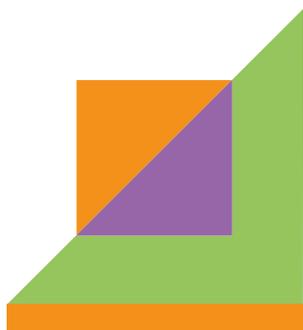
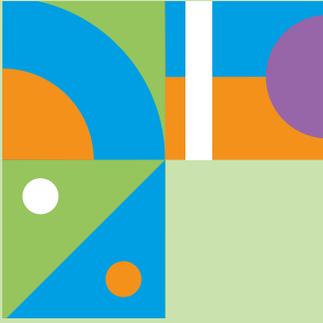




# Estudio Regional sobre Violencia y Mujeres con VIH en América Latina





Cita recomendada: 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, 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.

### ICW Latina

Barrio Sierra Maestra, Pali San Judas  
5 cuadras al sur 160 varas Oeste casa  
C46. Managua, Nicaragua  
E: [mujerespositivas@icwlatina.org](mailto:mujerespositivas@icwlatina.org)  
T. 505 22251951 86791910  
<http://icwlatina.org>

### Hivos

Plaza Mayor 300 mts Este, 200 Sur, 25 mts  
Este. Rohrmoser, Pavas, San José,  
Costa Rica  
T: +506 2231 08 48  
E: [americalatina@hivos.org](mailto:americalatina@hivos.org)  
<https://america-latina.hivos.org>

### Development Connections

4005 Wisconsin Ave. NW #5426  
Washington DC 20016. USA  
E: [info@dvcn.org](mailto:info@dvcn.org)  
Campus Virtual: <https://dvcncampus.org>  
<http://www.dvcn.org>

### Salamander Trust

The Grayston Centre,  
28 Charles Square, London N1 6HT, UK  
E: [alice@salamandertrust.net](mailto:alice@salamandertrust.net)  
fb: SalamanderTrust  
Twitter: @SalamanderTrust  
<https://salamandertrust.net>

Diagramación: Marcelino Guzmán V.

La publicación de este estudio se realiza con el apoyo financiero de ONUSIDA.



# ÍNDICE

Prefacio	1
Reconocimientos	2
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>3</b>
Justificación	4
Objetivos	5
Organización del Estudio	6
Diseminación e impacto del Estudio	7
<b>II. METODOLOGÍA</b>	<b>9</b>
Definiciones	9
Población y muestras	14
Selección de países y entornos	15
Instrumentos de recogida y análisis de datos	16
Procedimientos para garantizar aspectos éticos	17
<b>III. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS ENCUESTADAS</b>	<b>19</b>
Edad, zona de residencia, pertenencia étnica y otras características de identidad	20
Nivel educativo, trabajo y acceso a recursos económicos	20
Pareja y fecundidad	22
Años de diagnóstico del VIH	23
<b>IV. VIOLENCIA INFLIGIDA POR LA PAREJA</b>	<b>25</b>
Conductas de control por la pareja	26
Violencia física, sexual y emocional infligida por la pareja	28
Frecuencia de la violencia física, sexual y emocional infligida por la pareja	29
Violencia física durante el embarazo infligida por la pareja	32
Intersecciones entre tipos de violencias por parte de la pareja, edad y pertenencia étnica	33



**V. VIOLENCIA SEXUAL EN LA NIÑEZ Y CIRCUNSTANCIAS DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL 37**

Violencia sexual antes de los 15 años 31

Circunstancias de la primera relación sexual 38



**VI. VIOLENCIA FÍSICA Y SEXUAL POR PERPETRADORES APARTE DE LA PAREJA DESDE LOS 15 AÑOS 41**

Violencia física desde los 15 años por personas distintas a la pareja 42

Violencia sexual desde los 15 años por personas distintas a la pareja 43

**VII. SITUACIONES ESPECÍFICAS DE VIOLENCIA FAMILIAR (APARTE DE LA PAREJA), COMUNITARIA Y COLECTIVA E HISTORIA DE AGRESIÓN FÍSICA DEL PADRE/PADRASTRO HACIA LA MADRE/MADRASTRA 45**

