



Ilustración de portada: Elena Visciglio

Iniciativa Spotlight en Argentina

ESTUDIO SOBRE VIOLENCIA Y MUJERES CON VIH EN ARGENTINA

BUENOS AIRES, SEPTIEMBRE 2021



Iniciativa
Spotlight



ICW ARGENTINA

MUJERES CON VIH Y VIOLENCIA

Argentina

2021

ESTUDIO SOBRE VIOLENCIA Y MUJERES CON VIH EN ARGENTINA



Iniciativa
Spotlight

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	10
1.1 Objetivos	10
2. MARCO CONCEPTUAL	11
3. METODOLOGÍA	16
3.1 Tipo de Estudio	16
3.2 Población y muestra	16
3.3 Instrumento de recolección de datos y análisis de la información	16
3.4 Aspectos éticos	18
4. HALLAZGOS Y RESULTADOS DEL COMPONENTE CUANTITATIVO	19
4.1 INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA	19
4.1.1 País de nacimiento	19
4.1.2 Edad	20
4.1.3 Años de diagnóstico del VIH	21
4.1.4 Nivel Educativo	22
4.1.5 Pertenencia étnica	22
4.1.6 Identidad percibida y poblaciones de pertenencia	22
4.1.7 Situación civil y conyugal	23
4.1.8 Situación laboral y económica	25
4.1.9 Historias de embarazos y partos	26
5. VIOLENCIA INFLIGIDA POR LA PAREJA	27
5.1 Conductas de control por la pareja	28
5.2 Violencia emocional, física y sexual infligida por la pareja	29
5.3 Proporción de violencias según tipo y situaciones experimentadas	30
5.4 Violencia física durante el embarazo	32
5.5 Intersecciones entre los diferentes tipos de violencia y factores sociodemográficos	33
6. VIOLENCIA INFLIGIDA POR PERSONAS DIFERENTES DE LA PAREJA	35
6.1 Violencia física desde los 15 años	35
6.2 Testigas de violencia hacia su madre o madrastra por parte de su padre o padrastro	35

7. VIOLENCIA FAMILIAR (APARTE DE LA PAREJA), COMUNITARIA Y COLECTIVA	36
7.1 Violencia y discriminación en los servicios de salud	38
7.2 Violencia obstétrica	38
7.3 Miedo a experimentar violencia por distintas personas y en diferentes ámbitos	38
8. VIOLENCIA FÍSICA Y SEXUAL POR PERPETRADORES APARTE DE LA PAREJA DESDE LOS 15 AÑOS Y ANTES	40
9. SALUD, BIENESTAR DE LAS MUJERES CON VIH Y FACTORES DE RIESGO	41
9.1 Factores de riesgo	43
10. MANERAS DE ENFRENTAR LAS VIOLENCIAS Y BÚSQUEDA DE AYUDA	47
11. HALLAZGOS Y RESULTADOS DEL COMPONENTE CUALITATIVO	50
11.1 Objetivo de las discusiones de Grupos Focales	50
11.2 Características de las mujeres entrevistadas	50
11.3 Formas de violencia que experimentan las mujeres que viven con VIH y sus consecuencias	51
11.4 Lugares y escenarios donde se producen actos de violencia y sus perpetradores	54
11.5 Consecuencias percibidas de las violencias en las mujeres con VIH	56
11.6 Factores asociados a las violencias que enfrentan las mujeres con VIH y patrones de búsqueda de ayuda	58
11.7 Necesidades de las mujeres con VIH que han experimentado violencias	61
11.8 Recursos identificados para abordar y prevenir las violencias	63
11.9 Características deseables de los servicios de atención, prevención y protección de las mujeres que viven con VIH en torno a las violencias	66
12. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	68
13. LIMITACIONES	76
14. RECOMENDACIONES	78
15. REFERENCIAS	82
16. ANEXOS	83
16.1 Instrumento de recolección de información	83

LISTA DE GRAFICOS Y CUADROS

GRÁFICOS

Gráfico 1. País de Nacimiento	19
Gráfico 2. Zona de Residencia	20
Gráfico 3. Distribución de encuestadas por grupos de edad	21
Gráfico 4. Años de diagnóstico	21
Gráfico 5. Máximo nivel educativo alcanzado	22
Gráfico 6. Pertenencia étnica	22
Gráfico 7. Identidad Percibida	23
Gráfico 8. Estado civil legal	23
Gráfico 9. Estado conyugal y de pareja	24
Gráfico 10. Número de veces que ha convivido con parejas.....	24
Gráfico 11. Ingreso promedio mensual	25
Gráfico 12. Carencia de alimentos en el último mes	25
Gráfico 13. Embarazo alguna vez	26
Gráfico 14. Número de embarazos	26
Gráfico 15. Control por la pareja alguna vez	28
Gráfico 16. Razones percibidas que generan las violencias por la pareja	32
Gráfico 17. Violencia física durante el embarazo	32
Gráfico 18. Porcentaje de mujeres que reportan violencia de la pareja en el último año, por grupos de edad	33
Gráfico 19. Porcentaje de mujeres que reportan violencia de la pareja en el último año, por nivel educativo	34
Gráfico 20. Porcentaje de mujeres que reportan violencia de la pareja en el último año, por pertenencia étnica	34
Gráfico 21. Porcentaje de mujeres que reportan violencia por la pareja en el último año, por nivel de ingresos económicos.....	35
Gráfico 22. Violencia en la familia (aparte de la pareja), comunidad e institucional	37
Gráfico 23. Porcentaje de mujeres que reportan tener miedo a experimentar violencia por distintas personas	39
Gráfico 24. Personas y ámbitos que generan en las mujeres miedo de sufrir violencia	39
Gráfico 25. Porcentaje de mujeres que refieren consumir alcohol, según frecuencia	44
Gráfico 26. Porcentaje de parejas de las mujeres que consumen alcohol, según frecuencia	44

Gráfico 27. Porcentaje de consumo de drogas por parte de las mujeres y sus parejas	45
Gráfico 28. Porcentaje de mujeres que reportan uso de condón con sus parejas (actual y la anterior)	45
Gráfico 29. Porcentaje de mujeres que reportan haber tenido sexo por intercambio de dinero	46
Gráfico 30. Mujeres que reportan comunicarle a alguien sobre situación de violencia, según tipo de violencia	48
Gráfico 31. Abordaje de las violencias en los servicios de salud	49
Gráfico 32. Proporciones de diferentes formas de violencias (en el último año) por la pareja y por persona diferente de la pareja	69

CUADROS

Cuadro 1. Conductas de Control por la pareja	29
Cuadro 2. Prevalencias de violencias por la pareja, en el último año y a lo largo de la vida	30
Cuadro 3. Situaciones de violencia emocional por la pareja	30
Cuadro 4. Situaciones de violencia física por la pareja	31
Cuadro 5. Situaciones de violencia sexual por la pareja	31
Cuadro 6. Prevalencias de violencias en ámbitos diferentes de la pareja	37
Cuadro 7. Prevalencia de violencia sexual antes y después de los 15 años y promedio de edad cuando ocurrió esto por primera vez	41
Cuadro 8. Mujeres que declaran problema de bienestar general en el último mes	43
Cuadro 9. Comparativo de tipos y formas de violencia entre el Estudio Regional de Violencia y Mujeres con VIH y el estudio de Argentina	70
Cuadro 10. Comparativo de factores de riesgo entre el Estudio Regional de Violencia y Mujeres con VIH y el estudio de Argentina	73

COORDINACIÓN GENERAL

Mariana Iacono

EQUIPO TECNICO

Dinys Luciano | Investigadora Principal

Martin Negrete | Investigador Principal

Mariana Iacono | Investigadora Principal

Walter Benitez

Cecilia Rodriguez

Maria Sol Sañudo

Mariana Jarolasky

Equipo de Encuestadoras

Florencia Mazzunara

Andrea Natales

Cintia Gerez

Graciela Awad

Maira Urbina Montenegro

Victoria Tschopp

Seguimiento de proyecto por la Iniciativa Spotlight

Victoria Vaccaro

Maria Isabel Guelfo

Diseño y Edición

Elena Visciglio

La violencia que vivimos nosotras las mujeres con VIH es uno de los problemas más críticos que nos afectan. Este estudio sobre Violencia y Mujeres con VIH es pionero en cuanto a su aporte, información sobre distintas violencias a largo del curso de nuestras vidas y los efectos que estas violencias nos generan en el ejercicio de nuestros derechos. El contar con una investigación realizada “con, por y para mujeres con VIH” ocurre en un momento histórico en el mundo con otra pandemia como epicentro, en que hemos retrocedido en algunos aspectos de la respuesta al VIH y a las violencias en contextos de aislamiento social.

Desde la comunidad Argentina de Mujeres con VIH (ICW Argentina) con este estudio pretendemos trabajar y lograr que nuestras vidas como mujeres con VIH en Argentina sean más vivibles, en torno a estrategias más integrales, y una mayor inversión pública y de la cooperación internacional en respuesta a este problema. Estas orientaciones parten de una visión intersectorial para responder a las violencias en mujeres con VIH desde distintos sectores: administración de justicia, salud, educación, trabajo, servicios sociales y las comunidades.

No se puede hablar de una respuesta integral ni sostenible al VIH y de desarrollo de nuestro país si no se toman en cuenta las necesidades y los derechos de las mujeres en relación a la violencia, la discriminación y el estigma.

Reconocemos que el activismo y la militancia como motor de cambio, soñamos y exigimos la cura para el VIH y el fin de todas las violencias. Aunque no sepamos aun cuanto tiempo falta para que tengamos la cura, nosotras seguiremos con manos a la obra para atender a estas dos pandemias VIH y Violencias. Gritamos todas juntas: ¡No nos callamos más!, ¡Basta de violencias!

Mariana Iacono
Coordinadora Nacional de la Comunidad
Argentina de mujeres con VIH
(ICW Argentina)

¿Por qué hacer una investigación sobre violencia y mujeres con VIH en Argentina?

Existen múltiples evidencias en la región y el mundo que muestran la vinculación entre la violencia de género y las mujeres que viven con VIH. Sin embargo, en Argentina estaba pendiente poder hacer un estudio específico que dé cuenta de esta interseccionalidad. En 2012 se había realizado la “Caracterización de las mujeres recientemente diagnosticadas con VIH” (Instituto Gino Germani, CENEP) donde ya se mostraba información relevante al respecto y al mismo tiempo se recomendaba avanzar con una investigación específica.

Es por eso cuando desde ICW nos acercaron esta propuesta, desde la Iniciativa Spotlight, una alianza del Sistema de las Naciones Unidas y la Unión Europea para poner fin a todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas en el mundo, nos pareció importante acompañarla. No solo para contar con información al respecto, que es un fin valioso en sí mismo, sino también porque nos interesa que estas evidencias puedan servir para pensar políticas, planes y programas que permitan dar respuesta a esta situación. Tanto desde una perspectiva de servicios, es decir que las mujeres con VIH accedan a recursos y respuestas de calidad, adecuadas a sus necesidades, y así logren protegerse y salir de situaciones de violencia, como también porque nos interesa mostrar la incidencia que tienen las violencias de género como un factor desencadenante y de riesgo de adquisición del VIH para las mujeres, que tiene que ser considerado en las estrategias integrales de prevención.

Asimismo, esta investigación ahonda sobre los distintos tipos de violencia, la percepción sobre las consecuencias y las estrategias que las mujeres se han dado ante las situaciones vividas y cuáles fueron los recursos que mejor les funcionaron. En el informe se corrobora que la sociedad civil organizada y los grupos de pares, juegan un rol relevante para el acompañamiento y la respuesta a las necesidades de las mujeres con VIH, por eso es fundamental seguir apoyando estas iniciativas y fortaleciéndolas. Para finalizar, es importante destacar que el relevamiento fue realizado por mujeres con VIH, lo cual consideramos que tuvo importantes ventajas para el acercamiento con otras mujeres, pero también para el empoderamiento, el cual es uno de los caminos fundamentales para salir de las violencias, que es el fin último al que apuntamos.

Mariana Isasi
Jefa de Oficina – UNFPA Argentina

1. INTRODUCCIÓN

En el año 2018, se realiza el primer estudio regional de violencia en mujeres con VIH en 7 países de Latinoamérica: Bolivia, Colombia, Guatemala, Honduras, Paraguay, Perú y Rep. Dominicana, llegando a 955 mujeres y brindando información estratégica que fue ampliamente difundida y utilizada por las diferentes organizaciones involucradas con fines de educación e incidencia en sus respectivos países.

Este proyecto no sólo sirvió para generar información estratégica y propiciar una mejor toma de decisiones a nivel de políticas públicas, sino también fue una oportunidad de posicionar a las mujeres con VIH y las organizaciones como actores claves, tomado en cuenta que todo el proceso de implementación del estudio (planificación, implementación, validación, y difusión de resultados) estuvo liderado por las mujeres con VIH, es decir, este estudio fue “por y para” las mujeres con VIH y ha servido para empoderarnos y también a las organizaciones que participaron, fue también una oportunidad de transferir capacidades a las mismas.

Este estudio fue diseñado con la participación activa por referentes de mujeres con VIH vinculadas con ICW Latina, y con el apoyo técnico y financiero de Hivos en el marco del proyecto regional de VIH del Fondo Global.

En este sentido, se vio la necesidad de seguir replicando la metodología implementada en el estudio regional, con los mismos instrumentos de recolección de datos a otros países con el fin de seguir generando información comparable con el resto de los países de la región.

Por ello, con el apoyo de la Iniciativa Spotlight y ICW Latina de Argentina han gestionado los recursos técnicos y financieros para replicar el estudio con una muestra de mujeres con VIH de la Ciudad de Buenos Aires y de la Provincia de Buenos Aires, Jujuy y Salta.

Se han logrado alcanzar a 105 mujeres con VIH que cumplen los criterios de inclusión y se le ha administrado el cuestionario sobre violencia y mujeres con VIH cuyos resultados, conclusiones y recomendaciones están detalladas en este informe.

1.1 OBJETIVOS

Con el fin de desarrollar una investigación comparable con el Estudio Regional de Violencia en Mujeres con VIH, se han alineado los objetivos de ambos estudios:

1. Obtener estimaciones del nivel y frecuencia de distintas formas de violencia física, emocional y psicológica, sexual experimentadas por las mujeres con VIH a lo largo de vida y perpetradas por la pareja, familiares, miembros de la comunidad, proveedores de servicios, agentes estatales y otras organizaciones.
2. Analizar los efectos de estas formas de violencia en la salud física y mental de las mujeres con VIH y en el ejercicio de los derechos humanos.

3. Documentar las estrategias y servicios que las mujeres con VIH utilizan para enfrentar las formas de violencia que experimentan en el curso de vida.
4. Identificar las necesidades de prevención, atención, cuidado y protección en relación con las violencias que experimentan, así como los componentes organizacionales, programáticos e interinstitucionales requeridos para responder a estas necesidades.

2. MARCO CONCEPTUAL

Fruto de la lucha de los feminismos y del movimiento de mujeres alrededor del mundo, la violencia por razones de género preocupa y ocupa un lugar en la agenda internacional y nacional, entendida como una vulneración a los derechos humanos de las mujeres. En virtud de ello, Argentina ha ratificado instrumentos internacionales en la materia (CEDAW, Belem Do Para, CDN¹) y legislado en favor del derecho a vivir una vida libre de violencias. Sin embargo, las mujeres en general, y las que viven con VIH en particular, están expuestas a diferentes situaciones de violencia, discriminación y exclusión social por razones de género y de su estado serológico. Vivir con VIH puede ser un factor de riesgo para la violencia ya que la comunicación del estado serológico puede exponer a las mujeres a experimentar violencias por parte de la pareja, miembros de la familia, proveedores de servicios o miembros de la comunidad (Estudio Luciano et al, 2020). Situaciones que a su vez se intersectan con otras desigualdades generando mayores riesgos y situaciones de vulnerabilidad específicas frente al VIH y la violencia de género (en adelante VDG). La pobreza, la desigualdad de géneros, la discriminación étnica/racial y las normas sociales que refuerzan las violencias son determinantes comunes tanto del VIH como de las VDG a lo largo de la vida de las mujeres. Las intersecciones entre ambas epidemias (VIH y VDG) repercuten negativamente en el acceso a recursos de atención, prevención y protección de las mujeres con VIH (Luciano et al, 2020). Por tanto, no es posible pensar una respuesta integral y sostenible al VIH si no se toman en cuenta las necesidades específicas y se garantiza el derecho a las mujeres a vivir una vida libre de violencias.

Pese a que el VIH y las VDG se han integrado en las agendas y acuerdos internacionales y regionales sobre desarrollo, igualdad de género y derechos humanos, la mayoría de los países de la región cuenta con limitadas medidas para abordarlos desde una perspectiva multisectorial y con participación comunitaria (Luciano et al, 2020). La información disponible sobre las necesidades de las mujeres con VIH en relación con las violencias es limitada. En tal sentido, el Estudio sobre Violencia en Mujeres con VIH en Argentina realizado por ICW Argentina constituye un avance toda vez que nos permiten entender las características de las violencias en mujeres con VIH, los múltiples factores asociados y sus consecuencias. Pone en evidencia, por un lado, el carácter generalizado, recurrente y la severidad de las violencias a lo largo del curso de vida y en todos los ámbitos en que se desenvuelven las mujeres con VIH. Y por el otro, los impactos negativos en el bienestar, desarrollo y en el ejercicio de todos

¹En materia de violencia de género, resultan de vital importancia la Convención Internacional para la Eliminación de Toda forma de Discriminación hacia la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés); la Convención de los Derechos de los/as Niños/as (CDN), ambas incorporadas a nuestra Constitución Nacional (art. 75 inc. 22) y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “do Belém do Pará” (Belém do Pará) ratificada por nuestro país mediante Ley nacional N.º 24.632 (1996).

los derechos humanos, incluyendo el derecho a una vida libre de violencia, a la salud, la educación, la vivienda, el trabajo, a tener una familia, a un adecuado estándar de vida y a la participación social. En base a dicha evidencia, el Plan de Incidencia representa una oportunidad para diseñar respuestas integrales, efectivas y sostenibles que aborden y permitan prevenir las múltiples violencias que afectan a las mujeres con VIH.

Visión: Argentina fortalece el abordaje integrado del VIH y la VDG en los planes y políticas públicas incorporando la perspectiva de género con una mirada interseccional para dar respuesta a las especificidades de la diversidad de mujeres con VIH y sus necesidades diferenciadas.

Misión: Garantizar el derecho a las mujeres con VIH a vivir una vida libre de violencias mediante el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de políticas públicas para prevenir, sancionar y erradicar la VDG, fortaleciendo la respuesta nacional al VIH desde un enfoque integral de género y derechos humanos en consonancia con los objetivos de desarrollo sostenible de la Agenda 2030 de Naciones Unidas.

A la luz de la evidencia recabada, las violencias contra mujeres con VIH son ejercidas por distintas personas y en diversos ámbitos a lo largo del curso de sus vidas. Por ello, los objetivos de incidencia política se establecen en función de los diferentes ámbitos en los que las mujeres con VIH han experimentado de manera directa e indirecta diversos tipos de violencia. A saber:

1. Violencia infligida por la pareja

Se consideran relaciones de pareja conviviendo y no conviviendo. Entre estas podrían incluirse relaciones de unión libre, matrimonio y noviazgo o vínculos abiertos establecidos entre sí, de común acuerdo, sin compromiso. También podría incluir relaciones de pareja con mujeres o con mujeres y hombres. Y entendemos la violencia en la pareja como cualquier comportamiento, dentro de una relación íntima, que cause o pueda causar daño físico, psíquico o sexual a los miembros de la relación. Esto incluye actos de violencia física, sexual y emocional, así como conductas de control por parejas actual o anterior. (Luciano et al, 2020).

2. Violencia sexual en la niñez, circunstancias de la primera relación sexual

La evidencia a nivel mundial muestra que la violencia en la niñez genera una cascada de consecuencias físicas, psicológicas y conductuales que coloca a las mujeres en un riesgo mayor de contraer VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

3. Violencia física y sexual desde los 15 años por cualquier persona aparte de la pareja

La violencia sexual es considerada como una posible vía directa de la transmisión del VIH. La evidencia recabada da cuenta de la prevalencia de este tipo de violencia. Si bien el riesgo de adquirir el VIH en un solo incidente de violación es pequeño, aun en lugares con alta prevalencia de VIH, este riesgo aumenta en casos de heridas genitales, penetración por múltiples perpetradores y penetración anal.

4. Violencia familiar (aparte de la pareja), comunitaria y colectiva

La exposición a distintos tipos de violencia familiar (aparte de la pareja), comunitaria y colectiva puede tener un impacto significativo en la vida de las mujeres con VIH, en la forma en que piensan, sienten y actúan cotidianamente. Estas violencias también influyen en su decisión de utilizar las redes comunitarias de apoyo y los servicios, su percepción de seguridad personal y su calidad de vida en general.

Las conductas de agresión, discriminación y exclusión de familiares, miembros de la comunidad y sectores de educación, trabajo y servicios de salud reflejan los retos que deben enfrentar las mujeres con VIH. Por ello, será necesario atender las diversas experiencias de violencia que padecen las mujeres con VIH en sus relaciones interpersonales en los distintos ámbitos y contextos de su vida cotidiana. A saber:

a. Servicios de salud: Las violaciones de los derechos de las mujeres con VIH en servicios de salud se evidencian en las barreras en el acceso a servicios o a información sobre salud sexual y sexualidad placentera y segura. También al sufrir coacciones por algún profesional de la salud a someterse a un aborto o una esterilización y la condicionalidad del uso de ciertos anticonceptivos para poder acceder a la terapia antirretroviral.

b. Laboral: La prueba obligatoria de VIH para acceder a un puesto de trabajo (en ocasiones controlada por la empresa) es todavía una práctica habitual, llegando incluso las empresas a recibir el resultado antes que las propias mujeres. El VIH constituye para las mujeres una barrera para acceder a un puesto de trabajo, lo que las obligaba a vivir situaciones de precariedad y/o de sometimiento a sus parejas en tanto limita su autonomía económica y en la toma de decisiones.

c. Educativo: El miedo a experimentar violencia puede tener importantes costos para las mujeres, incluyendo la pérdida de oportunidades educativas, empleo, de participación en actividades sociales.

d. Comunitario: El estigma y la discriminación hacia las mujeres con VIH conlleva situaciones como la exclusión de actividades en el ámbito comunitario que redundan en el ostracismo y aislamiento social. El rechazo de las personas cuando las mujeres dan a conocer su estado serológico sumado a la vulneración de su derecho a la confidencialidad ante la divulgación a los miembros de la comunidad coloca a las mujeres en una situación de mayor vulnerabilidad y deterioro de su salud física y mental.

e. Institucional: (policía, agentes policiales, personal del Ministerio Público, juzgado). Sería interesante tomar como referencia la conceptualización de ruta crítica² entendida como el proceso que se construye a partir de decisiones tomadas y acciones ejecutadas por las mujeres afectadas por la VDG y las respuestas encontradas en su búsqueda de soluciones. Este es un proceso iterativo constituido tanto por los factores impulsores e inhibidores³ relacionados con

²Este concepto deriva del Protocolo de Investigación “La Ruta Crítica que siguen las Mujeres Afectadas por la Violencia Intrafamiliar” (OPS; 2000) y nos sirve para evaluar el desempeño institucional.

³Los factores impulsores internos, están asociados a procesos personales, sentimientos, representaciones sociales y razonamientos de las mujeres. Los factores externos se relacionan con las influencias que reciben las mujeres de su medio exterior, tales como apoyos, recursos materiales, información, existencia y calidad de los servicios, aumento de la violencia o efectos de la violencia en otras personas de la familia (OPS; 2000; 91)

las mujeres afectadas y las acciones emprendidas por éstas, como la respuesta social encontrada (OPS,2000) A pesar de que el inicio de la ruta crítica siempre es una decisión de las mujeres y personas en situación de violencia por razones de género, es importante comprender el rol que pueden asumir las instituciones como agentes facilitadores u obstaculizadores de la misma. Si bien las mujeres con VIH consideran que la denuncia y la búsqueda de ayuda son un paso requerido para enfrentar las violencias, el miedo al rechazo constituye una importante barrera para buscar servicios de atención y protección frente tales situaciones (Luciano et al, 2020). Por ello, es necesario diseñar las acciones necesarias para fortalecer el rol de las instituciones como mediadoras y garantes de los derechos de las mujeres con VIH afectadas por VDG.

Amén de esta categorización diferenciada es importante aclarar que las violencias en mujeres con VIH están conectadas entre sí y comparten una red compleja de determinantes estructurales, así como consecuencias personales, sociales y familiares que tienen como base las desigualdades de género articuladas con otras fuentes de discriminación, incluyendo el estigma social en torno al VIH. Estas intersecciones influyen en los riesgos, las consecuencias y las alternativas para enfrentar las violencias al tiempo que imponen el reconocimiento de la diversidad y la complejidad de las experiencias de violencia de las mujeres con VIH (Luciano et al, 2020).

MARCO LEGAL

La violencia de género es una violación a los derechos humanos de las mujeres que puede afectar su vida, seguridad, libertad, integridad física y psíquica, dignidad, entre otros. Está ligada a las relaciones desiguales de poder que ejerce el hombre sobre la mujer solo por el hecho de serlo. Estas relaciones tienen lugar en todos los ámbitos: doméstico, económico, laboral, religioso y político.

En cuanto al marco legal, en Argentina, la ley 26.485 “ Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales” , tiene por objeto promover y garantizar la eliminación de la discriminación entre mujeres y varones en todos los órdenes de la vida, el derecho de las mujeres a vivir una vida sin violencia, las condiciones aptas para sensibilizar y prevenir, sancionar y erradicar la discriminación y la violencia contra las mujeres en cualquiera de sus manifestaciones y ámbitos, el desarrollo de políticas públicas de carácter interinstitucional sobre violencia contra las mujeres, la remoción de patrones socio-culturales que promueven y sostienen la desigualdad de género y las relaciones de poder sobre las mujeres, el acceso a la justicia de las mujeres que padecen violencia y la asistencia integral a las mujeres que padecen violencia en las áreas estatales y privadas que realicen actividades programáticas destinadas a las mujeres y/o en los servicios especializados de violencia.

Tipos de violencia reconocidos en la Ley 26.485.

Violencia física: La que se emplea contra el cuerpo de la mujer produciendo dolor, daño o riesgo de producirlo como así también cualquier otra forma de maltrato o agresión que afecte su integridad física.

Violencia psicológica: La que causa daño emocional y disminución de la autoestima o perjudica y perturba el pleno desarrollo personal: busca degradar o controlar sus acciones, comportamientos, creencias y decisiones, mediante amenaza, acoso, hostigamiento, restricción, humillación, deshonra, descrédito, manipulación o aislamiento.

Violencia económica y patrimonial: Es la que se dirige a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de la mujer, a través de la perturbación de la posesión, tenencia o propiedad de sus bienes, pérdida, sustracción, destrucción, retención o distracción indebida de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores y derechos patrimoniales.

Violencia sexual: Cualquier acción que implique la vulneración del derecho de la mujer de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual (en todas sus formas, con o sin acceso genital), o reproductiva a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares o de pareja exista o no convivencia.

Violencia simbólica: La que a través de patrones estereotipados, mensajes, valores, íconos o signos transmita y reproduzca dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales, naturalizando la subordinación de la mujer en la sociedad.

Violencia política: La ley 27.533 incorporó a la Ley de Violencia de Género la categoría de Violencia Política, como aquella que se dirige a “menoscabar, anular, impedir, obstaculizar o restringir la participación política de la mujer, vulnerando el derecho a una vida política libre de violencia y/o el derecho a participar en los asuntos públicos y políticos en condiciones de igualdad con los varones”.

Sin perjuicio de estas enunciaciones, ninguna lista o enumeración de formas de violencia contra la mujer puede ser taxativa o cerrada. Los Estados deben reconocer el carácter cambiante y dinámico de la violencia contra la mujer y reaccionar ante las nuevas formas a medida que se las va reconociendo.

Resulta imprescindible destacar que luego de la reforma constitucional del año 1994, nuestra Constitución Nacional ha otorgado jerarquía constitucional a los Tratados sobre DDHH, siendo incorporados en su Art. 75 in. 22. Es decir, gozan de una jerarquía superior respecto a las leyes nacionales, por lo cual es necesario tener en cuenta los numerosos tratados internacionales, convenciones y declaraciones que regulan las cuestiones relativas a la violencia de género, ya que estos han sido la base de diversas leyes nacionales.

3. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de Estudio

El presente estudio se enmarca en un método mixto, que combina un componente cuantitativo y otro cualitativo. El cuantitativo brinda una descripción de la magnitud del fenómeno de estudio (violencias hacia las mujeres con VIH) y el enfoque cualitativo aporta profundidad y contextualiza aportando las miradas y percepciones de las mujeres con VIH.

En cuanto a la temporalidad, la investigación es transversal ya que la recolección de información se realiza una sola vez. Según el alcance del estudio, es descriptivo, ya que describe el fenómeno de las violencias en una muestra de mujeres con VIH.

3.2 Población y muestra

La población estuvo constituida por mujeres que viven con el VIH con 18 años y más de edad, residentes en Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) Salta y Jujuy. Las mujeres participantes tenían un diagnóstico de VIH de al menos un año previo al estudio y aceptar participar de forma voluntaria en la investigación.

El muestreo fue no probabilístico por “conveniencia”, es decir, se accedió a las mujeres que cumplían los criterios de inclusión de acuerdo a la disponibilidad y accesibilidad que las encuestadoras contaban. Gran parte de las entrevistadas formaban parte de las redes sociales o comunitarias de las encuestadoras, o estaban ligadas a organizaciones civiles que trabajan en la temática, lo que permitió facilitar el acceso de las mismas por parte de las encuestadoras. Por el tipo de muestreo utilizado, los resultados de este estudio no son representativos del universo mujeres con VIH de Argentina.

Se logró acceder a 105 mujeres con VIH que cumplían los criterios de inclusión, a las que se les administró los instrumentos de recolección de datos, a saber, el cuestionario y guía de de grupos focales.

3.3 Instrumento de recolección de datos y análisis de la información

Para el componente cuantitativo, se adaptó el cuestionario utilizado en el “Estudio Regional sobre Violencia y Mujeres con VIH en América Latina”⁴. El cuestionario original en papel fue migrado a la plataforma digital “Jotform” el cual generó un cuestionario digital para ser administrado mediante dispositivos electrónicos como celulares, tabletas o computadoras. También se generó una base de datos en línea donde se alojaban todos los datos de los cuestionarios realizados.

El cuestionario fue validado por un grupo focal conformado por las encuestadoras seleccionadas, donde se realizó una prueba piloto del mismo, ajustando detalles hasta llegar a la versión final que fue la aplicada a la muestra accedida.

Para el componente cualitativo, también se adaptó la guía de grupos focales del Estudio Regional y se realizaron dos sesiones con un total de 17 mujeres.

⁴Luciano, D., Negrete, M., Vázquez, M.J., Hale, F., Salas, J., Álvarez-Rudín, M., Arends, M., Cano, A., Iacono, M., Sánchez, M., Cabezas, M., Chete, B., Flores, G., García, F., Herreira, M.L., López, L., Ramírez, B., Soto, E.M. (2020). Estudio Regional sobre Violencia y Mujeres con VIH en América Latina. ICW Latina, Hivos, Development Connections y Salamander Trust. Managua, Nicaragua.

Adicionalmente se realizó un tercer grupo focal, esta vez conformado por 6 encuestadoras, donde se extrajo información sobre el proceso de implementación del trabajo de campo, identificando oportunidades, barreras y desafíos para realizar este estudio en el contexto de pandemia por COVID-19.

Para el análisis de la información cuantitativa se utilizó el programa estadístico SPSS versión 15.1 para Windows. En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de las principales variables, analizando frecuencias y porcentajes desagregados por variables sociodemográficas.

Los resultados de los grupos focales se examinaron mediante un análisis de contenido en la modalidad temática de los discursos de las mujeres entrevistadas, incorporando la descripción, el análisis y la interpretación de ideas, supuestos y conceptualizaciones.

