de discriminación, sino de pobreza en que viven y afectan la evolución de la infección favoreciendo su enfermedad más tempranamente. Es interesante señalar que sólo una mujer se autodefinió como trabajadora sexual.

El tipo de trabajo y la escolaridad alcanzada son dos aspectos importantes a tener en cuenta para las acciones que se lleven a cabo en la prevención y acción contra la violencia y el VIH/SIDA. Las 16 mujeres que trabajan en el servicio doméstico en general tienen estudios primarios incompletos y secundario completo, mientras que tanto las que trabajaban en el comercio y las obreras habían completado el secundario o tenían estudios terciarios o universitarios completos o no.

5. Encuestadas que trabajan según nivel educativo alcanzado.

Nivel educativo alcanzado	Tipo de empleo						Total
	Servicio doméstico	Empl. de comercio	Obrera	Profesional	Empresaria	Trab. sexual	
Primaria incompleta	2	--	--	--	--	1	3
Primaria completa	6	--	--	--	--	--	6
Secundaria incompleta	6	3	2	--	1	--	12
Secundaria completa	2	3	2	1	1	--	9
Ter/univ incomp /completo	--	--	1	4	--	--	5
TOTAL	16	6	5	5	2	1	35

Ingresos

El 91,09% de las encuestadas responde acerca del origen de los ingresos del hogar. En relación a la persona que más dinero aporta al hogar, 48 mujeres refieren ser ellas mismas. Cuando se analiza esto en relación al estado civil, casi la mitad de ellas son viudas (23 mujeres), 16 son solteras y 9 son casadas o convivientes, lo que estaría evidenciando que, a pesar de la situación anteriormente descrita de mayor vulnerabilidad en el mercado de trabajo, las mujeres entrevistadas en un 47.5% son las principales aportantes al presupuesto de la familia.

Los esposos o parejas son los principales aportantes en el caso de las casadas o convivientes, en un 65.8%. En 13 mujeres el principal aportante es el padre o la madre, registrándose el mayor porcentaje entre las solteras (46%), aunque se observan casos en las casadas o en pareja y separadas o viudas.

6. Persona que más dinero aporta al hogar en relación al estado civil de la encuestada.

Encuestada.	Persona que más dinero aporta al hogar		Estado Civil						Total
			Casada / en pareja		Soltera		Separada/ Viuda		
			Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Encuestada	9	23.7	16	51.6	23	71.9	48		
Esposo/pareja	25	65.8	2	6.5	4	12.5	31		
Padre/madre	4	10.5	6	19.3	3	9.4	13		
Hermano/a	-		4	12.9	--	--	4		
Hijo/a	-		0	--	1	3.1	1		
Otro	-		3	9.7	1	3.1	4		
Total	38	100	31	100	32	100	101		

Respecto a los ingresos totales del hogar se distribuyen de la siguiente manera: 32,6% tiene hasta \$500 (u\$s160) o sea viven en condiciones de indigencia dado que no cubren los gastos de la canasta básica; entre \$501-\$1000 (u\$s160-u\$s330) el 31,6% y más de \$ 1.000 (+u\$s330) el

35,8%⁶. Se observa que casi un 20% de las mujeres con el nivel menor de ingreso propio pasa al segundo grupo con el aporte de otro/s miembros de la familia. Sin embargo un tercio de todas las encuestadas tiene su aporte como único ingreso de la familia, especialmente en el caso de las viudas y separadas. Los vales de compras⁷ que reciben estas mujeres, como apoyo social por vivir con VIH, implican el 98,9% del ingreso en el grupo que registra el menor ingreso (hasta \$500).

Condiciones de la vivienda

En relación al tipo de vivienda, el 72,3% habita en casa y el 16,8 % en departamento. Tienen baja incidencia quienes viven en ranchos o viviendas precarias 4,0%, en inquilinato/conventillo vive el 6,9%. En relación a la propiedad de la vivienda el 44,5% refiere que es propia, en tanto el 25,7% manifiesta que alquila. El 19,8% vive en viviendas o habitaciones prestadas, y en casas ocupadas o tomadas el 9,9%.

Respecto de las dimensiones de la vivienda se registra la siguiente distribución: de una habitación el 23,23%; de dos habitaciones el 48,48%; de tres el 21,21%, más de tres el 7,07%. Cuando se analiza el número de personas que viven en el hogar en relación al número de cuartos (cuadro N° 7) se observa que en este grupo existe un déficit en la relación espacio físico, generando un considerable hacinamiento, o sea, condiciones complejas y desfavorables para la convivencia. Este dato estaría registrando la existencia de hacinamiento que, según los indicadores utilizados por el INDEC, más de tres personas por cuarto corresponde a condiciones de vida vulnerables (INDEC, 2001). En el cuadro siguiente se observa el dato del grado de hacinamiento registrado.

7. Distribución de número de personas que viven en el hogar y número de ambientes

Número de personas que viven en el hogar	Numero de ambientes				Total
	1	2	3	4 y más	
1 a 2	9	8	11	1	19
3	9	10	2	3	24
4	4	16	7	--	27
5	2	6	8	--	16
6 y más	1	8	3	3	15
Total	25	48	21	7	101

II. Salud Sexual y Reproductiva

El 50,50% de las encuestadas tuvo su **primera relación sexual** entre los 16 y 18 años y entre los 13 y 15 años el 35,64%, coincidiendo estos datos con las tendencias observadas en los estudios sobre inicio de las relaciones sexuales en el país (Pagani y Re, 2000; Bianco, 2001; Geldstein y Pantelides, 2003; SAGIJ 2005; GOGNA, 2005.). La mediana de edad de inicio de relaciones sexuales es de 15 años y 6 meses, con un aumento en las encuestadas mayores de 50 años que presentan una mediana de edad de inicio de 17 años, mientras que en las menores de 30 la mediana es de 15 años reflejando la disminución de la edad de inicio de relaciones sexuales de las mujeres que se registra en el país. El 91,1% refiere que esa primera relación fue consentida, observando la misma tendencia en todos los grupos socioeconómicos.

⁶ Se estimó los ingresos en u\$s al valor del cambio de peso a dólar al momento de la encuesta.

⁷ Los vales de compra son un apoyo gubernamental que se asigna a las personas o familias de bajos ingresos.

8. Edad de inicio de relaciones sexuales.

Edad	Número	Porcentaje	Porcentaje acumulado
11 años o menos	3	3,0	3,0
12 años	2	2,0	5,0
13 años	8	7,9	12,9
14 años	8	7,9	20,8
15 años	20	19,8	40,6
16 años	21	20,8	61,4
17 años	20	19,8	81,2
18 años	10	9,9	91,1
19 años y mas	9	8,9	100,0
Total	101	100,0	

En relación a si actualmente tiene relaciones sexuales, el 67,3% (N:68) de las encuestadas responde que sí, incluyendo la totalidad de las mujeres casadas o que conviven en pareja, y el 50% de las mujeres solteras.

Respecto al **uso de métodos anticonceptivos** -MAC- del total de las encuestadas el 64,4% (65 mujeres) usa algún MAC. Al relacionar el uso de MAC con las encuestadas que tienen actualmente relaciones sexuales, de las 68 mujeres sexualmente activas 63, es decir el 95,5%, usa algún MAC. Este porcentaje es significativamente superior a los datos de uso en la población general de nuestro país. Según la encuesta de condiciones de vida del SIEMPRO en el 2001 el uso de MAC en mujeres sexualmente activas era de 52,8%, con variaciones según áreas geográficas, el valor más alto era de 57,9% en el área metropolitana⁸. Según la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud⁹ este valor asciende a 64.4%. Por lo tanto, en el grupo estudiado de MVVS se observa un uso más extendido de MAC que en la población general, esto se debe principalmente al mayor uso del preservativo en este grupo debido a la indicación profesional con el fin de evitar reinfecciones en caso de parejas donde ambos viven con el VIH o en parejas serodiscordantes, es decir, cuando uno de los dos es negativo.

9. Distribución de las encuestadas según si son sexualmente activas y uso de métodos anticonceptivos.

Sexualmente activas actualmente	Uso MAC				Total	
	Sí		No			
	N°	%	N°	%	N°	%
Sí	63	95,5	5	4,5	68	100
No	2	6,1	31	93,9	33	100
Total	65	64,3	36	35,6	101	99,9

En relación al estado civil, la mayoría de las mujeres casadas usan MAC (34 mujeres de 38), un poco más de la mitad de las solteras (17 de 31), alrededor de un tercio de las separadas (6 mujeres de 16) y la mitad de las viudas (8 de 16). Esto está directamente asociado a ser sexualmente activas y a que en estos casos usan preservativo.

⁸ SIEMPRO, Encuesta de Condiciones de Vida 2001. www.siempro.gov.ar

⁹ Ministerio de Salud, ENNyS, 2007.

10. Uso actual de MAC según estado civil

Estado civil	Uso de métodos anticonceptivos		Total
	Sí	No	
Casada/Pareja	34	4	38
Soltera	17	14	31
Separada/Divorciada	6	10	16
Viuda	8	8	16
Total	65	36	101

El uso de MAC se registra en todos los grupos de edad, si bien la mayor concentración se produce entre los 25 y 39 años, debido a que es el grupo erario con mayor actividad sexual. En el grupo de 50 a 54 años, siete de las diez mujeres usan MAC, indicando la continuidad de las relaciones sexuales.

Relacionado el uso de MAC con el nivel socioeconómico, no se registran diferencias.

11. Uso de métodos anticonceptivos según grupo de edad de las encuestadas

Grupos de edad	Usa métodos anticonceptivos		Total
	Sí	No	
19 a 24 años	3	3	6
25 a 29 años	8	2	10
30 a 34 años	14	4	18
35 a 39 años	14	4	18
40 a 44 años	15	12	27
45 a 49 años	3	6	9
50 a 54 años	7	3	10
55 a 59 años	1	2	3
Total	65	36	101

Respecto del **método adoptado** la mayor concentración se observa en las que usan “preservativo” (96,92%), seguido por las que usan pastillas anticonceptivas (18,46%). En este grupo prevalece el uso de preservativo porque es el método que se indica en las relaciones sexuales en el caso de MVVS, prevaleciendo por su condición de prevención del VIH más que por su condición de anticonceptivo. Por eso, en esta variable también se registran diferencias con la tendencia observada en otros estudios en la población general. Según la ECV 2001, los anticonceptivos orales son el método más utilizado (42%), seguido por el preservativo (37%), el Dispositivo Intra Uterino -DIU- (15%) y el ritmo (15%). En la ENNyS se observa que del total de la muestra, el 23% de las mujeres usan el preservativo como método anticonceptivo, el 17,5% la píldora y el 8% el DIU.

Es importante remarcar que sólo una mujer encuestada utiliza DIU, lo que puede deberse a la resistencia de los/as profesionales a indicar ese método en las MVVS debido a la creencia errónea de la producción de co-infecciones agregadas y/o posibles infecciones que puede causar el uso del DIU en las MVVS (UNGASS 2008, IPAS 2006), a pesar de que “diversos estudios reportan que no existe un incremento de riesgo de las complicaciones más frecuentes y temidas en pacientes seropositivas que usan DIU (...) los resultados sugieren que el DIU es un método anticonceptivo apropiado para las mujeres infectadas con el VIH, sin patología cervical y con acceso a servicios médicos para el seguimiento” (Ministerio de Salud, 2009).

Ninguna encuestada usa diafragma, lo que es esperable debido a los bajos porcentajes de uso de este método en la población general, además de no ser un método provisto por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y por lo tanto es menos accesible

económicamente para un gran número de mujeres. Otro dato relevante es que ninguna encuestada utiliza la abstinencia periódica o el método Billings lo que sugeriría, de acuerdo con otros estudios, que la religión no tiene gran incidencia a la hora de decidir sobre las estrategias a utilizar en relación a la sexualidad y la procreación (Católicas por el derecho a decidir, 2003) y a que en el caso de PVVS prima el consejo médico a la creencia religiosa. Ello queda ratificado cuando en la pregunta sobre los motivos de elección del método anticonceptivo, ninguna encuestada refirió basar su elección en “consideraciones éticas y/o religiosas”. Respecto a la ligadura tubaria, dos mujeres la refieren, esto refleja una mayor proporción del uso de este método que en la población general, lo cual coincide con hechos registrados (Bianco, Ré y Acerbo 2000) y evidencia como en las MVVS hay una tendencia de los/as profesionales del sector salud a indicar la ligadura tubaria como forma de prevenir la transmisión del VIH a los/as hijos/as, algo inconcebible con la disminución de la transmisión vertical con la prevención con antiretrovirales.

12. Distribución de encuestadas sexualmente activas según el tipo de MAC que usa.

Método	Número	Porcentaje*
Preservativo	63	96.92
Pastillas anticonceptivas	12	18.46
DIU	1	1.53
Ligadura de trompas	2	3.07
Coito interrumpido	1	1.53

* Porcentaje a partir de N:65 correspondiente a mujeres que utilizan un método

Si se analiza el **uso de doble protección**, o sea el uso del preservativo asociado con otro método anticonceptivo, se observa que sólo 13 encuestadas usan doble protección, siendo la principal asociación el preservativo con las pastillas anticonceptivas (10 mujeres). Sólo dos mujeres refieren haberse realizado ligadura de trompas y usan preservativo, y sólo una utiliza DIU y preservativo.