Antecedentes de maltrato físico del padre/padrastro a la madre/madrastra 46

Experiencias de violencia familiar (aparte de la pareja), comunitaria y colectiva/institucional 47

Violencia en los servicios de salud 48

Violaciones de derechos en los servicios de salud durante el embarazo 50

Violencia asociada al activismo como defensoras de derechos de las mujeres 51

Intersecciones entre las violencias por parte de cualquier persona diferente a la pareja, la edad y la pertenencia étnica 52

**VII. MIEDO A EXPERIMENTAR VIOLENCIA POR DISTINTAS PERSONAS Y EN DIVERSOS ÁMBITOS 55**

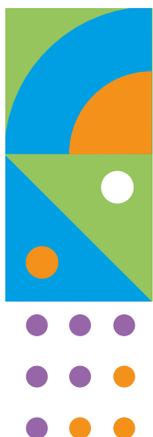
**IX. POLIVICTIMIZACIÓN EN MUJERES CON VIH 59**

**X. SALUD, BIENESTAR DE LAS MUJERES CON VIH Y FACTORES DE RIESGO 63**

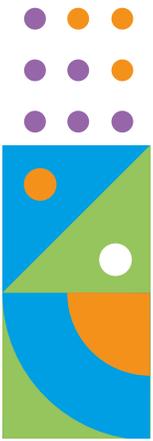
Bienestar general y salud 64

Consecuencias de la violencia física durante el embarazo 65

Consumo de alcohol y drogas ilícitas 65



Uso de condón con la pareja actual o más reciente	66
Sexo a cambio de dinero, regalos o favores	67
Factores de riesgo de la violencia infligida por la pareja, personas aparte de la pareja y los servicios de salud sexual y reproductiva: análisis de regresión logística binaria	68
<b>XI. MANERAS DE ENTRENTAR LAS VIOLENCIAS Y PERSPECTIVAS DE LAS MUJERES CON VIH SOBRE LAS NECESIDADES DE PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y PROTECCIÓN</b>	<b>69</b>
¿A quién cuentan las mujeres con VIH sus experiencias de violencia?	70
Personas primeras en contarles sus experiencias de violencia	70
Instituciones y autoridades a las que acuden las mujeres	72
Razones por las cuales las mujeres no buscaron ayuda en relación a la violencia por cualquier persona	73
Atención a las violencias en servicios de salud	76
Perspectivas de las mujeres sobre las necesidades de prevención, atención y protección	77
<b>XII. RESULTADOS DE LOS GRUPOS FOCALES</b>	<b>81</b>
Características generales de las participantes	82
Violencias que experimentan las mujeres con VIH	82
Consecuencias de las violencias en las mujeres con VIH	89
Factores asociados a las violencias y patrones de búsqueda de ayuda	90
Respuestas institucionales e individuales	91
Necesidades de las mujeres con VIH que han experimentado violencias	92
<b>XIII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>95</b>
<b>XIV. RECOMENDACIONES</b>	<b>103</b>
<b>XV. ANEXOS</b>	<b>109</b>
a. Anexo estadístico - notas explicativas	110
b. Valores de riesgo de sufrir situaciones de violencia por edad, educación, situación laboral y pertenencia étnica	111