El cuestionario y la guía de entrevista presentaban la siguiente estructura:

Secciones del cuestionario
<ol style="list-style-type: none">1. Consentimiento informado2. Antecedentes de la entrevistada3. Mujer encuestada y pareja4. Violencia en la familia, la comunidad y los servicios5. Violencia sexual por cualquier persona aparte de la pareja6. Maneras de enfrentar la violencia (solo para mujeres que han experimentado violencia física y/o sexual por pareja o por otras personas)7. Impacto de las violencias como mujer que vive con VIH y formas de abordarlas8. Necesidades de servicios y apoyo de las mujeres que viven con VIH en relación con las violencias9. Reporte anónimo de violencia sexual en la niñez
Secciones de la guía de grupo focal
<ol style="list-style-type: none">1. Consentimiento informado2. Presentación de las facilitadoras, los objetivos del grupo focal y las reglas de participación.3. Formas de violencia que experimentan las mujeres que viven con VIH y sus consecuencias4. Factores asociados a las violencias que enfrentan las mujeres con VIH y patrones de búsqueda de ayuda.5. Necesidades de las mujeres con VIH que han experimentado violencia

3.4 Aspectos éticos

El Estudio utilizó las Directrices de la OMS sobre investigación específica en violencia contra las mujeres⁵ y el documento de la CIM/OEA (2011) “Consideraciones éticas para una respuesta integrada a los derechos humanos, el VIH y la violencia contra las mujeres en Centroamérica”⁶.

Se ofreció información a las mujeres seleccionadas sobre el Estudio y sus implicaciones a través de distintos medios (verbal y escrito) y en distintos momentos, incluyendo en reuniones con organizaciones de personas/ mujeres con VIH. Se enfatizó el derecho de las entrevistadas a detener la entrevista o su participación en el grupo focal en cualquier momento y a no responder a cualquier pregunta.

No se ofrecieron incentivos financieros a las participantes en grupos focales ni en las encuestas.

⁵WHO (2007). WHO Ethical and Safety Recommendations for Researching, Documenting and Monitoring Sexual Violence in Emergencies. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Recuperado de www.who.int/hac/network/interagency/news/ethical_and_safety_recommendations/en/index.html

⁶Vázquez, M. y Hale, F. (2011). Consideraciones éticas para una respuesta integrada a los derechos humanos, el VIH y la violencia contra las mujeres en Centroamérica. Comisión Interamericana de Mujeres (CIM/OEA). Washington DC.

4. HALLAZGOS Y RESULTADOS DEL COMPONENTE CUANTITATIVO

4.1 INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Principales Hallazgos:

De la muestra de 105 mujeres con VIH, 9 de cada 10 eran argentinas, y como primera minoría la paraguaya. Son mujeres principalmente urbanas, blancas, heterosexuales y relativamente jóvenes ya que 6 de cada 10 mujeres tiene menos de 40 años.

Son mujeres con un nivel educativo relativamente elevado, donde el 100% han accedido al sistema educativo y 3 de cada 10 alcanzaron el nivel universitario.

Si bien la mayoría declara un estado civil legal de “soltera”, el 99% de las mujeres declaran haber tenido parejas anteriores o tienen pareja actual.

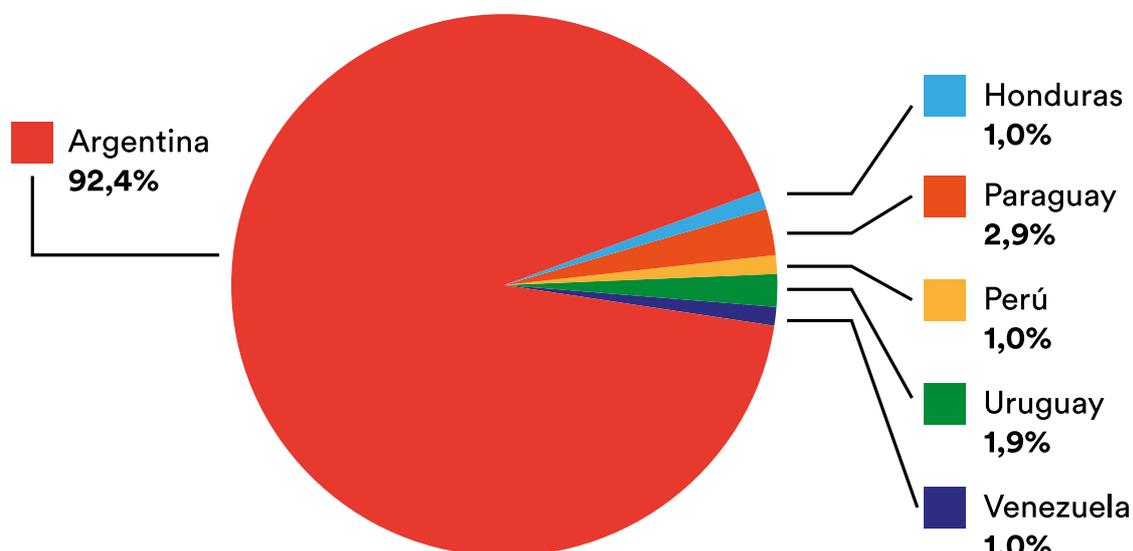
En cuanto a la situación laboral, 7 de cada 10 mujeres reportan trabajo remunerado y 5 de cada 10 reciben algún subsidio del Estado (Plan, programa o prestación). En cuanto el ingreso mensual, 5 de cada 10 percibe entre un sueldo o más de un sueldo mínimo por mes, sin embargo, 2 de cada 10 reporta que en el último mes le ha faltado recursos económicos para cubrir las tres comidas básicas.

1.1 País de nacimiento:

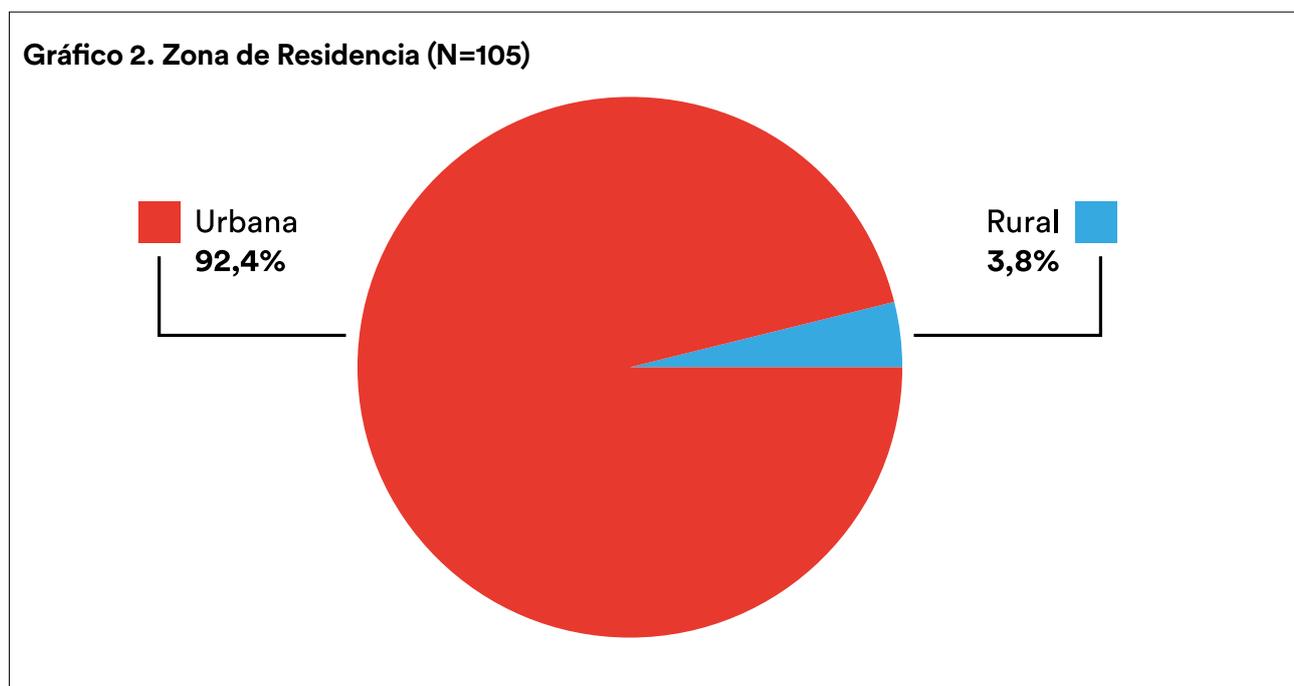
En cuanto a la historia de embarazos y partos, 6 de cada 10 mujeres han tenido al menos un embarazo alguna vez, de los cuales, 8 de cada 10 han tenido entre uno a tres embarazos en sus vidas.

4.1.1 País de nacimiento: Se encuestó un total de 105 mujeres con VIH, distribuidas geográficamente de la siguiente manera.

Gráfico 1. País de Nacimiento (N=105)



En cuanto a la nacionalidad, casi la totalidad de las encuestadas son argentinas (92,4%), siendo la primera minoría nacional la paraguaya (2,9%), seguida de la uruguaya (1,9%).

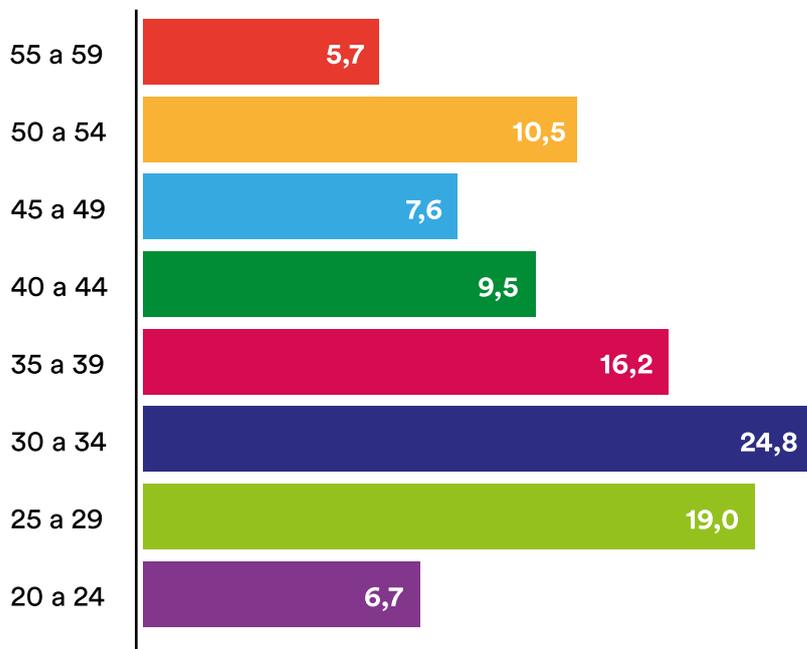


En cuanto al área de residencia, la mayoría (69,5%) viven en la Provincia de Buenos Aires, el 28,6% en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y un 1% viven en las provincias de Salta y Jujuy respectivamente.

En relación a la zona, la mayoría se trata de mujeres con VIH que viven en zonas urbanas (96,2%) y sólo el 3,8% refirieron vivir en zona rural.

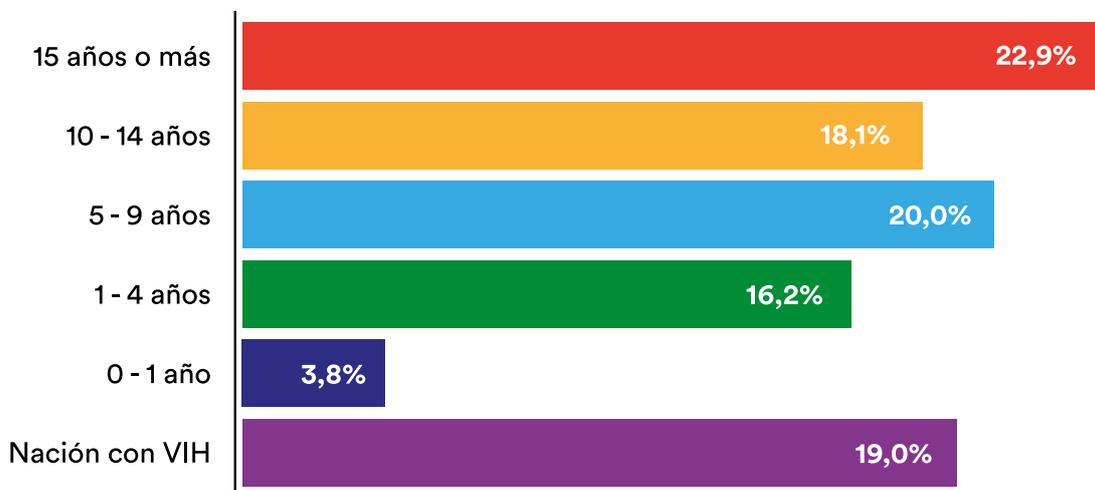
4.1.2 Edad: El grupo etario con mayor representación es el de 30-34 años (24,8%) y el de menor el de 55 y más años (5,7). Las mujeres jóvenes de 20 a 29 años representan el 25,7% del total de la muestra. En general, la muestra está conformada por mujeres jóvenes y adultas de 40 años y menos (66,7%).

Gráfico 3. Distribución de encuestadas por grupos de edad (N=105)

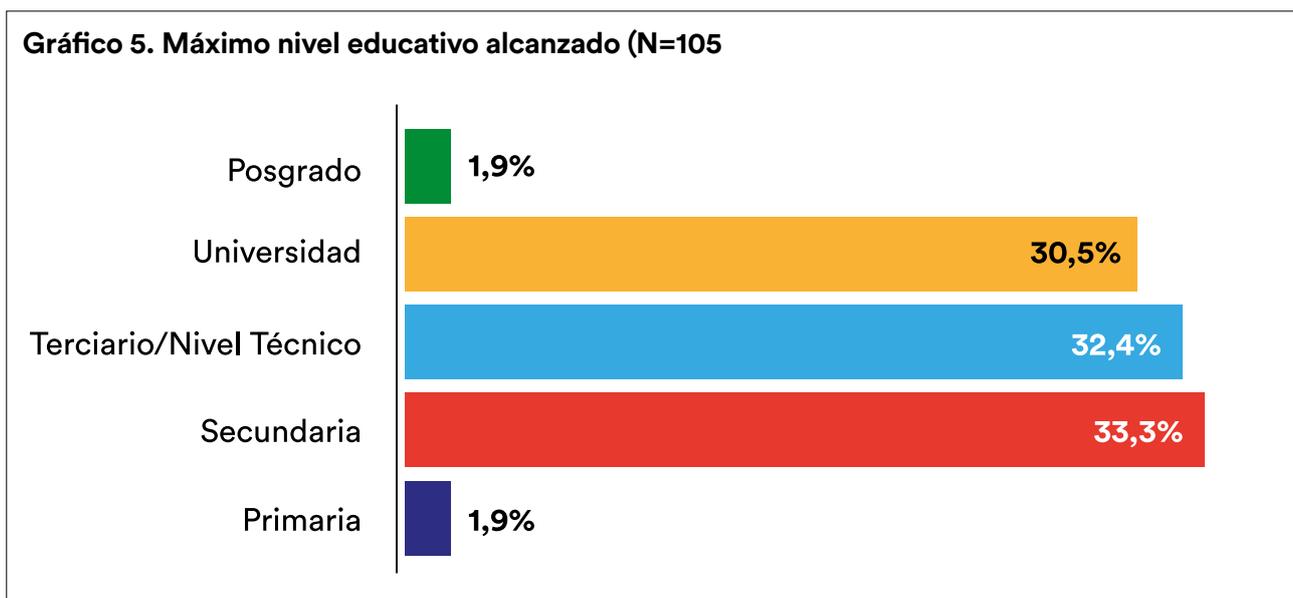


4.1.3 Años de diagnóstico del VIH: La mayoría de las mujeres, han sido diagnosticadas hace 5 y más años (61%), de las cuales el 22,9% tienen un diagnóstico de 15 y más años. Esto muestra que la mayoría de las mujeres entrevistadas viven con el VIH desde varios años. Llama la atención que el 19% de las mujeres reportaron que “nacieron con el VIH”, ocurriendo esto entre 20 y 25 años atrás, tomando en cuenta las edades de las mujeres que reportaron transmisión madre a hijo/a.

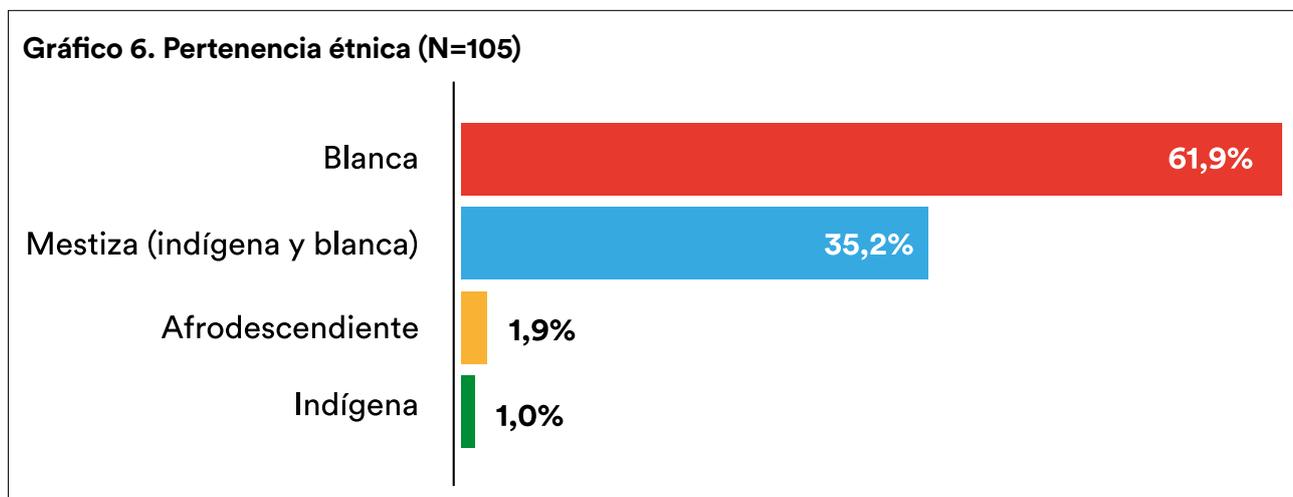
Gráfico 4. Años de diagnóstico (N=105)



4.1.4 Nivel Educativo: Según el máximo nivel educativo alcanzado, se observa que el total de la muestra ha accedido al sistema educativo. Solo el 1,9% refiere haber realizado solo el nivel primario. La mayoría en cambio ha llegado al nivel secundario y terciario (33,3% y 32,4% respectivamente). Se observa un elevado nivel de estudios avanzados, entre las que reportaron nivel universitario y posgrado constituyen el 32,4% de la muestra. En general, las mujeres entrevistadas muestran un alto nivel educativo.

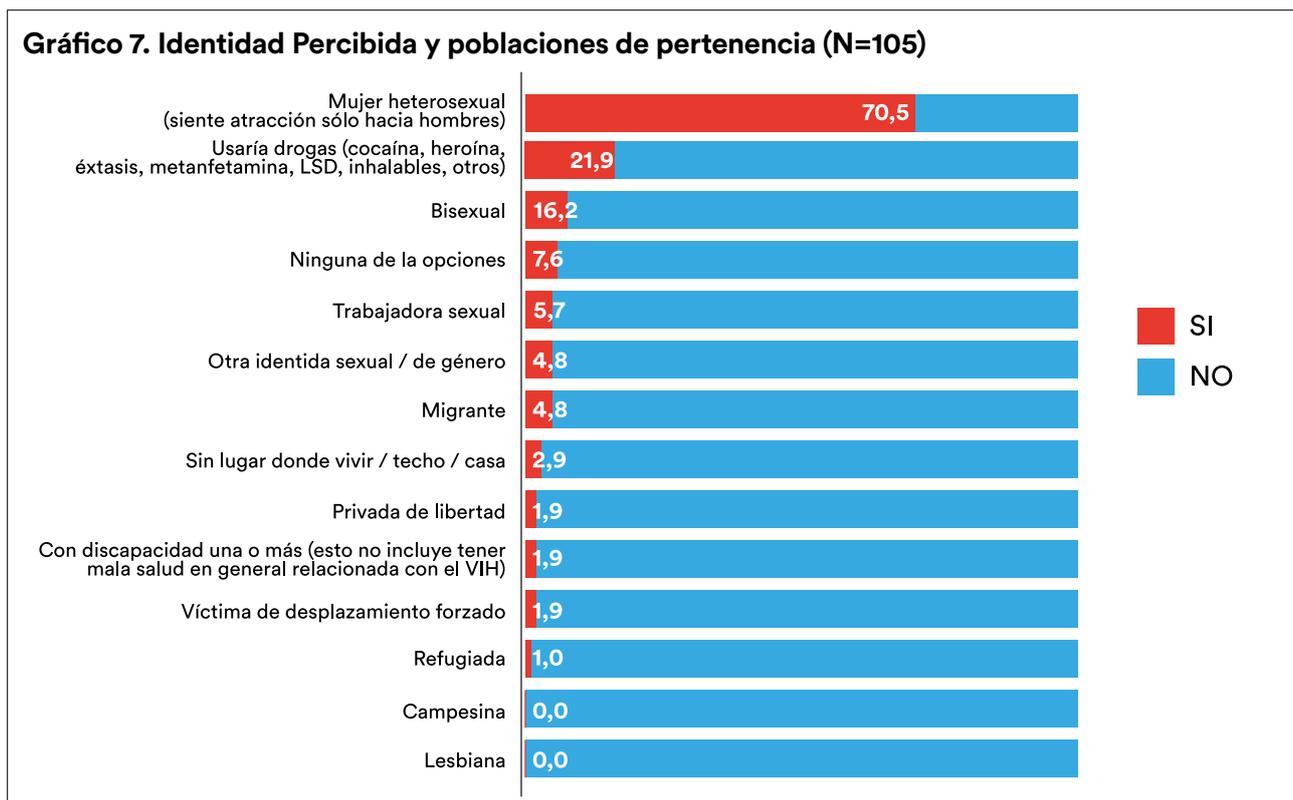


4.1.5 Pertenencia étnica: En cuanto a la pertenencia étnica reportada, la mayoría de la muestra se identifica como “blanca”, seguida de la mestiza (35,2%) y con una pequeña minoría de afrodescendientes e indígena (1,9% y 1% respectivamente).

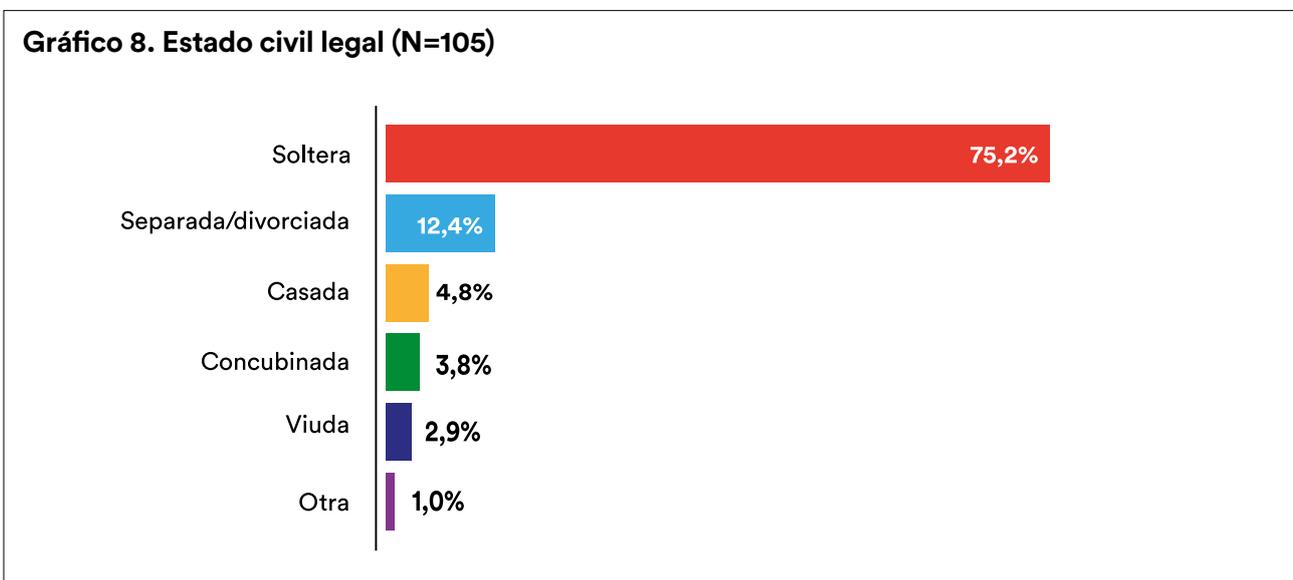


4.1.6 Identidad percibida y poblaciones de pertenencia: En este apartado se explora como las mujeres se auto perciben no sólo a nivel de su identidad sexo-genérica, sino también si se reconocen como parte de otras poblaciones.

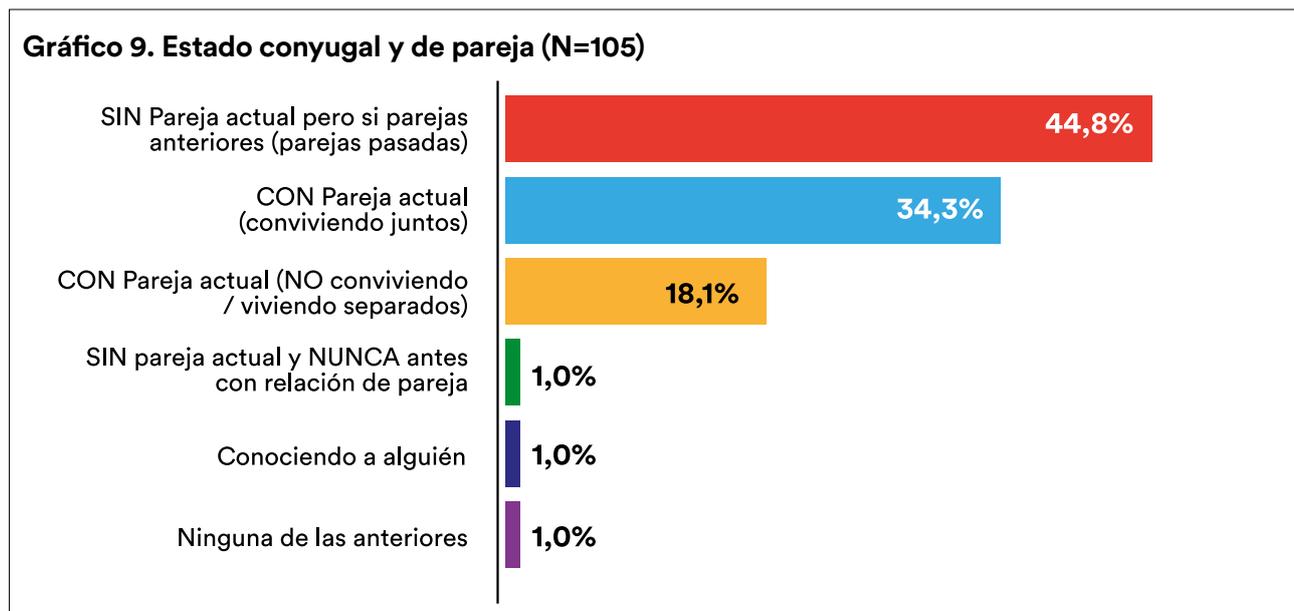
La mayoría de las mujeres se perciben en cuanto a su identidad y orientación sexual como “heterosexual” (70,5%). Las otras orientaciones identificadas fueron mujeres declaradas “bisexuales” (16,2%). El 4,8% reportó “otra orientación sexual/de género” sin especificar y no se reportó ninguna mujer percibida como “lesbiana”. En cuanto al consumo de drogas y trabajo sexual, el 21,9% reportaron que son “usuarias de drogas” y el 5,7% que ejercen el “trabajo sexual”.



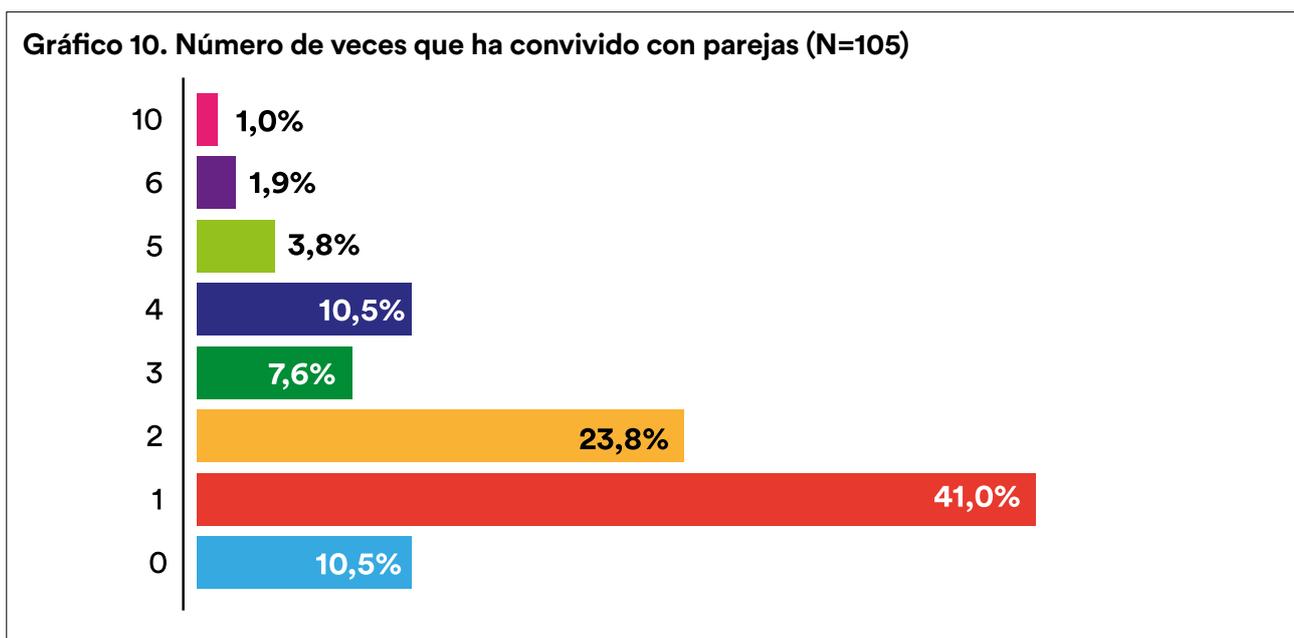
4.1.7 Situación civil y conyugal: La mayoría de las mujeres reportan un estado legal civil de soltera (75,2%) seguida de las “separadas/divorciadas” (12,4%).



Sin embargo, a pesar que el estado civil de la mayoría sea “soltera”, más de la mitad están con “pareja actual” (52,4%), de las cuales el 34,3% convive con su pareja. La situación conyugal más frecuente luego es la de “sin pareja actual, pero si anteriores” con un 44,8%. Esto muestra que casi la totalidad de la muestra tiene o ha tenido historial de parejas.

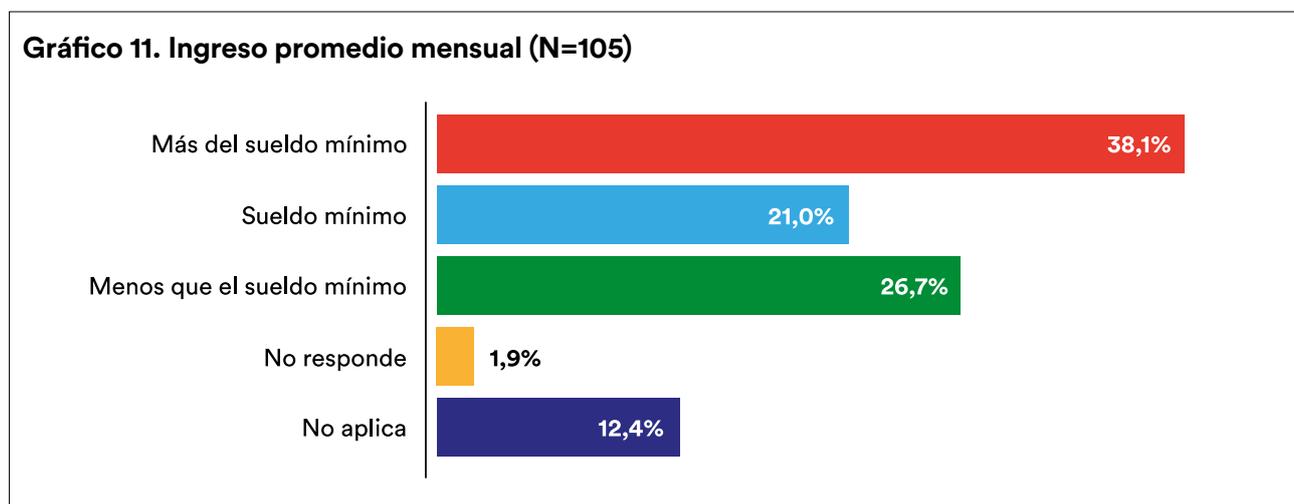


En cuanto a la convivencia, la mayoría de la muestra reporta que en toda su vida solo ha convivido con una sola pareja (41%), seguido del 23,8% que han convivido con dos parejas. En términos generales, la mayoría (71%) no han convivido con más de tres parejas a lo largo de su vida.