13. Distribución de encuestadas según uso de doble protección.

Métodos anticonceptivos	Usa preservativo	No usa preservativo	Total
Pastillas anticonceptivas	10	2	12
DIU	1	-	1
Ligadura de trompas	2	-	2
Coito interrumpido	0	1	1
Total	13	3	16

En cuanto al tipo de MAC utilizado según estado civil, se observa que si bien el preservativo es el más usado en todos los casos, proporcionalmente es el más utilizado entre las solteras, viudas y separadas.

14. MAC utilizado, según estado civil

MAC Usado	Estado civil				Total
	Casada/ Pareja	Soltera	Separada/ Divorciada	Viuda	
Pastillas anticonceptivas	4	3	2	3	12
Dispositivo Intra Uterino	1	--	--	--	1
Preservativo	34	16	6	7	63
Ligadura de trompas	1	1	--	--	2
Coito interrumpido	1	--	--	--	1
TOTAL	41	19	8	10	79

Cuando se relaciona el uso y tipo de MAC con el nivel socioeconómico se observa que la distribución de las encuestadas es acorde con los datos generales en los tres niveles, lo que

coincide con la tendencia general observada en la mayoría de los estudios y las encuestas que se han realizado a nivel general del país (SIEMPRO, 2001; ENNyS 2007).

La **toma de decisión** respecto de las relaciones sexuales protegidas o no, estuvo a cargo de las mujeres en un 58.4%, siendo acompañadas por sus parejas sólo el 22.8%. Esta proporción se sostiene en todos los intervalos de edad y en todos los niveles de escolaridad alcanzados.

15. Distribución de encuestadas según persona que eligió el MAC utilizado

Persona que eligió el MAC utilizado	Frecuencia	Porcentaje
Encuestada	59	58,4
Encuestada y su pareja	23	22,8
Profesional de salud	6	5,9
Encuestada y profesional de salud	7	6,9
Encuestada, pareja y profesional de salud	5	5,0
No contesta	1	1,0
Total	101	100,0

Estos datos son similares a los observados en la población general del país. Como refieren la mayoría de los estudios, la anticoncepción sigue siendo una decisión que recae básicamente en las mujeres, mostrando la presencia de la dimensión de género representada en la persistente creencia de que las acciones en relación al uso o no de anticoncepción es de exclusiva responsabilidad de las mujeres. Esta vivencia concuerda con el imaginario social que las mujeres deben ser las responsables de la reproducción en general y muy especialmente de las posibles “complicaciones” que esto implica.

En relación al **motivo de la elección del método**, la mayor concentración de frecuencias se observa en “porque es más efectivo” (31.7%) lo que permite suponer que esto tiene que ver con el uso del preservativo por parte de las MVVS.

16. Distribución de encuestadas según los motivos de elección de método anticonceptivo.

Motivos de elección	Frecuencia	Porcentaje
Es más efectivo	32	31.7
Se lo indicó el médico	23	22.8
No daña la salud	22	21.7
Es barato o gratuito	19	18.8
Es el único que consiguió	5	5.0
Total	101	100

Cuando los motivos de elección se relacionaron con el nivel socioeconómico, en las mujeres de sectores más pobres se registra una tendencia a elegir el método en base a la mayor accesibilidad económica.

Como se puede observar, son múltiples las consideraciones que las mujeres evalúan al momento de decidir el uso de un MAC. Esto es importante tenerlo en cuenta dado que la posibilidad de acceso y uso racional de un MAC está directamente asociado con condiciones sociales, culturales, económicas y políticas.

En relación a la edad que tenía cuando **se le diagnosticó el VIH**, la mayoría de las encuestadas fue diagnosticada entre los 20 y 29 años (39,6%) seguido por el grupo de 30 a 39 años (30,8%), sumando ambos grupos de edad abarca al 70,4% de las encuestadas. El 17,2% fue diagnosticada cuando era menor de 20 años, dentro de este grupo algunas fueron diagnosticadas de niñas, lo cual debe asociarse a que se debía a transmisión vertical. Al analizar esto en relación al estado civil, se observa que las separadas/divorciadas y viudas en general han sido diagnosticadas a

mayor edad que las solteras y casadas/en pareja. En esta última, el diagnóstico está vinculado al testeo en casos de embarazo como consecuencia de la aplicación desde 1997 de la Norma de Prevención de la Transmisión Madre-Hijo del VIH, mediante la cual se ofrece el test de VIH a las embarazadas. Por el contrario en las viudas y separadas/divorciadas el diagnóstico suele darse a raíz de la enfermedad o muerte del esposo o pareja o más tardíamente debido a la menor consulta médica que realizan y a la menor visibilización como grupo vulnerable.

17. Edad cuando se le diagnosticó VIH, según su estado civil

Grupo de edad diagnostico	Estado civil				Total
	Casada/ Pareja	Soltera	Separada/ Divorciada	Viuda	
menos de 10 años	2	1	-	-	3
10 a 14 años	1	-	-	-	1
15 a 19 años	5	5	-	-	10
20 a 24 años	5	11	2	2	20
25 a 29 años	11	2	2	5	20
30 a 34 años	4	8	3	2	17
35 a 39 años	4	2	3	5	14
40 a 44 años	2	1	3	1	7
45 años y mas	4	1	3	1	9
Total	38	31	16	16	101

Las **razones por las cuales se hizo el test**, pregunta que permitía respuestas múltiples, fue contestada de la siguiente forma: por “voluntad propia” el 23,8%, por “embarazo” el 23,8%, por “pedido del médico” el 21,8%, por “relación sexual sin protección” el 18,8% al igual que por “pareja viviendo con VIH”. En pocos casos se dijo que fue por violación y por compartir drogas inyectables, lo que permitiría inferir que la infección en estas mujeres fue principalmente por relaciones heterosexuales sin protección con parejas estables y consentidas.

Al momento de la encuesta, aquellas mujeres que realizaron el test durante su embarazo lo mencionaran como el motivo central y excluyente para la realización del test.

18. Distribución de motivos para la realización del test de VIH según grupos de edad al momento del diagnóstico.

Grupos de edad	Motivos de realización del test de detección VIH/SIDA								
	Voluntad propia	Pedido médico	Embarazo	Relación sexual sin protec	Pareja viviendo con VIH o fallecimiento o pareja	Violación	Consumo de drogas	Enfermedad	Dona sangre
- de 15 años	1	1	0	0	0	0	0	0	0
15 a 24 años	3	3	13	8	7	2	2	--	1
25 a 34 años	10	6	11	8	6	--	6	1	3
35 a 44 años	7	9	--	3	4	--	1	2	1
45 años y mas	3	3	--	--	2	--	--	2	--
Total	24	22	24	19	19	2	9	5	5

En relación al estado civil la decisión de realizarse el test por “voluntad propia” es más frecuente en el caso de las separadas/divorciadas, por “embarazo” en las casadas o que viven en pareja, y por “relación sexual sin protección” en las solteras. En el caso de las mujeres casadas y/o en pareja estable, la decisión del test por embarazo o pedido del médico evidencia la falta de percepción de riesgo, ya que ignoran su vulnerabilidad y a la creencia errónea de que las relaciones monogámicas y estables garantizan la protección frente al VIH. La condición de género en las mujeres se rige por las nociones del amor romántico, el cuidado y la confianza como un pilar fundamental del vínculo amoroso, no considerando la posibilidad de la transmisión por parte de sus compañeros. Este dato ha sido un factor decisivo en el incremento de la infección por vía heterosexual en parejas estables. De ello da cuenta el trabajo de Cecilia Gianni, cuando refiere que la mayoría de las mujeres entrevistadas desestimaron la posibilidad de estar infectadas por el

hecho de estar casadas y por ello la recepción del diagnóstico les produjo un gran impacto emocional, dado que se ponía en juego no sólo la existencia de la enfermedad sino también la confianza depositada en la pareja y la creencia de que no era posible ser infectada en relaciones heterosexuales dado que era propio de otros grupos vulnerables, como los tradicionalmente asociados a la vulnerabilidad frente al VIH/SIDA: gays, usuarios de drogas, trabajadoras sexuales (Gianni, 2007).

La decisión de realizarse el test de VIH por voluntad propia o por percibirse en riesgo, requiere una mayor información así como conciencia del cuidado del cuerpo y de la autonomía que redundan en una actitud preventiva más activa. Esta lógica del cuidado y la prevención es mucho menor en sectores con nivel educativo bajo y por ello la mayor frecuencia de realización del test se relaciona con una indicación médica que se efectúa por fuera de su decisión.

19. Motivos de realización del test según estado civil.

Motivos de realización de test	Estado civil				Total
	Casada/ Pareja	Soltera	Separada/ Divorciada	Viuda	
Voluntad propia	6	6	8	4	24
Embarazo	13	5	3	3	24
Relación sexual sin protección	3	11	1	4	19
Pareja viviendo con VIH	8	5	1	5	19
Pedido del médico/a	9	7	3	3	22
Violación	0	2	0	0	2
Compartir drogas inyectables	3	2	0	1	6
Otros	4	7	3	1	15

III. Violencia

Se formularon un conjunto de preguntas orientadas a registrar si las encuestadas padecieron alguna forma de violencia, sus percepciones y el impacto que la violencia tuvo en sus vidas.

El primer dato relevante es que el **93.1% de las mujeres refirieron haber estado sometidas a situaciones de violencia en algún momento de sus vidas**. En valores absolutos ello significa que de las **101 encuestadas, 94 refieren haber sido sujetos de algún tipo de violencia**. Si bien los datos, como plantea Bourdieu, son una aproximación a la realidad no la realidad en si misma, este registro es de una contundencia que requiere ser considerado dentro del esquema estructural de las relaciones de género. De acuerdo al relevamiento, **sufrieron violencia física el 76,2% de las encuestadas; psicológica el 87,7%; sexual el 43.6% y abuso sexual en la niñez el 36.6%**.

Cuando se analiza el tipo de violencia experimentada por las encuestadas se observa que la mayoría sufrieron varias formas de violencia en su vida, evidenciando que la violencia suele presentarse asociada. Al analizar estas asociaciones, de las 37 encuestadas que sufrieron abuso sexual infantil el 97.3% sufrió luego otros tipos de violencia en su vida. El impacto de haber padecido violencia en la infancia en el ámbito privado, se ve acentuado por el elemento reproductor de violencia que contiene, ya que existe un amplio consenso acerca de la alta probabilidad de que las niñas maltratadas y/o testigos de violencia hacia sus madres, son más vulnerables a ser víctimas de violencia, debido en parte a que es el comportamiento que han interiorizado como “natural” en su proceso de socialización primaria.

20. Tipos de violencia experimentada por las encuestadas

Tipos de violencia	Frecuencia	Porcentaje
Violencia psicológica	6	6,4
Violencia física	4	4,2
Abuso sexual en la infancia	1	1,1
Violencia psicológica y física	28	29,8
Violencia psicológica y sexual	2	2,1
Violencia psicológica y abuso infantil	2	2,1
Violencia física y abuso infantil	2	2,1
Violencia sexual y abuso infantil	1	1,1
Violencia psicológica, física y sexual	17	18,1
Violencia psicológica, física y abuso infantil	7	7,4
Violencia psicológica, sexual y abuso infantil	3	3,2
Violencia psicológica, física, sexual y abuso infantil	21	22,4
Total	94	100,0

Al analizar la presencia de los diferentes tipos de violencia en relación al nivel socioeconómico, no se observan variaciones, lo que coincide con la mayor parte de los estudios donde claramente la pertenencia a una clase social no es un mayor factor de vulnerabilidad en la violencia hacia las mujeres. Si bien en el imaginario social se supone que la violencia está directamente asociada a la pobreza, diversos estudios evidencian que trasciende el nivel socioeconómico y que, en conglomerados urbanos, puede llegar a ser significativamente mayor en sectores socioeconómicos medios. A pesar que las condiciones económicas desventajosas pueden ser un dato importante de las condiciones de vulnerabilidad, al hablar de violencia doméstica la dimensión de género atraviesa al conjunto de las mujeres mucho más que la clase social. (Fundación Alicia Moreau de Justo, 1994)

La pregunta sobre **violencia psicológica** refiere a una serie de situaciones donde las mujeres podían seleccionar respuestas múltiples con el fin de evitar el sesgo de no registrar aquellas acciones que por estar “naturalizadas” no son expresadas como expresión de violencia. **El 87,7% de las encuestadas registra la existencia de violencia psicológica en algún momento de su vida.** Entre las situaciones enumeradas mencionan: los insultos, la humillación, las burlas, el maltrato a sus hijos, el desprecio por las tareas que realiza, la destrucción de objetos propios, las amenazas, el rechazo o desprecio, el aislamiento de amigos/as o parientes, entre otras. La mayoría de las respuestas se concentraron en burlas, humillación, amenazas, rechazo o desprecio, dándose la distribución que indica el siguiente cuadro:

22. Distribución de encuestadas según situaciones de violencia psicológica experimentada.

Acciones de violencia psicológica	Frecuencia
Insultos	69
Hacerla sentir avergonzada o humillada en público	50
Desprecio por las tareas que realiza	40
Amenazas	37
Rechazo o desprecio	34
Aislamiento de amigos o parientes	33
Burlas	31
Destrucción de objetos propios	30
Maltrato a sus hijos	18
Daños a mascotas	5

Respecto de quienes son las personas que ejercen violencia psicológica, excluyentemente corresponde a las parejas: el 49,44% de los casos son los ex maridos, ex parejas y/o ex novios (pero que eran parejas al momento de la agresión), y en segundo lugar el 26,97% al marido y/o pareja actual. Esta distribución no varía según el nivel educativo alcanzado. El resto de los agresores como hijos, padres, familiares, amigos, tienen baja incidencia (cuadro N° 23)

23. Distribución de encuestadas según persona que ejerció la violencia psicológica

Persona que ejerció violencia psicológica	Frecuencia	Porcentaje
Ex marido / ex pareja / ex novio	44	50
Marido/ pareja actual	24	27,3
Padre / Madre /Padraastro	8	9,1
Familiares cercanos (Tío, hermano, cuñado, u otro)	5	5,7
Parientes del esposo	3	3,4
Amigo/ Vecino	3	3,4
Hijos/as	1	1,1
Total	88	100,0

La edad en la que refirieron mayor incidencia de violencia se concentra en la juventud (44.8%) y la adultez (25%) con una frecuencia elevada en la etapa de la adolescencia (22.4%) y menor frecuencia en la niñez (6.9%). Hubo un solo caso en situación de embarazo y no se presentan casos en mayores de 65 años.