## Lista de gráficos

Gráfico 1. Mujeres por grupo de edad (%)	20
Gráfico 2. Mujeres por zona de residencia (%)	20
Gráfico 3. Mujeres por pertenencia étnica (%)	20
Gráfico 4. Mujeres por nivel educativo (%)	21
Gráfico 5. Mujeres por trabajo actual remunerado fuera del hogar (%)	21
Gráfico 6. Mujeres por monto de ingreso mensual (%)	21
Gráfico 7. Mujeres por estado conyugal (%)	22
Gráfico 8. Mujeres por estado civil (%)	22
Gráfico 9. Mujeres por cantidad de embarazos (%)	22
Gráfico 10. Mujeres por cantidad de hijos (as) nacidos vivos (%)	23
Gráfico 11. Mujeres por años de diagnóstico del VIH (%)	23
Gráfico 12. Mujeres que reportan situaciones de control por la pareja actual o más reciente (%)	26
Gráfico 13. Porcentaje de mujeres que experimentó violencia física severa en los últimos 12 meses, por país	29
Gráfico 14. Razones percibidas por tipo de violencia infligida por la pareja	32
Gráfico 15. Violencia durante el embarazo por pareja actual o anterior (%)	32
Gráfico 16. Porcentaje de mujeres que reportan violencias de la pareja en el último año, por grupo de edad (%)	33
Gráfico 17. Porcentaje de mujeres que reporta violencia ejercida por la pareja en el último año, por forma de violencia según grupo de edad y país	34
Gráfico 18. Prevalencia de violencia por la pareja en el último año, por tipo según pertenencia étnica	35
Gráfico 19. Mujeres que reportan abuso sexual antes de los 15 años en entrevista cara a cara y respuesta anónima (%)	38
Gráfico 20. Edad de la primera relación sexual (%)	39
Gráfico 21. Circunstancias de la primera relación sexual (%)	39
Gráfico 22. Mujeres que reportan violencia física desde los 15 años por personas diferentes a la pareja (%)	42



Gráfico 23. Mujeres que reportan maltrato físico desde los 15 años por cualquier persona aparte de la pareja, por país (%)	42
Gráfico 24. Mujeres que reportan violencia sexual por cualquier persona aparte de la pareja alguna vez (%)	43
Gráfico 25. Principales personas distintas a la pareja que han ejercido violencia sexual contra las entrevistadas (%)	44
Gráfico 26. Mujeres que reportan violencia sexual por cualquier persona diferente a la pareja alguna vez, por país (%)	44
Gráfico 27. Mujeres que reportan que su padre/padrastro golpeó a su madre/madrastra (%)	47
Gráfico 28. Mujeres que reportan situaciones de violencia familiar (aparte de la pareja), comunitaria y colectiva en el último año y alguna vez en la vida (%)	49
Gráfico 29. Porcentaje de mujeres que reportan que alguna vez un profesional de la salud les aconsejó no tener hijos	51
Gráfico 30. Porcentaje de mujeres alguna vez embarazadas que reportan haber recibido información sobre temas seleccionados en el programa PTMI	51
Gráfico 31. Porcentaje de mujeres alguna vez embarazadas que reportan haber sido coaccionadas por un profesional de salud a prácticas seleccionadas debido a su condición de VIH	51
Gráfico 32. Porcentaje de mujeres que reportan que alguna vez han sido acosadas, amenazadas o agredidas físicamente por su condición de activistas/defensoras de derechos de las mujeres	52
Gráfico 33. Prevalencia de violencia por parte de cualquier persona distinta a la pareja según grupo de edad	52
Gráfico 34. Prevalencia de violencia por parte de cualquier persona diferente a la pareja según pertenencia étnica	53
Gráfico 35. Porcentaje de mujeres que reportan tener miedo de experimentar violencia por distintas personas y en diversos ámbitos	56
Gráfico 36. Porcentaje de mujeres con VIH, por número de tipos de violencia experimentada alguna vez	60
Gráfico 37. Mujeres con VIH que reportan haber experimentado por lo menos una situación de violencia alguna vez, según tipos de victimización seleccionados (%)	61
Gráfico 38. Prevalencia de consumo de drogas en el último año por la mujer y su pareja actual y/o más reciente	66



Gráfico 39. Mujeres que informan a alguien sobre situaciones de violencia física y/o sexual según perpetrador (%) 70

Gráfico 40. Razones por las cuales las mujeres que han experimentado violencia física y/o sexual por cualquier persona no realizaron denuncia o acudieron a solicitar ayuda 74