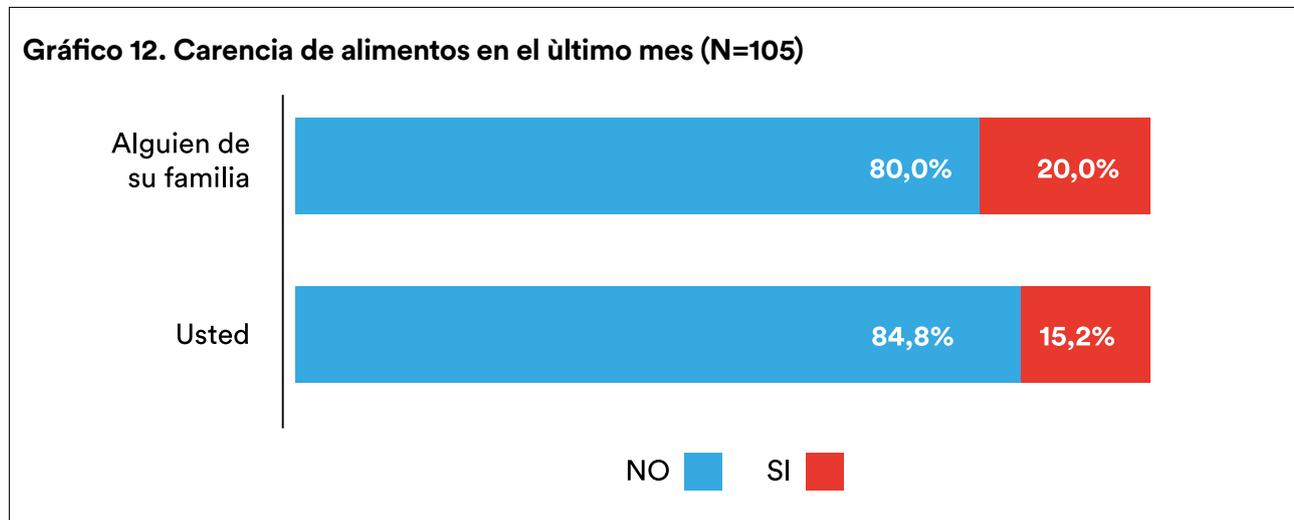


4.1.8 Situación laboral y económica: En cuanto a la situación laboral actual, el 71,4% reportó que cuenta con un trabajo remunerado, es decir, que cerca de 3 de cada 10 entrevistadas (28,6%) están sin empleo en el momento de la entrevista. En cuanto al lugar del trabajo, el 65,7% informan que trabajan fuera de su hogar. Más de la mitad de las mujeres (55,2%) reportó que reciben alguna ayuda económica por parte del Estado (plan social).

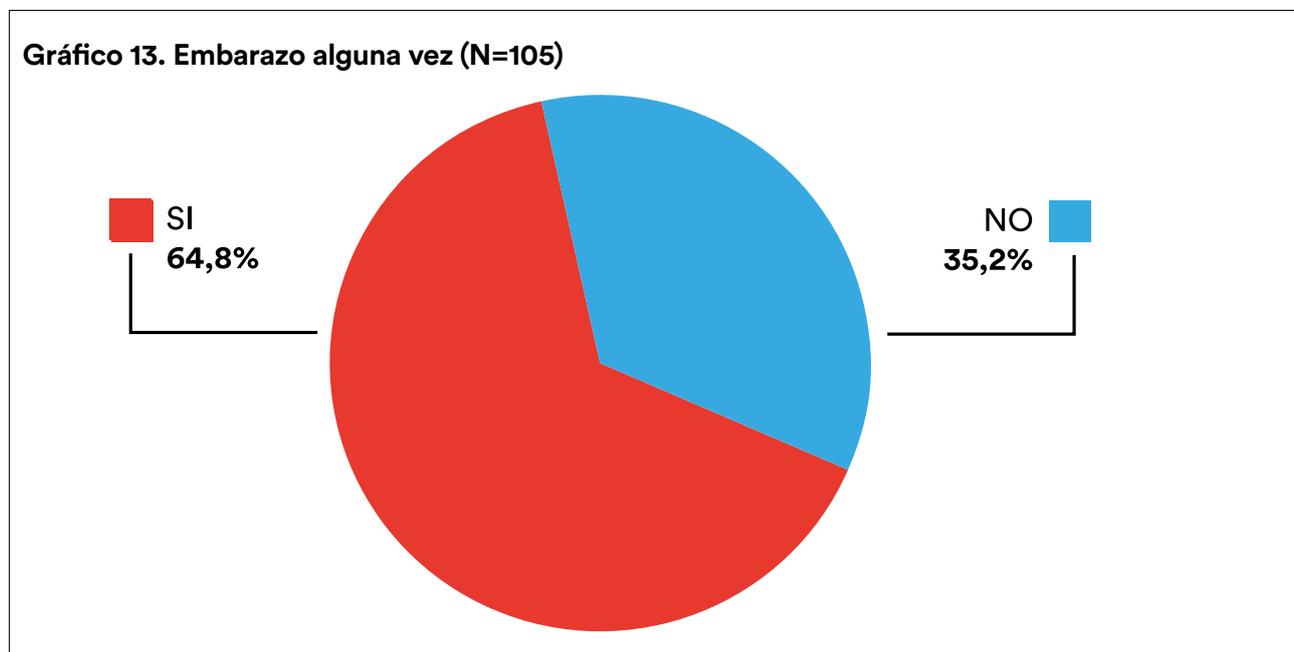
En relación a los ingresos de dinero mensuales (tanto por trabajos remunerados como por planes sociales), tomando en cuenta el salario mínimo vigente en el país, la mayoría reportó percibir más de un salario mínimo mensual (38,1%), el 21% percibe un salario mínimo y el 26% menos de un salario mínimo. En términos de ingresos económicos, las mujeres encuestadas muestran en su mayoría tiene ingresos mínimos o mayores al mínimo.



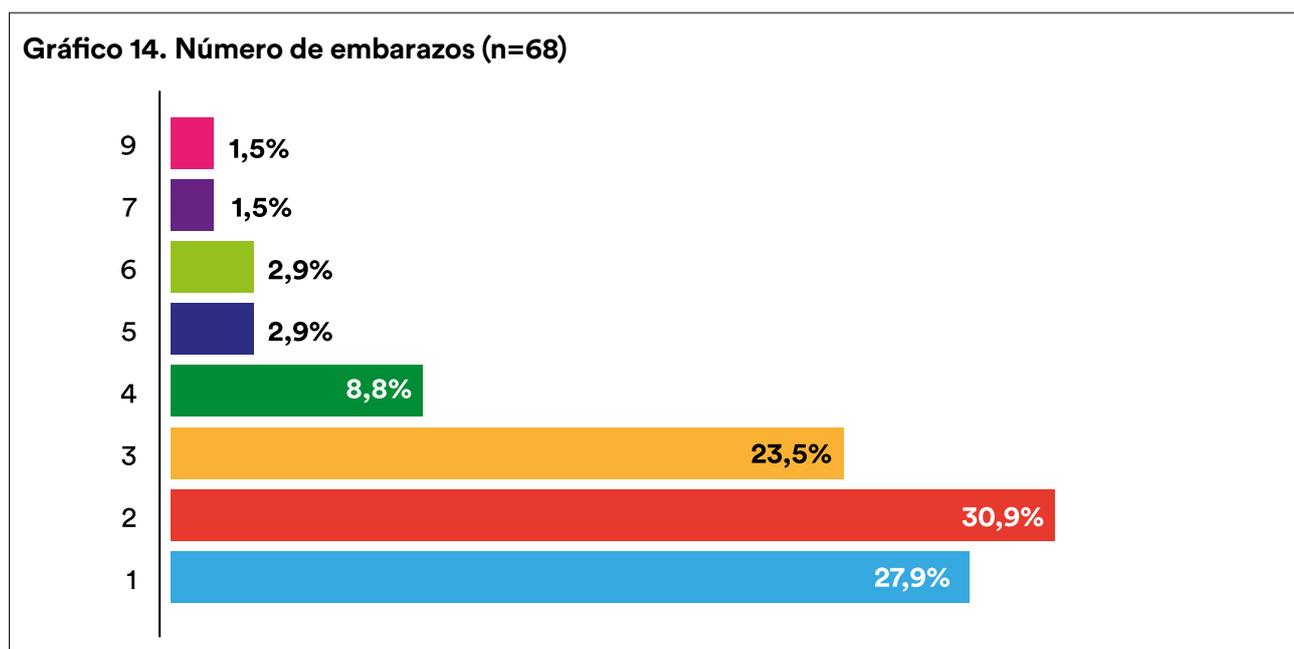
En cuanto a la posibilidad de contar con suficientes recursos económicos para cubrir necesidades básicas como la alimentación, se observa que, si bien la mayoría de las mujeres no les ha faltado recursos para cubrir las tres comidas básicas diarias, aún existe un 15,2% de mujeres que no han podido cubrir esta necesidad y un 20% que su familia no ha podido.



4.1.9 Historias de embarazos y partos: La mayoría de las mujeres encuestadas han reportado que han estado embarazadas al menos una vez a lo largo de la vida (64,8%)



Del total de mujeres que respondieron afirmativa la pregunta anterior (Ha estado embarazada alguna vez), 8 de cada 10 han tenido entre 1 y 3 hijos (82,3%), siendo la mayor proporción las que han tenido 2 hijos (30,9%). Por otro lado, 2 de cada 10 mujeres han tenido entre 4 a 9 embarazos en sus vidas (17,6%).



De todas las mujeres que reportaron haber estado “alguna vez embarazadas”, el 80,9% han tenido hijos vivos (embarazos llegados a término), sin embargo 2 de cada 10 mujeres (19,1%) han tenido alguna pérdida, es decir embarazos no llegados a término.

5. VIOLENCIA INFLIGIDA POR LA PAREJA

Esta sección explora las situaciones de violencia infligidas por la o las parejas actuales y pasadas. Se entiende por violencia por la pareja a cualquier comportamiento dentro de una relación íntima, que cause o pueda causar daño físico, psíquico y sexual⁷.

En este estudio se describió la prevalencia de este tipo de violencia desagregado por violencia emocional (también conocida como violencia psicológica), física, sexual y física-sexual, en un plano temporal que va a ubicar las diferentes situaciones de violencia próximo “a los últimos 12 meses” y a lo largo de la vida de la mujer “antes de los últimos 12 meses”.

Por otro lado, para relacionar este tipo de violencia con la condición de vivir con el VIH, se exploró la atribución de las mujeres hacia estas violencias y si consideraban que la razón de estas violencias era por su “diagnóstico de VIH”, por “otras razones” diferentes al VIH o una combinación de ellas “Ambas”.

Principales Hallazgos:

Conductas de Control:

- El 62,9% experimentó alguna situación de control por parte de la pareja alguna vez.
- La trata con indiferencia, le molesta que la mujer hable con otras personas y sospecha que le es infiel, son las conductas de control por la pareja con mayor frecuencia (por encima del 40%).

Violencia por la pareja:

- El 21,0% experimentó violencia **emocional o psicológica** en el último año y el 74,3% alguna vez.
- El 10,5% experimentó violencia **física** en el último año y el 50,5% alguna vez.
- El 10,5% experimentó violencia **sexual** en el último año y el 48,6% alguna vez.
- El 27,6% experimentó violencia **física y sexual** en el último año y 39,0% alguna vez

Razones percibidas de las violencias:

- En general, para los tres tipos de violencias creen que la razón que motivan esas violencias es alguna diferente del VIH (71% a 74,6%), en menor medida creen que puede ser tanto por otras razones como por el VIH (22,9 a 25,9%). Solo un minoría (1,9 a 6%) atribuye estas violencias a la condición de VIH de las mujeres.

Violencia física durante el embarazo:

- El 19,1% sufrió violencia física por su pareja durante el embarazo alguna vez.
- El 13,2% experimentó violencia física por una persona diferente de la pareja durante el embarazo alguna vez

Intersecciones de las violencias y variables sociodemográficas:

- Mayor prevalencia de violencia física y sexual en mujeres de 19 a 29 años (36,4% y 45,5% respectivamente).
- Mayor prevalencia en los tres tipos de violencias en mujeres que perciben “menos de un sueldo mínimo al mes” (31,7% violencia física, 35,2% sexual y 46,3% física-sexual).

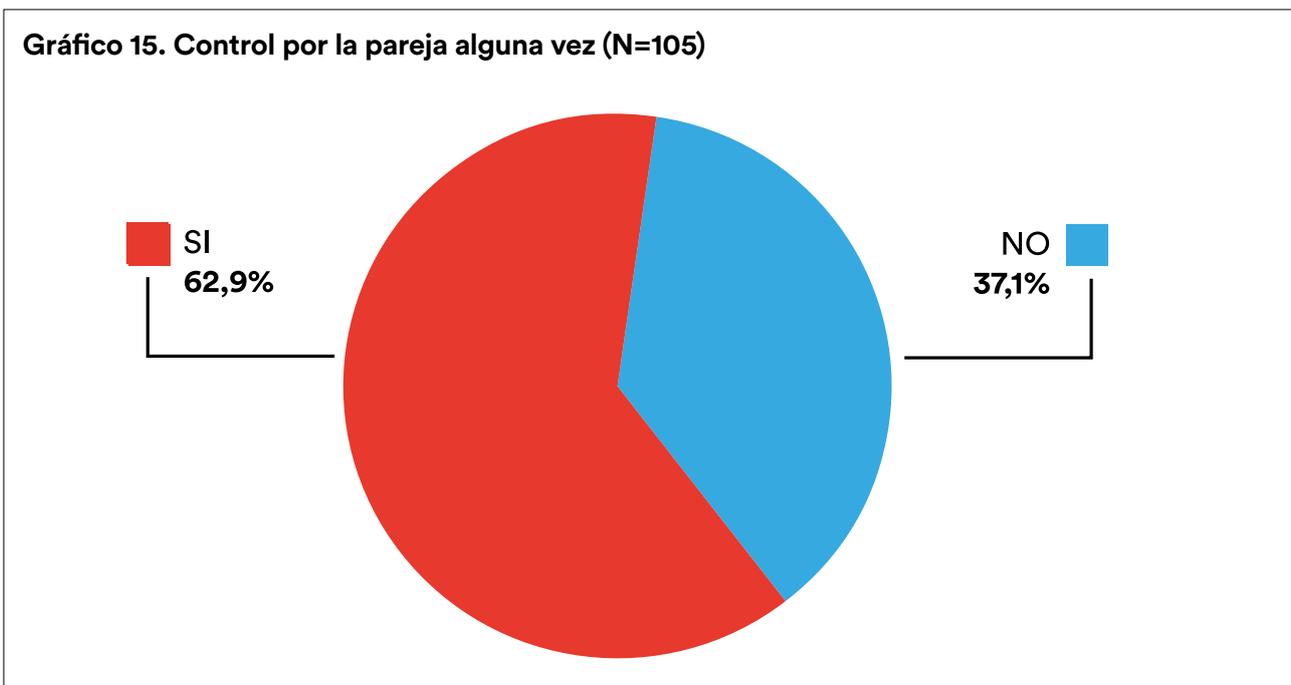
⁷El cuestionario no ha indagado las razones de los embarazos no llegados término, que podrían ser por abortos espontáneos o inducidos

5.1 Conductas de control por la pareja

En este contexto se definen conductas de control aquellas que tengan por objeto condicionar la libertad, autonomía e intimidad de las mujeres, con el fin de lograr la subordinación de las mismas ante la persona que ejerce estas conductas de control.

Algunas de estas conductas son: vigilar los movimientos de la mujer, controlar sus amistades y redes sociales, su celular, su dinero, querer saber constantemente dónde está y que está haciendo, etc.

El 62,9% de las mujeres encuestados manifestaron que han experimentado al menos una situación de control por parte de sus parejas, a lo largo de sus vidas.



Desagregando por conductas de control, se observa que la conducta de mayor frecuencia es el que la pareja la “trata con indiferencia” (43,8%), seguido por la molestia de la pareja cuando la mujer habla con otras personas (42,9%), y la sospecha constante que la pareja tiene sobre la infidelidad de la mujer (41,9%). En cuanto al control del cuerpo y apariencia de las mujeres, el 32,4% reportó haber experimentado esta conducta de control. También el control se extiende al entorno social y familiar de las mujeres, donde el 29,5% impide que la mujer vea a sus amistades y el 21,9% impide que contacte con su familia.

En cuanto a la autonomía económica, el 18,1% afirmó que alguna vez sus parejas le han controlado su dinero.

Cuadro 1. Conductas de Control por la pareja	Porcentaje
1- La trata con indiferencia (n=46)	43,8%
2- Le molesta que hable con otras personas (n=45)	42,9%
3- Sospecha que le es infiel (n=44)	41,9%
4- Insiste en saber dónde está en todo momento (n=39)	37,1%
5- Le revisa el celular (n=34)	32,4%
6- Controla su apariencia (vestimenta y maquillaje) (n=34)	32,4%
7- Trata de impedir que vea a sus amistades	29,5%
8- Trata de restringir el contacto con su familia (n=23)	21,9%
9- Le controla en dinero (n=19)	18,1%
10- Le impide su participación en organizaciones sociales (n=18)	17,1%
11- La recoge del trabajo aunque usted no quiera (n=13)	12,4%
12- La ha despojado de su herencia (n=3)	2,9%

5.2 Violencia emocional, física y sexual infligida por la pareja

La violencia en sus diferentes tipos se ha calculado mediante las respuestas afirmativas de las mujeres a cualquier situación planteada para cada tipo de violencia.

Los porcentajes muestran cifras elevadas para todas las violencias, tanto en los últimos 12 meses como a lo largo de la vida.

En relación a la proporción de violencia a lo largo de la vida, se observa que los valores para la violencia emocional, física y sexual están entre el 48,6% (sexual) hasta el 74,3% (emocional), y la física y sexual (mujeres que reportan ambos tipos de violencia) fue reportada por el 39,0%.

Al analizar las violencias experimentadas en el último año, las cifras bajan considerablemente, situándose entre un 21,0% para la violencia emocional, 10,5% la física y la sexual. Se destaca la elevada prevalencia de la violencia física y sexual que es la más elevada dentro de todas las violencias en el último año, situándose en un valor del 27,6%.

Esto muestra, sobre todo en los valores de violencias experimentadas “a lo largo de la vida”, una historia marcada por diferentes situaciones de violencia sufrida a manos de las parejas de las mujeres entrevistadas.

Cuadro 2. Porcentaje de mujeres que reportan violencias por la pareja, en el último año y a lo largo de la vida

Periodo	Tipo de violencia	%
A lo largo de la vida (N=105)	Emocional	74,3
	Física	50,5
	Sexual	48,6
	Física y Sexual	39,0
Ultimo 12 meses (N=105)	Emocional	21,0
	Física	10,5
	Sexual	10,5
	Física y Sexual	27,6

5.3 Proporción de violencias según tipo y situaciones experimentadas

En cuanto a la violencia emocional, también conocida como “violencia psicológica”, se encuentran diferentes situaciones como insultos, denigración, humillación o intimidación, así como amenazas de causar daños o llevarse a los hijos⁸.

En el siguiente cuadro se muestran los porcentajes para 9 situaciones de violencia emocional o psicológica.

La situación con mayor porcentaje es el insulto y acciones que generan que las mujeres se sientan mal consigo mismas (71,4%), siguiendo en menor medida con acciones de menosprecio y humillación (42,3%) y acciones que generan miedo e intimidación (41,9%).

Cuadro 3. Situaciones de violencia emocional por la pareja	%
1- ¿La insulta o la hace sentir mal con Ud. misma? (n=75)	71,4%
2- ¿La menosprecia o humilla frente a otras personas? (n=44)	42,3%
3- ¿Esta persona hace cosas a propósito para asustarla o intimidarla ? (n=44)	41,9%
4- ¿Se burla o menosprecia su cuerpo? (n=37)	35,6%
5- ¿Amenaza con herirla a Ud. o a alguien que a usted le importa? (n=28)	26,7%
6-¿Le dice que no encontrará otra pareja porque usted vive con VIH? (n=24)	22,9%
7- ¿La amenaza con contar a otras personas de su condición serológica al VIH? (n=14)	13,3%
8- ¿La amenaza con abandonarla por su condición de VIH? (n=6)	5,8%
9- ¿La culpabiliza de haberle transmitido el VIH a él/ella o a las/os hijos? (n=5)	5,0%

La violencia física se refiere a conductas que generan de forma directa daño físico, como abofeteos, golpes o patadas⁹.

⁸OPS (2013). Comprender y abordar la violencia hacia las mujeres. Violencia infligida por la pareja. Washington, D.C., p.1

⁹OPS (2013). Comprender y abordar la violencia hacia las mujeres. Violencia infligida por la pareja. Washington, D.C., p.1

De las 6 situaciones de violencia física exploradas en este estudio, la de mayores proporciones han sido “empujones, arrinconar y jalar el pelo”, reportada por el 52,4%, seguido de “abofeteos o tirar cosas con el fin de herir a la mujer (45,7%). En menor medida se encuentran otras situaciones como “golpes de puño” (27,6%) y “patear, arrastrar o dado una golpiza” (21,9%). Estas dos últimas si bien tienen menor proporción que las anteriores, implican mayor severidad y gravedad. Se destaca que 1 de cada 10 mujeres (10,5%) han declarado agresión severa que podría calificarse como intento de daño grave o incluso asesinato, como el hecho de “intentar estrangularla o quemar de forma intencional”.

Cuadro 4. Situaciones de violencia física por la pareja	%
1- ¿Empujado, arrinconado o jalado el pelo? (n=55)	52,4%
2- ¿Abofeteado o tirado cosas que podrían herirla? (n=48)	45,7%
3- ¿Golpeado con su puño o con alguna otra cosa que pudiera herirla? (n=29)	27,6%
4- ¿Pateado, arrastrado o dado una golpiza? (n=23)	21,9%
5- ¿Intentado estrangularla o quemarla a propósito? (n=11)	10,5%
6- ¿Amenazado con usar o usado una pistola, cuchillo u otra arma en contra suya? (n=10)	9,5%

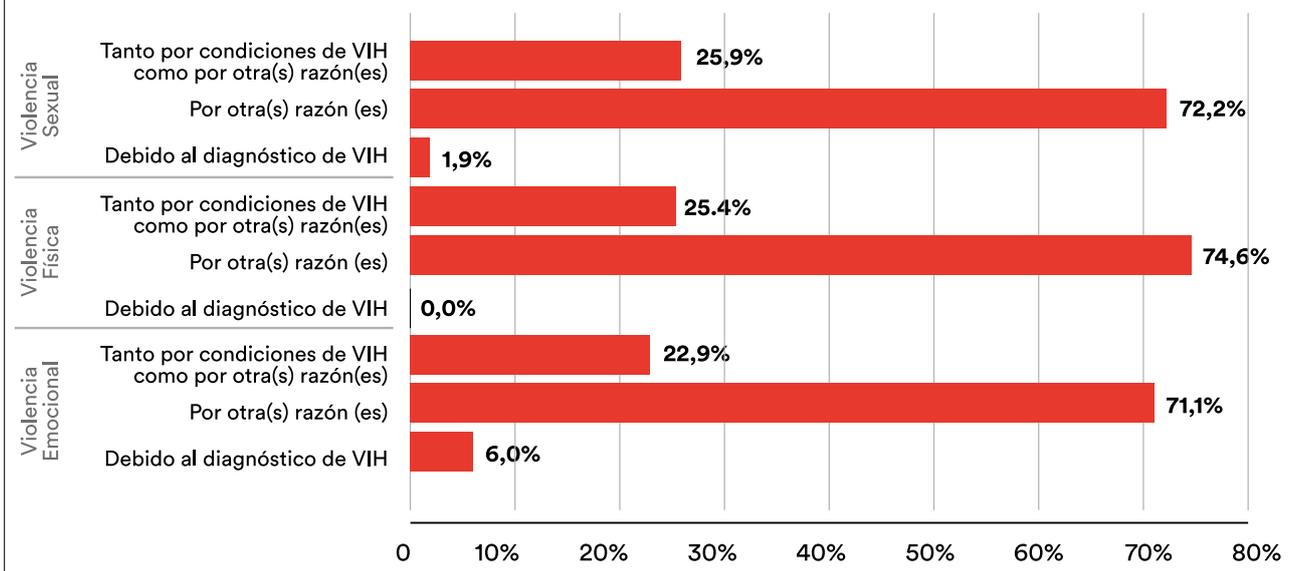
Finalmente, la violencia sexual que implica en general relaciones sexuales forzadas u otros tipos de coacción sexual¹⁰, de las cuales, se han explorado en este estudio 4 situaciones, siendo la de mayor porcentaje las conductas de “forzar físicamente a tener relaciones sexuales” y “coaccionar para tener relaciones sexuales cuando la mujer no quería”, ambas con un 37,1%.

Cuadro 5. Situaciones de violencia sexual por la pareja	%
1- ¿La ha forzado físicamente a tener relaciones sexuales cuando usted no lo deseaba? (n=39)	37,1%
2- ¿Quiso que usted tuviera relaciones sexuales cuando usted no lo deseaba y usted lo hizo porque tenía miedo a lo que la pareja le podía hacer? (n=39)	37,1%
3- La ha rechazado sexualmente (n=28)	26,7%
4- ¿Alguna vez la pareja la forzó a realizar algún acto sexual que usted encontró humillante o degradante? (n=14)	13,3%

De acuerdo a las razones que las mujeres atribuyen a los diferentes tipos de violencias, se observa que la mayoría considera que la violencia se debió en mayor medida a “otras razones” diferentes al VIH (porcentajes mayores al 70%). En menor medida, con porcentajes entre 22,9% y 25,9% atribuyen razones tanto por el VIH como otras a las diferentes violencias. Una minoría considera que las violencias experimentadas se atribuyen sólo al VIH (porcentajes entre 0% a 6%).

¹⁰Ibid

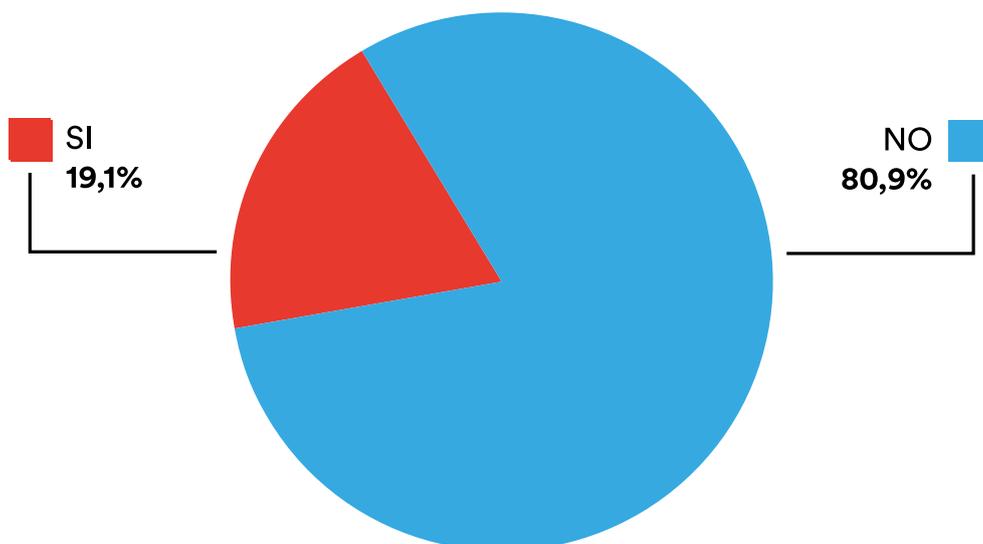
Gráfico 16. Razones percibidas que generan las violencias por la pareja



5.4 Violencia física durante el embarazo

5.4.1 Por la pareja: Del total de mujeres que han reportado que alguna vez estuvieron embarazadas, 2 de cada 10 mujeres (19,1%) han declarado que durante sus embarazos fueron violentadas físicamente por sus parejas.

Gráfico 17. Violencia física durante el embarazo (n=68)



En cuanto al momento que ocurrieron estas situaciones de violencia física durante el embarazo, el 69,2% informó que esto sucedió “antes del diagnóstico del VIH” y el 30,8% “después del diagnóstico”.

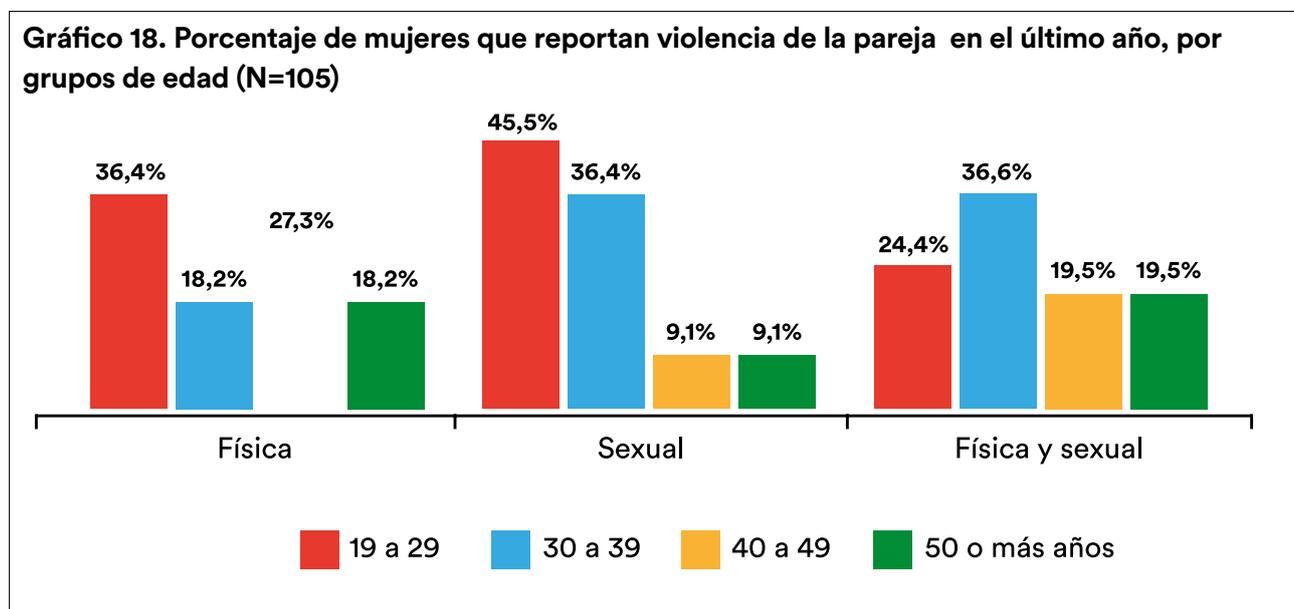
Según las razones atribuidas, el 84,6% considera que la violencia fue por razones diferentes al VIH y el 7,7% que fue tanto por el VIH como por otras razones.

5.4.2 Violencia ejercida por personas diferentes de la pareja: Del total de mujeres alguna vez embarazadas, el 13, 2% han reportado haber experimentado violencia física por alguna persona diferentes de la pareja.