24. Distribución de experiencia de maltrato físico según las distintas etapas vitales.

Etapas vital	Frecuencia
Niñez (- de 13 años)	8
Adolescencia (14 a 18 años)	26
Juventud (19 a 34 años)	52
Adultez (35 a 65 años)	29
Embarazo	1
Total	116

Esto indica que se experimenta violencia con mayor frecuencia cuando se vive en pareja y en la consolidación de la vida de pareja y familiar, lo que deja claramente en evidencia que es en las relaciones afectivas más cercanas donde se juegan en forma más evidente las relaciones de poder y de género. La familia, supuesto resguardo del mundo afectivo, no parece el ámbito más seguro para muchas mujeres.

Es contundente la presencia de violencia psicológica, sin tener relación con el nivel socioeconómico y de escolaridad alcanzada.

Un 77,3% de las encuestadas (68) refieren que no padecen actualmente violencia psicológica (77,27%), observándose que entre las casadas o en pareja 14 mujeres (38,8%) de las 36 padecen actualmente violencia psicológica. Las solteras solo la padecen un 14,8% (cuadro N° 25).

25. Encuestadas según viven actualmente situaciones de violencia

Vive situaciones de violencia psicológica en la actualidad	Estado civil				Total
	Casada/ Pareja	Soltera	Separada /Divorcia da	Viuda	
Sí	14	4	0	1	19
No	21	23	11	13	68
No Contesta	1	0	0	0	1
Total	36	27	11	14	88

El 76.2% de las encuestadas registra la existencia de **violencia física** en algún momento de su vida. Entre las situaciones enumeradas se encuentran los empujones, zamarreos, pellizcos, tirones de pelo, cachetadas, golpes de puño, mordeduras, palizas, patadas, quemaduras, golpes con objetos y daño con armas. La mayor frecuencia se concentra en empujones (70,1%) seguido de cachetadas (58,4%) zamarreos, golpes de puño y quemaduras.

26. Distribución de encuestadas según las situaciones de violencia física.

Acciones de violencia física	Frecuencia
Empujones	54
Cachetadas	45
Zamarreos	38
Golpes de puño	38
Quemaduras	30
Tirones de pelo	28
Palizas	28
Patadas	28
Pellizcos	13
Golpes con Objetos	13
Ahorcamiento	9
Daño con armas	7
Mordeduras	4

Respecto a quien ejerce la violencia física, en la gran mayoría son el marido/pareja actual (33,3%) y ex marido, ex pareja, ex novio (56,4%). Al analizar conjuntamente este dato con el estado civil, da una correlación muy similar a la que se observa con la violencia psicológica.

27. Distribución de encuestadas según persona que ejerció la violencia física

Persona que ejerció la violencia física	Frecuencia	Porcentaje
Ex marido / ex pareja / ex novio	44	56,4
Marido/ pareja actual	26	33,3
Padre / Madre /Padastro	6	7,7
Familiares cercanos (tío, hermano, cuñado, u otro)	1	1,3
No contesta	1	1,3
Total	78	100,0

Esto nos revela como, al igual que la violencia psicológica, las relaciones de género en las relaciones afectivo-amorosas son un dato relevante en el análisis de las situaciones de todo tipo de violencia contra la mujer, 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 de las mujeres, y la naturalización de las pautas culturales patriarcales, fundamento de la violencia contra las mujeres.

En relación a la etapa de la vida en que fue agredida físicamente, con mayor frecuencia ocurrió en la juventud (49.5%) seguido de la adultez (20.9%) y por último la adolescencia (19.0%). (cuadro N° 28).

28. Presencia de violencia física según las distintas etapas vitales.

Etapas Vitales	Frecuencia
Niñez (- de 13 años)	9
Adolescencia (14 a 18 años)	20
Juventud (19 a 34 años)	52
Adultez (35 a 65 años)	22
Más de 65 años	1
Embarazo	1

Al analizar según el estado civil, se observa una relativa concordancia con la violencia psicológica lo que indica que es difícil pensar que los dos tipos de violencia se presenten disociadas. Esto puede tener su razón de ser en que ambas formas de violencia se producen en lo que se denomina el “ciclo de la violencia” caracterizado por un proceso que comienza con agresiones verbales, insultos y todo tipo de violencia psicológica que desencadena la violencia física, luego sobreviene un período de reconciliación y el pedido de perdón por parte del agresor, para luego reiniciar el ciclo cada vez con mayor intensidad, frecuencia y virulencia (Nuño, 2007).

Al momento del relevamiento de los datos, **el 85.7% (66 mujeres) refiere no estar sometida actualmente a situaciones de violencia física, sólo 13% refiere vivir actualmente situaciones de violencia física.**

Respecto del **abuso sexual infantil** el 62.4% (63 mujeres) contesta no haber estado sometida a dicha situación, pero es importante remarcar que **un 36,6% (37 mujeres) padeció abuso sexual infantil**. De ese total, al indagar sobre quien fue la persona que lo hizo, el 70,3% (26 mujeres) refieren fue una persona del entorno familiar cercano (padre, padrastro, hermano, tío y otros).

29. Distribución de encuestadas según persona que ejerció el abuso sexual infantil

Persona que ejerció el abuso infantil	Frecuencia	Porcentaje
Familiares cercanos (Tío, hermano, cuñado, y otros)	19	51,4
Padre / Madre /Padrastro	7	18,9
Amigo /Vecino	4	10,8
Desconocido	2	5,4
Marido/ pareja actual	1	2,7
No recuerda	2	5,4
No contesta	2	5,4
Total	37	100,00

N: mujeres que sufrieron abuso sexual

En relación a la **violencia sexual**, se preguntó a las encuestadas si alguna vez habían sido obligadas a tener relaciones o contacto sexual en algún momento de sus vidas. De las 101 encuestadas 44 responden que sí (43.6%), 54 (53.5%) que no y 3 (3.0%) no contestan.

Entre quienes fueron forzadas a tener relaciones sexuales, el 27.3% contesta que fue el ex marido o ex pareja quien las obligó, seguido del 22.7% que señala a familiares cercanos. Tal como en el abuso sexual infantil el mayor porcentaje, 81.9%, fueron personas del entorno familiar cercano.

Esto implica que no sólo la mujer conocía a su agresor, sino que seguramente ocurrió en el mismo hogar. (cuadro N° 30)

30. Distribución de encuestadas según persona que ejerció la violencia sexual

Persona que ejerció la violencia sexual	Frecuencia	Porcentaje
Ex marido / ex pareja / ex novio	12	27,3
Familiares cercanos (Tío, hermano, cuñado, y otros)	10	22,7
Marido/ pareja actual	9	20,5
Desconocido	6	13,6
Padre / Madre /Padraastro	5	11,4
Amigo / Vecino	2	4,5
Total	44	100,0

N: 44 mujeres que refieren haber sufrido violencia sexual

Respecto de la etapa de la vida en que sucedió, la mayor concentración se observa en la juventud con el 36% seguido de la niñez (26%) y la adolescencia (24%). Este dato plantea una importante contradicción con el hecho de haber referido tener su primera relación sexual consentida, esto se debe a que en general las mujeres abusadas sexualmente no reconocen a las relaciones sexuales forzadas como su iniciación sexual. Distribución similar se registra en todos los intervalos de edad y en todos los estados civiles.

31. Presencia de violencia sexual según las distintas etapas vitales.

Etapa Vital	Frecuencia
Niñez (- de 13 años)	13
Adolescencia (14 a 18 años)	12
Juventud (19 a 34 años)	18
Adulthood (35 a 65 años)	6
Más de 65 años	1
Embarazo	0

El 93,18% de las encuestadas que fueron víctimas de violencia sexual, refiere que no vive esas situaciones al momento de ser encuestada.

La referencia a la violencia como un dato habitual en la historia de sus vidas, queda evidenciado en el hecho de haber percibido desde niñas agresiones hacia su madre. Para casi el 70% de las encuestadas, esto fue un registro del orden de lo cotidiano en el sentido que “siempre” o “alguna vez” presencié violencia hacia su madre por parte de su marido, pareja o novio.

32. Distribución de encuestadas según haber visto u oído situaciones de violencia hacia la madre por parte de su esposo, pareja o novio

Presenció situaciones de violencia hacia su madre	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sí, alguna vez	46	45,5	45,5
Sí, siempre	24	23,8	69,3
No, nunca	25	24,8	94,1
No sabe	6	5,9	100,0
Total	101	100,0	

Si se relaciona el haber padecido violencia física con haber presenciado de niña violencia hacia su madre por parte de su novio o pareja, el mayor registro se concentra en “sí, siempre” seguido de

“alguna vez”, lo que evidencia como haber sido socializada en un ambiente de violencia lleva a la naturalización de ese tipo de vínculos. La relación entre haber presenciado acciones de violencia contra la madre y haber sido obligada a mantener relaciones sexuales es menos contundente que la anterior.

El análisis de la vivencia de violencia familiar en edad temprana y haber sido sometida a violencia psicológica ofrece una correlación contundente: aquellas mujeres que siempre o alguna vez presenciaron maltrato hacia su madre luego fueron víctimas de violencia psicológica.

33. Situaciones de violencia sufridas según si presenciaron situaciones de violencia hacia su madre

Tipo de violencia que sufrió	Presenció situaciones de violencia hacia su madre por parte de su esposo/pareja				Total
	Sí, siempre	Sí, alguna vez	No, nunca	No sabe	
Violencia psicológica	23	38	22	5	88
Violencia física	23	31	18	5	77
Violencia sexual	14	19	9	2	44
No sufrió violencia	--	5	1	1	7

Del total de mujeres que sufrieron situaciones de violencia, el 51,6% refiere que estas situaciones repercutieron mucho en su salud mental o psicológica, un 25,8% poco y un 16,1% considera que no tuvo impacto en su salud.

34. Impacto de situaciones de violencia vividas en su salud mental o psicológica

Nivel de repercusión	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Mucho	48	51,6	51,6
Poco	24	25,8	77,4
Nada	15	16,1	93,5
No sabe	5	5,4	98,9
No contesta	1	1,1	100,0
Total	93	100,0	

En relación a las lesiones físicas recibidas en el transcurso de la historia de violencia, la mitad de las encuestadas (52,1%) refirió sí en una frecuencia entre una y dos veces, y un porcentaje considerable (33,3%) refirió más de cinco veces.

35. Distribución de las mujeres que sufrieron violencia según hayan sufrido lesiones físicas o no.

Sufrió lesiones físicas	Frecuencia	Porcentaje
Sí	46	50,0
No	45	48,9
No Contesta	1	1,1
Total	92	100,0

36. Distribución de encuestadas que sufrieron lesiones según número de ocurrencia de las lesiones

Número de veces que sufrió lesiones físicas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Una o dos veces	25	52,1	52,1
De tres a cinco veces	5	10,4	62,5
más de cinco veces	16	33,3	95,8
No contesta	2	4,2	100,0
Total	48	100,0	

El 61,5% refiere haber requerido, frente a las agresiones, atención médica alguna vez y el 25% contesta no haber tenido que recurrir a atención médica en ninguna oportunidad.

Dado la inexistencia de estudios a nivel nacional que establezcan o permitan inferir la magnitud de la incidencia de la violencia en la vida de las mujeres, no podemos establecer comparaciones que nos permitan afirmar la mayor incidencia de la violencia en la vida de las MVVS.