Gráfico 41. Mujeres que reportan que alguna vez algún profesional de salud les preguntó sobre experiencias de violencia (%) 76

Gráfico 42. Mujeres que reportan haber sido atendidas debido a situaciones de violencia en los servicios de salud, por tipo de violencia en el último año (%) 77

Gráfico 43. Mujeres que reportan haber sido referidas a servicios especializados debido a situaciones violencia, por tipo de violencia, en el último año (%) 77

### Lista de cuadros

Cuadro 1. Mujeres que trabajaron en los últimos 12 meses anteriores a la encuesta, por nivel de ingreso según país y total (%) 21

Cuadro 2. Mujeres que reportaron que en el último mes ella o alguien de su familia careció de alimentos suficientes, según país y total (%) 22

Cuadro 3. Prevalencia de conductas de control ejercidas por la pareja actual o más reciente, por país y total (%) 27

Cuadro 4. Prevalencia de violencia física, sexual y emocional por la pareja en los últimos 12 meses y a lo largo de la vida entre mujeres que han tenido pareja alguna vez, por país (%) 28

Cuadro 5. Situaciones de violencia emocional por la pareja según frecuencia por país y total (%) 29

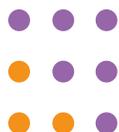
Cuadro 6. Situaciones de violencia física infligida por la pareja según frecuencia por país (%) 30

Cuadro 7. Situaciones de violencia sexual por la pareja, según frecuencia por país (%) 31

Cuadro 8. Mujeres alguna vez embarazadas que reportaron violencia física durante el embarazo por su pareja actual o anterior, según país (%) 33

Cuadro 9. Edad de la primera relación sexual por país y total (%) 39

Cuadro 10. Circunstancias no deseada o forzada en la primera relación, según país y total (%) 40



Cuadro 11. Situaciones más frecuentes de violencia sexual por cualquier persona	43
Cuadro 12. Mujeres que reportan haber experimentado situaciones seleccionadas de violencia familiar (aparte de la pareja), comunitaria y colectiva/institucional (%)	48
Cuadro 13. Mujeres que reportan que alguna vez les han negado servicios de salud sexual y reproductiva debido a su condición de VIH, según tipo de servicios, por país (%)	50
Cuadro 14. Mujeres alguna vez embarazadas que alguna vez se sintieron coaccionadas por personal de salud para someterse a un aborto o una esterilización o el/la profesional de salud decidió con su pareja sobre la esterilización (%)	50
Cuadro 15. Porcentaje de mujeres que declaran tener miedo de experimentar violencia por distintas personas (%)	56
Cuadro 16. Mujeres que declaran problemas de bienestar general en las últimas cuatro semanas, por país (%)	64
Cuadro 17. Mujeres alguna vez embarazadas que reportan violencia física durante el embarazo por la pareja u otra persona aparte de la pareja según tipo de consecuencia, por país (%)	65
Cuadro 18. Mujeres que reportaron consumir alcohol por frecuencia, según país y total (%)	65
Cuadro 19. Mujeres que reportan haber consumido drogas ilícitas por frecuencia, según país y total (%)	66
Cuadro 20. Mujeres que reportan uso de condón con su pareja actual o más reciente por frecuencia según país (%)	66
Cuadro 21. Mujeres que reportan haber pedido a su pareja actual o anterior que use condón y que alguna vez se ha negado a usarlo, según país (%)	67
Cuadro 22. Mujeres que reportan maneras en que la pareja les hace saber que desaprueba el uso del condón, por país y total (%)	67
Cuadro 23. Mujeres que reportaron haber tenido sexo a cambio de dinero, regalos o favores alguna vez y en los últimos 12 meses, por país (%)	67
Cuadro 24. Mujeres que reportan tener a alguien con quien hablar con confianza sobre sus experiencias de violencia, según país y total (%)	70
Cuadro 25. Mujeres que reportan haber informado a alguien sobre situación de violencia física y/o sexual según perpetrador, por país y total (%)	70