5.5 Intersecciones entre los diferentes tipos de violencia y factores sociodemográficos

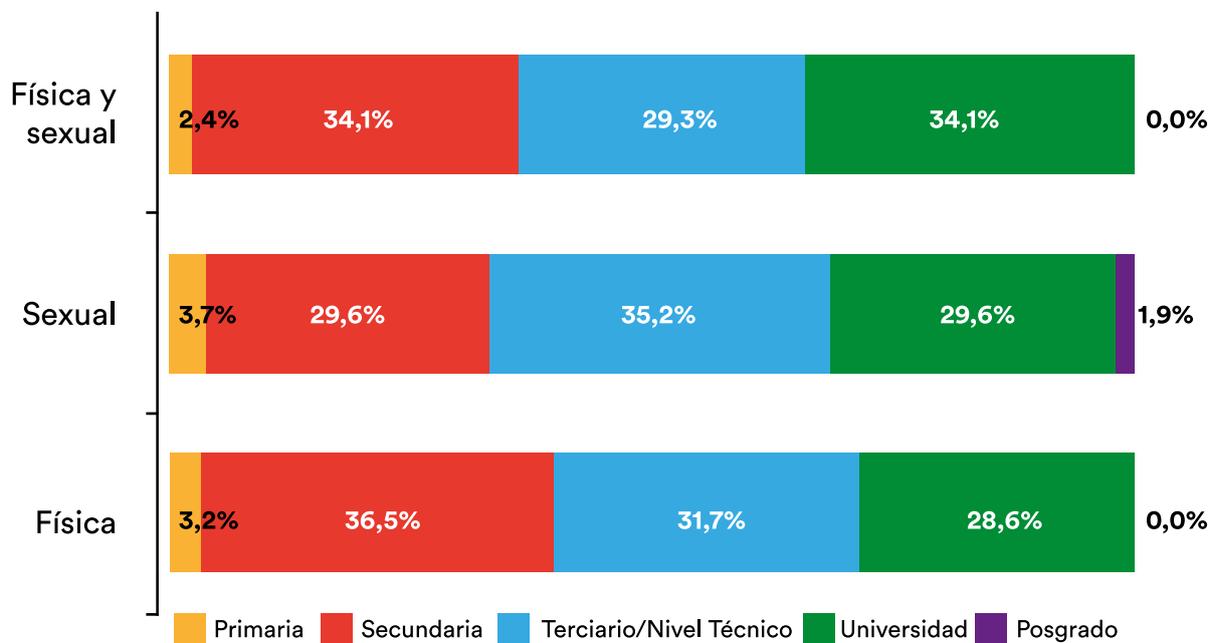
- **Edad:** Para la franja de edad más jóvenes (19-29 años) se observa una mayor proporción de violencia física y sexual, en el caso de la violencia físico-sexual (juntas) la mayor proporción recae en las mujeres de 30-39 años de edad. Para los tres tipos de violencias, los porcentajes decaen a partir de los 40 años y más.

Se destaca la violencia sexual donde 5 de cada 10 mujeres con VIH (45,5%) entre 19 a 29 años han reportado este tipo de violencia y 4 de cada 10 (36,4%) sufrieron este mismo tipo de violencia en el grupo de 30 a 39 años.



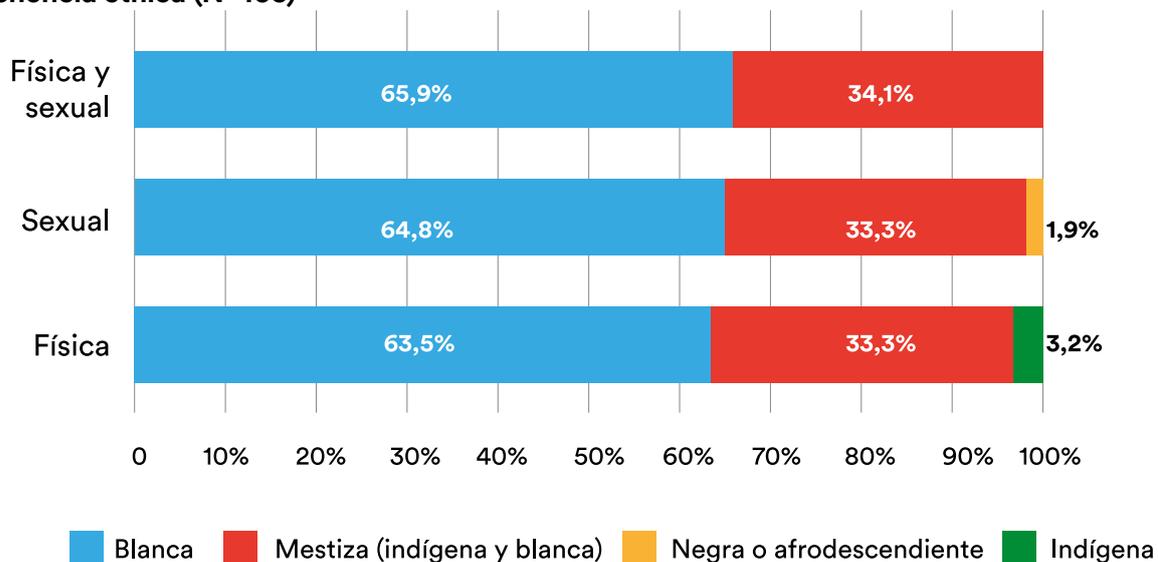
- **Nivel Educativo:** En cuanto al nivel educativo, no se observa diferencias destacables. Las proporciones de las tres violencias son similares entre el nivel secundario, terciario y universitario.

Gráfico 19. Porcentaje de mujeres que reportan violencia de la pareja en el último año, por nivel educativo (N=105)

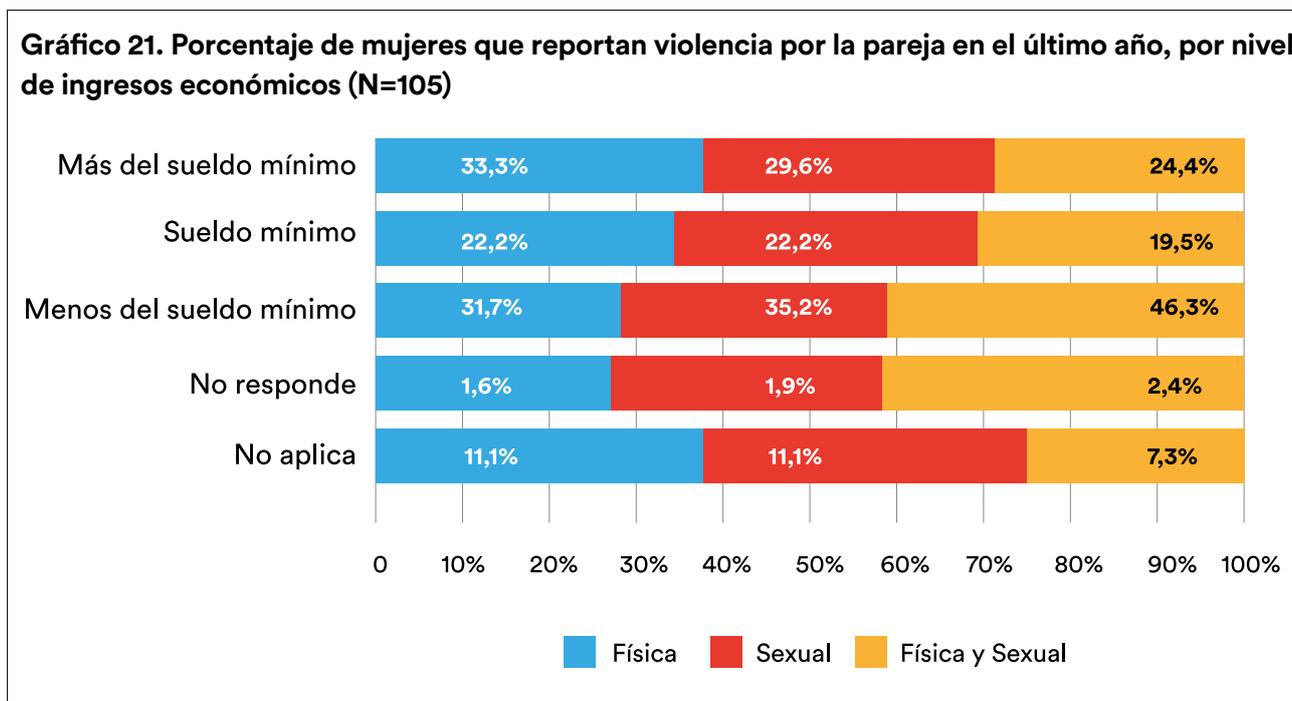


- **Pertenencia étnica:** Casi la totalidad de las proporciones para todas las violencias recaen en dos grupos, las mujeres percibidas como “blancas” y “mestizas”. Esto puede estar asociado al hecho de que un número muy pequeño de mujeres de minorías étnicas participaron en la encuesta.

Gráfico 20. Porcentaje de mujeres que reportan violencia de la pareja en el último año, por pertenencia étnica (N=105)



- **Ingresos económicos:** Las mujeres que perciben “menos de un sueldo mínimo” por mes, muestran para los tres tipos de violencias mayores proporciones (31,7% violencia física, 35,2% sexual, y 46,3% física y sexual).



6. VIOLENCIA INFLIGIDA POR PERSONAS DIFERENTES DE LA PAREJA

Principales Hallazgos:

- El 31,4% han experimentado violencia física alguna vez desde los 15 años por personas diferentes de la pareja.
- El 32,4% reportan que sus padres/padrastros han golpeado a sus madres/madrastras alguna vez.

6.1 Violencia física desde los 15 años. Del total de mujeres entrevistadas, incluidas mujeres con pareja actual y las que nunca tuvieron pareja, 3 de cada 10 (31,4%) han informado haber experimentado violencia física desde los 15 años por parte de alguna persona diferente de la pareja.

6.2 Testigas de violencia hacia su madre o madrastra por parte de su padre o padrastro.

Se observa que 3 de cada 10 mujeres (32,4%) han reportado su padre o padrastro ejerció violencia física hacia su madre o madrastra.

7. VIOLENCIA FAMILIAR (APARTE DE LA PAREJA), COMUNITARIA Y COLECTIVA

En esta sección se exploran las diferentes situaciones de violencia y discriminación experimentadas en la familia, la comunidad, los servicios de salud, los centros educativos, acceso a vivienda, entre otros.

Principales hallazgos:

-El 57,1% reportó haber experimentado situaciones de violencia y discriminación en la familia, comunidad, servicios de salud, centros educativos, etc.

Situaciones de violencia y discriminación con mayor prevalencia (mayor al 20%)

- El 21% alguien en su familia la ha insultado, menospreciado, manipulado, humillado y/o amenazado.
- El 23,8% ha perdido su trabajo (si estaba empleada) u otra fuente de ingreso (si estaba autoempleada o era trabajadora informal o casual).
- El 21% ha dejado de aplicar a un trabajo por su condición de VIH.
- El 20% se le ha negado algún servicio de salud, incluyendo la atención dental, cirugías, salud mental u otros, debido a su condición de VIH.

Violencia y discriminación en servicios de salud:

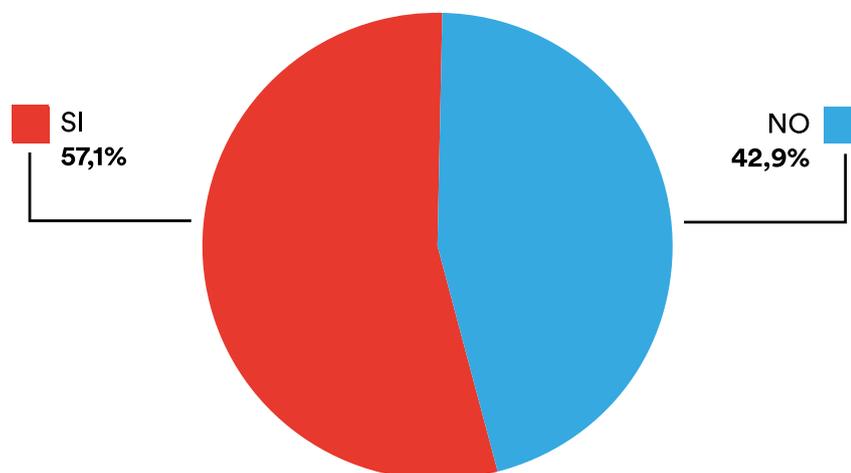
- El 16,2% alguna vez se le ha negado algún servicio de salud sexual y reproductiva.
 - EL 12,4% alguna vez se le ha coaccionado para someterse a una esterilización, aborto o un/a profesional de salud decidió con su pareja sobre la esterilización.
 - El 28,6% alguna vez un personal de salud le aconsejó “no tener hijos”.
- Estas situaciones sucedieron “luego del diagnóstico “ (97%), por lo que las entrevistadas atribuyen como razón principal la condición de vivir con el VIH de las mujeres (86%) y no otras razones.

Miedo de experimentar violencia:

El 48,6% refiere sentir miedo de experimentar violencia en diferentes ámbitos y por diferentes personas aparte de las parejas.

Más de la mitad de las mujeres (57,1%) reportó al menos una situación de violencia y/o discriminación en escenarios diferentes de la pareja.

Gráfico 22. Violencia en la familia (aparte de la pareja), comunidad e institucional (N=105)



En el cuadro siguiente se identifica las diferentes situaciones de violencia y/o discriminación desagregada según el ámbito o escenario donde estas situaciones se han producido.

Como se observa, las mujeres con VIH experimentan diferentes situaciones de violencia y discriminación en múltiples ámbitos. Se destacan la violencia familiar (aparte de la pareja), reportada por el 21%; la pérdida del trabajo (23,8%) y el hecho de haber negado algún servicio de salud (20%).

Cuadro 6. Prevalencias de violencias en ámbitos diferentes de la pareja	
Ámbito	Situaciones
Comunidad	- El 8,6% han sido excluidas de reuniones o actividades sociales (ej. casamientos, funerales, fiestas, cumpleaños, clubes, reuniones, juegos deportivos, etc.).
Familia (aparte de la pareja)	- El 21% alguien en su familia la ha insultado, menospreciado, manipulado, humillado y/o amenazado. - El 7,6% algún miembro de su familia le ha quitado dinero, propiedades, bienes, o negado herencias. - El 4,8% ha sido excluida de actividades familiares; ej. cocinar, comer juntos, dormir en la misma habitación.
Trabajo	- El 23,8% ha perdido usted su trabajo (si estaba empleada) u otra fuente de ingreso (si estaba autoempleada o era trabajadora informal o casual). - El 21% ha dejado de aplicar a un trabajo por su condición de VIH. - El 4,8% ha cambiado la descripción o naturaleza de su trabajo, se le ha cambiado de puesto o se le ha negado un ascenso laboral.
Vivienda	-El 12,4% ha sido forzada a cambiar su lugar de residencia o ha sido incapaz de alquilar un lugar para vivir.
Educación	-El 1,9% ha sido rechazada, expulsada o se le ha impedido asistir a alguna institución educativa.
Salud	-El 20% se le ha negado algún servicio de salud, incluyendo la atención dental, cirugías, salud mental u otros, debido a su condición de VIH.

7.1 Violencia y discriminación en los servicios de salud

Las mujeres en general y las que viven con VIH en particular es la población que más utiliza los servicios de salud y es también el ámbito en el que pueden experimentar diferentes situaciones de estigma, discriminación incluido violencia.

Del total de mujeres entrevistadas, 2 de cada 10 (16,2%) declararon que alguna vez se les ha negado algún servicio de salud sexual y reproductiva.

7.2 Violencia obstétrica

El 12,4% de las mujeres encuestadas afirmaron que alguna vez un personal de salud las coaccionó para someterse a la esterilización o aborto o un/a profesional de salud decidió con su pareja sobre la esterilización.

De las mujeres que respondieron afirmativamente la pregunta anterior (se sintieron coaccionadas por personal de salud), el 30% reportó que la coacción sentida fue para someterse a un aborto, el 61,5% para someterse a una esterilización y el 15,4% el personal decidió con su pareja algún procedimiento sin el consentimiento de la mujer.

Todas estas situaciones sucedieron “luego del diagnóstico del VIH”, por lo que las encuestadas atribuyen estas conductas de coacción al hecho de vivir VIH y no por razones de otra índole.

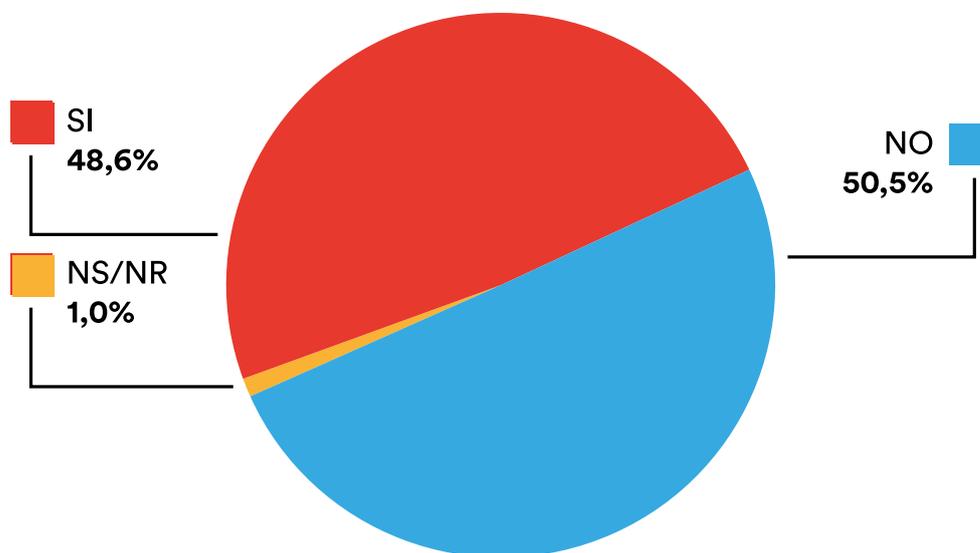
Por otro lado, 3 de cada 10 mujeres (28,6%) informó que alguna vez un personal de salud les “aconsejó no tener hijos”. El 97% de las mujeres reportan que esto sucedió “luego del diagnóstico del VIH”, por lo que el 86% consideran que esta situación está asociada a la condición de VIH principalmente, y no a otras razones.

7.3 Miedo a experimentar violencia por distintas personas y en diferentes ámbitos

Las mujeres con VIH están expuestas a distintos tipos de violencia en el ámbito de las relaciones de pareja, en su lugar de trabajo, de estudio, en la calle, en ámbitos sociales, por parte de autoridades o fuerzas públicas (militares o policías) entre otros.

En este sentido, casi la mitad de las mujeres manifiestan sentir miedo de experimentar situaciones de violencia en estos ámbitos.

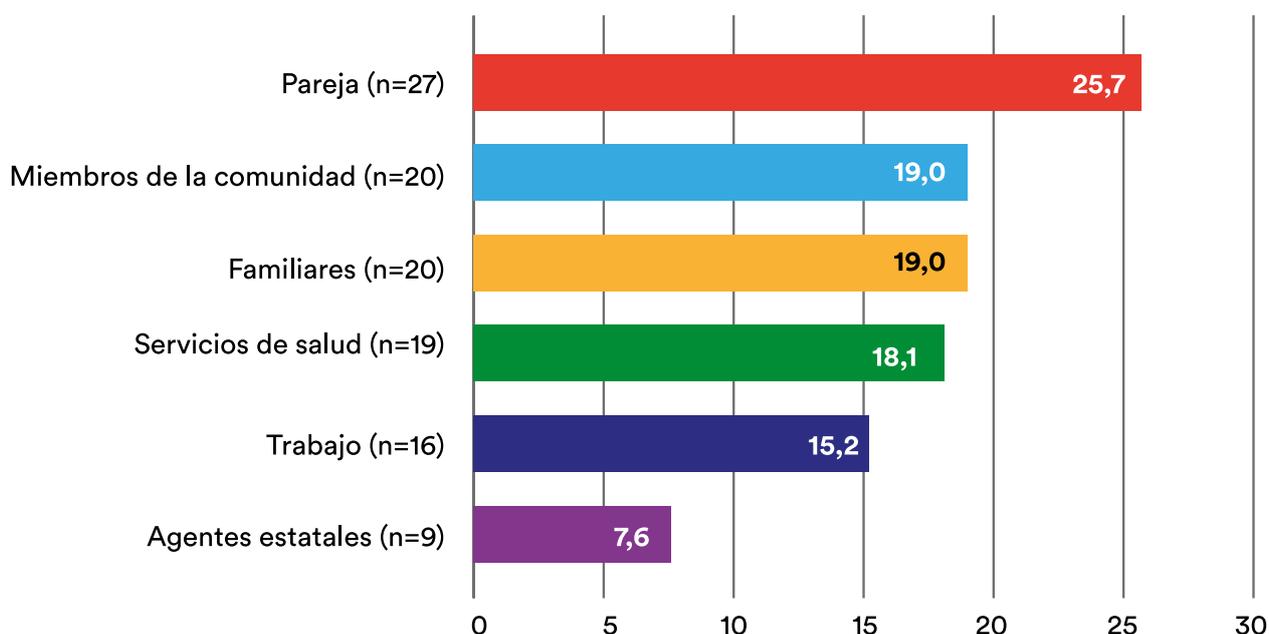
Gráfico 23. Porcentaje de mujeres que reportan tener miedo a experimentar violencia por distintas personas (N=105)



Entre las mujeres que afirmaron sentir miedo de experimentar violencia, han identificado las personas o ámbitos que generan en mayor medida este sentimiento de temor

En primer lugar, se encuentra las “parejas” reportado por el 27% de las encuestadas, seguido de los “miembros de la comunidad” y “familiares” (19%), servicios de salud (18%) y en el ámbito laboral (15%).

Gráfico 24. Personas y ámbitos que generan en las mujeres miedo de sufrir violencia(N=105)



8. VIOLENCIA FÍSICA Y SEXUAL POR PERPETRADORES APARTE DE LA PAREJA DESDE LOS 15 AÑOS Y ANTES

Esta sección explora la historia de situaciones de violencia sexual específicamente que han experimentado las mujeres, por personas diferentes de sus parejas. Esta sección se sitúa principalmente en la etapa de la adolescencia, y en algunos casos en la niñez, donde se las mujeres reportan haber sido víctimas de abusos sexuales antes de los 15 años inclusive. Por cada situación se identifica la edad promedio que las mujeres recuerdan que estas situaciones sucedieron por primera vez.

Principales Hallazgos:

- El 46,7% de las mujeres que declararon violencia física y sexual por personas diferentes de la pareja, experimentó la situación de “tocarle su cuerpo sin su consentimiento”, a una edad muy temprana, con un promedio de 13 años cuando esto sucedió por primera vez.
- La situación de “obligarle a tocar la parte íntima de otra persona” es la conducta de abuso sexual que las mujeres experimentaron más precozmente, a una edad de 9,8 años en promedio.

En el cuadro de abajo se identifican 7 situaciones de conductas de abuso sexual, en las que la de mayor prevalencia es la “conducta de tocar el cuerpo de la mujer sin su consentimiento”. Para esta situación, las mujeres reportaron que sucedió en algunos casos con 3 años de edad hasta los 23 años (promedio de 13 años), lo que muestra que esta conducta es transversal a todo el ciclo de vida de muchas mujeres, desde la infancia, pasando por la adolescencia hasta la vida adulta.

Con bastante diferencia, le siguen otras situaciones de abuso sexual, como “obligarles a mirar partes íntimas de otra persona” (27,6%, edad promedio de 12,4 años) y “obligarles a tener relaciones sexuales sin su consentimiento” (23,8%, edad promedio de 20,49 años).

De todas las situaciones descritas, la que sucedió de forma más precoz es la situación de “tocar la parte íntima de otra persona sin su consentimiento” cuya edad promedio cuando sucedió esto es de solo 9,8 años de edad, con un rango que va desde los 5 hasta los 19 años.

Por otro lado, la situación que ha sucedido ya con mayor edad de las mujeres es la de “filmar o tomar fotografías desnudas con algún celular, cámara de fotos o cualquier otro dispositivo”. Esto sucedió entre los 17 a 31 años, siendo la edad promedio de 22,6 años.

Del total de las 7 situaciones planteadas en el cuestionario sobre violencia sexual por parte de personas diferentes de la pareja antes y posterior a los 15 años, se identifica que, en 5 de ellas, han sucedido a los 15 y menos años de edad (Cuadro 7).

Esto sugiere que las mujeres con VIH encuestadas han experimentado alguna situación de violencia sexual en edades muy tempranas (en promedio entre los 9, 8 a 15 años de edad), es decir, la violencia sexual esta presente a lo largo de la vida de las mujeres con VIH de la muestra accedida.

Cuadro 7. Prevalencia de violencia sexual antes y después de los 15 años y promedio de edad cuando ocurrió esto por primera vez

SITUACIONES DE VIOLENCIA	%	Edad promedio cuando sucedió por primera vez
¿Le tocaron su cuerpo sin su consentimiento?	46,7%	13,0 (5 a 23)
¿Le obligaban a mirar las partes íntimas de otra persona?	27,6%	12,4 (4 a 35)
¿La obligaron a tener relaciones sexuales sin su consentimiento?	23,8%	20,9 (10 a 45)
¿La obligaba a desvestirse o mostrar sus partes íntimas?	18,1%	10,7 (10 a 19)
¿Le obligaron a tocar la parte íntima de otra persona sin su consentimiento?	17,1%	9,8 (5 a 19)
¿La filmaron o tomaron fotografías desnudas con algún celular, cámara de fotos o cualquier otro dispositivo?	14,3%	22,6 (17 a 31)
¿La obligaron a tener relaciones sexuales a cambio de dinero?	1,9%	15 (13 a 17)

9. SALUD, BIENESTAR DE LAS MUJERES CON VIH Y FACTORES DE RIESGO

En esta sección se explora la salud física y mental de las mujeres con VIH, asumiendo que la salud integral de las mujeres no sólo está condicionada por factores relacionados con la infección por el VIH y el tratamiento antirretroviral, sino también por la historia de victimización que muchas mujeres reportaron, descritas en secciones anteriores. Tanto los efectos del VIH por sí mismo, los múltiples y concurrentes tipos de violencias experimentados a lo largo de la vida (polivictimización) por parte de distintas personas y en diversos escenarios, y diversas situaciones de estigma y discriminación, configuran intersecciones que genera un impacto significativo en la salud física y mental de muchas mujeres con VIH.

Si bien este estudio, por la cantidad y tipo de muestreo implementado no permite realizar una asociación entre variables para definir si las diferentes formas de violencia tienen una relación significativa con “salud y bienestar”, si existen evidencias de estudios similares que apuntan que tanto los efectos del VIH por sí mismo, los múltiples y concurrentes tipos de violencias experimentados a lo largo de la vida (polivictimización) por parte de distintas personas y en diversos escenarios, y diversas situaciones de estigma y discriminación, configuran intersecciones que genera un impacto significativo en la salud física y mental de muchas mujeres con VIH.^{12 13}

¹² Palermo, T. et al. Risk factors for child- hood violence and polyvictimization: A cross-country analysis from three regions. *Child Abuse & Neglect*. Volume 88, February 2019, Pages 348-361. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213418304009?via%3Dihub>

¹³ Rodríguez-Menés, J., Puig, D. & So-brino, C. J. Poly- and Distinct- Victimi- zation in Histories of Violence Against Women. *Fam Viol* (2014) 29: 849. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s10896-014-9638-x>

Principales hallazgos:

- El 94,3% ha experimentado al menos una situación de malestar físico y mental en el último mes.
- Dormir mal (61,9%); sentir tristeza (59%); sentirse nerviosa (58%) y sufrir dolores de cabeza (54,3%) son las manifestaciones de mayor frecuencia experimentadas en el último mes.

Consumo de alcohol:

- El 80% de las mujeres refiere que consume alcohol, desde ocasionalmente (29,5%) hasta todos o casi todos los días (4,8%).
- Las parejas de las mujeres consumen alcohol todos o casi todos los días en un 17,1%,

Consumo de drogas:

- Tanto las mujeres como sus parejas presentan la misma frecuencia del consumo de drogas “alguna vez”, en un 8,1%.

Uso del condón:

- El uso de condón reportado con las parejas recientes es mayor (74,3%) en relación al uso con la pareja actual (34,3%).
- El 52,4% de las parejas de las mujeres se ha negado a usar condón alguna vez.
- El 83,6% de las parejas han manifestado su desaprobación por el uso del condón argumentando que “no le gusta utilizar el condón”.

Sexo a cambio de dinero, regalos o favores.

- El 5,7% de las mujeres ha intercambiado sexo por dinero, regalos o favores en el último año, y el 7,6% alguna vez.

Casi la totalidad de las mujeres entrevistadas (94,3%) han manifestado haber experimentado al menos una situación de malestar físico o mental en el último mes previo a la encuesta. Esto muestra una elevada prevalencia de indicadores de mala salud física y mental en la muestra accedida.

Analizando cada indicador de salud por separado, se observa prevalencias elevadas (por encima del 40%) en 8 de 19 indicadores.

Las manifestaciones con mayor prevalencia (mayores de 50%) son problemas de sueño (61,9%); sentimientos de tristeza (59%); sentirse nerviosa (58,1%); dolores de cabeza (54,3%); sentirse cansadas todo el tiempo (50,5%); y sufrir mala digestión (49,5%).

Cabe destacar que 1 de cada 10 mujeres (9,5%) han pensado quitarse la vida en el último mes, un porcentaje elevado tomando en cuenta que esto sucedió en el último mes previo a la encuesta. Estos datos muestran una precariedad en el bienestar general de las mujeres, con manifestaciones claras de mala salud mental específicamente, en especial con indicadores que podrían conducir a trastornos de ansiedad principalmente que exigen un abordaje particular.

Cuadro 8. Mujeres que declaran problema de bienestar general en el último mes	%
¿Duerme mal?	61,9%
¿Se siente triste?	59,0%
¿Se siente nerviosa?	58,1%
¿Tiene dolores de cabeza?	54,3%
¿Se siente cansada todo el tiempo?	50,5%
¿Sufre de mala digestión?	49,5%
¿Se cansa con facilidad?	44,8%
¿Encuentra difícil disfrutar de sus actividades diarias?	42,9%
¿Le resulta difícil tomar decisiones?	36,2%
¿Tiene problemas para pensar con claridad?	34,3%
¿Le resulta difícil hacer su trabajo diario?	32,4%
¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago o parte de su cuerpo?	32,4%
¿Llora más de lo usual?	31,4%
¿Se asusta con facilidad?	30,5%
¿Ha perdido interés en las cosas?	24,8%
¿Se siente incapaz de jugar un papel útil en la vida? (Me siento inútil)	21,9%
¿Le tiemblan las manos?	20,0%
¿Tiene poco apetito?	18,1%
¿Ha pensado en quitarse la vida?	9,5%

9.1 Factores de riesgo

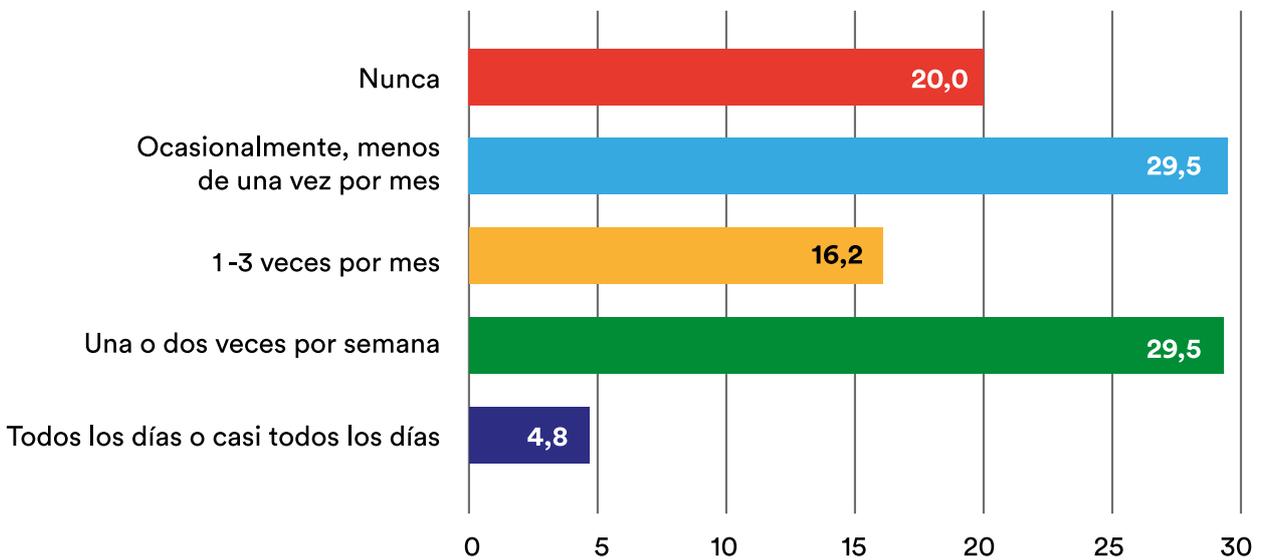
En este apartado se exploran situaciones de riesgo que exponen a las mujeres tanto a la violencia como a riesgos en su salud, como re-infecciones del VIH o de alguna ITS. Los factores que se describen en este apartado es el consumo del alcohol (por las mujeres y sus parejas), consumo de drogas ilícitas (por las mujeres y sus parejas), el uso del condón con sus parejas y el intercambio de dinero por sexo

Consumo de alcohol

En cuanto al consumo de alcohol, el 80% de las mujeres refiere que consume alcohol, desde ocasionalmente (29,5%) hasta todos o casi todos los días (4,8%).