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 refiere 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 10% y el 27% de las mujeres declaró haber sido objeto de abusos sexuales siendo niñas o adultas”. (OMS, 2005).

En síntesis, podemos señalar que este grupo de mujeres presenta una mayor frecuencia de violencia que la esperable en la población general de mujeres del país.

IV. Violencia y VIH/SIDA

Entre los rastreos “históricos” de la vida de las mujeres, la violencia pre diagnóstico de VIH tiene un lugar relevante. Si entendemos la violencia como el proceso de sujeción de una persona sobre otra, podemos inferir el lento proceso de construcción de una subjetividad sustentada en la desvalorización, la pérdida de autonomía, la baja autoestima, la desorientación y una condición de subalternidad que dificulta cualquier forma de negociación sexual. Si entendemos al patriarcado como una relación estructural de subordinación, básicamente de varones sobre mujeres, pero no tanto como sujetos biológicos sino como relaciones de poder ubicados en un status de privilegio (Segato, 2003), la violencia es un indicador de relevancia a la hora de entender el proceso de feminización del VIH/SIDA.

El 79.2% de las encuestadas padecieron algunos de los tipos de violencia señalados en el apartado anterior antes del diagnóstico, como puede verse en el cuadro siguiente.

37. Distribución de encuestadas según presencia de violencia antes del diagnóstico.

Violencia antes del diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Sí	80	79,2	84,2
No	14	13,9	15,8
Total	94	94,1	100,0
No sufrieron violencia	7	6,9	
Total	101	100,0	

Si se considera para algunos tipos de violencia la proporción que padeció antes del diagnóstico se observa que 74 de las 88 mujeres víctimas de violencia psicológica (85,2%) la padecieron antes. De las 78 mujeres que padecieron violencia física 68 (87,2%) la padecieron antes y de las 44 que

padecieron violencia sexual 40 (90,9%) la padecieron antes del diagnóstico. Esta última forma de violencia es la más elevada y puede ser la determinante de la infección con VIH.

Si se analiza de las 80 mujeres que padecieron violencia antes del diagnóstico según el tipo de violencia, la distribución se presenta en el cuadro N° 38:

38. Distribución de encuestadas según tipo de violencia padecida antes del diagnóstico de VIH

Tipo de violencia padecida antes del diagnóstico de VIH	SI		NO	
	N°	%	N°	%
Violencia Psicológica	74	92,5	6	7,5
Violencia Física	68	85,0	12	15,0
Violencia Sexual	40	50,0	40	50,0

Como se señaló previamente, es habitual que se asocien las diferentes formas de violencia que padece una mujer. En el siguiente cuadro se presenta la distribución de las asociaciones de las formas de violencia entre las mujeres de nuestro grupo en estudio que padecieron violencia antes del diagnóstico.

39. Distribución de Violencia asociada según presencia antes del diagnóstico

Violencia asociada	Antes del diagnóstico		Total
	Sí	No	
Violencia psicológica, sexual y abuso	3	0	3
Abuso	1	0	1
Violencia física	2	2	4
Violencia psicológica	3	3	6
Violencia psicológica, física y abuso	6	1	7
Violencia psicológica, física y sexual	14	3	17
Violencia psicológica, física, sexual y abuso	20	1	21
Violencia sexual y abuso	1	0	1
Violencia física y abuso	2	0	2
Violencia psicológica y abuso	2	0	2
Violencia psicológica y sexual	2	0	2
Violencia psicológica y física	24	4	28
Total	80	14	94

Es innegable que entre las MVVS encuestadas la presencia previa de violencia es muy evidente y que su peso como determinante de la infección del VIH es relevante, es por ello que es necesario ampliar estos estudios para validar estos datos. Sin embargo, la contundencia de estos hallazgos ya exige considerar la imperiosa necesidad de prevenir y abordar la violencia contra las mujeres como forma de mejorar la respuesta a la epidemia del VIH y disminuir las infecciones en las mujeres.

ANÁLISIS DE LOS DATOS CUALITATIVOS

I. Violencia en la Infancia y Adolescencia

Las ocho mujeres entrevistadas para este estudio padecieron alguna forma de violencia intrafamiliar en su infancia o adolescencia, siendo la madre o el padre biológicos los perpetradores de esta violencia. La violencia física aparece en forma preponderante en cada uno de los relatos, desde cachetazos hasta golpes con la mano o con objetos tales como ramas de árboles, cintos, zapatos, etc.

La violencia hacia niños/as en el ámbito de la familia como forma aleccionadora o disciplinaria, es percibida en muchas familias como algo “natural” y “necesario”, en este sentido aparecería como un método válido de educación de los niños/as y que responde a exigir obediencia absoluta hacia los padres, invisibilizando el maltrato. La cronicidad y cotidianeidad característica de los comportamientos violentos intrafamiliares, junto con las creencias sociales que los justifican y legitiman llevan a muchos/as niños/as a minimizar y normalizar la violencia.

“... 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, Pcia. De Bs. As.

“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, Pcia. De Bs. As.

La necesidad de encontrar una explicación a la violencia padecida aparece en todos los relatos de las entrevistadas, como justificaciones basadas en las características de personalidad del agresor o en el abuso de alguna sustancia. El alcohol y sus efectos como generadores de la conducta violenta, forman parte de una de las creencias socialmente compartidas en relación a la violencia hacia las mujeres y niños/as. Muchas de las entrevistadas sostuvieron que el consumo de alcohol de sus padres era la causa de la violencia ejercida hacia sus madres, como si la verdadera personalidad de sus padres se desdibujara a causa de los efectos del consumo de alcohol.

“...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, Pcia. Bs. As.

“No tuve una infancia muy buena, mi papá era alcohólico, la golpeaba a mi mamá producto del alcoholismo, yo recuerdo de mi infancia estar debajo de una mesa, protegiéndonos a mi y a mi hermano”

Cecilia, 39 años, Pcia. de Bs. As.

En cuanto a la violencia psicológica, los gritos e insultos fueron los tipos de abuso psicológico más nombrados por las entrevistadas. En general existió en las mujeres una tendencia a mencionar y describir situaciones de violencia física por sobre situaciones de violencia psicológica, esto podría deberse por un lado a la naturalización que existe de la violencia psicológica como la humillación, amenazas, rechazo, control excesivo, y por otro a la dificultad en identificar aquellas formas de abuso que no dejan marcas o lesiones corporales visibles, y que son a las que tradicionalmente más se ha ignorado.

“Mi mamá era una persona que gritaba pero era pura espuma, al principio me daba miedo pero después le tomé el tiempo...”

Susana, 41 años, Pcia. Bs. As.

“...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, Pcia. Bs. As.

Muchas de las mujeres manifestaron no haber sentido ganas de volver al hogar de sus padres o haber escapado de los mismos a causa de la violencia vivida. Diversos estudios e investigaciones señalan que las niñas y adolescentes que contraen matrimonio para escapar de la violencia intrafamiliar, creyendo que encontrarán en éste protección y seguridad, suelen vivir en condiciones de mayor aislamiento que sus pares y tienen menos acceso a la información, *“en la mayor parte de los países las niñas describen al matrimonio como solitario, aislándolas de amigos y familia, restringiendo su movilidad social y demográfica, limitando su acceso a la información, a la escolaridad y a la participación comunitaria... el aislamiento social es un problema en sí mismo y es cada vez más identificado como uno de los factores de riesgo para el VIH”* (Bruce y Clark 2004)

“... 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 a que me golpee”

Patricia, 37 años, Pcia. de Bs. As.

“... yo me casé muy joven, me casé a los 16 años, me casé con un vecino para irme de mi casa, porque estaba muy mal ...”

Liliana, 57 años, Pcia. de Bs. As.

Seis de las entrevistadas fueron testigos en su infancia de la violencia física y psicológica ejercida por su padre hacia su madre. Las formas de violencia hacia sus madres que aparecen en los relatos van desde los golpes, gritos, insultos hasta revoleo de objetos. Muchas de las mujeres recuerdan la necesidad de esconderse debajo de algún mueble como forma de protegerse o el sentimiento de culpa por no haber podido defender a su madre:

“Fue duro, vi cosas feas, golpes, maltratos. Él la maltrataba mucho física y verbalmente... cuando ellos discutían no podíamos hacer nada para defender a mi mamá porque éramos chiquitas”

Nancy, 41 años, Pcia. de Bs. As.

Algunos autores denominan a los niños testigos de violencia “víctimas secundarias”, minimizando el impacto y los efectos que el ver y escuchar los episodios de violencia tiene sobre ellos, e ignorando los riesgos para su salud mental.

“Mi papá era una persona alcohólica y a mi mamá la insultaba y golpeaba, me acuerdo que éramos chicos y andábamos escondiéndonos atrás de algún mueble para que no nos alcanzara alguna patada o cachetazo...”

Teresa, 42 años, Pcia de Buenos Aires

“... él (padre) trabajaba en el centro en una estación de servicio, allí había barcitos, y tomaba, ellos venían tarde, escuchaba los gritos... yo tenía 16 años y le preguntaba porqué seguía con él, porqué aguantaba tanto, y nos decía que no quería irse por nosotros,...después de una noche de golpiza me daba vergüenza ir a la escuela, por si habían escuchado los vecinos... los chicos a veces aunque no los toquen crecen viendo esa violencia...”

Cecilia, 39 años, Pcia de Buenos Aires

En muchos casos, las mismas mujeres vieron reflejada la repetición del ciclo de la violencia en sus vidas, donde se encontraron sometidas a las mismas situaciones de violencia que vivieron sus madres.

“... 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, Pcia. de Bs. As.

“... siempre me decían porque 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, Pcia. de Bs. As.

II. Violencia Sexual en la Infancia y Adolescencia

Se analizaron las experiencias de violencia sexual vividas por las entrevistadas durante su infancia y adolescencia, las conductas sexuales abusivas indagadas incluyeron un contacto físico o bien la utilización de la niña/o como objeto de estimulación sexual del abusador. La mayoría de las entrevistadas sufrieron una o más situaciones de abuso sexual durante su infancia y adolescencia, desde situaciones de exhibicionismo, manoseos hasta violaciones. En cuatro de los casos la violencia sexual fue intrafamiliar, siendo los agresores un abuelo materno, un tío, un primo y la pareja de la madre, confirmando que la mayor parte de los abusos sexuales a niñas y adolescentes se produce en el entorno familiar o conocido.

“Cuando yo tenía 13 mi mamá se junto 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...”

Patricia, 37 años, Pcia. De Bs. As.

“Cuando era chica mi abuelo paterno me tocaba..., no me tocaba como un abuelo... le conté a mi mamá y a ella también la había tocado...”

Cecilia, 39 años, Pcia. de Bs. As.

Muchas de las niñas y adolescentes que sufren una violación no buscan ayuda debido a la vergüenza o a las amenazas del agresor quedando expuestas al VIH y otras infecciones de transmisión sexual *“Una experiencia de relaciones sexuales forzadas a temprana edad reduce la capacidad de la mujer para considerar que puede ejercer control sobre su sexualidad. Así, es menos probable que una adolescente que se ha visto obligada a tener relaciones sexuales use condones u otras formas de anticoncepción...”* (OPS, 2003).

“A los 12 años empecé a salir a bailar... estaba esperando sola el colectivo, se detiene un auto y un hombre me pregunta que 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 contarle de grande, en ese momento no se lo conté a nadie, tenía miedo además este hombre me había amenazado”

Teresa, 42 años, Pcia. de Bs. As.

Al indagar acerca de la búsqueda de ayuda frente a la violencia sexual en la infancia, todas las mujeres refieren haberle contado a su madre por lo menos uno de los abusos sexuales padecidos. En la mayor parte de los casos, las madres actuaron minimizando o ignorando el abuso o bien culpando a su hija. Para las niñas que han sufrido violencia sexual es extremadamente difícil relatar el abuso, por miedo a que no crean en su relato, a ser castigadas, o por vergüenza. El mito de la mujer provocadora, históricamente instalado y perpetuado por el sistema patriarcal, recae también sobre las niñas y adolescentes, responsabilizándolas por el abuso.

“... 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, Pcia. De Bs. As.

“Yo se lo dije a mi mamá y mi mamá me dijo que 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, Pcia. de Bs. As.

“Desde los 7 hasta más o menos los 10 años mi mamá tenía la costumbre de dejarnos a dormir los fines de semana a 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, 42años, Pcia. de Bs. As.

Las consecuencias del abuso sexual infantil son diversas y tienen efectos sobre la salud física y mental a corto y a largo plazo, haciendo más vulnerables a las mujeres que lo han padecido a otras situaciones de abuso y perpetuando el ciclo de la violencia, *“la experiencia del abuso aumenta la vulnerabilidad de las mujeres respecto a hombres explotadores y reduce su capacidad para proteger a sus hijos, por lo tanto son muchos los modos por los que el abuso infantil puede perjudicar a varias generaciones”* (Glaser y Frosch1997).

“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 atrás porque ella me contó de una experiencia en donde la habían querido manosear, no es fácil, es algo que te marca”

Teresa, 42años, Pcia. de Bs. As.