Cuadro 26. Personas a las que las mujeres cuentan en primera instancia sus experiencias de violencia, por país y total (%)	71
Cuadro 27. Instituciones a las que recurrieron las mujeres en situación de violencia, por país y total %	73
Cuadro 28. Razones para no denunciar o solicitar ayuda por violencia física o sexual de cualquier persona, por país y total (%)	75
Cuadro 29. Perfil y cantidad de participantes en grupos focales, por país	82
Cuadro 30. Valores de riesgo por tipo de violencia según factor	111

### **Lista de recuadros**

Recuadro 1. Definiciones operativas de conductas de control y actos violentos utilizados para medir la violencia por la pareja, violencia física y sexual por cualquier persona y violencia en la niñez	10
Recuadro 2. Situaciones de violencia directa e indirecta utilizadas para medir la violencia física y sexual por cualquier persona aparte de la pareja, violencia en la familia aparte de la pareja, y violencia comunitaria y colectiva/institucional	12

## **Equipo de investigación principal, comité revisor y equipos nacionales de investigación**

### **Equipo de investigación principal**

Dinys Luciano Ferdinand, Development Connections (Líder del Equipo de investigación, investigadora principal)

Martín Negrete Larsch, Development Connections (Investigador, experto en estadísticas y análisis de bases de datos de encuestas)

Marijo Vázquez, Salamander Trust (Experta en aplicación de enfoques participativos de formación e investigación)

Fiona Hale, Salamander Trust (Investigadora, experta en enfoques participativos y análisis de políticas)

### **Equipo de Revisión Técnica**

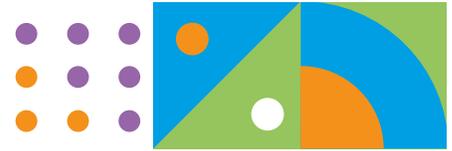
Hivos: Jessica Salas Martínez, Mercedes Álvarez Rudín y Manine Arends

ICW Latina (Secretariado): Massiel Sánchez, Arely Cano y Mariana Iacono

### **Revisión de aspectos éticos**

Tamil Kendall (Estados Unidos de América)

Ximena Gutiérrez (Nicaragua)



## Equipos nacionales de investigación

País	Investigadora principal Referente nacional de ICW Latina	Encuestadoras
Bolivia	Marcela Cabezas	Marcela Cabezas, Marisabel Colque, Ximena Navia, Beatriz Vargas, Yolanda Cachicatari, Ruth Mamani, Leonella Caballero, Martha Banzer  Digitadora: Marcela Cabezas
Colombia	Ligia López	Ligia López, Martha Roldán, Sofía Dávila, Deicy Molano, Verxy Lerma  Digitadora: Leidy Vargas Quedo
Guatemala	Bertha Chete	Bertha Chete, Luz Elizabeth Lux Hernández, Filomena Sánchez Franco, María dolores Yoc Patzán  Digitadora: Bertha Chete
Honduras	Benita Ramírez	Livia Martínez, Sandra Lorena Ruiz, Leticia Cáliz, Vilma Núñez, Marcelina Mejía, Ana Yaneth Cruz  Digitadoras: Margarita Fernández y Ana Ruth Ochoa
Perú	Guiselly Flores y Élva Marina Soto	Gloria Ypanaque, María Luz Quispe, Raquel Maldonado, Guiselly Flores, Marina Soto  Digitador: Renato Cisnero
Paraguay	María Lourdes Herreira	María Lourdes Herreira, Aurora Gaona, Bettina Agüero  Digitador: Ángel Quintana
República Dominicana	Felipa García	Brígida Acosta, Santa Rojas, Juana Suero, Geanny Pérez



## Abreviaturas y acrónimos

<b>ARV</b>	Antirretrovirales
<b>CIM/OEA</b>	Comisión Interamericana de Mujeres/ Organización de los Estados Americanos
<b>GF</b>	Grupo focal
<b>ICW</b>	Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH
<b>ITS</b>	Infecciones de Transmisión Sexual
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONG</b>	Organización no Gubernamental
<b>ONUSIDA</b>	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
<b>OPS/OMS</b>	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
<b>PTMI</b>	Programa de prevención de la transmisión materno-infantil
<b>VCM</b>	Violencia contra las mujeres
<b>VIH</b>	Virus de Inmunodeficiencia Humana