Estos datos muestran en general que el consumo de alcohol podría considerarse como un acto “social”, más que un problema de adicción.

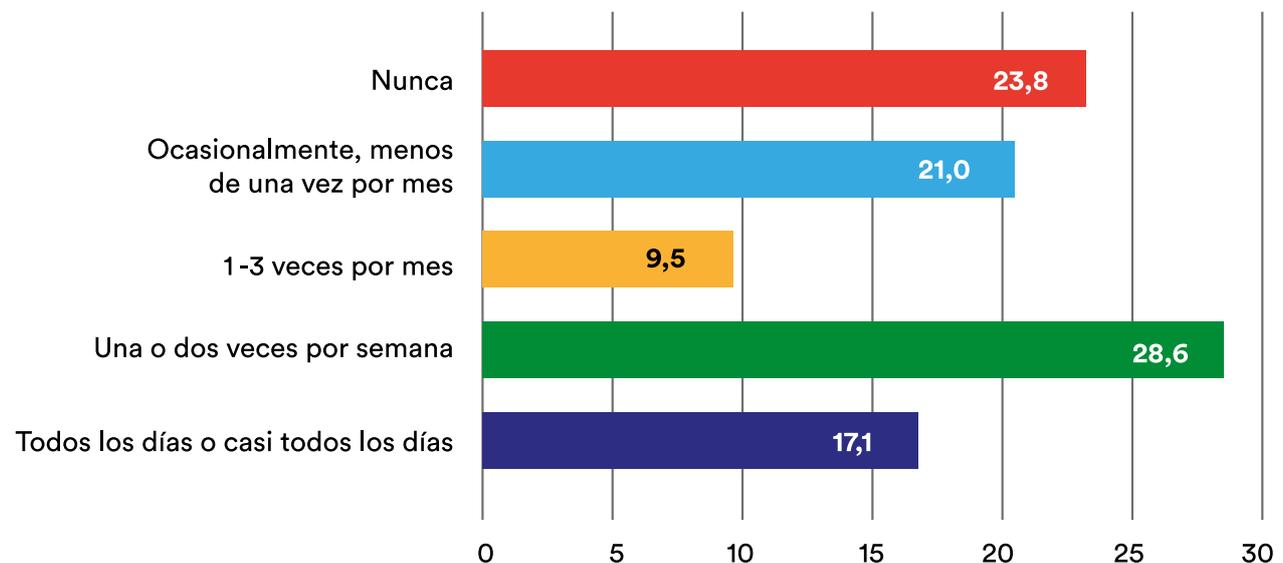
Gráfico 25. Porcentaje de mujeres que refieren consumir alcohol, según frecuencia (N=105)



En relación al consumo de alcohol de las parejas de las mujeres, la prevalencia es mayor en comparación con el consumo de las mujeres, sobre todo en los extremos. Las parejas de las mujeres consumen alcohol todos o casi todos los días en un 17,1%, casi 3 veces más que el consumo de las mujeres.

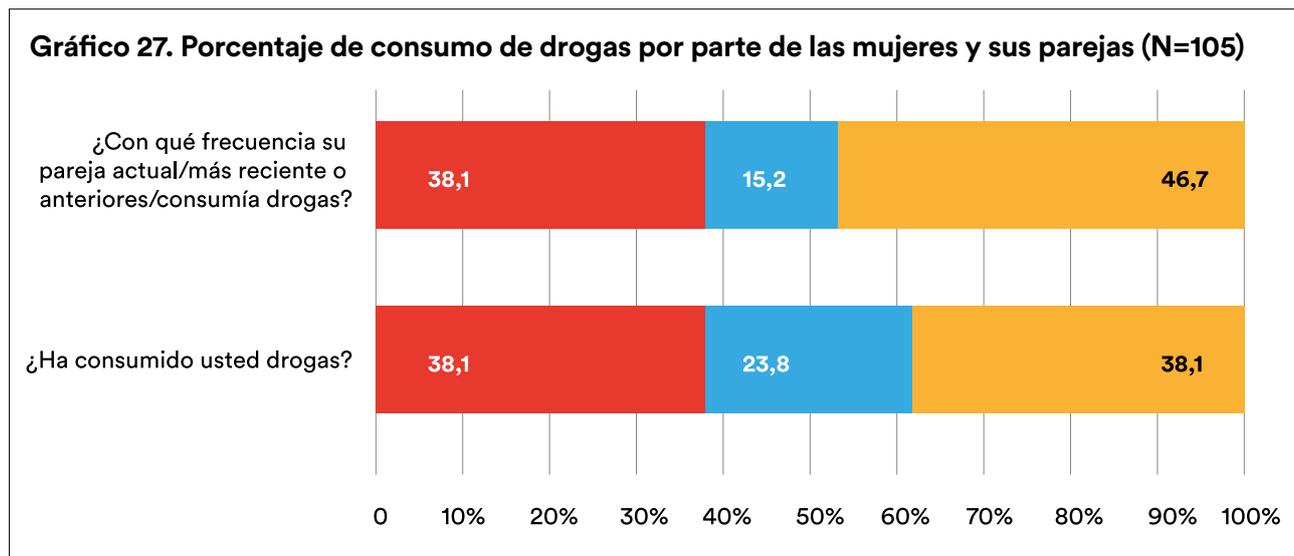
El consumo diario de alcohol en las parejas varones podría constituirse en un factor de riesgo para situaciones de violencia dentro de la pareja.

Gráfico 26. Porcentaje de parejas de las mujeres que consumen alcohol, según frecuencia (N=105)



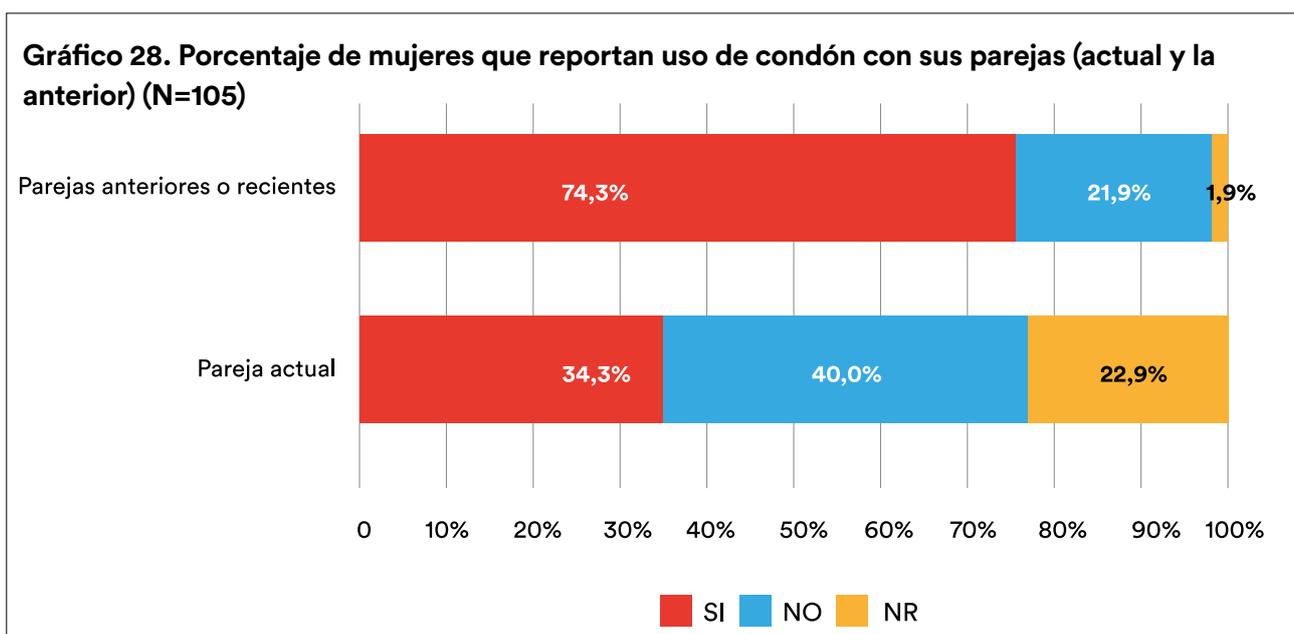
Consumo de drogas

En cuanto al consumo de drogas, se observa que el porcentaje de consumo “alguna vez” es igual entre las mujeres y sus parejas (38,1%), siendo mayor en las mujeres en el período del “último año” (23,8%). En cuanto a las que reportan que nunca consumieron, se destaca que la prevalencia de NO consumo es mayor en las parejas (46,7%) que en las mujeres encuestadas (38,1%).



Uso de condón

En relación al uso del condón, es notorio el cambio de porcentajes del según la pareja. Con las parejas pasadas la proporción de uso reportado es del 74,3% en cambio el uso con la pareja actual baja más de la mitad, hasta sólo el 34,3%. Es decir, con la pareja actual 6 de cada 10 mujeres o no lo usan o no desean responder esta pregunta.

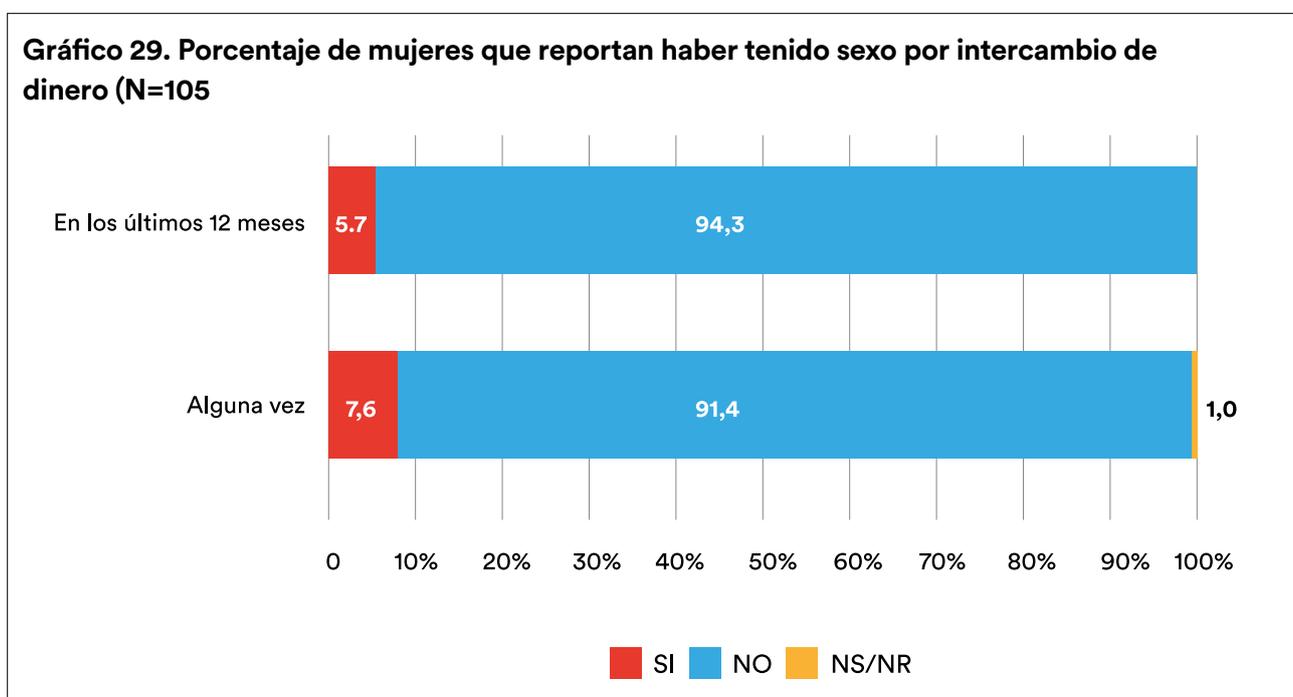


En cuanto a la “negociación del uso del condón”, más de la mitad (52,4%) de las mujeres informan que sus parejas se han negado a utilizarlo, a pesar que ellas lo han solicitado.

La principal razón que las parejas argumentan para negarse al uso del condón cuando la mujer lo solicita es que “no les gusta utilizarlo” (83,6%). Con mucha menor frecuencia se identifica reacciones más violentas, como “gritar o ponerse furioso” ante la solicitud del uso del condón (5,5%) o “tirar u destruir el condón” (1,8%).

Sexo a cambio de dinero, regalos o favores

El porcentaje de sexo por intercambio de dinero, regalos o favores en el último año es del 5,7%, aumentado ligeramente a 7,6% antes del último año o alguna vez en la vida.



10. MANERAS DE ENFRENTAR LAS VIOLENCIAS Y BÚSQUEDA DE AYUDA

En esta sección se explora los patrones de búsqueda de ayuda en caso de violencia. Se identifican las instancias donde las mujeres acuden para solicitar ayuda y las razones por las cuales no lo hacen, aun experimentando situaciones de violencia.

Principales Hallazgos:

- El 93,3% de las mujeres que experimentaron algún tipo de violencia cuenta con alguien a quien comunicar estas situaciones.
- Las violencias más severas como la física y sexual por pareja o personas diferentes se comunica más (32,4 y 31,4%) que la violencia en el ámbito social o comunitario (9,5%).
- Las instituciones donde se denuncia o solicita ayuda con mayor frecuencia son la Policía (21,9%) y la Fiscalía/Ministerio Público (14,3%).

Razones para no denunciar:

- 35% temor y amenazas
- 34% vergüenza o temor a que no les crean
- 30% miedo a sufrir más violencia
- 19% no pensó que era necesario

Abordaje de la violencia en el servicio de salud:

- El 10,5% recibió atención a la violencia en el servicio de salud
- El 13,3% fue referida a servicios especializados para la atención de la violencia

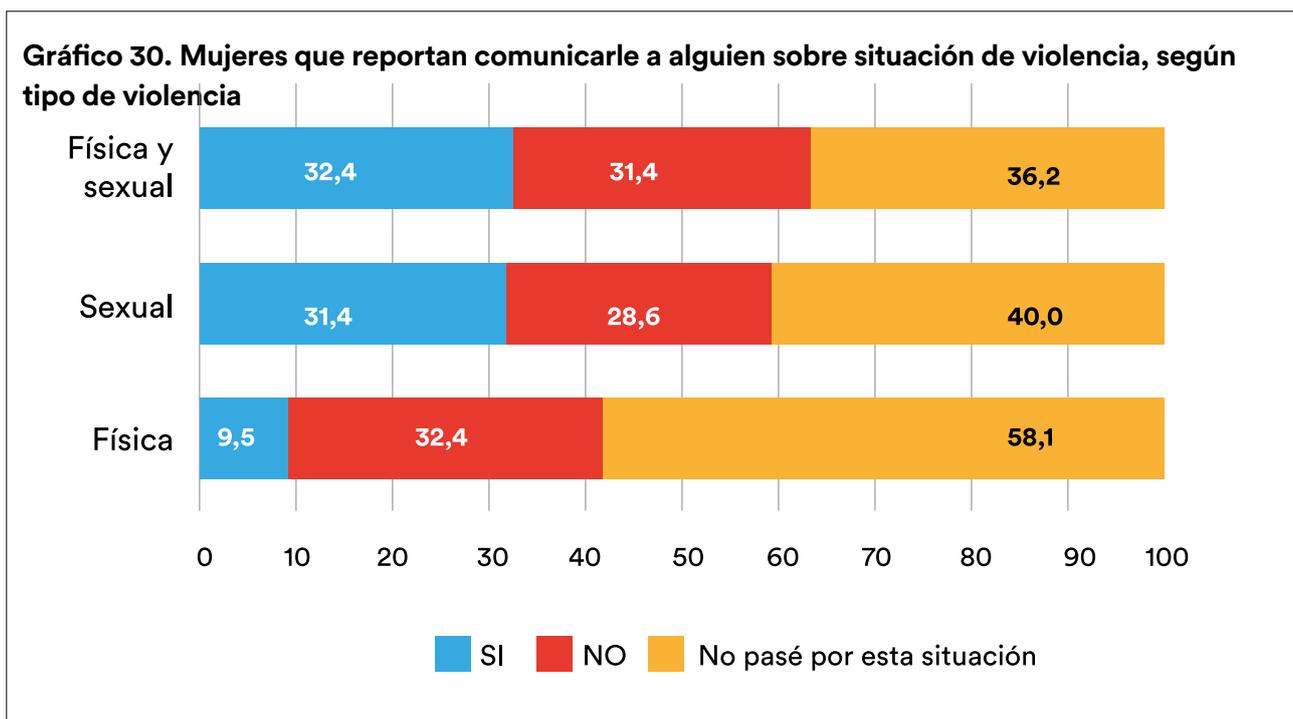
La gran mayoría (93,3%) reporta que cuenta con “alguien” para hablar sobre las situaciones de violencia que puede haber experimentado.

Sin embargo, al desagregar la conducta de comunicar a alguien sobre las situaciones de violencias experimentadas por las mujeres, se observan diferencias de acuerdo al tipo de violencia.

En general se reporta más cuando la violencia es física o sexual por parte de una persona diferentes de la pareja (32,4%) o cuando es perpetrada por la pareja (31,4%). En caso de la violencia en el ámbito social o comunitario, esta no es reportada ni comunicada con frecuencia (9,5%).

Esto puede indicar que las violencias que las mujeres comunican o denuncian con mayor frecuencia son aquellas sobre las que han recibido información y de las conocen de los servicios disponibles en instancias gubernamentales y no gubernamentales. Por décadas, la mayor parte de la información y de los servicios se han concentrado en la violencia ejercida por la pareja, por familiares aparte de la pareja y violencia sexual, lo que ha generado que las víctimas de otros tipos de violencia no los identifican como tal o desconocen a las instancias a las que pueden acudir. Igualmente, algunas mujeres

con VIH o comunican o reportan los hechos de violencia en su contra por miedo a ser culpabilizadas de haber transmitido el virus a su pareja. Para situaciones de violencia por cualquier persona, también temen que su estatus serológico de VIH sea utilizado para cuestionar su integridad y/o la veracidad de los hechos de violencia que imputan a el o los agresores.



En relación a las instituciones donde las mujeres acuden a denunciar o solicitar ayuda en caso de violencia, las más frecuentadas son la Policía (21,9%) y la Fiscalía/Ministerio Público (14,3%). Le siguen los servicios de salud (9,5%) y las organizaciones civiles (8,6%).

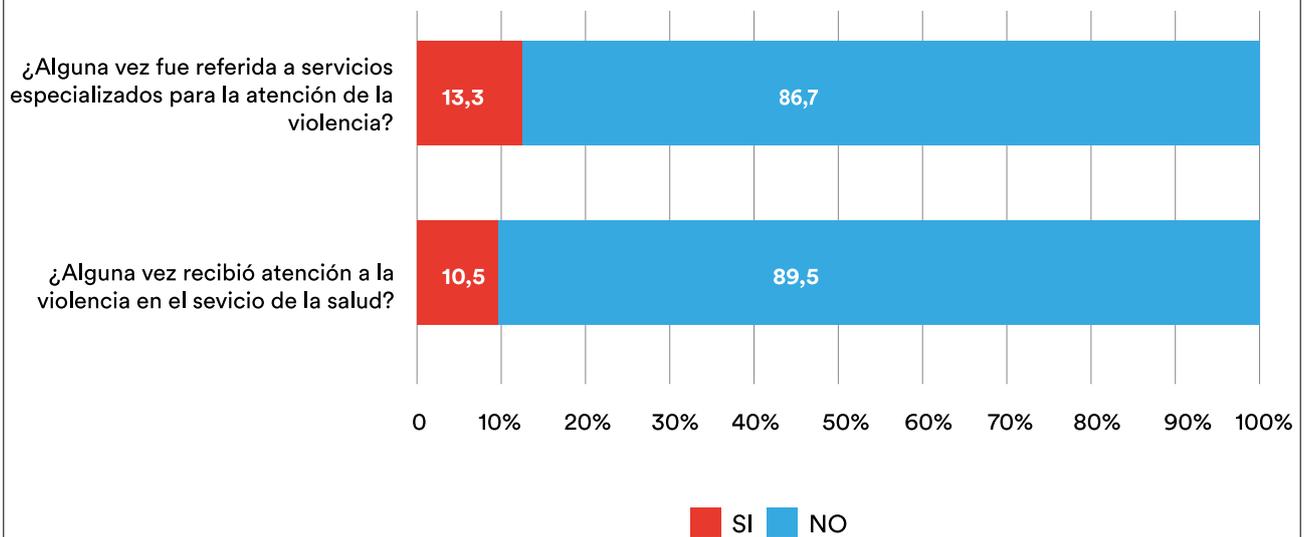
En cuanto a las razones por la cuales las mujeres que experimentaron algún tipo de violencia no lo denunciaron, se presenta las razones con mayor frecuencia:

- Temor y amenazas: 35%
- Vergüenza o temor a que no les crean: 34%
- Miedo a sufrir más violencia: 30%
- No pensó que era necesario: 19%

10.1 Abordaje de las violencias en los servicios de salud

En cuanto al abordaje desde los servicios de salud ante situaciones de violencia hacia las mujeres con VIH, la mayoría de las mujeres que si reportaron algún tipo de violencia a lo largo de la vida afirmó que no recibió atención a la violencia en estos servicios (89,5%) y que no fueron referidas por el personal de salud a servicios especializados para sobrevivientes de violencia (86,7%).

Gráfico 31. Abordaje de las violencias en los servicios de salud (N=105)



11. HALLAZGOS Y RESULTADOS DEL COMPONENTE CUALITATIVO

11.1 Objetivo de las discusiones de Grupos Focales

En los grupos focales participaron mujeres que viven en el AMBA (Área Metropolitana de Buenos Aires), todas mayores de 18 años y que tienen su diagnóstico positivo en VIH hace más de 6 meses. A los fines del estudio, se utilizó una guía de preguntas abiertas que posibilitaron la discusión en torno a:

- 1) Formas de violencia que experimentan las mujeres que viven con VIH y sus consecuencias;
- 2) Factores asociados a las violencias que enfrentan las mujeres con VIH y patrones de búsqueda de ayuda;
- 3) Necesidades de las mujeres con VIH que han experimentado violencias; y
- 4) Características deseables de los servicios de atención, prevención y protección de las mujeres que viven con VIH en torno a las violencias.

En total se realizaron 2 grupos focales que se realizaron de manera virtual.

11.2 Características de las mujeres entrevistadas

Respecto a las características generales de las participantes, podemos mencionar que participaron un total de 17 mujeres con edades comprendidas entre 27 y 54 años, siendo el promedio etario de 38 años. Respecto a sus perfiles podemos mencionar que el nivel educativo mínimo alcanzado es secundario completo.

Respecto a sus ocupaciones, su representación es diversa, entre las participantes hay abogadas, vendedoras, comerciantes, cuidadoras de personas adultas, empleadas municipales, desocupadas, estudiantes universitarias, emprendedoras, artistas, feriantes.

Los perfiles de las participantes también son diversos, incluyendo a mujeres heterosexuales, bisexuales y con otra identidad de género/sexual. migrantes, usuarias de drogas, sin lugar donde vivir.

Al inicio de las entrevistas se exploró la percepción y el significado que las mujeres entrevistadas otorgan al estado serológico, respondiendo a la pregunta ¿“Que significa ser mujer que vive con VIH”? Se destaca el reconocimiento de cada participante como mujeres que viven con VIH y llevan “una vida similar a las mujeres sin VIH”. Algunas de las participantes mencionan que la diferencia está en las actividades vinculadas al activismo en temas de VIH y al acceso a ciertas asistencias sociales como lo son las becas escolares. En el caso de las mujeres verticales, no encuentran diferencias.

Una de las participantes que se reconoce como activista, menciona que brindan contención a mujeres, principalmente; y por fuera del activismo realiza.

“Todas las actividades de las mujeres sin VIH (...) Madre, hermana, amiga, tía, sobrina, depende de que trabajes también, enfermera.”

“Yo trabajo, soy auxiliar de escuela (...) hago un poco de deporte, soy mamá, abuela, hago una vida normal...”

“Yo como mujer que convive con VIH hago la vida de cualquier persona que no tiene el virus: estudio trabajo social, y acompañante terapéutica. Respecto al activismo, hago voluntariado, estoy en una ONG que hace testeos de VIH y estoy en un grupo de pares: la Asociación Argentina de LGTB (...) También tengo una página de Instagram donde subo videos sobre VIH y también coreografías bailando, porque creo que es como una terapia”.

“Yo desde hace 20 años que tengo VIH y hacemos todo: llevar a nuestros hijos a la escuela, zumba, murga (...) Yo participo de un grupo con verticales, de veintipico de años, y hay muchos que no tienen mamás. Soy de ese grupo y encontramos unos médicos copados, e hicimos la famosa vida normal, lograr la indetectabilidad.” En el caso de esta participante, menciona que anotó a su hijo con VIH en la escuela y mencionó que tiene VIH en la solicitud de beca.

“Yo soy vertical, tengo 30 años, estoy estudiando sociología en la Universidad de San Martín y trabajo en la campaña de vacunación del COVID de administrativa (...) Es toda una vida, desde chiquita.”

Para muchas mujeres con VIH, su estado serológico significó una oportunidad, sobre todo para las mujeres que optaron por el activismo o el voluntariado apoyando la causa de las personas con VIH. Esto significa que el VIH puede ser transformado en una oportunidad de crecimiento tanto personal como profesional.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

11.3 Formas de violencia que experimentan las mujeres que viven con VIH y sus consecuencias

Al introducir el tema de las violencias, se comenzó indagando sobre el significado que las mujeres otorgan al fenómeno de la violencia hacia las mujeres.

La violencia como término está asociado con otros términos como: patriarcado, ¡ni una menos!, golpes, maltrato verbal, violencia física y psicológica, violencia institucional como es “la falta de derechos, en el trabajo, en las empresas”, violencia económica.

“Que abusen en la vía pública, que te toquen sino querés o que te critiquen por tu forma de vestir, si tenes pareja o no, o si tenes hijes o no. Creo que todo eso también es violencia, que ejerce la sociedad hacia las mujeres.”

Otra participante trae al debate la presencia en el mundo virtual cuando comenta que encuentra violencia “también en las redes sociales, que tienen una impunidad desde el anonimato”.

Otra participante destacó como cambia la percepción cuando las mujeres comienzan a tomar con-

ciencia sobre las violencias, su dinámica y ejercicio. Antes quizás muchas situaciones de violencia pasaban desapercibidas por las mujeres, casi naturalizadas, sin embargo, ahora las mujeres son más conscientes de ello y son capaces de identificar la violencia en sus diferentes tipos.

“Que difícil cuando sos consciente de los diferentes tipos de violencia, cada una fue nombrando diferentes tipos, en diferentes ámbitos que difícil ser consciente de eso y levantarte y saber que algo te va a pasar. Sabes que un acosador en la calle te vas a encontrar. Que lo vivimos todos los días, en la calle. En los medios de comunicación. Como decía una compañera, una ya tiene esa conciencia de que está siendo violentada, que hay que soportar igual, y que encima digan que no existe, y saber que sos violentada igual. Es difícil saber que va a pasar y hay que seguir viviendo con eso, en la calle, en el trabajo, en la familia inclusive. Encima tener que lidiar con el personal de salud, o con la policía sa vas a denunciar, con las personas que deberían cuidarnos”.

Respecto al vínculo entre la violencia y el estatus serológico, lo primero que surge es la referencia a la violencia institucional en el ámbito médico.

Para muchas mujeres, el estatus serológico está asociado con el ámbito de la salud, es decir, cuando se piensa en la violencia ejercida sobre una persona con VIH, de forma casi automática las personas sitúan esta situación en el ámbito de la salud y como agresor al personal de salud.

“Los médicos, que a veces indagan y hacen preguntas que no tienen que hacer, como una contrajo el VIH. El otro día una compañera contaba que una ginecóloga no le quiso hacer el Papanicolaou por tener VIH. Muy reciente, esa es una violencia y capaz no lo detectamos muy fácil. Una ginecóloga me dijo que tendría que inseminarme para tener hijes. Eso me parece muy violento, porque yo sabía que no era así, ¿si se lo decía a una mujer sin información?”

Otra referencia a la violencia institucional y el estatus de mujer serológico se encuentra en el relato de otra participante cuando comparte que “ayer se me viene a la cabeza que le tengo que hacer el DNI a la nena, y el gobierno de la ciudad me pide la partida de nacimiento actualizada, porque soy putita-mamá-soltera. Tengo que pedir la partida actualizada por si el papá, después de 12 años se le ocurrió aparecer”.

También surge la discriminación como forma de violencia a las mujeres con VIH. Según una participante “es la discriminación que avala todo el resto de tipos de violencia que pueden surgir.”

Por otro lado, también se identifica una conciencia sobre la interseccionalidad de las discriminaciones, es decir, las mujeres entrevistadas pueden distinguir que la discriminación no sólo es basada en el estado serológico de las personas, sino que esta esta cruzada con otras variables como el sexo-género, orientación sexual, edad, entre otros.

Al respecto, otra participante suma que “primero se discrimina a la mujer, pero los hombres también son discriminados por tener VIH, sin embargo, hay una estructura que a la mujer es más.” A lo cual, otra mujer le responde que la discriminación a los hombres con VIH no se da por el diagnóstico, sino que “los hombres son discriminados, pero por ser gays”.

En el marco de este debate, la participante continúa y cuenta que tiene “una amiga de 60 años, que la contagió el marido, ella una “señora de su casa”. A los 60 años se enteró que tenía HIV en un control. Ella nunca se movió del marido, por ejemplo. Eso sucede, el chabón (hombre) puede hacer, y la mina (mujer) se contagió”.

Al respecto, otra participante le responde que “eso que comentas de la señora de 60 años, me paso a mí (34 años), llevaba 7 años en pareja. En el embarazo de mi segunda hija, me entero que tengo VIH. En eso comparto lo que dice ella, que sí, si es hombre es el machito, no se discrimina tanto; si sos mujer lo primero que se asocia es que sos una puta, o trabajas en la noche. Hay un estigma importante, una carencia de información grande. Se aborda el tema como si estuviéramos en los 90 lamentablemente.”

Asimismo, se abordó la discusión respecto a las formas de violencia que experimentan las mujeres con VIH antes y después del diagnóstico de VIH.

Al parecer, el diagnóstico para muchas significó “tener más conciencia” sobre situaciones que antes estaban como normalizadas, es decir, el VIH puede otorgar una mirada diferente a las situaciones cotidianas, en este caso, una mirada diferente a las violencias contra las mujeres

*“Antes del diagnóstico son violencias que nos acostumbramos a tener. A medida que vamos teniendo más información, vamos evolucionando, vamos dándonos cuenta de lo que pasa. Antes era normal un insulto en la calle, ahora me molesta muchísimo. **Cuando te diagnostican te das cuenta que hay un montón de cosas que están mal.** Como decía -otra participante-, los médicos son los principales que, si no tienen la información, te da miedo. Pasa lo de la ginecóloga, que no te quiera hacer el Papanicolaou. Si un médico no tiene la información correcta, te dan miedo (...) un médico no me quiso operar porque tengo VIH. Cuando llegó el momento de operarme, dijo que él no lo iba a hacer, porque yo tenía VIH”.*

Sobre la **condena social** que encuentran respecto a vivir con VIH, una participante comenta “históricamente, el HIV, como está relacionado con el placer, con el tabú (...) que la mujer sepa del clítoris... ya estás condenada por haber elegido abrir las gambas. Es como el aborto, te lo mereces. Si tu marido tiene sífilis, no pasa nada, vos sí te lo mereces. Los verticales ¿que condena tienen? Los verticales no tienen condena, nací con esto”.

Respecto a la **violencia en la pareja** y el vínculo con otras violencias (económica y médica), una participante comparte que “antes del diagnóstico sufrí violencia sexual. Mis parejas del momento no querían usar preservativo y yo cedía porque era tarde, y no tenía plata para tomarme un remise, terminaba cediendo, aunque no estaba conforme con la situación. Después del diagnóstico me pasaron 2 situa-

ciones: un ginecólogo me puso que tenía VIH en la orden del Papanicolaou, en el momento no caí, pero después en mi casa me di cuenta, y pensé qué cabeza de termo, eso no se hace. Y también me paso que (luego del diagnóstico) le avise a mis parejas sexuales y una me trató de puta por acostarme con todos, que era mi culpa.