“...no te olvidas más de esas cosas, no te olvidás nunca, quizás te olvidás de otras, pero esas cosas no te las puedes olvidar, es bravo”

Liliana, 57años, Pcia. de Bs. As.

III. Violencia en las parejas

Todas las entrevistadas sufrieron algún tipo de violencia por parte de su pareja en algún momento de sus vidas. En cuanto a la formas de violencia, todas relataron haber padecido violencia física o psicológica por parte de su marido, pareja, novio, ex pareja o ex marido, desde cachetazos, patadas, empujones, golpes con la mano y objetos hasta celos excesivos, control, insultos y amenazas con cuchillo.

“... 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, Pcia. de Bs. As.

“... 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, Pcia, Bs. As.

En la mayoría de los casos, la violencia física y psicológica se presentaron asociadas, y en algunos casos el ciclo de violencia, característico de las relaciones violentas, se hizo evidente en el mismo relato.

“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, 42años, Pcia. de Bs. As.

Los celos, el control y las agresiones verbales fueron las formas de violencia psicológica más mencionadas por las entrevistadas. En muchos casos el control de sus compañeros o esposos se manifestó en prohibiciones en torno a la vestimenta, las salidas y/o sus amistades, resultando en el aislamiento de la mujer, alejándolas del entorno familiar y limitando el acceso a información y a servicios de asistencia, aumentando su vulnerabilidad.

“...no quería que usara shorts, escotes ni pollera, ponele que era sábado y yo iba a comprar budines, no podía ir con short, esa ropa la tenía que usar sólo con él, si iba así me traía a patadas desde donde estaba, yo tenía que estar vestida como el quería...”
Liliana, 57 años, Pcia. de Bs. As.

“... 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, Pcia. Bs. As.

“Yo consumía pero yo era la novia del muchacho que vendía, el que tenía la droga, entonces yo no necesitaba estar con nadie porque lo tenía a él, no necesitaba prostituirme. Incluso él fue quien me transmitió el VIH. Con él estuve desde los 15 hasta los 18 años más o menos. Me controlaba, me insultaba, me humillaba frente a los demás, trataba de dominarme”
Patricia, 37 años, Pcia. de Bs. As.

Tres de las entrevistadas refirieron haber padecido alguna forma de violencia sexual por parte de sus parejas. Para muchas mujeres es aún muy difícil reconocer sus derechos en torno a su cuerpo y a su sexualidad, en especial dentro de una relación conyugal o de pareja *“la cohabitación marcaba para el “jefe de familia” la potestad del sexo con su compañera, obligada a concederlo en función de la autoridad del varón, reconocida y aceptada a nivel social y legal”* (Fontana, 2004). La violencia sexual en la pareja es una demostración de poder por parte del agresor, en donde la víctima es tratada por éste como un objeto de su propiedad con la más absoluta impunidad *“Las mujeres que viven con un compañero violento tienen dificultades para protegerse de embarazos no deseados y de enfermedades. La violencia mediante relaciones sexuales forzadas puede desembocar directamente en un embarazo no deseado o en infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH...”* (OPS, 2003).

“A veces si veníamos de bailar en colectivo él quería tener sexo ahí, y si yo no quería él me agarraba del cuello, de los brazos, me tiraba del pelo...”
Teresa, 42años, Pcia. de Bs. As.

“... a veces era agresivo porque quería (tener relaciones sexuales) todos los días, probar para que quedara (embarazada), pero era cuando venía, yo no quería cuando él venía, 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, yo no quería, cuando me quería besar, yo no quería... se puso muy agresivo, me arrancaba la ropa, me decía haceme esto o quería poses, yo estaba cansada, levantaba todo el día los cajones... era terrible, yo me agarraba al colchón y no veía el momento que acabara para ir al baño corriendo, si lo notaba me cagaba a palos ...”
Liliana, 57 años, Pcia. de Bs. As.

“...yo hasta ese momento había tenido relaciones vaginales no de otra manera... me obligaba a tener otras relaciones... cuando quería que tuviéramos sexo oral, a mí me repugnaba...”

Cecilia, 39 años, Pcia, de Bs. As.

Los episodios más violentos suelen ocurrir cuando la mujer decide abandonar a su pareja, llegando en muchos casos al asesinato de ésta. El poder que el hombre violento ejerce sobre la mujer peligra cuando ésta decide dejarlo, la posibilidad de perder el control y dominio sobre su pareja desencadena reacciones violentas muchas veces extremas “sos mía o de nadie más”, “...estudios de países desarrollados demuestran que una cantidad sustancial de homicidios perpetrados por un compañero íntimo ocurren cuando la mujer trata de romper la relación o poco después” (UNFPA, 2005) Dos de las entrevistadas relatan los abusos y persecuciones sufridas al decidir dejar a sus parejas luego de sufrir violencia física y psicológica durante años.

“... violencia a nivel golpes con mi primer marido, él me pegaba, yo tenía 18 años... estuvimos juntos un año y medio, y lo peor fue cuando decidí separarme, que yo estaba con la nena en brazos. Me pude ir y él estuvo un año persiguiéndome”

Marta, 43 años, Ciudad de Bs. As.

“... finalmente lo dejé, dije no quiero saber más nada con este tipo. Yo no podía cruzar la esquina porque él me esperaba para pegarme, me seguía buscando. Me golpeó mucho y yo era chica, no tenía porque soportar eso”

Nancy, 41 años, Pcia. Bs. As.

La violencia hacia la mujer en la pareja puede desencadenarse o bien agravarse producto del diagnóstico de VIH/SIDA. Muchas mujeres deciden no revelar su condición serológica a sus parejas por miedo al abandono, a ser humilladas o maltratadas físicamente. Para muchas mujeres el miedo a sufrir estas consecuencias funciona como obstáculo al momento de realizarse el examen de VIH o acceder a otros servicios de VIH/SIDA.

“... una tortura psicológica, cuando empiezo a estar de novia con él hacía poco que había tenido mi diagnóstico. Le dije “yo soy una persona que vive con el virus del HIV” y él me dijo que no le importaba que estaba todo bien. Yo siempre decidí decirlo antes de tener relaciones sexuales con una persona porque se puede romper el preservativo. Yo tenía 27 y él tenía 15 años más que yo, primero me dijo que no había problema y después me decía “ahí viene el bicho con patas” y en aquel entonces se le llamaba bicho al virus o “tomá las pastillas que si no las tomas te va a llevar San Pedro ...”

Susana, 41 años, Pcia, de Bs. As.

IV. Búsqueda de ayuda frente a la violencia

Sólo una entrevistada manifestó haber buscado ayuda en alguna institución frente a la violencia por parte de su pareja, las otras manifestaron no querer realizar la denuncia por vergüenza, por temor a ser maltratadas, culpabilizadas y revictimizadas.

“... 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, Pcia. de Bs. As.

Muchas mujeres maltratadas por sus parejas experimentan nuevamente el abuso y la violencia por parte de aquellas instituciones que deben asistirlos. Los prejuicios de género y los mitos sobre la violencia doméstica, condicionan las actitudes de los actores institucionales ante las mujeres que denuncian un hecho de violencia familiar, resultando en la minimización de los episodios de violencia, la culpabilización de la mujer y la protección del hombre violento. En este marco muchas mujeres deciden no realizar la denuncia o abandonar el proceso judicial “... la existencia de prejuicios de género por parte de muchos operadores obstaculizan notoriamente cualquier

intervención. Así, se producen distorsiones que afectan el tratamiento que debe darse a las víctimas tanto desde la justicia como desde la ayuda terapéutica y social, lo que genera doble victimización, aumento del riesgo y finalmente, impunidad” (Rozansky, 2003).

“... él decía, le pegué, porque la quiero mucho, estoy enfermo, tomo droga, ella es re trabajadora 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, Pcia. de Bs. As.

“Tuve una violación. Cuando tenía 28 años, fue el padre del hijo de mi mejor amiga. Vino un día a mi casa, le abrí la puerta, vino con un amigo que fue testigo, vio todo pero no hizo nada... yo le abrí la puerta de mi casa y con la vida que yo llevaba decidí no hacer nada... sabía que con el estilo de vida que llevábamos todos no me iban a creer... se lo conté a mi amiga y con los años se lo conté a mi pareja, pero después de muchos años.”

Marta, 43 años, Ciudad de Bs. As.

Las amenazas del agresor y el aislamiento social en que viven las mujeres que viven este tipo de violencia son otros de los factores por los que la víctima no intenta buscar ayuda, padeciendo en secreto el abuso de su pareja, ambos son mecanismos impuestos en forma progresiva por el hombre violento con el objetivo de acrecentar la dependencia de su pareja y limitar su acceso a los servicios de salud y justicia.

“... 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, ponía música, miraba la televisión, si íbamos a los recitales íbamos los dos juntos...”

Liliana, 57 años, Pcia. de Bs. As.

“...no buscaba ayuda porque tenía miedo de las amenazas, que le hiciera algo a mi familia y a mis hijos...”

Teresa, 42 años, Pcia. de Bs. As.

V. Uso de métodos anticonceptivos

Los métodos anticonceptivos utilizados por las entrevistadas antes del diagnóstico fueron las pastillas anticonceptivas, la inyección y el DIU, con el objetivo de “cuidarse” o protegerse de los embarazos. Ninguna de las entrevistadas refirió haber usado el preservativo como método de protección previo al diagnóstico de VIH/SIDA.

“...me compraba una inyección para no quedar embarazada. Con mi marido a los tres meses de salir quedé embarazada y desde ahí no nos cuidamos más hasta tener a la nena”

Nancy, 41 años, Pcia. de Bs. As.

“... con mi primer hijo me puse un DIU y con mi segundo hijo me puse un DIU, esa era siempre mi manera de cuidarme...”

Patricia, 37 años, Pcia. de Bs. As.

La mayoría de las entrevistadas nunca recibió asesoramiento ni orientación acerca del uso del preservativo previo al diagnóstico de VIH/SIDA. Sólo dos mujeres refirieron haber usado preservativo de forma irregular “a veces” con alguna de sus parejas.

“Con ninguna de las parejas usamos preservativo, excepto con el padre de mi hija usamos algunas veces, yo le decía porque yo ya había escuchado algo sobre el tema...”

Teresa, 42 años, Pcia. de Bs. As.

“... Con mi primer pareja yo no sabía qué era un preservativo, no lo conocía...”

Nancy, 41 años, Pcia. de Bs. As.

“...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, Pcia. de Bs. As.

Algunas de las creencias subyacentes al uso del preservativo se hicieron presentes en los relatos de las entrevistadas. Para muchas mujeres conocer a una persona previamente, conocer a su familia o amigos, brinda una sensación ilusoria de seguridad frente a la infección del VIH. Esta creencia considera al matrimonio y a la pareja estable como medios de protección contra la infección, ignorando las frecuentes infidelidades y abusos sexuales a las que las mujeres se ven expuestas en una relación de pareja violenta.

“... decían que si tenías una relación casual usaras preservativo pero yo casual le llamaba a encontrar a alguien por la calle y tener relaciones, y generalmente mis novios fueron conocidos”
Susana, 41 años, Pcia. de Bs. As.

Dos de las entrevistadas resaltan el hecho de que en sus hogares no se hablaba de sexualidad, uso del preservativo u otros métodos anticonceptivos. El tabú, aún existente en la sociedad en torno a la sexualidad en sus diferentes aspectos se evidencia en el acceso limitado de niñas y adolescentes a una educación sexual integral en la escuela.

“... con ella (refiriéndose a su madre) no podías hablar de preservativos, anticonceptivos, no te decía de qué manera cuidarte, nada”
Teresa, 42 años, Pcia. de Bs. As.

La violencia hacia las mujeres dentro de la pareja se manifiesta también en el obstáculo para el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos por parte de sus parejas. Aún cuando una mujer pueda tener acceso a información sobre preservativos y MAC, dentro de una relación violenta no tiene capacidad para pedir o negociar su uso, incluso en muchos casos el intento de negociación desencadena abusos físicos, verbales y sexuales por parte de su pareja.

“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, Pcia. de Bs. As.

Todas las entrevistadas que están en pareja en la actualidad refirieron estar utilizando preservativo. Algunas mujeres señalaron las dificultades para implementarlo con su esposo luego del diagnóstico de VIH, evidenciando que el uso del preservativo no sólo depende del acceso a la información sino también de la puesta en juego de estereotipos de género que funcionan como obstáculos al momento de la negociación del mismo con sus parejas.

“... es difícil implementar en una pareja de tantos años el 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 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 co infección 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, Pcia. de Bs. As.

VI. Diagnósticos de VIH

Las razones por las cuales las entrevistadas se realizaron el examen de VIH fueron diversas. Sólo en un caso la realización del mismo estuvo asociada al embarazo, más específicamente al momento del parto.

“Cuando voy a tener a mi bebé, no me habían hecho el control del VIH durante el embarazo, estaba con contracciones y una enfermera me preguntó si me habían hecho el control del VIH, le dije que no, que el médico no me lo había indicado. Me sacaron sangre pero no recuerdo haber firmado nada...”