## Prefacio

La violencia en mujeres con VIH es uno de los problemas más críticos que nos afectan. El Estudio *Regional sobre Violencia y Mujeres con VIH en América Latina*, realizado en siete países, con 955 entrevistadas y 64 participantes en grupos focales, es pionero en la región en cuanto que aporta información sobre distintas violencias a lo largo del curso de vida y sus efectos en el ejercicio de nuestros derechos. También ha recogido perspectivas de las mujeres con VIH sobre los aspectos que deben ser incluidos en políticas, programas y servicios relativos a la atención, prevención y protección contra las violencias, así como la reparación integral de derechos.

El contar con una investigación realizada "con, por y para mujeres con VIH" ocurre en un momento histórico de ICW Latina en el que hemos avanzado en vernos, más allá del diagnóstico, como mujeres, como sujetas de derecho y de acción. El uso de sus resultados en la elaboración de una propuesta de *Orientaciones para el abordaje integral de las violencias en mujeres con VIH* ha permitido que contemos no solo con evidencia que combina distintos saberes y realidades sino también con un instrumento para la incidencia política a nivel regional, nacional y local en torno a estrategias más integrales, y una mayor inversión pública y de la cooperación internacional

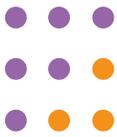
en respuesta a este problema. Estas orientaciones parten de una visión intersectorial para responder a las violencias en mujeres con VIH desde distintos sectores: administración de justicia, salud, educación, trabajo, servicios sociales y las comunidades.

No se puede hablar de una respuesta integral ni sostenible al VIH y de desarrollo de nuestros países 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 no solo se hace desde una causa sino desde todas las causas. La causa de la violencia que afecta a todas las mujeres también es nuestra causa. Cuando pienso en los próximos años, visualizo a una ICW Latina empoderada, informada, organizada, aliada con otras organizaciones y personas articulando las violencias y el VIH a las agendas regionales de desarrollo, derechos humanos, salud sexual y reproductiva, población y democracia. Aunque el escenario sea adverso, ICW Latina seguirá incidiendo, participando, abogando por nosotras y por otras mujeres, proponiendo, cada vez con más fuerza, cambios para que la atención a nuestras necesidades y el disfrute de nuestros derechos sean una realidad. Gritamos todas juntas: ¡basta de violencias!

Arely Cano Meza  
Secretaria Regional ICW Latina





# Reconocimientos

Este estudio, realizado en 19 entornos de siete países, solo fue posible gracias al compromiso y la dedicación de todas las personas involucradas en su desarrollo en los países e internacionalmente.

ICW Latina, Hivos y las autoras(es) agradecen a todas las personas que contribuyeron en diferentes formas a la realización de este estudio. A las 40 mujeres con VIH de los equipos nacionales, incluyendo las investigadoras, encuestadoras, facilitadoras de grupos focales y digitadoras.

Queremos reconocer a las 955 mujeres encuestadas y las 64 participantes en los grupos focales por dar su tiempo para responder a las preguntas y compartir sus experiencias de vida.

Agradecemos a Ximena Gutiérrez (Nicaragua) y Tamil Kendall (Estados Unidos de América) por realizar la revisión externa de los aspectos éticos, al Comité de Ética Independiente en Investigación Zugueme, de Guatemala, por la revisión del protocolo de investigación y al Consejo Nacional de Bioética en Salud de la República Dominicana por expresar su conformidad con la realización del estudio.

Igualmente, se agradece a las instituciones gubernamentales y no gubernamentales que apoyaron el contacto y divulgación del estudio entre mujeres con VIH potenciales participantes en el mismo, así como facilitar sus instalaciones para realizar las encuestas y los grupos focales.