Nuevamente aquí se identifica una distinción entre la carga de estigma y discriminación experimentada por hombres y mujeres, y como la carga en las mujeres es doble, una por ser mujer (discriminación por género) y otra por tener VIH (discriminación por estado serológico)

“Vivir con VIH y ser mujer es un doble estigma que la sociedad nos pone. Hay mujeres que lo pueden sobrellevar y otras no. Es una situación de cada una ser visible o no, pero el estigma hace que muchas no lo cuenten. Un hombre no vive tanto esa situación de estigma y no sufren tanta violencia como nosotras.”

Para algunas mujeres, el VIH y ser mujer está cargada de mandatos “morales”, es decir, algunos de los reclamos y agresiones por parte de las parejas hombres luego de enterarse del diagnóstico de sus mujeres, fue atacar la “reputación” de las mujeres.

*“Cuando recién me diagnosticaron me puse en pareja muy rápido. Para mí estaba todo divino; apenas se lo conté, estuvo todo bien. Yo lo veía como un plus que quisiera estar conmigo, a pesar del diagnóstico. Cuando cortamos la relación me empezó a hostigar y amenazar con contarlo en redes y amigos. Me escribía que el VIH era un castigo por mis conductas sexuales. Casi termino con una denuncia penal. Pude salir de eso con ayuda de mi familia, y ahí se cortó. Me planteo que estuve 2 años con esa persona y no me di cuenta. Veo muy común eso que decimos, le conté mi diagnóstico y no le jode, que buena persona que es, y **no vemos todo lo demás.**”*

11.4 Lugares y escenarios donde se producen actos de violencia y sus perpetradores

Respecto al debate sobre los lugares donde ocurren esas violencias y las principales personas que las ejercen surge principalmente los espacios de atención de la salud y el campo específico es la ginecología.

Nuevamente las mujeres entrevistadas, asocian las situaciones de violencia fuera de la pareja a escenarios institucionales, como los servicios de salud.

En este ámbito las mujeres recuerdan diferentes situaciones de violencia, maltrato y discriminación.

*“La mayoría de las veces es en lugares que tienen que ver con la salud, en centros médicos, por los profesionales de la salud, en el dentista, en el ginecólogo. **Una va cambiando, vamos rotando porque me dijo tal cosa, busco otro profesional, y así capaz retrasas un tratamiento.** Hasta ir al médico nos cuesta un montón, con todas las responsabilidades que*

tenemos, te haces el tiempo para ir, encima vas y te violentan, eso te complica la adherencia y todo.”

“Conuerdo que en la salud es en el lugar donde más somos violentadas. Tuve una muy mala experiencia con la ginecóloga, que me cuestionó hasta la cantidad de personas con que me acosté. Creo que con una alcanza para tener VIH. Entonces no sabía en que contexto yo me había transmitido el VIH. Indagó de mala manera, fui violentada.

“Yo tenía que sacarme el DIU y mi ginecóloga estaba de vacaciones, terminé yendo a una guardia, de un servicio muy reconocido (...) y muy mala atención. Me sentí muy mal y claramente no volví a ir nunca más. Son muy crueles y no volvemos, postergamos tratamientos o cosas porque no queremos sentirnos mal con lo que nos vaya a decir otra persona.”

“Una ginecóloga me reto, cuando me quería poner un DIU, que por qué no le dije antes. En esos momentos, que empecé a transitar todo esto, que pensaba que me moría ya, mañana, me costó mucho. Con los años me amigué, durante años la odié a la enfermedad.”

Otras personas que ejercen violencia son los infectólogos/as y dentistas:

“Agregaría también los infectólogos e infectólogas. Me ha pasado de acompañar a otra mujer recién diagnosticada, el infectólogo criticó con cuantas parejas se había acostado, sin saber cómo se había infectado esa mujer.”

“Cuando yo empecé (18 años diagnosticada) te sentabas a contar tu historia, y los médicos te preguntaban: con cuántos hombres te acostás, o cuánto te drogas. Lloraba mucho, entraba llorando, salía llorando. ¡Yo no tenía la culpa!”

“Yo me tenía que operar en los dedos de los pies, me mandó el infectólogo. Cuando dije que tenía HIV me retó el médico, y me fui y no volví.”

“Me pasó con una dentista (...) que se puso 3 barbijos, y eso es innecesario.”

En menor medida, también emergen situaciones de discriminación en el **ámbito laboral**.

“Cuando tuve que buscar trabajo, sobre todo, no diciendo, no es obligatorio; pero había empresas que tenían que hacerte los estudios. Fue mi caso, el tema mío, (me preguntaba) ¿ahora qué hago?”

“En el trabajo sí me sentí frustrada. He llegado a una depresión, no poder ir a buscar trabajo (...) En el ámbito laboral me siento desprotegida o mal mirada.”

“A mí me pasó en mi trabajo cuando blanquee mi diagnóstico. Una vez me llamó el médico

laboral para darme información y me dijo cosas absurdas como no compartir el mate. A mí me hace ruido que yo estaba bien, pero si me pasaba cuando estas recién diagnosticada, que estas toda rota...eso te marca.”

Respecto a los familiares y amigos, las participantes comparten:

“Creí que (...) los desconocidos iban a ser más crueles, pero no, las personas que te conocen, que comentan, pregunto si vos tenes SIDA. Por más años que tengas en el activismo, duele igual.”

“También en el ámbito familiar, hay mucha desinformación y eso lleva a veces (...) a sentirte culpable y (tener) miedo.”

“Cuando se reúne gente, y dicen es una sidosa. Para mí es muy fuerte, no estoy preparada. Solo con mi círculo familiar, mis hijos, mis hermanos.”

11.5 Consecuencias percibidas de las violencias en las mujeres con VIH

Las mujeres identifican dos momentos claros donde perciben las consecuencias del VIH, por un lado, al momento del diagnóstico, donde las emociones emergentes son el miedo, la vergüenza y la culpa que es reforzada por a la falta de información y por un abordaje humanizado por parte del personal de salud. En un segundo momento, luego de procesar este primer impacto, las mujeres deben enfrentar las consecuencias del estigma social relacionado al VIH, en diferentes ámbitos como la familia, el lugar de trabajo o en los servicios de salud.

Respecto a los efectos y/o consecuencias que tienen estas violencias en las mujeres con VIH, la gravedad de estas consecuencias y el modo en que se prolongan esas consecuencias, las participantes comparten; sus relatos están orientados a los efectos que genera, principalmente, el momento del diagnóstico. Ponen en común el primer impacto emocional que implica recibirlo y recalcan la falta de información y apoyo en ese momento por parte del servicio de salud.

*“No escuchas, **todo te asusta, todo te da vergüenza**. Después tenés que ir a googlear porque no entendiste nada. Te dicen tomá una pastilla cada 8 horas y ni registras. Te vas del consultorio ignorante. Una va a la consulta se supone que para saber pero te sentís tan chiquita al lado del ser superior del médico que te dice no podés hacer ésto, no podés hacer lo otro, que te dice que se terminó acá, chorizo de análisis (...) y te vas horrible.”*

Por otro lado, a esta falta de apoyo inicial, se suma sentimientos de miedo, vergüenza o culpa, que son reforzadas por el mismo personal de salud en ciertas ocasiones

“Te vas con miedo, con vergüenza, no lo querés contar a nadie. Claramente es alguien (el médico) como poderoso. Vos lo ves y es el que sabe, vas con miedo, y te dice: son consecuencias de tus actos, si vos no te cuidabas... son consecuencias de tus actos. Y yo pienso: hice mal, aparte sentirte culpable, con miedo, con miedo de salir a la calle, de contarle a los demás. En mi caso lo primero que me paso fue miedo y vergüenza, mucho miedo, eso fue lo que paso.”

Sin embargo, se destaca el rol que tienen los pares en este momento inicial, sobre todo como red de contención y de generación de información. Se observa que este acompañamiento de pares es el inicio de un proceso de aceptación y empoderamiento de las mujeres con VIH.

“A mí también me pasó, sentí miedo y vergüenza. Miedo por falta de información. Esa sensación, cuando me dijeron tenés VIH, fue una sensación de escalofrío, muy asociada al termino muerte, porque no tenía información. Tenía información básica de la secundaria y alguna que otra publicidad de los años '90 y con eso me había quedado. Empecé a googlear y en un momento relajé y dije: tengo que confiar en el profesional y que me vaya guiando. Después fui entrando en un grupo de pares y me pude interiorizar un poco más, sobre el tema y a medida que fueron pasando los años tuve mas conocimiento. Reconozco que a nivel social es un tema tabú, como está ligado de la mano de la sexualidad, siempre a las mujeres se las discrimina.”

Posterior al impacto inicial del diagnóstico, se presenta otras barreras, sobre todo en ámbitos como a la familia, el trabajo o en los servicios de salud, donde las mujeres deben enfrentar situaciones de estigma y discriminación.

*“Violencias he sufrido de todo tipo y en todo ámbito. Un ejemplo **familiar**: estaban todos tomando mate, llegaba yo y servían té, ésto con mi familia directa, duele muchísimo, ¿Por qué si no están tomando mate y llego yo y toman té? Otro tipo de violencia pasó en el **trabajo** tenía un grupo de compañeras en una aseguradora y una me ofrece un abogado que era pareja de ella, yo decido hacer una consulta personal. Sale el tema con el abogado en un ámbito de consulta, sale el tema del vih y el de mi nena con la posibilidad de que sea vertical o no, todavía no lo sé. Y el tipo cuando corta la llamada telefónica conmigo, le dice a mi compañera: ¿sabías que tu amiguita, la que trabaja en tal lugar, es sidososa? Ella va y se lo cuenta a otras, al punto tal de que la empresa empieza a agarrar a todos mis compañeros, en mi ausencia por COVID y a explicarles mi diagnóstico, y decirles que tienen que tener cuidado conmigo, conmigo y con mis hijos.”*

*“También en el área **medicinal**, terminando de tener a mi hija, muy sutilmente me dijeron que me ligara las trompas, a mis 33 años, que cómo me animaba a seguir teniendo hijos. Me parece que hay mucha ignorancia, es muy triste, en el siglo 21.”*

Un factor que las mujeres identifican que mitiga las consecuencias del VIH, es contar con una red de apoyo, sobre todo conformada por “pares” (otras personas con VIH), donde reciben la información y contención emocional

Para algunas, esta red de apoyo de pares es la puerta de entrada a un camino de aceptación y empoderamiento en relación a su estado serológico.

11.6 Factores asociados a las violencias que enfrentan las mujeres con VIH y patrones de búsqueda de ayuda.

Respecto a las causas que las participantes identifican sobre el porqué de las violencias que experimentan las mujeres con VIH, y en particular ellas. Las argumentaciones giran, principalmente, en torno a la **falta de información pública, ignorancia y la cultura de la violencia.**

- Falta de Información

*“Creo que es falta de información, esa falta de información, por decantación que deriva del nivel político, **faltan campañas**, no está naturalizado, así como está naturalizada la violencia, que está mal que así sea. **No se habla de VIH, hay que hablar de VIH**, (...) solo se habla el 1 de diciembre o si alguien tiene mucha repercusión por un video de YouTube.”*

- Falta de empatía

“Falta de empatía, no ponerse en el lugar del otro. Agarras a personas negativas y positivas, y decís hoy te voy a tratar como a una persona positiva, hay que ver como se pondrían si lo trataran y se pusieran en todas las violencias que nos pasan a nosotras, es no ponerse en el lugar del otro sabiendo que capaz puedo decir algo que puede dañar a la otra persona, todo lo que digas tiene una consecuencia en el otro, psicológica o violencia física.”

- Cultura de la Violencia (Patriarcado)

*“Yo creo que estas violencias siguen replicándose y se perpetúan, en cierta manera, porque hay un sistema que permite que estas violencias se reproduzcan: el **patriarcado**. La realidad es que (...) el sistema permite que seamos violentadas permanentemente. La cultura de la violencia, los dibujos animados... hasta lo que consumen nuestros niños, aunque termine en chiste, consumimos violencia desde chiquitos, quizás disfrazada, pero es la cultura de la violencia.”*

“Las redes sociales (donde) es más fácil ejercer la violencia cuando no le ves la cara a la otra persona. Es más fácil putear a alguien por mensaje privado.”

El sistema patriarcal es la base que sustenta y mantiene una cultura de la violencia el cual es percibida como el origen de las violencias hacia las mujeres

Estrategias de afrontamiento

Sobre las estrategias de respuesta de las mujeres con VIH ante estas violencias, las participantes comparten sus experiencias.

*“Yo hice **terapia**, para la violencia psicológica. Ni bien me dieron mi diagnóstico, empecé con un tratamiento psicológico. Cuando alguien tiene una actitud violenta, si es un profesional a veces repregunto, le hago notar, reformulo la pregunta que el tipo me hace, me defiende.”*

*“Hay **grupos de pares**, ahí también encontrás mucho el apoyo y la forma de manejar, con pares que ya conviven con el virus hace muchos años. A parte de la terapia, es otra forma de contención, de empatizar, el grupo de pares me ayudo muchísimo.”*

*“**No ser visible** es una herramienta para no lidiar con eso. Pero también, el **ser visible** puede ser beneficioso. Yo escucho cosas y si es gente que no sabe que tengo VIH, les explico, doy información. En cuanto a médicos, he pasado por tantas cosas, me planto, les digo. Yo creo que igual tengo 30 años, saben que soy vertical, que soy congénito, ya no me boludean. El hecho de que tengo 30 años, desde chiquita, con este tema, siempre pasa, lo tengo naturalizado. Los grupos de apoyo, de contención, también. Y también **conocer nuestros derechos**.”*

“En mi caso reaccionó, a veces de buena o mala manera, es mi manera de ser, soy muy sin filtro (...) A las personas que no le vas a poder hacer entender, que te dicen si vos sos una sidoso, esa palabra para mí es una palabra muy fea, sidoso. Soy de enfrentar. Me enoja no poder hacerle entender a la otra persona que el VIH es una enfermedad crónica.”

Hacer terapia, recurrir a grupos de pares, no hacerse “visible” o conocer los derechos son algunas de las estrategias que más mujeres identifican para enfrentar la violencia y discriminación asociada al VIH.

Respecto a las **personas e instituciones a las que recurren en búsqueda de ayuda** ante situaciones de violencia y los motivos por los cuales algunos de ellos son los de mayor ayuda para las mujeres con VIH. En los testimonios surge la familia, espacios de acompañamiento terapéutico, grupos de amigas y espacios de pares.

*“Mi **familia**, porque he llegado con mucha angustia, he llorado mucho, me da bronca. Termino contándole solo a mi familia.”*

*“**Terapia**. Cuando recibo mi diagnóstico, no sabía cómo manejarme, y después de mucho tiempo de pasarla muy mal, eso me abrió la cabeza, me acompaña hasta hoy (...) Me apoyé en mi **grupo de amigas**, familia que colabora bastante y terapia. Eso fue lo que me hizo transitar de otra manera.”*

*“Busqué una organización que se llama **RAJAP + 30** (hace referencia a la organización RA-JAP, Red Argentina de jóvenes y adolescentes positivos)”*

*“A otras mujeres con **VIH**.”*

*“A mí lo que me pasó es que me diagnosticaron hace menos de 2 años y no encontré una red de mujeres. No encontraba mujeres con VIH. Todos los pares que conozco son gays y eso va de la mano de la poca visibilidad de mujeres (...) Una vez que encontré este **espacio (de mujeres con VIH)**, me siento súper cómoda, acá hay un plus. Me pueden acompañar y contener, quizás cuando planteo miedos o dudas.”*

Recurrir a la familia y a otras mujeres con VIH son las principales instancias donde las mujeres con VIH recurren en caso de solicitar ayuda o apoyo.

Respecto a los motivos por los cuales algunas mujeres con VIH que han experimentado algunas de las violencias que hemos mencionado no **buscan ayuda** en las instituciones y en otras personas, las participantes comparten que, principalmente es por **miedo, vergüenza o no saber cómo y dónde buscarla**.

*“Yo no supe **buscarla**. Cuando empecé con esto hace 18 años para mí fue terrible. A mí me lo contagió mi marido. Me sentí muy sola, perdida, caí en un pozo depresivo, después mi hermana encontró un grupo para empezar que no tenían cupo. No encontraba el camino, por dónde se salía. Tenía mis hijos chicos, no había mucha información, mi hermana no fue discriminativa, fue ignorante. Mi hermana fue ignorante, no compartíamos la pinza de depilar. Yo me puse a llorar y ella también, no sabíamos de qué se trataba. Ojalá que a ninguna le pase lo que me paso a mí, de sentirme tan, pero tan sola en esto.”*

*“Un poco **resignación**, también, me parece. Estas en un círculo de violencia, no solo emocional, psicológica, física, ¿a quién acudo? Me resigno. Además, eso de que la mujer todo lo puede sola.”*

*“Puede ser por estas cuestiones estructurales, a la idea de ser mujer: (...) yo puedo todo sola, como mujer puedo resolver todo sola. **Nos comemos el cuento de que somos superpoderosas**, y que no necesitamos ayuda de nadie, y que vamos a poder resolver todo solas, desde nuestra experiencia y nuestra sabiduría.”*

Miedo, vergüenza o culpa son las principales razones para no buscar ayuda en caso de situaciones de violencia.

También surgen los relatos en torno a las malas experiencias en las estrategias de búsqueda de ayuda y cómo no repetirían esa experiencia.

“Mala experiencia anterior. Yo hoy reconozco la violencia y no me va a pasar, pero si me pasara, no voy a la policía, voy con amigas. Empiezo de vuelta.”

“La violencia de los médicos es terrible, eso te hace retroceder un poco para atrás. Al final decís, no le voy a contar a nadie, porque sino es como los tiempos antiguos, que estas esperando que te apedreen. Ojalá que tenga más difusión, para las mujeres que les pasa como a mí que estas en un matrimonio de años, tenes neumonía y te internan en un hospital, viene el médico y te dice que tenes VIH positivo. Don chicos chicos en ese momento, ellos iban a jardín y preescolar... A partir de ahí decidí transitarlo sola, con la ayuda de médicos, del infectólogo, y salir adelante.”

11.7 Necesidades de las mujeres con VIH que han experimentado violencias

Las entrevistadas han identificado una serie de necesidades formuladas en términos de barreras, que condicionan un mejor abordaje de las violencias y del VIH. Estas necesidades se agrupan en diferentes niveles, desde factores relacionadas con la falta de información y educación, focalizando finalmente en servicios de salud mental y una atención integral e integrada (con combine diferentes servicios de salud adecuada a las necesidades de las mujeres)

Una de las necesidades sentidas es la falta de información y de educación, sobre todo educación integral de la sexualidad

*“Falta información porque falta educación. Tenemos una **ley de educación sexual** que no se aplica, los profesores y la gente que está en los colegios no están actualizados.”*

*“A mí me parece que tenemos que **laburar mucho con el famoso estigma**, sobre las mujeres en sí, casi todo lo que nos pasa es culpa nuestra, desde Eva. **Renovar los médicos, Educación Sexual Integral (ESI) para los médicos, ESI para las mamás, para todos.** Hablemos de hay que desestigmatizar el rol de la mujer (...) Si vas a pedir ayuda a un médico que te trata de atorranta, no vas más. Entonces te sentís abandonada por el sistema, ahí hay que laburar en ese estigma.”*

El tema de la salud mental ha emergido en varias mujeres como otra necesidad para ser abordada. En este sentido es necesario contar con equipos de salud mental en los servicios de atención donde las mujeres realizan su tratamiento para el VIH.

También han identificado como necesidad el hecho de que el equipo sanitario sean realmente integral y multidisciplinar, y que trabajen de forma articulada.

*“El psicólogo debería ser una opción de manera inmediata. Que sea una opción que sepa- mos, que cuando **te dan el diagnóstico te digan que tenes a disposición un psicológico**, creo que debería ser una psicóloga, un equipo para que acompañe el proceso.”*

“También cuando estas embarazada que tengas la opción de hablar con un psicólogo. Embarazada con VIH es distinto. No la psicóloga del hospital, sino una especialista para eso (...) Tiene que estar el profesional de la salud dándonos esa opción también, siempre tenemos que tener la opción, cuando tenemos el diagnóstico, decírnos, contás con esto.”

“Tienen que poder trabajar en conjunto, los médicos (...) en conjunto tanto la infectóloga como la ginecóloga (...) (Porque) a la hora de ir a ginecóloga o a la dermatóloga, (que) no trabajaban en conjunto y explicar todo de vuelta, otra vez las mismas preguntas, que no haya empatía es primordial, que te pregunten todo 25 veces no esta copado.”

“Asistencia, contención social, ese tipo de servicios.”

Otra necesidad sentida y demandada es contar con servicio ofertados por pares (personas con VIH) dentro de los centros de salud, mediante grupos de ayuda mutua o personas que orienten a las mujeres en su proceso posterior al diagnóstico.

La contención por pares es valorada como fundamental para el éxito de un proceso de aceptación y empoderamiento de las mujeres.

“Grupos, contención, colectivamente puede ser un poco más fácil. (...) Tendría que haber más lugares.”

*“Hay un grupo de gente (...) que son intermediarios, no sé cómo se llama el título, que son como un mediador, por ahí tenes **una habilitación que puedes acompañar al paciente, ver si entendió (...), un nexo entre el médico y el paciente.** Serviría para no sentirse solo, para que el paciente se sienta acompañado (...) Ese nexo que haga un abordaje legal, psicológico.”*

*“Necesitamos una guía, nosotras nos apoyamos muchísimo en nuestros pares, y son nuestros pares que nos dicen: “che, eso no es tan así como lo que dice el medico”. **Tiene que haber alguien con quien vos puedas ir y decirle, me paso esto, que se pueda hacer. Te enteras del diagnóstico y que haya ayuda psicológica, una ayuda que abarque un montón de otros aspectos, y que nos guie.**”*

*“Mas allá de toda la información que una tenga, no hay como **la contención del grupo de pares,** que te puede escribir un domingo, que te dice conocí un pibe, como le cuento el diagnóstico, es muy importante promover y apoyar estos espacios.”*

Las necesidades en cuanto a servicios se centran en contar con servicios de salud mental y grupos de apoyo conformado por personas pares (otras mujeres con VIH)

Respecto a las actividades que deberían desarrollarse en las comunidades, en los servicios, con las familias y con las parejas para prevenir las violencias contra las mujeres con VIH, se desprenden de las necesidades identificadas anteriormente.

Básicamente las actividades propuestas se centran en dos aspectos: 1) Desarrollar acciones de sensibilización, información y educación y 2) Contar con mujeres pares con VIH en los servicios de salud

*“Más allá de **la capacitación en los trabajos**, la información que tiene que llegar a todas las mujeres, poder empoderarlas para que distinguan las violencias y puedan reaccionar, eso es primordial, tanta en el ámbito de salud, laboral, familiar.”*

*“Cuando **subo los videos** (a Instagram) lo hago para informar: indetectable es intransmisible; y somos personas normales. Vivimos en una sociedad que le gusta mucho el arte de juzgar, mirar al otro y que le moleste la otredad. Mirar al otro y juzgar, hay mucho trabajo para hacer.”*

“En el mismo lugar donde te atendés, (te informen) que existen (organizaciones de apoyo o pares), yo no sabía que existía RAJAP hasta hace unos años. O sea, ponele, que sea complicadísimo hacer en un hospital la reunión para familiares, una reunión para mujeres, una reunión para hombres, pero por lo menos que llegue la información hasta el médico.”

“Yo creo que como mujeres, como mamás, como portadoras, podríamos laburar físicamente, ayudando a esas mamás con VIH, en el campo, en pediatría, en ayudar a esa mamá que le duelen las tetas, acompañarlas para que duerma una siestita y el nene que tome la leche. Cómo organizar los remedios, el agua mineral, el agua hervida, la leche. Creo que somos chicas con experiencia y podemos participar. Y que los profesionales no están tan cerrados a aggiornarse, también son ignorantes de lo que es el campo. Ellos saben de libros y algunos no son tan distantes, creo que tenemos que buscar ese nexo y laburar juntos.”

11.8 Recursos identificados para abordar y prevenir las violencias

Sobre los tipos de recursos de apoyo social que necesitan las mujeres con VIH para prevenir las violencias. Se han identificado una variedad de recursos en distintos niveles, desde el abordaje a nivel individual-comunitario, hasta un abordaje más estructural, apuntando al nivel de políticas públicas

11.8.1 Nivel individual-comunitario: proceso de empoderamiento

Las mujeres entrevistadas mencionan una serie de recursos que podría conformar un proceso bien delineado, que comienza con 1) la información, pasando por 2) programas de capacitación y sensibilización, generando 3) espacios de socialización con pares facilitando una dinámica de intercambio de experiencias, que finalmente desembocaría en un proceso de 4) empoderamiento de las mujeres, es decir, restaurar la capacidad de respuestas de las mujeres que permita una mejor estrategia de afrontamiento de las violencias.

- Información

*“A mí lo que me pasa es la **desinformación**. Se que hay familia mía que sabe que estoy infectada, pero es un tema que no se habla (...) **lo que falta es información, en cualquier ámbito en las escuelas, jardín, secundaria.**”*

“A mí me llega más un video de gente hablando de VIH, y me siento mucho mas cómoda mediante un video que de manera escrita

- Programas de sensibilización y capacitación

*“**Para poder capacitar y empoderar, se necesitan recursos y apoyo** de otras entidades que puedan brindar, capaz, otras herramientas (...) En otra organización, que es RAJAP, daba contención, y en las organizaciones civiles, todo es ad honorem, es espectacular, pero **necesitamos el aporte del Estado para poder brindar una contención real**. Para poder empoderar, hay psicólogos, abogados, que están ad honorem, y esos profesionales dan su tiempo voluntariamente. (...) se necesitan recursos para poder generar estrategias que bajen el estigma. En mujeres más, la mayoría tiene trabajos, familias, se necesita tiempo para poder hacer. La plata no significa nada a lo que se puede generar, contarle a otra persona o que me de contención a mí... pero para tener un equipo interdisciplinario, se necesitan ciertos recursos, no es lo mismo ese par que es psicólogo, te ayuda, pero es un par, se genera algo raro, en que **se necesita generar lugares de contención para no sobrecargar a los pares**. (...) Tener un equipo interdisciplinario que tenga o no VIH va a generar cierta confidencialidad dentro de la organización.”*

“Cursos para satisfacer cuestiones básicas primero, como ejercicio físico”

- Espacios de socialización e intercambio con pares

*“**Se necesita un espacio físico, un espacio que nos costeen, un espacio físico donde reunirnos, que se concrete ese encuentro**. Acompañar desde los recursos básicos, materiales, paredes, piso (...) hay con que darle a la presencia, y hay que mantener una presencia, aunque sea virtual, sostener la constancia, eso lleva a que haya alguien. Lo que nos pasaba a nosotros, con este grupo de adolescentes y jóvenes con VIH era que se iba reduciendo: primero 7, después 5 y siempre quedábamos 4 que éramos el núcleo central, siempre ahí. Eso se da en la práctica, en la constancia de juntarnos. Por ejemplo, en Fundación Huésped, era costear un tallerista de teatro, nosotros le pagamos al tallerista por tanto tiempo (...). Cuando hay actividades, se hizo una vez, de salir al (Hospital) Fernández, pegar propaganda de la red y saber que hay grupos de pares, de facebook, encuentros semanales, **todo lo que hay desde la red para facilitar el encuentro, depende de unos pocos, que tienen ganas, que se toman el bondi, el tren y van y pegan cartelitos**. Se hizo una vez, pero después no se repitió, y eso es en pocos hospitales y eso es muy útil. O **hablar con los médicos desde las redes, para informarles de las redes: en las consultas esta bueno que promociones***

que estamos como red. Y para eso hay que viajar, costear los viáticos. El apoyo es más físico y también desde la contención humana. Necesitamos profesionales que sean asistentes sociales, sociólogos.

- Empoderamiento

*“Respecto al empoderamiento, yo a una mujer recién diagnosticada le puedo decir: mirame a mí, tengo una carrera, un compañero, y como digo siempre, todo depende de cada una, y vos no sos VIH, convivís con VIH, no te califica como mujer, ni como amiga, ni como pareja ni como ningún título que te quieras poner, es algo que vive con vos, no sos peor o mejor persona por tener el virus. La palabra es importante, demostrar con la palabra, que el VIH no te limita nada y que no hay que tener miedo. En el miedo está el proceso interno de cada una y como lo lleva el diagnóstico, y el tema del empoderamiento... Va más allá del diagnóstico (...) **es la posibilidad de tener un apoyo psicológico ni bien te diagnostican. Eso es importante y está todo ensamblado.**”*

*“**Tiene que haber grupo de contención donde una pueda sentir, que una entienda que puede salvarse.** Entiendo que hay gente que no tiene vínculos, que no tiene lazos con su familia, ahí es todo mucho más complejo. Si no tenes un grupo de contención, ¿cómo salís, no es fácil?”*

*“Cuando iba al médico de adolescente, mi papá tiene también VIH. Por cuestión de obra social, íbamos al mismo médico. Yo fui creciendo, en la etapa de adolescencia, y gracias **a un grupo de pares en Fundación Huésped, empecé a hacer teatro, y eso me permitió abrirme a dudas que ni yo me planteaba, a partir de (conocer) la experiencia de otra vertical.** Lo que nos decían las psicólogas, es que somos adolescentes con VIH, poder tener espacio de intimidad en la consulta, abrir un espacio a la sexualidad y el VIH”*

*“Sería buenísimo, o sea, porque todos sabemos de Fundación Huésped, pero yo nunca me acerque. Y RAJAP lo conocí de casualidad, porque vi una publicación. No entiendo por qué en los hospitales no nos dan estos medios. Por qué **no se brinda esta información directamente en los hospitales, en donde vas a atenderte, cuando retiras la medicación, deberían decirte.**”*

Todo este proceso descrito, que comienza con información y termina con el empoderamiento de las mujeres, finalmente tiene como resultado que las mujeres puedan identificar mejor las situaciones de violencia y retirarse, es decir, mejora la toma de decisiones de forma autónoma orientado a la auto-protección y cuidado.

“Yo no pude prevenir, me tuve que ir, no hubo una prevención, tuve que irme. Ahora entiendo, puedo detectar, lo puedo ver. No creo que vuelva a pasar, porque no lo volvería a permitir, pero si puedo hacer otras cosas. En su momento no había forma de prevenir, porque estaba sumergida en la violencia.”

11.8.2 Nivel estructural: Políticas públicas, marco legal y agenda propia

En este nivel, las mujeres identifican oportunidades para utilizar con el fin de generar ambientes sociales y políticos favorables para prevenir, abordar y erradicar las violencias hacia las mujeres, y con una clara intersección con la agenda de VIH.

- Presupuestos para las Políticas Públicas

“Trabajar articuladamente con ministerios, porque es una cuestión de salud pública. Es fundamental, que asignen presupuesto, para poder hacer campañas, para reducir el estigma, la discriminación (...) Hay una deuda del Estado. Tienen que asignarnos recursos para que podamos hacer anuncios, me parece fundamental.”

-Socializar el Marco Legal vigente

“Hoy tenemos una ley, que es la ley es ley de SIDA, y yo no tengo SIDA, tengo VIH y sin embargo me tengo que enmarcar en eso. Y si quiero saber de mis derechos, tengo que buscar SIDA en google. Entonces es necesario poder tener una ley, y que se pueda ejecutar, porque después no se puede ejecutar porque no hay plata.”

- Marcar la Agenda

“Una constante actualización, porque los problemas que tenemos hoy no son los problemas que tuve yo (...) hace 20 años. Y participación de los nuevos, constante recambio, en el sentido de la actualización para lograr herramientas para tener para trabajar en la actualidad. Antes el problema eran los remedios, peleábamos, la medicación pediátrica y era todo un tema. Hoy es normal tomar solo 2 pastillas por día, hay logros que se van logrando. Ver qué necesita la sociedad, no lo que quieran los médicos o las farmacéuticas. Que la agenda la marquemos nosotras, nuestros hijos, las escuelas, la sociedad.”

El proceso de empoderamiento es visto como un fin para afrontar las situaciones de violencia, pero este proceso debe ir acompañado por acciones a nivel estructural como el desarrollo de una agenda política que lleve las necesidades de las mujeres con VIH y que sea un insumo para elaborar políticas públicas para beneficiar a esta población.

11.9 Características deseables de los servicios de atención, prevención y protección de las mujeres que viven con VIH en torno a las violencias.