Nancy, 41 años, Pcia. de Bs. As.

En dos de los casos la realización del mismo fue a raíz de enfermedades asociadas al VIH por pedido del médico tratante.

“Yo me entero en el año 2000, hago una TB y me entero que vivo con VIH, a pesar del consumo no necesitaba prostituirme, pero mi primer novio vivía con VIH hacía muchos años y nunca me dijo nada ni me cuidó. En el 92 tengo mi primer hijo, y cuando tuve mi segundo hijo empecé a adelgazar, entonces mi marido y mi cuñada decidieron que no le siguiera dando de mamar para que yo no adelgazara y le dieron mamadera. En el año 2000 yo terminé en el hospital con una tuberculosis, y quedo internada. Estuve en terapia intensiva, y un médico viene y me dice “te hicimos de todo pero no te encontramos nada, entonces pensamos que te podíamos hacer un VIH”, yo le dije que estaba bien, me hicieron el VIH...”

Patricia, 37 años, Pcia. de Bs. As.

“... 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 agarró neumonía. Me dijeron que tenía VIH. Me hicieron firmar para saber si estaba de acuerdo que me hicieran el examen de VIH, firmé, primero salió dudoso pero después dio positivo. Yo tenía 55 años...”

Liliana, 57 años, Pcia. de Bs. As.

Muchas mujeres descubren que viven con el VIH luego de conocer que sus parejas o hijos viven con el virus. En estos casos, las mujeres no sólo deben enfrentar su propio diagnóstico de VIH sino que generalmente deben afrontar los cuidados de sus familiares infectados, actuando como soporte emocional y en muchos casos económico de la familia “...muchas cuidadoras experimentan altos niveles de tensión y agotamiento que tienen un impacto significativo en su bienestar, especialmente si ellas mismas están infectadas por el VIH” (Esplen, Bridge, ICW, 2007)

“... yo me enteré cuando estaba internada con Ezequiel (hijo con VIH), tenía 25 años más o menos”.

Mariela, 31 años, Pcia. de Bs. As.

“Mi esposo empezó en el 2002 con un problema respiratorio... lo fui a ver al hospital, estaba llorando, estaba la psicóloga con él, ella es con quien todavía me trato, le pregunté que pasaba, y ahí me dijo que tenía 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, que hago con 5 hijos, hacelo por mí, no se de donde saqué las fuerzas, cuando salí afuera lloré y lloré, yo quería levantarlo a él, yo también había bajado como 15 kilos, trabajaba mucho, le ocultaba a la familia, sólo se lo dije a mi cuñado, y además te cuento que Jorge tuvo una novia de 8 años y después yo, así que yo pensaba soy yo!...”

Cecilia, 39 años, Pcia. de Bs. As.

Sólo dos de las ocho entrevistadas se acercaron a realizarse el examen por voluntad propia, en uno de los casos por conocer a una persona que murió a causa de la enfermedad y en el otro por haber tenido relaciones sexuales sin protección. En ambos casos las entrevistadas contaban con

alguna información acerca del VIH lo cual les permitió tener una mayor conciencia acerca de la importancia de realizarse el examen.

La falta de información adecuada acerca del VIH/SIDA aumenta la vulnerabilidad de las mujeres y niñas a infectarse con el virus. La mayoría de las entrevistadas no conocían lo que era el VIH/SIDA al momento de la infección o la información que tenían se basaba en mitos o creencias en torno a la enfermedad.

“... 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, Pcia. de Bs. As.

“Yo pensé que eso no existía en este país que era algo que sólo pasaba en África...”
Nancy, 41 años, Pcia. de Bs. As.

“... yo ni sospechaba, veía las propagandas en la tele pero decía “eso está en otro país” y no, estaba ahí”
Teresa, 42 años, Pcia. de Bs. As.

Muchas de las entrevistadas refieren no recordar haber firmado un consentimiento y aún aquellas que lo hicieron, no pudieron tomar una decisión informada ya que en la mayor parte de los casos no recibieron consejería antes del test de VIH. En este sentido la firma del consentimiento informado se convirtió para las mujeres en un acto de obediencia frente a las órdenes del médico/a más que en una decisión libre e informada acerca de su salud. El examen voluntario de VIH y en especial la consejería anterior y posterior al mismo son instancias claves en la prevención y acceso al tratamiento y otros servicios de VIH/SIDA así como en la prevención y detección de situaciones de violencia contra las mujeres como consecuencia de su condición serológica.

“Vino una neonatóloga, que vino a ver al bebé y me dijo “no se lo vamos a hacer al nene te lo vamos a hacer a vos”, me dijo “firma el consentimiento” y no me explicó nada. Después por lo que yo me acuerdo estuve esperando como una hora para que me dieran el resultado, me senté frente a una mujer que no sé que era, si era médica o psicóloga, me dijo “te dio reactivo” y le dije “bueno, muchas gracias” y me fui”
Marta, 43 años, Ciudad de Bs. As

“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 positivo. 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 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, Pcia. de Bs. As.

“El día que el médico me dio el resultado no me dijo que habían más personas que vivían con el virus, no me dijo que podía recibir atención de psicólogas, no me dijo que había grupos de ayuda, nada.”
Teresa, 42 años, Pcia. de Bs. As.

VII. Violencia y discriminación de los servicios de salud como consecuencia de vivir con VIH/SIDA

La violencia hacia las mujeres es causa y consecuencia del VIH/SIDA. Muchas mujeres al revelar que viven con el virus enfrentan un abanico de situaciones de discriminación y abusos que muchas veces se hace presente en la atención de su salud y el trato que reciben del personal de

los servicios de salud, ya sea mediante la negación de los servicios, la violación de la confidencialidad, la presión para la realización de procedimientos médicos, entre otros.

Con respecto al acceso al tratamiento y otros servicios de VIH/SIDA, sólo una entrevistada relata haber abandonado el tratamiento en una oportunidad debido al maltrato recibido en el hospital donde se atendía, pero muchas refieren situaciones de discriminación por parte de profesionales de la salud quienes les negaron atención en forma arbitraria.

“...maltrato no, lo que si me di cuenta es que muchos no sabían que hacer conmigo. Por ahí de ir a una guardia a cualquier hospital y si decís que vivís con VIH te dicen que mejor vayás a ver a tu médico”.

Marta, 43 años, Ciudad de Bs. As.

“... 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.”

Patricia, 37 años, Pcia. de Bs. As.

La revelación pública de la condición serológica constituye una violación al derecho a la privacidad y autonomía que tiene toda persona que vive con 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 de VIH positivo “... cuando el personal de salud se autodenomina de facto guardián de las mujeres viviendo con VIH, lo que realmente hacen es relegar a esas mujeres a la categoría de menores de edad y de esa manera refuerzan la cultura existente de control social y desigualdad sexual”. (Human Rights Watch, 2004).

“...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 24 hs del día, y yo me entero que tengo 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, Pcia. de Bs. As.

“... en el hospital, una enfermera dijo “esa mujer está con VIH”, en el momento yo estaba con suero, le dije “no te preocupes que con guantes no te pasa nada”, después cuando volvió a la habitación le dije: “sabés que yo tengo derechos?”, me contestó: “no se lo que me querés decir con eso”, “quiero decir que yo tengo derechos de la confidencialidad de mi diagnóstico y que vos no podés andar diciendo por toda la guardia que yo tengo VIH, estás faltando a la ley”, me dijo “ay mamita, disculpame tenés razón, disculpame”

Cecilia, 39 años, Pcia. de Bs. As.

VII. Percepción del Vínculo entre Violencia y VIH/SIDA

Las intersecciones entre el VIH/SIDA y la Violencia contra las mujeres tienen sus raíces en las condiciones de vulnerabilidad individual, social y económica consecuencia de las profundas desigualdades de género y del rol de subordinación que históricamente ha sido impuesto a las mujeres. La violencia durante la niñez y su asociación con conductas de riesgo, la violencia en la pareja y sus consecuencias en la autoestima, salud física y relaciones sociales, el sexo forzado y sus consecuencias sobre la salud sexual y reproductiva, la falta de acceso a información y la violencia como consecuencia del diagnóstico de VIH son algunas de las formas en que la violencia aumenta la vulnerabilidad de las mujeres a la infección del VIH.

Este continuum de violencia fue un común denominador en las historias de vida de todas las entrevistadas, todas ellas sufrieron situaciones de violencia previas al diagnóstico de VIH/SIDA desde la infancia hasta su adultez.

Al indagar sus percepciones acerca de los vínculos entre el VIH y la violencia en sus vidas, la mayor parte de las mujeres reconocieron una asociación entre las dos pandemias. Para dos de las mujeres la falta de poder de la mujer en las relaciones de pareja para negociar el preservativo es una clara evidencia de éste vínculo:

“Creo que se relacionan, al estar con esta persona, 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, 42años, Pcia. de Bs. As.

Los efectos a corto y largo plazo de la violencia crean condiciones de vulnerabilidad para mujeres y niñas. Muchas niñas y adolescentes que sufren violencia en sus hogares buscan maneras de huir de los mismos, en muchos casos el abuso de sustancias se transforma en una forma de “escapar” de la violencia.

La falta de información, estudios formales y oportunidades fueron señalados por varias entrevistadas como factores que aumentaron su vulnerabilidad al VIH/SIDA. La violación del derecho de niñas y adolescentes a la educación debe ser considerada como una forma más de violencia y como punto de intersección entre ésta y el VIH, “Se encontró que la educación formal puede influir en la vulnerabilidad de las niñas frente al VIH en distintas formas: i) las expone a la educación sobre el VIH, lo cual ayuda a prevenirlo, ii) provee beneficios psicológicos en la medida en que les ayuda a desarrollar su autoestima y la capacidad de actuar, iii) puede conducir a una situación económica más favorable que, a su vez, puede influir en estilos de vida que determinan la vulnerabilidad frente al VIH, iv) influye en el poder en las relaciones sexuales y v) afecta sus redes sociales y sexuales” (Luciano Dinys, 2009).

“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, Pcia. de Bs. As.

“...la culpa de lo que me pasó fue mía... 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, Pcia. de Bs. As.

“... 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..., quizás lo que me faltó fue información desde chica...”

Cecilia, 39 años, Pcia. de Bs. As.

CONCLUSIONES

La presente investigación de carácter exploratorio y descriptivo, fue el primer acercamiento en Argentina a la relación entre el VIH y la violencia contra las mujeres. Como resultado se produjo un conjunto de datos cuantitativos que muestran la especificidad sobre ciertos aspectos de la salud sexual y reproductiva de las mujeres viviendo con VIH, la vinculación entre la violencia y el VIH y arrojó una serie de hipótesis y preguntas para futuras investigaciones.

I. Salud Sexual y Reproductiva

Como datos centrales de la vida sexual y reproductiva de las encuestadas y coincidiendo con las tendencias de la mayoría de los estudios sobre inicio de las relaciones sexuales del país, 86.14% tuvo su primer relación sexual entre los 13 y los 18 años. El 91,09% refiere que esa primera relación fue consentida.

El 67,3% de las encuestadas refirió mantener en la actualidad una vida sexual activa, incluyendo la totalidad de las mujeres casadas o que conviven en pareja y el 50% de las mujeres solteras. En las entrevistas realizadas en profundidad, sólo dos mujeres refirieron no estar en pareja en la actualidad ni mantener una vida sexual activa, en estos casos la violencia padecida, ya sea previa al diagnóstico o como consecuencia de éste por parte de maridos o parejas convivientes, afectó la vida sexual de las mujeres, generando sentimientos de miedo, vergüenza y desvalorización que actúan como obstáculos para el establecimiento de nuevas relaciones de pareja.

Al analizar el uso de métodos anticonceptivos: de las 68 mujeres que tienen relaciones el 95,5% utiliza un método anticonceptivo siendo el preservativo el principalmente utilizado (96,92%), seguido de pastillas anticonceptivas (18,46%), con una muy baja presencia de otros métodos. Del total de mujeres que utiliza preservativo sólo el 20.6% utiliza otro método anticonceptivo, esto indica la escasa promoción de la doble protección, evidenciando la necesidad de capacitar al personal del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable acerca de la doble protección así como de la atención de las MVVS sobre anticoncepción. Esto es un requisito de urgente aplicación para mejorar la atención de las MVVS y favorecer la prevención de las mujeres no infectadas. La información obtenida de las entrevistas revela que sólo dos mujeres refirieron haber utilizado de forma irregular el preservativo con alguna de sus parejas previo al diagnóstico del VIH/SIDA. La falta de información u orientación acerca de las formas de transmisión del VIH, de la sexualidad y del uso del preservativo, ya sea proveniente de la familia, la escuela como de los servicios de salud o sociales, fue señalada por las mujeres como la principal razón para su falta de cuidado.

Al indagar este tema en las entrevistas en profundidad, todas las mujeres entrevistadas actualmente en pareja manifestaron haber comenzado a utilizar el preservativo luego del diagnóstico de VIH. Muchas de las mujeres señalaron las dificultades encontradas al momento de implementarlo con sus parejas, evidenciando que la utilización del preservativo no sólo depende de la información a la cual se acceda sino de la posibilidad de apropiarse de la misma a partir del empoderamiento de la mujer y la conciencia sobre sus derechos sexuales y reproductivos. Es evidente que los hombres no son informados ni educados acerca de su responsabilidad en la transmisión de la infección. Ellos también necesitan acceder a información y educación sexual.