En el último espacio de diálogo, las participantes brindaron opiniones sobre las cualidades que deberían tener los servicios de atención, prevención y protección de las mujeres que viven con VIH que han experimentando cualquier forma de violencia.

Sobre el trato y la actitud hacia las mujeres con VIH en los servicios que consideran más importantes/necesarios para atender, prevenir y proteger a las mujeres con VIH contra las violencias en las familias, por la pareja, en las comunidades, en los distintos servicios.

“Si tiene que ser un profesional que esté totalmente actualizado, que tenga las herramientas y para eso, sí o sí necesita estar hablando con nosotros, y ver qué nos pasa a nosotros.”

“Sentirme cómoda con la persona que sabe todo de mí, es eso, sentirse cómoda, poder sentirse cómoda. Tener un espacio de comodidad, a mí me facilitó un montón, muchísimo.”

También ha emergido el concepto de lo “colectivo” (encuentros con pares) como espacio válido de contención, apoyo y empoderamiento

“El tema de lo colectivo, tratar de encontrar espacios donde una pueda encontrarse con el otro, porque uno se apoya en el otro.”

Por otro lado, el abordaje también es visibilizado como una necesidad a ser abordada desde los servicios, sobre todo lo referido a un abordaje sensible al género

“Que el personal tenga perspectiva de género, todo el personal público.”

Sobre los tipos de proveedores/as de servicios de atención, prevención y protección contra las violencias que las participantes afirman les gustaría estén disponibles

“Abogados, pero que tengan empatía y sensibilidad, información, atención legal, que mire todas estas cuestiones.”

“Asistentes sociales, para ver de dónde viene esa mujer, qué tipo de contención necesita, a nivel legal, pero también a nivel humanitario. En los dos hospitales que me atendí, los pacientes con VIH siempre están alejados, siempre Infectología ,siempre está alejado, me llamó la atención, ahí al estigma.”

“Asistencia alimenticia, a muchas se les dificulta conseguir trabajo (...) No poder llevar el alimento a su casa, eso genera angustia, depresión y hay fallas en la adherencia, sino te alimentas adecuadamente la medicación termina cayendo mal y es un efecto en nuestra salud también.”

12. DISCUSION DE LOS RESULTADOS

12.1. La violencia hacia las mujeres con VIH es un fenómeno multisituado (diferentes escenarios y ámbitos), transversal a lo largo de la vida (diferentes momentos en el ciclo de vida) y con diferentes actores involucrados (diversos perpetradores).

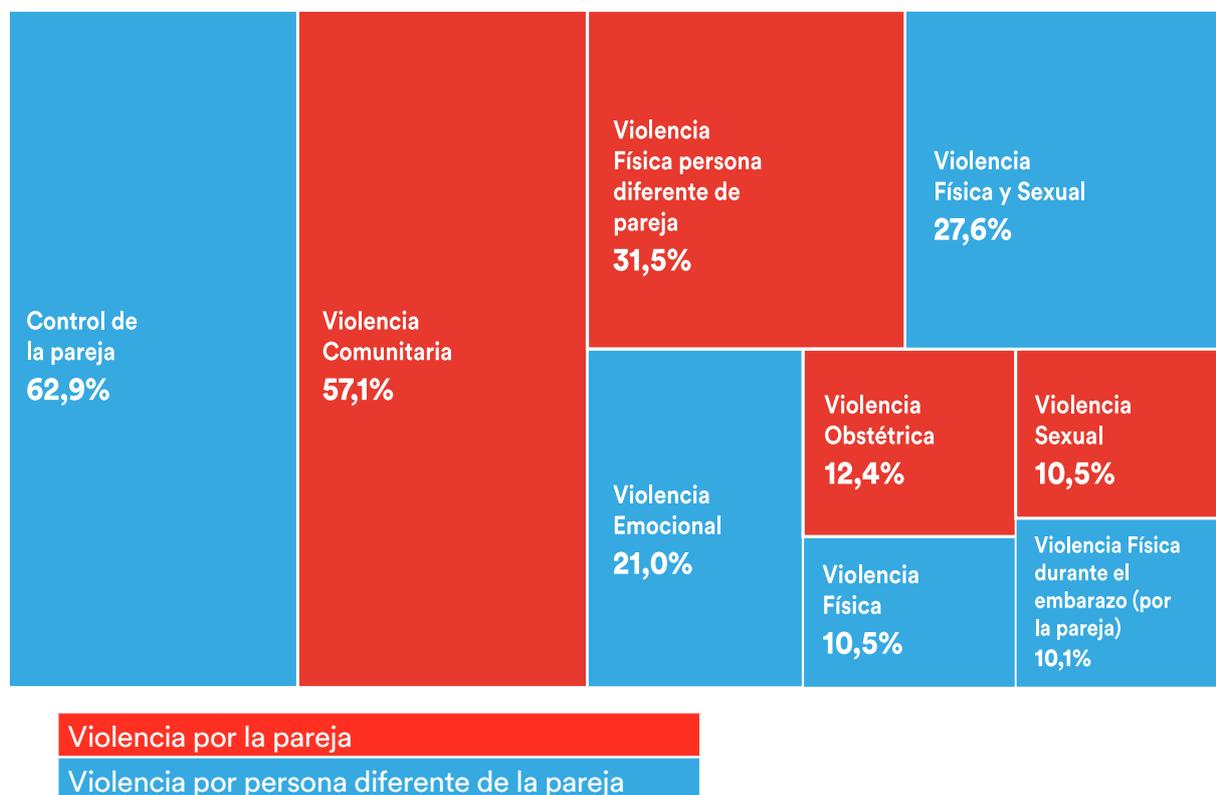
Si bien este estudio, realizó una taxonomía de los diferentes tipos de violencia (por la pareja persona diferente de pareja, etc.) , diferentes momentos (en el último año y a lo largo de la vida) y las diferentes formas que esa violencia se ejecuta (emocional, física , sexual, etc.). no es posible marcar estos límites ya que la violencia es un fenómeno que está presente a lo largo de la vida de las mujeres y los tipos y formas se cruzan, es decir, las mujeres que experimentan violencia física por la pareja en un momento, también podría experimentar otras formas de violencia como la comunitaria, o en el servicio de salud, o en el ámbito familiar, etc.

El gráfico 32 muestra el peso en términos de proporción de los diferentes tipos y formas de violencia analizados en este estudio:

Las dos formas de violencia con mayor peso en las vidas de las mujeres, son por un lado las situaciones de control por parte de la pareja, donde 6 de cada 10 mujeres han reportado experimentar este tipo de violencia, y por otro lado, las situaciones de violencia y discriminación en ámbitos diferentes de la pareja, como la familia, la comunidad, en el ámbito educativo, de salud, etc, donde 6 de cada 10 mujeres han vivido situaciones de este tipo y en estos ámbitos.

El resto de las violencias y formas de violencias se entrecruzan con proporciones similares, que va desde la violencia física por personas diferentes de la pareja (31,4%) pasando por la violencia física y sexual por la pareja (27,6%) hasta la violencia de menor porcentaje como es la violencia obstétrica (10,1%).

Gráfico 32. Proporciones de diferentes formas de violencias (en el último año) por la pareja y por persona diferente de la pareja.



Este gráfico muestra que no hay una proporción concentrada en mayor medida en un tipo de violencia en particular ni tampoco un ámbito donde se experimenta en mayor proporción alguna forma de violencia. Los perpetradores son múltiples y éstos están condicionados por el escenario donde estas violencias se producen.

En los grupos focales se identificó que las mujeres entrevistadas tienen conciencia sobre los factores estructurales que generan y perpetúan la violencia hacia las mujeres, en especial apuntan al sistema patriarcal o a una denominada “cultura de la violencia”. Esta reflexión acerca de la violencia tiene una fuerte influencia del movimiento académico y militante feminista, ya que muchas de las participantes de estos grupos focales son mujeres ligadas a movimientos u organizaciones civiles.

Por otro lado, bajo esta lectura también son capaces de “ver” la interseccionalidad de las violencias, es decir, las entrevistadas son conscientes que la violencia es un fenómeno multicausal y que éstas se entrecruzan y se potencian generando mayor impacto en las mujeres que la padecen.

12.2 Las prevalencias de las violencias por la pareja y personas diferentes de la pareja se asemejan a la prevalencia regional. En las violencias por pareja, la emocional, física y la sexual están por debajo de lo hallado en los 7 países del estudio regional, sin embargo, la violencia físico-sexual es significativamente mayor en comparación al valor regional. Estas diferencias deben ser analizadas a la luz de un análisis del contexto histórico, social y cultural de cada país, que pueden explicar la mayor o menor exposición de las violencias.

Cuadro 9. Comparativo de tipos y formas de violencia entre el Estudio Regional de Violencia y Mujeres con VIH y el estudio de Argentina		
Tipo y forma de violencia	Estudio Regional	Estudio Argentina
Violencia por la pareja en el último año	Emocional: 36,9% Física: 24,8% Sexual: 28,1% Física y Sexual: 18,5%	Emocional: 21,0% Física: 10,5% Sexual: 10,5% Física y Sexual: 27,6%
Violencia por personas diferentes de la pareja	Física: 49% Sexual: -Tocaron su cuerpo sin su consentimiento: 35,6% (Promedio edad: 12,6 años) - Le obligaron a tener relaciones sexuales: 29,8% (promedio edad: 14,9 años) - Le obligaron a tocar partes íntimas: 18,6% (promedio edad: 12,5 años)	Física: 31,4% Sexual: - Tocaron su cuerpo sin su consentimiento: 46,7% (Promedio edad: 13 años) - Le obligaron a tener relaciones sexuales: 27,6% (promedio edad: 12,4 años) - Le obligaron a tocar partes íntimas: 23,8% (promedio edad: 20,9 años)
Violencia comunitaria	Exclusión actividades sociales: 10,9% Agresión por familiares: 25,5% Cambio lugar de vivienda: 12,8% Pérdida de trabajo: 9,8% Se negó servicio de salud: 14,9%	Exclusión actividades sociales: 8,6% Agresión por familiares: 21% Cambio lugar de vivienda: 12,8% Pérdida de trabajo: 23,8% Se negó servicio de salud: 20%
Violencia en el ámbito obstétrico	Coacción por personal de salud (esterilización o aborto): 20,7% Personal de salud aconsejó no tener hijos: 34,3%	Coacción por personal de salud (esterilización o aborto): 12,4% Personal de salud aconsejó no tener hijos: 28,6%
Violencia hacia activistas de DDHH de las mujeres con VIH	Violencia hacia activistas: 10,5%	Violencia hacia activistas: 13,3%

En términos generales, los datos de Argentina se sitúan alrededor de la media regional para la mayoría de los indicadores seleccionados.

En el ámbito de la violencia por la pareja en el último año, se destaca la elevada proporción de la violencia física y sexual (27,6,2%) el cual sobrepasa 10 puntos porcentuales a la proporción regional (18,2%), En el resto de las violencias por la pareja, los valores de Argentina se sitúan por debajo del valor regional.

En cuanto a las violencias por personas diferentes de la pareja, las proporciones de Argentina nuevamente son inferiores a la encontrada en los 7 países del estudio regional. En el caso de la violencia sexual por personas diferentes de la pareja cuando se analiza cada situación en particular, se observan mayores porcentajes en Argentina pero en la media de edad cuando ocurrieron estas situaciones tiende a ser mayor en Argentina que en el resto de los países de la región, es decir, las mujeres reportan, si bien mayor frecuencia de situaciones de abuso sexual, esto se produce en edades mayores que el resto de los países de la región.

En relación a la violencia en el ámbito comunitario, solo en dos ámbitos se observan proporciones mayores que el resto de la región. Por un lado, en la “pérdida del trabajo” (23,8%) es más del doble en comparación con el 9,8% regional. Esto podría deberse a las condiciones políticas y económicas del país, más que por razones de discriminación por estado serológico. En otro caso se encuentra la discriminación en los servicios de salud, donde en Argentina esto se reportó en un 20% y en la región un 14,9%.

En el ámbito obstétrico, las proporciones de Argentina para la coacción para someterse a esterilización o aborto o recomendación de personal de salud para no tener hijos, se observa valores inferiores a lo encontrado en los 7 países del estudio regional.

En los grupos focales, se centran en la idea que el “estigma y la discriminación” no es un fenómeno uniforme que impactan a todas las personas por igual. La carga del estigma y la discriminación está determinada por otros factores o determinantes sociales como el sexo, género, edad, condición socioeconómica, etnia, etc., que sobrepasa a la condición serológica. Es decir, cuanto más determinantes sociales se crucen esto genera mayor carga de estigma y discriminación y expone a las mujeres a mayores escenarios de violencia.

12.3 La atribución de las causas o motivos de estas violencias depende del tipo y forma de violencia y sobre todo en el ámbito donde éstas se llevan a cabo

Las razones que las mujeres atribuyen a todos estos tipos y formas de violencias son diversos. Para las violencias en el ámbito de la pareja, la mayoría no atribuye esto al VIH, sino más bien a “otras razones”, basadas más en una cultura de la violencia o el patriarcado (violencia basada en género). En las violencias del ámbito comunitario, se identifica mayor atribución al estado serológico, pero donde si es claro esta relación de “violencia-estado serológico” es en el ámbito de la salud, en especial en las situaciones de coacción para esterilización o aborto, donde casi la totalidad de las mujeres reportan que estas situaciones ocurrieron “luego de sus diagnósticos”, por lo que casi todas atribuyen que estas conductas del personal de salud están motivadas principalmente por la “condición de VIH de las muje-

res”. Esta asociación también se identifica para la situación de que “algún proveedor de salud aconsejó no tener hijos”.

En los grupos focales, las entrevistadas dicotomizan los escenarios de violencia en dos ámbitos, por un lado los escenarios donde se ejerce violencia por la pareja, el cual está delimitado en el ámbito de la pareja y familiar. Las razones que las mujeres argumentan sobre que motiva este tipo de violencia se centran principalmente en el sistema patriarcal, el cual asumen como un sistema de dominación masculina sobre las mujeres y que configura un orden social donde la violencia es el instrumento que mantiene y perpetua dicho sistema. El VIH no es asumido como causa de este tipo de violencia, ya que la causa (sistema patriarcal) es pre-existente a la condición del VIH de las mujeres, es decir, la violencia es debida a una razón de género principalmente y no por una razón del estado serológico.

Por otro lado, cuando la violencia se traslada a otros escenarios y otros perpetradores, identifican claramente el ámbito de la salud como uno de los principales lugares donde se instrumentaliza la violencia y al personal de salud como el principal perpetrador. La mayoría asume que esta violencia se da luego del diagnóstico y por lo tanto la causa principal sería el estado serológico de las mujeres, y no por su condición de mujer.

12.4 Bajo bienestar general con elevadas prevalencias de manifestaciones de mala salud física y mental, y factores de riesgo asociados

Las mujeres encuestadas presentan una elevada prevalencia de manifestaciones de mala salud física y psicológica, donde el 94,3% ha experimentado al menos uno de estos síntomas en el último mes, siendo los más frecuentes problemas de sueño, tristeza, nerviosismo y dolores de cabeza. Este precario bienestar general es similar a lo hallado en el estudio regional. Sin embargo, la muestra de Argentina presenta mayor frecuencia de factores de riesgo, por encima de los resultados regionales, inclusive por encima de los 7 países del estudio regional.

En el cuadro 10 se observan las diferencias para las mismas variables entre el estudio regional y el estudio de Argentina.

Para el consumo de alcohol y de drogas ilícitas, los resultados de Argentina triplican la media regional, mostrando que al menos la muestra de mujeres con VIH accedida por este estudio muestra una prevalencia de consumo de ambas sustancias elevadas en comparación con sus pares de los demás países de la región.

Otro dato que revela un factor de riesgo importante es la baja frecuencia de “solicitud” de usar condón a las parejas realizadas por las mujeres. En la muestra de Argentina solo 2 de cada 10 mujeres solicitan usar condón a sus parejas en comparación con las 7 de cada 10 mujeres a nivel regional. A esta baja solicitud de uso del condón se suma que más de la mitad de las parejas se han negado a usar el condón.

Esto muestra que las mujeres estarían teniendo relaciones sexuales de alto riesgo, por un lado por la baja capacidad de demandar o negociar el uso del condón con sus parejas actuales y la elevada tasa de rechazo de su uso por dichas parejas.

En cambio, en el factor de riesgo “cambio de sexo por dinero”, la media regional duplica a lo encontrado en Argentina, donde el 7,6% han reportado esta situación alguna vez en comparación del 15,2% e nivel regional.

Cuadro 10. Comparativo de factores de riesgo entre el Estudio Regional de Violencia y Mujeres con VIH y el estudio de Argentina		
Factores de Riesgo	Estudio Regional	Estudio Argentina
Consumo Alcohol por la mujer	Todos o casi todos los días: 1,2%	Todos o casi todos los días: 4,8%
Consumo de drogas	Alguna vez: 10,5%	Alguna vez: 38,1%
Solicitud de Uso de condón	Con pareja actual (SI): 77,4%	Con pareja actual (SI): 34,3%
Pareja se ha negado a usar condón	SI: 52,1%	SI: 51,4%
Sexo a cambio de dinero	Alguna vez: 15,2%	Alguna vez: 7,6%

Si bien este estudio es descriptivo y no puede realizar asociaciones entre variables, utilizando la bibliografía existente y las conclusiones del Estudio Regional Violencia y Mujeres con VIH que afirma la relación entre el poder acumulativo de las violencias y su impacto en la calidad de vida de las mujeres y de su bienestar, disminuyendo su capacidad de respuesta y falta de control sobre sus factores de riesgo.

En los grupos focales, las palabras que más emergieron como consecuencia del VIH fueron “miedo, vergüenza, temor, o culpa”. Estas emociones surgen asociadas al diagnóstico y el momento posterior, luego de ello, las mujeres enfrentan otros escenarios donde deben gestionar el estigma y la discriminación asociada a su condición serológica, que se presentan en escenarios diferentes del ámbito de la salud, como la familia, la pareja, la comunidad, el lugar de trabajo entre otros.

Es en este momento donde las mujeres identifican el rol que ejercen las personas pares (otras personas con VIH y de las organizaciones civiles), a los cuales se los percibe como factores protectores que mitigan el impacto del diagnóstico inicial y del proceso posterior mediante acciones de información, contención, apoyo y seguimiento.

El rol de las pares es fundamental, ya que para muchas entrevistadas es el inicio de un proceso de aceptación del diagnóstico y empoderamiento de las mujeres con VIH. Este empoderamiento considera fundamental como otro factor protector ante situaciones de violencia, ya que una mujer empoderada tiene la capacidad de identificar y reconocer situaciones de violencia que antes estaban naturalizadas, es decir, la mujer podría vivirlas, pero no tenían conciencia que estaban en una situación de violencia. Este proceso de empoderamiento permite reconocer estas situaciones, identificarlas cuando suceden y prevenirlas.

12.5 Las mujeres con VIH encuestadas cuentan con personas a quienes comunicar sus experiencias de violencia, dependiendo del tipo y forma, algunas violencias se comunican mas que otras. Se observa una intervención limitada de las violencias desde los servicios de salud

La gran mayoría de las mujeres, 9 de cada 10, reportan que cuentan con alguna persona de su confianza a quien comunicar sus experiencias de violencias, sin embargo, las violencias que tienen a comunicarse más son aquellas severas (física y sexual por la pareja o persona diferente de la pareja), en relación a la violencia comunitaria que se comunica poco.

De las mujeres que experimentaron violencia y no lo denunciaron, las principales razones han sido el temor, miedo y vergüenza a ser re-victimizadas o violentadas.

Las instituciones donde más se recurren , al igual que sucede en los demás países de la región, es la policía y la fiscalía. Estas instituciones, más allá de los niveles de desconfianza que puedan generar en las mujeres, siguen siendo las más demandadas para este tipo de denuncias.

En cuanto a los servicios de salud, éstos siguen siendo una de las instituciones donde menos se aborda las violencias, pero donde más acuden las mujeres con VIH. Este vacío genera una importante pérdida de oportunidades para detectar, abordar y derivar casos de violencias hacia las mujeres con VIH.

En los grupos focales, el relato de las mujeres coincide con lo hallado en el componente cuantitativo, en relación a las razones por las cuales las mujeres que si han experimentado violencia, no lo denuncian. Entre las razones que emergieron en las entrevistas se encuentran el “miedo, la vergüenza o no saber cómo y dónde buscarla”

También se identifica como motivo de buscar ayuda la “mala experiencia” de situaciones anteriores o se situaciones que han vivido otras mujeres.

12.6 Las necesidades de las mujeres con VIH en relación al abordaje, atención y seguimiento de las situaciones de violencia se centran en un proceso de empoderamiento que necesita procesos previos de información, sensibilización y educación, impartida por mujeres pares principalmente y posterior a ello apuntar a un nivel más estructural, incidiendo en políticas públicas y visibilizando una agenda de las mujeres con VIH

Las mujeres entrevistadas en los grupos focales han podido identificar necesidades que lo han reportado en clave de barreras. La primera barrera identificada sería la falta de información, tanto durante el proceso posterior al diagnóstico y para gestionar las violencias (tanto debidas al VIH como por otras razones). Este proceso que inicia con información (que finalmente es lo que permite una toma consciente de decisiones) abre el camino a un proceso de empoderamiento, acompañado por otras mujeres con VIH.

Las mujeres pares que han pasado por procesos similares son consideradas como referentes y agentes motivadores para seguir el mismo camino, por ello las mujeres entrevistadas demandan más espacios de socialización e intercambio de experiencias con otras mujeres con VIH.

Las mujeres entrevistadas, muestran conciencia política y asumen que con solo generar información y espacios de contención, o procesos de empoderamiento no es suficiente para realizar cambios permanentes, por ello visibilizan que es necesario realizar cambios estructurales, sobre todo en el marco legal y normativo, introduciendo una agenda política propia de las mujeres con VIH, y a través de ella sus necesidades particulares como mujeres y como personas con VIH.

13. LIMITACIONES

El plan original fue alcanzar una muestra de 250 mujeres con VIH, pero finalmente se logró encuesta a 105.

El principal obstáculo encontrado fue que el trabajo de campo se realizó en el primer semestre del 2021, en un contexto de pandemia de COVID-19 y con varias restricciones de movilización, lo que impidió realizar las encuestas de forma presencial, o acudir a los servicios de salud donde las mujeres realizan sus tratamientos del VIH.

Esta situación obligó a plantearse una serie de estrategias:

1- Realizar las encuestas vía telefónica: lo que implicaba un largo tiempo que muchas mujeres no contaban, sumado a ello los gastos que implica las llamadas

2- Realizar videollamadas en alguna de las plataformas comúnmente utilizadas (zoom, google meet, entre otros): Misma situación de la anterior, mucho tiempo de inversión y costos de la conexión a internet que las mujeres encuestadas debían asumir.

3- Red limitada de contactos: gran parte de las encuestas se realizó a mujeres que tenían vínculos con las encuestadoras y con las organizaciones civiles. Esta red al ser limitada se agotó en poco tiempo. Por la situación pandémica no fue posible salir a contactar con otras mujeres que no formaban parte de estas redes personales de las encuestadoras y de las organizaciones.

4- Problemas de conectividad: En ocasiones la barrera no era el costo de la conexión, sino la conexión misma, que muchas veces era inestable

5- Manejo limitado de plataformas de videollamadas: Muchas mujeres no conocían, o no tenían las aplicaciones en sus celulares o no sabían cómo manejar este tipo de plataformas

6- Falta de tiempo de las encuestadas: Una de las razones que más se repitieron fue la falta de tiempo de las encuestadas. Esta situación muchas veces obligó a las encuestadoras a agendar la entrevista en varios momentos para poder completarla en su totalidad.

7- No hay incentivos para encuestadas: El estudio no contaba con un presupuesto asignado para el pago de incentivos monetarios y en materiales a cambio del tiempo invertido en las encuestas. Esta situación podría haber desmotivado a muchas mujeres para acceder a una encuesta relativamente extensa

8- Contextos no adecuados: Esta encuesta abordaba temas muy sensibles y privados como la violencia, incluida abuso en la infancia y adolescencia, lo que implicaba contar en condiciones óptimas de un espacio que garantizara la confidencialidad para realizar la entrevista. Al ser las encuestas por vía telefónica y por videollamadas, muchas veces las mujeres respondían las preguntas en sus casas, con el riesgo que personas de su entorno (familiar) pudiesen escuchar

la entrevista. También algunas mujeres argumentaban que en sus familias “no sabían sobre su diagnóstico”, por lo que se negaban a acceder a la encuesta.

9- No se previó un plan de contingencia previo: Al ser una situación excepcional el contexto de pandemia, no se planificó una estrategia alternativa identificando previamente los supuestos y riesgo. Las estrategias fueron surgiendo durante el trabajo de campo

Todos estos obstáculos condicionaron el logro de la meta de 250 mujeres encuestadas, sin embargo, si bien el número de 105 dificultó realizar ciertos cálculos y desagregaciones, los resultados obtenidos se encuentran dentro de los rangos promedios del Estudio Regional de Mujeres con VIH y Violencia, lo que permite una aproximación de los valores reales de este fenómeno.

Este estudio, por el tipo y cantidad de muestra, no es posible realizar generalizaciones ni extrapolaciones a otras localidades, pero sí permite generar hipótesis que podrían ser contrastadas en futuras investigaciones con una muestra más representativa.

Para ver con más detalle la experiencia de las encuestadoras en el trabajo de campo, y las estrategias de mitigación que fueron utilizados ir al anexo.

14.RECOMENDACIONES

14.1. Recomendaciones a nivel Metodológico

14.1.1 Contar con un plan de muestreo:

Es recomendable planificar con tiempo de antelación el muestreo, identificando los lugares donde acceder a la muestra y explorando las redes de las personas con VIH y de las organizaciones. En el caso de realizar el muestreo en servicios de salud, es importante contar previamente con la autorización del servicio de salud. En el caso de las redes de personas y organizaciones, se recomienda contactar con ellas con tiempo de antelación, informando sobre la realización del estudio y explorando su motivación y disponibilidad para participar de forma voluntaria.

14.1.2 Encuestas en forma presencial:

Si bien el cuestionario está digitalizado, esto no implica que su administración también sea de forma reporta. Lo recomendable es poder aplicar los cuestionarios digitales, pero de forma presencial, con esto se ahorra tiempo y también la intervención es más cercana y empática.

14.1.3 Garantizar la confidencialidad y un espacio seguro:

Al realizar la encuesta de forma presencial, se podría garantizar encontrar espacios seguros que facilite a las mujeres responder las preguntas sobre violencia con mayor tranquilidad y confianza. Por otro lado, esto también evita el problema de conectividad de las encuestadas en caso de realizarse encuestas virtuales.

14.1.4 Pago de incentivos:

Esto debe ser evaluado por la organización implementadora del estudio, ya que no siempre se cuenta con recursos para cubrir este gasto. Por otro lado, se podría identificar perfiles de alta vulnerabilidad que si necesitarían dicho incentivo para acceder a la encuesta (pago de alimentación, de traslado o de conectividad). También se podría evaluar entregar otros bienes en lugar de incentivos monetarios, se podría entregar kits o canastas básicas de alimentos o insumos de higiene personal, como incentivo.

14.1.5 Desarrollar encuestas virtuales auto-aplicadas:

Estas encuestas tienen la ventaja de que pueden ser llenadas por una gran cantidad de personas, ya que son auto-aplicadas, disponible las 24hs del día. Esto facilita el acceso a las personas y se obtiene gran volumen de información. La desventaja es que no se tiene un control sobre la calidad de la información o si las personas que las completan cumplen con los criterios de inclusión del estudio. Sin embargo, bajo ciertas condiciones (como en el caso de la pandemia por COVID) podría ser una alternativa válida, bajo las limitaciones ya mencionadas.

14.2. Recomendaciones para las redes de mujeres con VIH y las organizaciones civiles

14.2.1 Sistematización de experiencias y aprendizajes colectivos acumulados de las mujeres con VIH en América Latina. Las mujeres con VIH han desarrollado modalidades de afrontamiento de las violencias en sus vidas de manera individual y colectiva que requieren ser documentados para su uso como referencia en los procesos de cambios en políticas, programas, servicios y modelos de atención. Las modalidades de estrategias de autoapoyo, educación entre pares, educación a nivel comunitario y activismo pueden ofrecer información clave para diseñar grupos de apoyo de mujeres con VIH sobrevivientes de violencias, programas educativos a nivel comunitario e institucional, y ser usados como opinión de expertas para la revisión de programas y servicios en los sectores de Justicia, Salud y Educación, entre otros.

14.2.2 Fomentar y potenciar el involucramiento de las mujeres con VIH en redes de apoyo.

14.2.3 Diseñar Estrategias sistemáticas de incidencia por parte de las organizaciones de sociedad civil, academia y otras instancias aliadas para garantizar la participación de las mujeres con VIH en el establecimiento de planes básicos de salud y en los presupuestos públicos sectoriales relacionados con protección social, violencia/seguridad ciudadana, trabajo, educación, vivienda, migración y otros pertinentes para garantizar un abordaje integral de las autonomías de las mujeres con VIH.

14.3 Recomendaciones para los servicios de salud

14.3.1 Ofrecer a las mujeres un recurso informativo de las instituciones competentes en Violencia de Género e intrafamiliar.

14.3.2 Capacitar al personal de salud en perspectiva de género, para que logren efectivizar el acompañamiento/asesoría a las víctimas de violencia.

14.3.3 Sensibilizar al personal de salud sobre la importancia de la contención a mujeres tanto entre pares como por personal profesional.

14.3.4 Facilitar a las mujeres información sobre redes y organizaciones de mujeres con VIH.

14.3.5 Realizar un acompañamiento especial a las mujeres con VIH que sufren violencia en torno a sostener su adherencia al tratamiento.

14.4 Recomendaciones para los servicios de atención de las violencias hacia las mujeres

14.4.1 Ofrecer el test de VIH y acompañamiento psicológico a todas las mujeres que estén asistiendo a los servicios de atención de las violencias hacia las mujeres.

14.4.2 Realizar convenios/vinculación con otras instituciones para responder de manera integral a la problemática.

14.4.3 Ofrecer y proporcionar a las mujeres un canal de contacto con las diferentes organizaciones de Mujeres con VIH. Publicando en las diferentes oficinas de atención a la mujer dichos contactos. Todo esto considerando que las mujeres suelen mejorar su relación con el VIH cuando toman contacto con pares, manifestando y despejando sus dudas ante sus pares.

14.5 Recomendaciones en relación a políticas, planes y programas en VIH y sobre violencia hacia las mujeres.

14.5.1 Aprobar el Proyecto Nro. 5040-D-2021 de la “Ley Nacional de Respuesta Integral al VIH, las Hepatitis Virales, la Tuberculosis e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)”. El mismo fue elaborado por el Frente Nacional por la Salud de las Personas con VIH del cual ICW Argentina forma parte. Este proyecto tiene la particularidad de que fue creado por las Organizaciones de la Sociedad Civil considerando todas las demandas y necesidades que tienen las personas con VIH, las cuales resultan conocidas y cercanas por el activismo de las mismas.

Queremos resaltar la importancia de actualizar la ley existente que regula el rol del Estado en los problemas de salud de las personas con VIH, siendo de vital importancia su aprobación ya que la ley Nacional de Sida tiene más de 30 años de vigencia, y el contexto en el cual fue creada ha cambiado notablemente, resultando insuficiente en el presente.

Por otro lado, considerando, que las mujeres con VIH y/o Sida se encuentran en una doble situación de vulnerabilidad, entendemos la necesidad de promover y garantizar la eliminación de la discriminación y las violencias contra niñas, adolescentes, mujeres jóvenes y adultas, y personas con capacidad de gestar.

De modo tal que en el cuerpo del proyecto de ley se prevé un apartado especial en el Capítulo III “De las mujeres y las personas con capacidad de gestar” los cuales no sólo garantizan derechos de información de las mujeres y personas con capacidad de gestar en el momento del parto, previo y post parto, sino que también propone reconocer y resguardar los derechos de todos y todas las/los niñas/os nacidos/as de persona con VIH garantizando el acceso a la leche de fórmula durante los primeros 18 meses de vida. Por otro lado, establece la prohibición de la violencia obstétrica disponiendo que en ningún caso debe sugerirse la cirugía cesárea motivada únicamente por el estado serológico de la persona gestante, como así tampoco propinar cualquier otro tipo de violencia en consonancia con la ley de Parto respetado Nro. 25.929.