Ninguna de las encuestadas refirió utilizar la abstinencia periódica ni el método de Billings, lo cual sugeriría que la religión no tiene gran incidencia al momento de decidir sobre su vida sexual. De la misma manera, en la fase cualitativa ninguna de las mujeres entrevistadas señaló a la religión como una variable influyente en sus decisiones sobre su vida sexual, sin embargo, varias de las mujeres manifestaron que parte de su desconocimiento sobre sexualidad y reproducción se debía al tabú todavía existente en la sociedad en relación a dichos temas, tabú que en parte, ha sido impuesto y perpetuado por creencias y mandatos religiosos y que evidencia el acceso limitado de las niñas y adolescentes a una educación sexual integral. Es clave implementar a la brevedad la educación sexual integral en todo el ciclo lectivo, como así también los servicios de salud deben proveer información y educación acerca de la sexualidad, algo aún inexistente en la Argentina.

En relación a la toma de decisión con respecto a mantener relaciones sexuales protegidas, en un 58,4% de los casos estuvo a cargo de las mujeres, sólo el 22% fue acompañada en la toma de decisión por su pareja, proporción que se repite en todos los intervalos de edad y niveles de escolaridad. Este dato es congruente con el rol asignado a las mujeres en tanto responsables de la reproducción en general y del uso de anticoncepción. Esto debe modificarse y además de lo señalado deben promoverse campañas de información pública que permitan una divulgación masiva que deberá reforzarse con información personalizada.

II. VIH

En relación a la edad en que las mujeres fueron diagnosticadas con VIH, la mayoría fue entre los 20 y 29 años, o sea en edad reproductiva, debido a la realización del test para VIH en el control del embarazo. Sin embargo sabemos que la infección con VIH de estas mujeres ocurre en la adolescencia, dato que concuerda con el aumento del VIH en las mujeres jóvenes que se observa en todo el mundo y que evidencia la necesidad de desarrollar e implementar acciones de prevención dirigidas especialmente a las y los adolescentes, grupo altamente vulnerable al VIH.

Respecto a las razones por las cuales las mujeres se realizaron el test, pocas lo hicieron por voluntad propia, en general fue por indicación médica, por embarazo o por motivos de patología o por enfermedad de la pareja. La decisión de realizarse el test “por embarazo” es más frecuente en las casadas, por “voluntad propia” en las separadas/divorciadas y por “relación sexual sin protección” en las solteras. Este dato muestra la falta de testeo previo al embarazo en las mujeres solteras o casadas o en parejas estables, pero activas sexualmente, reflejando la creencia errónea de que el matrimonio o las relaciones estables garantizan la protección frente al VIH. Las mujeres casadas no forman parte de los grupos tradicionalmente considerados vulnerables frente al VIH/SIDA, hecho que refuerza la idea de la confianza y seguridad depositada en el matrimonio, y que a la vez desconoce las situaciones de riesgo de estas mujeres debido a la violencia y a las relaciones sexuales con otras parejas y consumo de drogas de sus compañeros.

En las entrevistas en profundidad realizadas a mujeres, a diferencia de los datos arrojados por las encuestas, sólo en un caso la realización del examen de VIH estuvo asociada al embarazo. Las razones mencionadas por las mujeres fueron que su pareja o hijo/a vivieran con VIH, a raíz de problemas de salud, y por voluntad propia. Esta última razón fue manifestada por dos de las entrevistadas, una de ellas por mantener relaciones sexuales sin protección y la otra por tener un amigo con VIH/SIDA. La decisión de realizarse el test por voluntad propia implica no sólo información acerca del VIH sino también una actitud activa hacia el cuidado del propio cuerpo y de la salud. Conciencia de autocuidado construida mediante el aprendizaje de los derechos y el poder sobre el propio cuerpo, aprendizaje que en general le ha sido negado a la mayoría de las mujeres. Sería fundamental que los servicios de salud refuerzan la detección de situaciones de riesgo en las mujeres y promuevan el testeo de ellas y sus compañeros. La expectativa de “ser cuidada” por su pareja, en quien depositan su confianza, se reflejó en el relato de las mujeres al señalar que sus compañeros, quienes les transmitieron el VIH, no las cuidaron ni protegieron, evidenciando la dificultad de las mujeres de ejercer un rol activo y preventivo de autocuidado. Esto demuestra la necesidad de la implementación en las escuelas de la educación sexual integral con perspectiva de género y derechos humanos para varones y mujeres, para modificar sus actitudes y cambiar los roles estereotipados del “ser hombre” y del “ser mujer”.

Las entrevistas en profundidad mostraron que previo al diagnóstico de VIH las mujeres carecían de información precisa respecto al VIH/SIDA, y lo que conocían de la enfermedad se basaba en mitos o creencias erróneas. Sus parejas o esposos también carecen de información básica y es necesario promover también la capacitación de aquellos hombres que ya no asisten a la escuela.

En lo referente a la violencia y discriminación por parte de los servicios de atención a mujeres que viven con VIH, sólo una entrevistada refirió haber abandonado el tratamiento debido al maltrato recibido en el hospital en donde se atendía, el resto de las mujeres no tuvieron dificultades a la hora de acceder al tratamiento u otros servicios de VIH/SIDA. Sin embargo la violencia se vio reflejada en la mayoría de los casos en la violación del derecho a la confidencialidad y al

consentimiento informado. Varias de las entrevistadas no recuerdan haber firmado un consentimiento informado, y menos aún haber recibido consejería previa y posterior al examen. Muchas de las que recuerdan haber firmado el consentimiento refirieron haberlo hecho por pedido médico, sin que esta fuera una decisión informada. Esto es algo que debe ser modificado, en primer lugar se debe erradicar el test de VIH compulsivo o con un pseudo consentimiento, ya que el/la médico/a les pide firmen una autorización sin explicar de que se trata. En segundo lugar, la consejería pre y post test del VIH debe realizarse e incluso se recomienda capacitar a MVVS para que ellas puedan ser las que lleven a cabo las consejerías con la supervisión y el apoyo de los/as profesionales.

La revelación pública de la condición serológica por parte del personal de salud apareció en forma reiterada en los relatos de las entrevistas en profundidad, constituyendo una violación al derecho a la privacidad y autonomía de la persona viviendo con VIH y un incumplimiento de la ley. Una de las mujeres refirió que su diagnóstico fue revelado a su esposo y a su madre sin su autorización bajo el argumento de protegerla. Es interesante como la mujer continúa siendo ubicada en el rol de débil o incapaz que necesita ser protegida por un otro (médico/a) que posee “el saber” acerca de lo que es bueno para ella y que por lo tanto decide por ella sobre su cuerpo y su vida, invisibilizándola en tanto sujeto de derechos. La confidencialidad sobre la condición serológica debe cumplirse ya que así lo establece la ley. Sin embargo, en la actualidad no se capacita al personal de los servicios de salud, ni se promueve esto por parte de quienes son responsables de esta política pública.

III. Violencia

Al indagar sobre situaciones de violencia en su vida, el primer dato relevante es que el 93.1% de las encuestadas refirió haber estado sometida a situaciones de violencia, siendo quien ejerció esta violencia un familiar cercano en la casi totalidad de los casos. Un dato a considerar es que el porcentaje de situaciones de violencia se distribuye de manera equitativa en todos los grupos socioeconómicos lo que evidencia la existencia de violencia como un rasgo estructural del sistema patriarcal jerárquico, donde la dimensión de género tiene una importancia sustantiva. Sin embargo en este grupo alcanza dimensiones muy elevadas.

En cuanto a las manifestaciones de la violencia el 87,7% de las encuestadas padeció violencia psicológica en algún momento de sus vidas, el 76,2% violencia física, el 43,6% violencia sexual y el 36,6% sufrió un abuso sexual en la niñez.

En todas las formas de violencia indagadas los hombres, específicamente parejas, maridos o familiares cercanos son señalados como los principales agresores. La violencia psicológica es ejercida en el 49,4% de los casos por ex maridos o ex parejas pero que eran parejas al momento de la violencia y en el 27% por el marido o pareja actual. En el caso de la violencia física en el 33,3% por el marido o pareja actual y en el 56,4% por ex marido o ex pareja pero que lo eran al ejercer la violencia. En la violencia sexual así como en el abuso sexual infantil el mayor porcentaje de los agresores se concentra en el entorno familiar. Estos datos evidencian que en el hogar, y especialmente las relaciones íntimas, es el marco en el que se ve plasmada la desigualdad de los géneros y las relaciones de poder. La familia y el hogar, lugar tradicionalmente asociado con la protección y la seguridad de sus miembros, resulta ser el lugar en donde la mujer encuentra con mayor frecuencia vulnerados sus derechos y su salud es puesta en riesgo. Esto que en el 2000 se reconocía para las niñas es aplicable a las mujeres de todas las edades (Bianco, 2001).

En relación a la etapa de la vida en que las diferentes formas de violencia se sucedieron en la vida de las encuestadas, la mayoría ocurrió en la juventud. La violencia sexual que padecieron las mujeres no es reconocida por éstas como forma de iniciación sexual cuando ocurrió en su primera relación sexual. Claramente las mujeres que sufrieron una violación en su infancia o adolescencia no la perciben como “su primera relación sexual”, la que asocian con “la primera vez que tuvieron una relación sexual” con un compañero o pareja. Es en estas relaciones en las que las mujeres tienen mayor dificultad para reconocer e identificar cuando las relaciones sexuales son forzadas, esto se debe a la naturalización que existe de que en las relaciones de pareja estables las mujeres deben someterse y acatar la voluntad de su compañero, ya que así lo establece el patrón

de la cultura patriarcal. Todo esto es ratificado en la investigación cualitativa, evidenciando cómo la respuesta ante la violencia contra las mujeres debe orientarse a modificar estas pautas culturales, trabajando no solo con las mujeres y niñas sino también con los hombres y niños y muy especialmente con los funcionarios y profesionales del sistema judicial, de seguridad y de salud que son quienes atienden a estas personas. Esto también debe extenderse a maestros y docentes, así como agentes de los servicios sociales y la sociedad en su conjunto. Porque necesitamos tener funcionarios, decisores políticos y ciudadanía actuando conjuntamente para cambiar estos patrones culturales, algo difícil pero no imposible. Lo importantes implementarlo en forma permanente y alcanzando cada vez círculos más amplios desde los principales actores hasta los más lejanos pero también necesarios.

La asociación y secuencia de los distintos tipos de violencia permite visualizar cómo el ciclo de la violencia se cumple inexorablemente y por ello se debe actuar en consecuencia al atender a víctimas y agresores.

El abuso sexual también fue frecuente en la niñez y adolescencia de las entrevistadas, fue ejercido por un familiar o un conocido de la familia. Cuando las mujeres revelaron el abuso a sus madres u otra persona de su confianza, éstas reaccionaron revictimizando a las niñas, las que no sólo debieron afrontar los efectos del abuso sexual sino también la revictimización producto de la revelación del mismo, padeciendo el estigma de ser señaladas como provocadoras del episodio de violencia sexual. Esto es algo que expresa la creencia que la mayoría de la población tiene y que también expresan en sus actitudes y opiniones la mayoría de los decisores políticos, funcionarios y agentes de los servicios judiciales, de seguridad, de salud y otros, que son los responsables de la atención de las víctimas. Esto debe ser modificado, y para ello el gobierno, en todos los niveles, debe tener una fuerte y sostenida actitud que promueva acciones proactivas para cambiar y desterrar esta creencia que es uno de los pilares en que se sostiene y perpetua la violencia de género.

En relación a los efectos de la violencia sobre la salud de las mujeres, la mitad de las encuestadas (52,08%) refirió haber recibido lesiones en una frecuencia entre una y dos veces y el 33,33% refirió más de cinco veces, lo que fue ratificado en el estudio cualitativo. Sin embargo, las mujeres en general no buscaron ayuda frente a la violencia que padecieron principalmente por miedo o represalias por parte del agresor y a ser maltratadas y revictimizadas por parte del personal de seguridad, justicia y salud en quienes buscan ayuda. Esto ratifica la urgente necesidad de capacitar y concientizar al personal de atención directa e inmediata de las víctimas de violencia para asegurar la atención adecuada y revertir el rechazo a pedir ayuda de quienes padecen violencia.

IV. Violencia y VIH

El hallazgo de que el 79.2% de las encuestadas padecieron algún tipo de violencia antes del diagnóstico de VIH, indica la elevada asociación entre ambas y cómo la violencia constituye un factor muy importante de riesgo del VIH. La interacción violencia / VIH debe ser reconocida, difundida e incorporada en los programas de prevención, atención, cuidado y apoyo del VIH/SIDA para mujeres. Esto que se conocía en otros países, como se mencionó en la presentación de este informe, ahora adquiere una real evidencia para adecuar los programas de respuesta a la epidemia en Argentina. Esto requiere investigar el antecedente de violencia previa y/o actual en toda mujer en que se detecta el VIH y dar respuesta para superar la violencia y/o atenderla al igual que el VIH. Es evidente que es mucho más fácil para los servicios médicos de atención de VIH/SIDA el tratamiento de la infección y no de la violencia, pero es necesario entender que no se puede tratar una sola – el VIH – si se quiere dar una atención adecuada, es decir, integral. Esto implica no solo atender el efecto de la violencia, el VIH/SIDA, sino también atender la causa, es decir, la violencia. Esto debe ser incorporado en los protocolos de atención de las mujeres que sospechan vivir con VIH como de aquellas que son ya detectadas con la infección. Esto no solo debe realizarse en los casos de violencia sexual sino en todas las formas de violencia.

Otro requisito es incorporar en toda la atención de mujeres víctimas de violencia, especialmente

en la de urgencia, la investigación y /o riesgo de la infección con el VIH. Se deben elaborar protocolos de atención ya sea para la detección precoz de infecciones como la prevención. En esto último, es clave que el personal de todos los servicios de salud que atiende a estas mujeres y niñas esté capacitado acerca de asesorarlas respecto a los riesgos de infección con el VIH y como prevenirse.

La mayoría de las mujeres que participaron de este estudio sufrieron alguna forma de violencia previo al diagnóstico de VIH, la mayoría padeció situaciones de violencia en su infancia y dentro de sus parejas. El impacto del continuum de violencia en las vidas de estas mujeres demostró como se afecta su autoestima, su seguridad, su capacidad de autonomía y autocuidado, sus vínculos sociales y laborales, su salud sexual y física, invisibilizándolas como sujetos de derechos y colocándolas en un lugar de subordinación. Esto es algo que debe revertirse.

El aislamiento social de las mujeres víctimas de violencia, la subordinación y sometimiento a sus agresores, así como la dificultad para negarse a tener relaciones sexuales y más aún a que ellas sean protegidas con el uso del preservativo como lo refieren claramente, sumado a la falta de información acerca de su sexualidad, de la transmisión del VIH/SIDA y otras ITS y sobre MAC, cierran un círculo en que las mujeres y niñas quedan atrapadas e indefensas no solo frente a la violencia que experimentan sino al riesgo de la infección por el VIH. Esto requiere respuestas concretas por parte de los distintos sectores gubernamentales como ya mencionamos.

La violencia sexual, en particular la violación, es más fácilmente reconocida como un vínculo directo con el riesgo de transmisión del VIH, en este sentido es clave que las mujeres que han sido forzadas a mantener relaciones sexuales, incluso en sus parejas estables, lo identifiquen y que en los servicios de salud se las ayude a reconocerlo recibiendo el protocolo de atención integral a víctimas de violencia sexual, que además del apoyo psicológico y el asesoramiento legal debe incluir la profilaxis post exposición para prevenir el VIH, atención de ITS y prevención del embarazo a través de la Anticoncepción Hormonal de Emergencia – AHE -.

La búsqueda de ayuda y la atención adecuada, eficiente y respetuosa por parte de los servicios de salud, justicia y seguridad son factores claves en la disminución de la vulnerabilidad que genera la violencia hacia la mujer frente al VIH/SIDA y también frente a la ruptura del círculo de perpetuación de la violencia.

Es importante destacar que para casi el 70% de las encuestadas presenció de niña la violencia hacia su madre por parte de su esposo o pareja, y muchas de ellas señalaron haber repetido el ciclo de violencia en sus propias vidas. La transmisión intergeneracional del ciclo de la violencia en el caso de las mujeres implica el aprendizaje de una forma de ser mujer frente al varón, la familia y la sociedad, perpetuando así la vulnerabilidad y el riesgo de ser ellas también víctimas de violencia. Esto también se observa en los niñas y hombres, por eso se deben llevar a cabo acciones gubernamentales orientadas a la sensibilización, educación para la prevención y adopción de medidas penalizadoras a los agresores.

Varias de las entrevistadas frente a la pregunta acerca de los vínculos entre el VIH y la violencia en sus vidas señalaron como determinante la falta de información y de oportunidades educativas y laborales como factores condicionantes de su vulnerabilidad a la infección así como las condiciones en que viven de sometimiento frente a los hombres. Este reconocimiento no llega a ser suficiente para que puedan superarlo.

En síntesis, queda de manifiesto la condición de mayor vulnerabilidad frente al VIH/SIDA de las mujeres víctimas de violencia. Las mujeres de este estudio han padecido violencia tanto sexual como física y psicológica antes de que se les detecte la infección. Han sido testigos en su infancia de escenas de violencia hacia sus madres. Han percibido y vivido como el amor y la violencia puede ser un binomio inseparable en sus propias relaciones de pareja y en la de las mujeres en general.

Si suscribimos a la concepción de indivisibilidad de los derechos de las personas, podemos inferir que la posibilidad de ejercer el derecho a la integridad corporal está directamente relacionada con el ejercicio de los derechos económicos y sociales. El análisis de los cambios en los comportamientos reproductivos de los grupos parece indicar que el mejor método anticonceptivo, así como la detección de la violencia y la autonomía en las decisiones sexuales, es mejorar la condición económica, social y educativa, hecho que se expresa en la existencia de mejores oportunidades educativas y laborales para las mujeres. Pero sabemos que esto solo no alcanza.

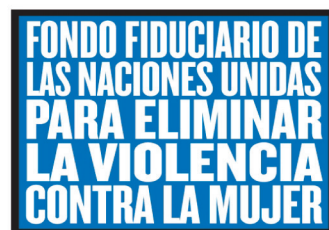
La dimensión de género es estructurante de la condición de inequidad social y económica de la mujer, y por lo tanto de la vulnerabilidad a la violencia y al VIH/SIDA. Vulnerabilidad construida sobre las prácticas y creencias sociales que imponen, naturalizan y reproducen la asimetría de poder en las relaciones de pareja, dentro de la familia y la comunidad, negando los derechos de las mujeres y reforzando las desigualdades.

BIBLIOGRAFÍA

- Ariño, M., *Mujeres en edad fértil en áreas urbanas: algunas características socioeconómicas*. Área Encuesta de Calidad de Vida. SIEMPRO, Buenos Aires, 2003.
- Biaggi G. *Embarazo VIH/SIDA: vivencias del proceso salud-enfermedad-atención*. UBATEC SA, Buenos Aires, 2008.
- Bianco, M. *Mujeres, niñas y VIH/SIDA*, en Revista Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. RSMLAC. Santiago de Chile, n° 1, 2001.
- Bianco, M. "Los argentinos frente al uso del preservativo: actitudes y prácticas", en DeSIDAmos, Vol.1, año 11, 2003.
- Bianco, M; Re, M. I; Acerbo, M. "Cumpliendo con los derechos reproductivos de las mujeres afectadas por el VIH/SIDA 2005- 2006". FEIM/IPAS. Argentina, 2006
- Bianco, M. y Aranda F. *Las mujeres no esperamos. Acabemos con la violencia contra la mujeres y el VIH/SIDA YA!*. Publicación para América Latina y el Caribe. FEIM, Buenos Aires, 2008.
- Bianco M., Mariño A., Ré M.I., *VH/SIDA + VIOLENCIA. Dos caras de la misma realidad: Informe de datos secundarios*. FEIM, Buenos Aires, 2008.
- Bianco, M; Mariño A. y Barreda, V, *UNGASS Monitoreo de los compromisos asumidos frente al SIDA en salud sexual y reproductiva. Sociedad Civil luchando por derechos. Informe Argentina*. FEIM/GESTOS, Buenos Aires, 2008.
- Binstock, G. y E.A. Pantelides "La fecundidad adolescente hoy: diagnóstico sociodemográfico", en Gogna M. *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. CEDES-Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación-UNICEF. Buenos Aires, 2005
- Bruce, Judith and Shelley Clark. "The implications of early marriage for HIV/AIDS policy", WHO/UNFPA/Population Council Technical Consultation on Married Adolescents, New York, 2004
- Bourdieu P. *La miseria del mundo*. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 1999.
- CEPAL Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe, www.cepal.org,
- Diny Luciano, *Integrando programas y servicios de VIH y violencia contra las mujeres*. Development Connections, UNIFEM, Washington D.C, 2009.
- Fontana, Beatriz, *De vergüenzas y secretos, consideraciones sobre la violencia sexual en la pareja*. Espacio Editorial, Buenos Aires., 2004
- Fundación Alicia Moureau de Justo, *La violencia conyugal en cifras*. FAMJ, Buenos Aires, 1994.
- Geldstein, Rosa N. y Edith A. Pantelides. "Coerción, consentimiento y deseo en la primera vez". En: S. Checa (comp.) *Género, salud y derechos reproductivos en la adolescencia*. Paidós, Buenos Aires, 2003.
- Gianni, C. "Tiempo-subjetividad y narrativa desde la experiencia del tratamiento en VIH/SIDA en mujeres que viven con el virus" en López E., Pantelides, E.A. *Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva*, CENEP, CEDES, AEPA, UNFPA, Buenos Aires, 2007.
- Giberti, E. *La víctima: Generalidades Introductorias*. Publicado en Revista Victimología n° 20. Córdoba. Argentina, 2006.
- Glaser, Danya y Frosch, Stephen, *Abuso Sexual de Niños*. Paidós, Buenos Aires, 1997.
- Human Rights Watch, *Una prueba de desigualdad: discriminación contra mujeres viviendo con VIH en la República Dominicana*, 2004.

- Instituto Nacional de Estadística y Censos. *Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda*. Buenos Aires, 2001.
- ISEG/ Red Argentina de Mujeres Viviendo con VIH, *Mujeres impacientes. Informe de situación de las mujeres viviendo con VIH/SIDA en Argentina*, ISEG/Red Argentina de MVVS, Buenos Aires, 2008.
- Manrique, R. M. et al, *Aportes para el análisis del trabajo*. OIT, Panamá, 2004.
- Mendoza, W.A. "Los Vínculos entre la violencia y el VIH/SIDA", *Revista A Primera Plana* N° 12, www.aprimeraplana.org, octubre 2004.
- Ministerio de Salud de la Nación, *Estadísticas Vitales-Información Básica Año 2001*. Buenos Aires, 2002
- Ministerio de Salud de la Nación, *Boletín sobre el SIDA en la Argentina*. Buenos Aires, agosto 2002.
- Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de SIDA y ETS, *Investigación para el diagnóstico y mejoramiento de la gestión: estado actual de la respuesta preventivo asistencial al VIH-SIDA e ITS en la República Argentina*. www.msal.gov.ar, noviembre 2008.
- Ministerio de Salud de la Nación, *Guía para la atención integral de mujeres con infección por VIH*, Buenos Aires, 2009
- Nilo A. (org) *Mujer Violencia y SIDA. Explorando Interfaces*. Gestos, Recife, 2009.
- Nuño L. "Nudos críticos en la intervención en la violencia de género en España" en CECYM, CEDES, MSAL, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Secretaría de Programas Sanitarios, *Violencia. Sexualidad. Reproducción. Tensiones políticas, éticas y jurídicas*. Buenos Aires, 2007.
- Organización Mundial de la Salud, *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica*. Ediciones OMS, Ginebra, 2005.
- Organización Panamericana de la Salud. *Informe mundial sobre la violencia y salud*. OPS; Washington D.C., 2003.
- Pagani, L.; Re, M.I. y Madrigal, P., *Adolescentes, Derechos Sexuales y Reproductivos, y Políticas de Salud en la Ciudad de Buenos Aires*, *Revista DeSIDAmos*, Año X, N°1, Buenos Aires, 2002.
- Pantelides, E., *La maternidad precoz. La fecundidad adolescente en la Argentina*. UNICEF, 1995.
- Pantelides, E. y Cerrutti, M., *Conducta reproductiva y embarazo en la adolescencia*, Cuadernos del CENEP; Buenos Aires, 1992.
- Petracci M. y Pecheny, M. *Argentina, derechos humanos y sexualidad*. CLAM, IMS, CEDES, Buenos Aires, 2007.
- Rozanski C. *Abuso Sexual Infantil, ¿Denunciar o Silenciar?*. Ediciones B Argentina S.A., Buenos Aires, 2003.
- Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil, *Investigación exploratoria sobre características de crecimiento desarrollo y cuidados de la salud sexual y reproductiva en población adolescente*. SAGIJ, Buenos Aires, 2005
- Segato R. *Las estructuras elementales de la violencia*. Prometeo, Buenos Aires, 2003.
- SIEMPRO, Encuesta de Condiciones de Vida 2001. www.siempro.gov.ar
- Bianco, M., Correa, C., Pagani, L., Ré M.I. *Un Enfoque Cultural de la Prevención y la Atención del VIH/SIDA. Los enfoques culturales que guían las estrategias de prevención del VIH/SIDA en el Gran Buenos Aires: un estudio de situación*. UNESCO/ONUSIDA/FEIM, 2003.

Con el apoyo de:



<http://doscarasdeunamismarealidad.blogspot.com/>