14.5.2 Reforzar políticas públicas intersectoriales en los ámbitos nacional y local que sustenten un abordaje integrado del VIH y las VCM. El diseño de políticas y programas que aborden las violencias en mujeres con VIH debe incluir intervenciones multisectoriales basadas en la colaboración y coordinación interprogramática en lugar del enfoque de “silos”. Esto permitirá modificar

los determinantes comunes y específicos de ambas epidemias, prevenirlas y atender a sus devastadoras consecuencias para las mujeres y para la sociedad en su conjunto.

14.5.3 Diseñar programas de capacitación, que pueden incluir puntaje, tanto en el sistema de salud como en el educativo en todos los niveles, para que las y los trabajadores tengan acceso a información actualizada sobre cómo dirigirse, relacionarse y tratar a mujeres que viven con VIH.

14.5.4 Colaboración y acompañamiento por parte de actores claves como el Ministerio de Mujeres y las Direcciones de VIH en estudios y/o investigaciones. Que éstos acompañen y colaboren con futuros estudios regionales sobre violencia y mujeres con VIH para así lograr un alcance más amplio en la toma de muestras posibilitando a las organizaciones civiles, encargadas de llevar adelante estos estudios y/o investigaciones, llegar a un mayor número de mujeres con VIH.

14.5.5 Incorporar las necesidades de las mujeres con VIH en las estrategias de acceso universal de salud y de integración de servicios: VIH, salud sexual y Salud reproductiva, VCM, cáncer cervicouterino y salud mental, entre otras.

14.5.6 Proveer financiamiento y servicios que garanticen el acceso a la justicia a través de programas móviles de asistencia legal y paralegales pares a nivel comunitario.

14.5.7 Incorporar e implementar a la capacitación obligatoria en materia de género y violencia de género (Ley 27.499 o Ley Micaela) , formación sobre VIH, estigma y discriminación. Esta se encuentra dirigida para todas las personas que se desempeñan en la función pública, en los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial de la Nación, sostenemos la relevancia de hacerla extensible también al sector privado.

14.5.8 Estrategias de empoderamiento económico que favorezcan la autonomía financiera de las mujeres con VIH y las protejan de prácticas ejercidas por parejas, familiares y centros de trabajo, que aumentan su vulnerabilidad económica (despojo de bienes, herencia y dinero, negación de acceso al trabajo) mediante programas tales como las transferencias financieras para mujeres con VIH, acceso a la educación, mejora de la empleabilidad y acceso a la seguridad social.

15. REFERENCIAS

- 1- OPS (2000). **La Ruta Crítica que siguen las Mujeres Afectadas por la Violencia Intrafamiliar. Programa Mujer, Salud y Desarrollo.** Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/756/9275323348.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 2- **Ley 26.485 “ Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales”.** Disponible en: https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/siteal_argentina_0859.pdf
- 3- Luciano, D., Negrete, M., Vázquez, M.J., Hale, F., Salas, J., Álvarez-Rudín, M., Arends, M., Cano, A., Iacono, M., Sánchez, M., Cabezas, M., Chete, B., Flores, G., García, F., Herreira, ML., López, L., Ramírez, B., Soto, EM. (2020). **Estudio Regional sobre Violencia y Mujeres con VIH en América Latina.** ICW Latina, Hivos, Development Connections y Salamander Trust. Managua, Nicaragua.
- 4- **WHO (2007). WHO Ethical and Safety Recommendations for Researching, Documenting and Monitoring Sexual Violence in Emergencies.** Geneva, Switzerland: World Health Organization. Recuperado de www.who.int/hac/network/interagency/news/ethical_and_safety_recommendations/en/index.html
- 5- Vázquez, M. y Hale, F. (2011). **Consideraciones éticas para una respuesta integrada a los derechos humanos, el VIH y la violencia contra las mujeres en Centroamérica.** Comisión Interamericana de Mujeres (CIM/OEA). Washington DC.
- 6- Palermo, T. et al. **Risk factors for childhood violence and polyvictimization: A cross-country analysis from three regions.** *Child Abuse & Neglect.* **Vo lume 88,** February 2019, Pages 348-361. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213418304009?via%3Dihub>
- 7- Rodríguez-Menés, J., Puig, D. & So-brino, C. J. **Poly- and Distinct- Victimization in Histories of Violence Against Women.** *Fam Viol* (2014) 29: 849. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s10896-014-9638-x>

16. ANEXO

16.1 INFORME grupo focal “Encuestadoras”

“No es solo ser encuestadoras, sino ser compañeras, porque no dejamos de ser mujeres con VIH.”

El grupo focal de encuestadoras estuvo integrado por cinco mujeres de edades comprendidas entre los 29 y 55 años, siendo el promedio de edad los 38 años. Todas las participantes tienen estudios secundarios completos, y tres de las cinco finalizaron estudios en el nivel superior. Son mujeres con VIH y tres de las cuales son madres. Todas se reconocen como mujeres heterosexuales, una de ellas también como bisexual y otra pertenece o ha pertenecido al grupo de mujeres trabajadoras sexuales.

La realización de este grupo focal con las encuestadoras es para subsanar el no alcance del total de la muestra. Durante la realización del trabajo de campo del estudio, el contexto dado por la pandemia del COVID 19 y el aislamiento, limitó la posibilidad de realizar encuestas en formato presencial, lo que implicó nuevos retos para intentar llegar a la muestra.

Por esta razón, este apartado busca reflejar la experiencia de trabajo de las encuestadoras, en el contexto de COVID 19. Al tiempo que busca identificar las principales barreras y desafíos durante el trabajo de campo así como también las estrategias de mitigación para las barreras para la realización de las encuestas en el marco del COVID 19. A su vez, se plantea el objetivo de identificar las lecciones aprendidas y realizar recomendaciones para futuras investigaciones en el contexto de COVID 19 u otros escenarios de aislamiento social donde las encuestas no puedan ser presenciales.

1- Sobre la identificación de barreras y desafíos durante el trabajo de campo en el contexto COVID

Las principales barreras que fueron identificadas para el desarrollo del trabajo de campo están vinculadas a concertar la encuesta y concretarla, al tiempo disponible y duración de las encuestas, las posibilidades de las mujeres de estar en un lugar con intimidad y sus recursos. Al respecto, están los materiales y los inmateriales como es la alfabetización digital.

“La falta de conectividad de muchas. También, como “esto de zoom no manejo”, “meet no manejo”, bueno, que me llamen, “ah no me anda el celular”, “no carga bien”. O “no vivo sola”, “no tengo tiempo”, “la gente que convive conmigo no sabe mi diagnóstico”, “yo no hablo de esto con nadie”.”

“Me fue mucho más fácil el contacto y generar una confianza para realizar las encuestas, pero capaz a la hora de concretar un horario y que pudiera encuestar, fue mucho más complejo. Las tenías que estar como persiguiendo, más que nada, para que no se olviden que tienen que hacer la encuesta. Mandarles mensajes, tras mensajes, y capaz había algu-

nas que ni te contestaban. Me paso de una chica que estuvo, que fue mamá, en el medio la internaron, hubo un montón de complicaciones.”

“Me paso que varias me dijeron que sí, pero al momento de realizar la encuesta, no quisieron realizarla o me dijeron prefiero que no, o que no tengo tiempo, o me pusieron miles de excusas.”

“Fue bastante complejo a la hora de concertar las entrevistas, porque por ahí teníamos pactado un día y un horario y 5 minutos antes las contactaba vía teléfono y las chicas por ahí por el tema de la privacidad y que vivían con su familia, y que su familia no sabía, me mandaban mensaje whastapp y tenía todo listo, para arrancar y 5 minutos antes, era “mira, no pude”; bueno, les decía yo, decime en qué horario que te quede cómodo, donde vos te sientas en un espacio. Y ahí fue bastante compleja esas situaciones.”

*“Las encuestas no todas me llevaron el mismo tiempo, **con una chica estuve casi 3 horas hablando, porque necesitaban mucha mas información**, que iba mas allá de lo que era la encuesta.”*

“Me paso que todas las mujeres que me dijeron: “mira, no tengo nada para aportarte”, o “no tengo tiempo”, sobre todo eso, cuando yo les comentaba lo que podía tardar en promedio, eran (luego) las que no me dejaban avanzar en el cuestionario. Era su momento de desahogo, y no me dejaban avanzar, y no vamos ni por la mitad de la encuesta y ya vamos una hora y media de charla.”

La barrera identificada como la de **mayor peso** para el desarrollo óptimo del trabajo de campo y alcanzar la meta propuesta inicialmente fue la **convocatoria** y concretar las encuestas. En vínculo a ello, la posibilidad de que las encuestadas estén en espacios de privacidad y solas.

“(Como responsable de concertar la encuesta tenía que) contar qué es ICW, por qué hacemos el estudio, y generar confianza como para que se abran y acepten hacer la encuesta. A veces esa vinculación era inmediata porque una era conocida de la otra y enseguida me decía que sí y, otras veces, no era inmediata. Tuve casos en donde no fue tan simple: tuve que llamar, horas y horas de charla, primero de descreer de que esto servía para algo, tratar de entender, tratar de escuchar. Me encontré con muchas personas que necesitaban el oído. Entonces me parecía que primero tenía que darle lugar a esa vinculación, a ese momento y después de eso, bueno, listo, “¿cuándo te podemos encuestar?” Para mí era mucho más fácil, bueno, es una encuesta, cuando puedes, pero si hacia eso en algunos casos, me daba cuenta de que me iban a decir que no. Entonces insistí, fui de a poquito y fui generando un poco de confianza.”

“A la hora de convocar, me parece que esperaban como una contraprestación, tipo: bueno, yo te doy una encuesta, ¿vos que me das?”

“Mucha gente me decía “no te puedo ayudar porque no viví nada de violencia”. Y ahí, bueno, algo hay. Les explicaba, que seguro tuviste alguna situación en una institución médica, o yo les contaba algún ejemplo mio, que a mi una médica me dijo tal cosa, y eso es violencia, ah, ahí por ahí si, puede ser.”

“El prejuicio para acercar invitaciones. Hablé con una infectóloga en un centro privado y me dijo: igual acá no hay situaciones de violencia, con todo el prejuicio que te puedas imaginar. Por eso creo que hay obstáculos de todos lados.”

“En las encuestas el obstáculo principal era que no tenían un momento de intimidad y era muy difícil que quisieran encontrar un momento de intimidad, que dijeran “bueno, me tomo una hora y quiero hablar del tema”.”

Respecto de las reflexiones sobre el impacto de la pandemia del COVID en el trabajo de campo, coinciden que la presencialidad hubiera favorecido en la instancia de contención en el proceso de la realización. ¿Crees que sin esta situación de la pandemia se podría haber mejorado el trabajo de campo y llegado a la meta?, ¿Por qué?

“El contexto del COVID hizo que las chicas no estuvieran presentes, eso hubiera sido, capaz, tomar un café, o ir a una plaza, hubiera sido otra cosa. Tanto como para dar contención, porque es muy difícil, si bien se pudo, es muy difícil dar contención a través de una pantalla. No sabes cómo puede reaccionar, si se te va de la comunicación, te queda una angustia... que por suerte no me pasó que se me vaya en ningún momento, pero esta esa incertidumbre que no sabes lo que le puede pasar a la otra persona.”

“La presencialidad, cara a cara, al verte es más fácil. Si vos le ves la cara a esa persona, y la podes orientar.”

“Para mí fue toda la situación difícil, te encontrás con gente que esta angustiada por la situación económica, de su familia, del país. Es un mal momento. Por ahí chocaba mucho, había mucho pesimismo, no solo lo sanitario, sino todo lo que se genera alrededor del tema COVID.”

“La pandemia fue muy compleja. También todo esto... yo conozco a un montón de compañeras, hace muchos años y les decía de participar y me decían que no, no tengo ganas, no me interesa. Por ahí hubiera necesitado más tiempo, para difundir, mas información. Hubiera sido interesante más tiempo, para informar de qué era. En épocas normales podes ir a un servicio, te vas al hospi, es otra cosa. Desde el teléfono y la virtualidad, algunas cosas se vieron más complicadas.”

También, en el siguiente testimonio, se relata las implicancias para la vida de las encuestadoras la situación de pandemia

“A una chica le hable de la encuesta y me mandó 5 audios contándome de las situaciones abusivas que tuvo en su vida y que se quiso suicidar. Me tiraban un montón de información y yo iba tratando de manejarla, pero bueno, fue mucho aprendizaje y supero mis expectativas desde lo humano. De hecho yo dije: necesito también tener un espacio de descarga porque me estoy como morfando esto, estoy todo el día escuchando y yo estoy sola, vivo sola y esto de estar encerrada (aislamiento). (Por)que no es lo mismo si yo esto lo hubiera hecho en otro contexto donde hago mis actividades artísticas, ni siquiera podía ir al teatro, bueno, ahora ya se puede. Entonces creo que así como les influyó a las encuestadas el contexto, a las encuestadoras, por lo menos en mí caso influyó que era muy difícil hacer el corte, que terminabas de charlar y seguir con tus cosas.”

Las encuestadoras subrayan la facilidad que brindó el formato del cuestionario y su elaboración, facilitando el llenado, por ejemplo.

“El hecho de que (la encuesta) sea digital fue mucho más fácil, fue más tipo una charla que un cuestionario, y no era solamente sacarse de encima las preguntas. Me pasaba que les hacía una pregunta y ya me respondían las siguientes que venían abajo. Eso estuvo bueno y aparte, cuando hiciste 2 o 3 encuestas ya sabes el orden y es más fácil, mucho mejor que sea digital.”

“A mí me favoreció, al menos, porque había algunas preguntas que eran repetitivas, bueno, fuimos haciendo las respectivas anotaciones, y en el momento vas dando vuelta la pregunta, y le das el sentido que realmente tiene. Yo creo que sirvió, fue cómodo.”

2- Sobre la identificación de estrategias de mitigación y/o solución ante las barreras identificadas.

En esta instancia se conversó sobre las estrategias de superación que implementaron ante las barreras identificadas y cuáles fueron los resultados que obtuvieron.

Respecto a la convocatoria, se reflexionó sobre la estrategia de difusión a distancia, por redes, como consecuencia de la medida de aislamiento:

“Los flyers tenían mucha información y no funcionaban. Tuvimos que hacer una versión más corta, era mucha información y la gente no se engancha. Y en la presencialidad (en cambio) vas a un centro de salud, te pones la remera de ICW, le pones el cuerpo, empezás a hablar.”

Respecto a la falta de información que reconocían las encuestadoras al hacer las preguntas.

*“Con una chica estuve casi 3 horas hablando, porque necesitaban mucha más información que iba mas allá de lo que era la encuesta. Información específica del VIH: que cada cuánto me tengo que hacer los controles. Y yo tampoco le podía decir: no te digo nada; entonces, eso llevo tiempo y **muchas de las encuestadas tenían tan naturalizado lo que era la violencia que cuando se lo pusieron a ver, recién ahí se dieron cuenta y que vivían todo tipo de violencias.** Una chica, en el medio de la encuesta se quebró y le dije; bueno, querés que paremos, querés que te llame otro día; me dijo que no, le dije que tome agua, que respire hondo. No todas respondían igual, no todas respondían de la misma manera. Y no todas me llevaron el mismo tiempo. Y toda la información que remitían y contaban, que no les brindaba por ahí su infectóloga o su médica. Creo que fue muy bueno porque aparte de recabar datos se iban con otra información extra que podían capitalizarla para su vida.”*

“Me pasó que al principio muchas hacían énfasis en que nunca habían sufrido violencia en relación al VIH y luego, a medida que iban respondiendo la encuesta, te dabas cuenta que si y te dabas cuenta que ellas también lo estaban notando. Tampoco tenían muy claro lo que era violencia institucional en relación al VIH, pero después notábamos que sí, en los centros de salud inclusive; donde al principio no lo reconocían como un tipo de violencia, como que les parecía normal.”

Respecto a las formas de resolver la situación de privacidad.

“Me paso que una encuestadora estaba haciendo la encuesta y algo que no debería haber sucedido, es que no estaba sola en su casa, y cayó un albañil a hacer un trabajo y estaba su pareja y esta persona no es ni activista, es la primera vez que hablaba de su diagnóstico y se sintió muy incómoda, y me pidió cortarla. Y me aviso y después yo la continué con ella. Y ella lo que me pedía todo el tiempo era que ella quería ver a la persona, porque era la primera vez que le compartía a alguien su diagnóstico y quería ver quién estaba del otro lado. Y era muy fuerte, porque había vivido el 70% de las situaciones que escribía el formulario. Y me decía que vuelvo a revivir todo lo que viví. Y yo trataba de charlar, salir y volver al formulario.”

“(Hubieron) 2 o 3 casos que se autorizaron a hacerlas por chat de Whatsapp. Casos muy específicos.”

Ante la pregunta sobre las **estrategias que no funcionaron**, algunas encuestadoras apuntan que las estrategias que fueron implementando eran particulares en función de los emergentes. Al respecto comentan:

“Creo que no hay una estrategia en particular, cada una lo hace en diferentes formas, no puedes adelantarte porque cada persona es distinta y contesta distinto. Y por ahí vos tenías una encuesta pactada y después otra y te veis diciéndole a la otra chica: aguardame unos

segundos más que la otra no termino. Es eso, no creo que haya una estrategia en particular, para salir a encuestar.”

“Lo vas viendo sobre la marcha, puedes tener un plan pero lo tenés que ir modificando de acuerdo a la persona y bueno esto: empatía, respeto, paciencia, por ahí algún chiste para que la otra persona se relaje, que la otra persona se sienta relajada, que pueda hablar más libremente, más que nada porque no nos veíamos, solo nos escuchábamos. Que se sienta cómoda, que estaba en un espacio seguro, de escucha. La estrategia era cada encuestada y cada encuesta era una estrategia distinta.”

“Capaz la falta de experiencia. Siento que por ahí fui demasiado paciente, tendría que haber estado más segura y no estar tan atrás de algunas personas.”

Sobre las **estrategias que sí funcionaron**, las encuestadoras subrayan las de **brindar información y contención emocional** durante su implementación. Al respecto de la implementación de la encuesta y las preguntas, comentan:

“Algunas preguntas había que cambiarlas o adaptarles algunas palabras para que fueran más entendibles, para que la persona entienda. En una en particular, en la de los anticonceptivos. Si estaban con los ARV.”

“A mí lo que me pasó con esa pregunta en particular, la pregunta era: qué era está condicionado el tratamiento ARV a los anticonceptivos. La palabra condicionado, era la que les hacía ruido.”

“Era como darle vuelta a alguna pregunta y buscarle, tenías que ver para dónde llevarla, viendo el entendimiento de la otra persona. La misma pregunta pero con otra palabra. Hubo que repreguntar, más lentamente, era telefónico, era lento para que entiendan. Por eso me llevo más tiempo, pero no hubo grandes inconvenientes a la hora de las preguntas.”

“A algunas chicas las conocía, a otras no, pero conocerlas no era garantía de que pudieran responder. Hasta las que conocía desde hace años, tuve que reformularles la pregunta y darle la vuelta para que pudieran entender.”

“Con cada persona iba viendo la situación, al momento de encuestar ya sabía con quien vivía, como eran sus horarios y eso me ayudaba y lo podía llevar bien. Algunas por ahí tenías que ser más formal, que le leas la pregunta. Y otras era más charla, me decían, “eso ya te lo respondí” y cuando me decían 2 veces, eso ya te lo respondí, bueno, listo, no te voy a preguntar algo que ya está. Ibas viendo, con cintura, y empatía.”

“Contaba de mi historia.”

Sobre la empatía a la hora de realizar las encuestas y las estrategias para concretarlas.

“Supere los obstáculos con años de militancia, activismo, experiencia. Vas poniendo todas las herramientas, por ahí algunas no tenían ningún inconveniente y otras sí. Tenías que ver quién estaba del otro lado y cómo estaba su ánimo y las herramientas las vas buscando, en el interior tuyo. Yo tuve esa experiencia, por ejemplo. Y esa fue mi estrategia.”

“Empatía a full, es escuchar, si hay que hacer un stop. Bueno, te cuento algo, a mi me paso esto, que no sienta que... que no se sienta tan expuesta. “Yo te cuento también mi experiencia en esto”. Y bueno, para convocar, también, mucha escucha y mucha paciencia, para ver cuando es el momento.”

“Me toco entrevistar a una persona que esta con muchas enfermedades, en estado de SIDA y cada tanto frenaba y gritaba de dolor, entonces, trataba de hacerle algún chiste, códigos que se van generando. Y un día la llame y hablamos 3 horas y no pudimos ni empezar a hablar de la encuesta. Entonces me di cuenta que iba a ser complicado.”

“Creo que la paciencia fue la gran virtud del estudio.”

3- Sobre la identificación de lecciones aprendidas

En esta instancia del grupo focal se partió del reconocimiento de las barreras identificadas y las estrategias de solución que funcionaron y las que no para conversar sobre las lecciones aprendidas ante la oportunidad de repetir la investigación prestando atención en lo que cambiarían o no

“A mí me hubiera gustado más en forma presencial (...) El contexto de covid hizo que nos tuviéramos que adaptar a estas situaciones que todavía seguimos viviendo y de a poco vamos saliendo. Lo ideal sería de otra manera, pero el contexto fue que se hiciera de esta manera.”

“Como primera experiencia fue súper enriquecedora y a mí me gustó mucho participar, y dar todas mis herramientas, y más allá de la encuesta en sí, a las compañeras, que por ahí me escriben, generas alguna situación. Eso está bueno, porque podemos conocer otras realidades, y esta cuestión de federalizar, que aunque no viva en Buenos Aires pude participar (como encuestadora) y también eso fue muy bueno para mí.”

“Tenía prejuicios sobre la encuesta digital y el instrumento virtual. Pero ví que sí es posible hacerlo y volvería a trabajar de esta manera. Algunas mujeres se sienten más cómoda al no mostrarse.”

Al preguntar sobre qué aprendieron de esta experiencia, las encuestadoras, en una primera instancia, hacen referencia al contenido de las preguntas orientadas a las vivencias en torno a la violencia, la vigencia de esas violencias y su naturalización. Y también relatan cómo las interpela a ellas, como mujeres con VIH su implementación.

“A mí lo que me llamó la atención, es que todas sufrieron violencia en relación al VIH.”

“3 mujeres que están atravesando situaciones de violencia física fueron las que más me costó acordar; acordar hora, acordar día. Y no porque no estuvieran predispuestas sino porque tienen tanto que solucionar en su vida... También que era muy difícil poder concretar, las estuve corriendo 2 o 3 semanas porque se mudaba, porque no le quedo otra. Se tenía que ir, se fue a la casa de una tía y al otro día se tenía que ir a la casa de una amiga porque no se podía quedar en la casa de nadie. Hasta que ubicó alquiler, ubicó lugar, bueno, eso también, un punto a aportar.”

*“A nivel personal hay algunas violencias de las cuales mismo yo me sorprendo que nos pasan a nosotras mismas. El cuestionario es súper fuerte y si bien yo trabajé en otro estudio con preguntas fuertes, es como guau eso también les pasa a las compañeras. Y capaz mismo encontrar preguntas que decís guau es demasiado, es demasiada carga emocional. Y todo el aprendizaje, y todo esto lleva a un aprendizaje: **el poder desarrollar la capacidad de contener a la otra persona y poder contenerse a vos.** Hay preguntas que son chocantes y cuando la persona te la contesta, te quedas guau (...) la cuestión es, que (...) decirle a la otra persona, que no se angustie, que no se ponga mal y capaz (te lleva) a un retroceso de algo que vos viviste también. Es como cortar a la otra persona sin ponerle un freno, pero también ponerte un freno a vos misma. Si bien la empatía llega a un punto de querer empatizar con la otra persona, puede ser perjudicial, desde tu experiencia también.”*

“Son cuestiones que a medida que vas leyendo la encuesta, cosas que tenías guardadas con moño, volvieron. Ahí hay toda una cuestión personal nuestra. Me falta fortalecer esto, lo repienso y vuelvo a verme como mujer (...) Después de cada encuesta era repensar cuestiones que tenía olvidadas.”

Sobre los aprendizajes o capacidades te ha dejado este proyecto, las encuestadoras comentan:

*“(Para la convocatoria) creo que estaría bueno trabajar un poco la **visibilidad de ICW**, hacer primero una campaña, qué es la organización, qué estamos haciendo, y después ofrecer la encuesta. Me pasaba eso a mí, no tenían idea de lo que era el activismo. Yo mandaba un audio, mandaba muchos audios y bueno, contar qué era, qué era la organización y después empezar a hablar un poco del estudio y después de la encuesta. Sino hacia todo ese camino me decían que no de una, si vos le decís a una persona que tenés que hablar de VIH y tenés que hablar de violencia y nunca lo hablaron te dicen automáticamente que no. Encima que es gratis, porque también, si hubiera sido remunerada se habrían sumado más personas, no quiere decir que este de acuerdo que debería ser así, pero si hubiera funcionado diferente.”*

*“A mí en lo personal **me dieron más ganas de activar**, más motivos al conocer tantas realidades y tantas situaciones, tanta falta de información, y como (las violencias) no las perciben o las perciben de manera diferente, che, acá hay un montón de laburo para hacer.*

Me motivó mucho. Desde lo humano también aprendí un montón, y yo desde mi profesión estuve entrevistando a víctimas de violencia sexual y venía chipeada como que “bueno, ya lo hice, y es más de lo mismo”, claro, re canchera, “cuando haga la encuesta no me va a pasar nada, porque ya escuche un montón de historias terribles”, y no, fue diferente. Porque al ser un par de esa mujer que me estaba contando su experiencia fue diferente y fue una gran experiencia eso también.”

*“Yo voy a cumplir 56 años, no es lo mismo cuando hice encuestas hace 10 años, que ahora. (Es) el aprendizaje y la maduración de nosotras. Siempre hay aprendizaje y eso esta bueno. **Lo capitalizas para futuros trabajos, futuras encuestas, eso es una cosa muy buena que dejo este estudio.**”*

4- Recomendaciones para mejorar la implementación de este proyecto o similares en el futuro

- Contención al equipo de encuestadoras

“A mí me hubiera gustado un momento de apoyo, como para sacármelo del cuerpo, como para hablarle, me quedo en el cuerpo y como me lo saco. Más todo el contexto de estar encerrada en casa.”

“Sumaría un espacio para poder volcar todo ésto, lo que decía hace un rato la compañera, que se quedaba con todo eso adentro, con todo eso que le van contando, que una no encuentra qué hacer, cómo sacarlo, por ahí tener un espacio para sacarlo, generar el ámbito para que no nos quedemos nosotras con esas situaciones amargas.”

“Capacitar a las encuestadoras sobre contención a víctimas de violencia.”

- Sobre las encuestadas y su perfil a la hora de resolver las condiciones para concretar la encuesta

*“Si no tienen conectividad, pensar más en esto. Dónde son los momentos que las mujeres están en sus casas solas, también se dio que no había clases y también estaban sus hijes y tomando clases virtuales y capaz la única compu la estaban usando sus hijes para la escuela. Por ahí, **mirar estos inconvenientes** y pensar alguna forma.”*

“Quizás primero tendríamos que haber lanzado mas información, tanto de la organización como del estudio y después invitar a la encuesta. Muchas personas no sabían lo que era el activismo, o lo que era la organización entonces no iban a responder una encuesta, la palabra violencia produce mucho rechazo. Capaz tendríamos que haber pensado una contraprestación, o una campaña sobre tus derechos (...) los derechos de las mujeres con VIH, atraer a la persona y ahí hacer la encuesta, porque es muy fuerte hacer un estudio sobre

violencias. No estábamos haciendo una encuesta para ver si les gustaba la soda o el agua (...) Yo cambiaría eso, si tuviera que hacerla de nuevo, porque bueno, ok, la pandemia puede durarnos para toda la vida.”

“La virtualidad a mí me facilitó el hecho de encuestar. No se si me hubiese animado a hacerla cara a cara con otra compañera, quizás hacia una y dejaba. No se si me hubiese aguantado a una mujer quebrada delante mio, no haría más. Quizás la virtualidad me facilitó hacerlo, no a través de zoom y con cámara (...) prefería **por teléfono. Y (que) la encuestada pueda decidir previo a la encuesta si quiere hacer la encuesta por una compañera que conoce o preferiría por una desconocida**, a mí me encuestó una compañera que conozco y hubiera preferido que fuera alguien que no me conociera, capaz hubiera dicho más cosas. Eso lo preguntaría previo a la encuesta, lo pensé cuando terminó mi encuesta.”

Al respecto de este último punto, otra colega le respondió que “en general se preguntó, quizás el hecho de ser encuestadas y ser compañeras capaz lo obviamos. Yo recuerdo que preguntaba si preferían que las encueste la que la recomendó u otras compañeras, y entre nosotras no se pensaron situaciones, que somos todas activistas y no preguntamos entre nosotras.”

“Brindar algún PDF o **folletería o algo también de la organización, con información**. Porque yo le puedo hablar un montón de lo que es ICW, de la organización, para que realice la encuesta, pero luego, capaz, va a querer (...) información. A mí me paso que muchas de las chicas no quieren unirse a la ICW, que están en otra organización, que por el momento no quieren participar y la verdad esta copado que ellas tengan la información, sino, si se retiran de esa organización, son mujeres que quedan a la deriva y sin contacto con otras mujeres que tienen VIH y esta buena que ellas puedan saber que tienen un espacio amigable, libre de violencias y que si las podemos ayudar, las vamos a ayudar de todo corazón.

“Luego a la encuestada la enviaría en un sobre, de papel, con algunos folletos de ICW o de material que pueda interesarles. Opcional que quieran recibirlo en su domicilio o no.”

“Tener información y recursos a mano (durante la encuesta) para darle instrumentos a las mujeres encuestadas y sepan que pueden recurrir a esa información.”

- Sobre las preguntas de la encuesta

“A nivel de pregunta estaría buena la pregunta si pasaste tu embarazo con VIH o no. Directamente te puedo decir que no sufrí coacción por el tema de amamantar o no, y se da por sentado que el embarazo lo transitó con VIH, por ejemplo. Y después, hay algo que hizo ruido (sobre) el poliamor. También poder marcar esa opción, si tenes novio, y me decían “pero yo me vínculo con varias personas”. Y no estaba la opción de poner que era poliamorosa.”

“(Preguntar) su última pareja con la que conviviste”

- Sobre resultados no esperados: sororidad y red

*“Pude darle la contención que necesitó y cuando terminó la encuesta me mandó un mensaje, agradeciendo que la había escuchado y me dijo algo: **sentí que te importo lo que te contaba.**”*

“Se sumaron unas nuevas (mujeres) y otras se reconectaron. Me piden que les avise de las actividades. Había chicas nuevas, que empezaron a escribir en el chat.”

“Cuando modificamos el flyer en el Instagram empezaron a llegar mensajes. Te da mucha alegría, que se sumen. En un momento habíamos encuestado a todas las que teníamos, y había que salir a buscar, modificamos y empezamos a recibir mensajes, con intriga, que querían saber más de la red, de la encuesta, algunas se sumaron a la organización, con diagnóstico de un mes, eso suma al activismo.”

“Creo que el impacto de la pandemia y con este estudio que hemos realizado al recolectar esta información ha sido una oportunidad. Poder volver a hablar con las mujeres ha sido una oportunidad más allá de los obstáculos de la conectividad. La oportunidad de acercamiento a este tipo de estudios para conectarnos nosotras, las que estamos en otras provincias, es un acercamiento a otras compañeras, otras realidades. Es un impacto positivo porque vivo en otra provincia”

La Iniciativa Spotlight es una alianza global y multi-anual entre la Unión Europea y las Naciones Unidas para eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas para 2030. Es el esfuerzo específico más grande del mundo para poner fin a todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas.

Lanzada con un compromiso de financiación inicial de 500 millones de euros de la Unión Europea, representa un esfuerzo global sin precedentes para invertir en la igualdad de género para el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

La Iniciativa Spotlight está demostrando que una inversión significativa, concertada e integral en la igualdad de género y el fin de la violencia puede marcar una diferencia transformadora en las vidas de mujeres y niñas.

Iniciativa Spotlight 2021. Todos los derechos reservados.
Autores: Dynis Luciano, Mariana Iacono, Martín Negrete



[@SpotlightAmLat](https://twitter.com/SpotlightAmLat)



[@IniciativaSpotlight](https://www.facebook.com/IniciativaSpotlight)



[@Iniciativa.Spotlight](https://www.instagram.com/Iniciativa.Spotlight)

[#SpotlightFinDeLaViolencia](https://www.instagram.com/SpotlightFinDeLaViolencia)

www.spotlightinitiative.org/argentina



**Iniciativa
Spotlight**