Alice Welbourn, directora fundadora y presidenta de Salamander Trust colaboró en el diseño inicial del estudio aportando sus amplios conocimientos sobre el binomio violencias y VIH. Marta Rolón y Walter Domingo Benítez (Development Connections) ofrecieron asistencia técnica en el análisis de datos estadísticos y Emma

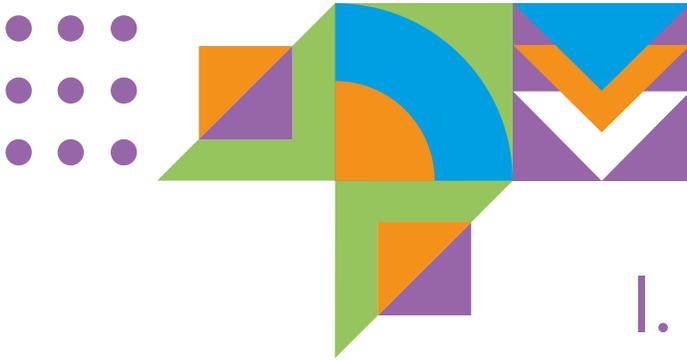
Bell (Salamander Trust) contribuyó a la revisión de literatura sobre VIH y VCM y al análisis de los grupos focales. Se agradece a Larissa Arroyo (El Salvador) por su apoyo a la capacitación de las referentes de ICW Latina sobre intervención en crisis. Violeta Ross Quiroga facilitó el grupo focal en Bolivia.

Igualmente, se reconocen los aportes a la revisión del marco conceptual y la encuesta de las referentes de ICW Latina de 15 países participantes del taller sobre el estudio realizado en la Ciudad de Panamá, el 16 de abril de 2018: Marcela Cabezas (Bolivia), Ligia López (Colombia), Bertha Chete (Guatemala), Benita Ramírez (Honduras), María Lourdes Herrera (Paraguay), Elva Marina Soto (Perú), Guiselly Flores (Perú), Felipa García (República Dominicana), Guadalupe de Castañeda (El Salvador), Kattia López Araya (Costa Rica), Jucara Portugal (Brasil), Hilda Esquivel (México), María Teresa Martínez (Nicaragua), Marcela Silva (Chile), Damaris Griñan (Cuba) y Alexandra Villavicencio (Ecuador).

El estudio fue realizado con fondos del proyecto "Acelerando la acción regional a favor de los derechos humanos, sexuales y reproductivos, y la no violencia hacia las mujeres con VIH" financiado por el Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria.

Se agradece el apoyo financiero de ONUSIDA para la publicación de este informe, el documento para el "abordaje integral de las violencias contra mujeres con VIH en América Latina" y las hojas informativas del estudio, especialmente a Luisa Cabal, directora adjunta del Departamento para el apoyo, la justicia social y la inclusión de ONUSIDA, César Núñez, director del Equipo de apoyo regional de ONUSIDA para América Latina, y Edgar Carrasco, asesor de Derechos humanos, género y comunidades de ONUSIDA para América Latina y el Caribe.





# I. INTRODUCCIÓN

“La encuesta se convirtió en un tipo de terapia para las mujeres entrevistadas. Muchas empezaron a darse cuenta de cuántas situaciones de violencia están viviendo. Esto les dio un espacio para llorar, renegar, protestar, desahogarse y vaciar toda la carga que vienen trayendo. Fue para muchas una oportunidad de reconocer la violencia y, sobre todo, de desahogarse y sentirse mucho más tranquilas.”  
(Referente de ICW Bolivia)

“Por primera vez disponemos de información sobre las violencias en mujeres con VIH comparable con otros países con características similares y diferentes a las nuestras.” (Referente de ICW Guatemala)

“Por primera vez que estoy participando en un grupo así y me encantó. Porque ver así a chicas jóvenes, señoras, y que todos somos iguales y que todas estamos pasando esta situación...” (GF Paraguay)

El Estudio Regional sobre Violencia y Mujeres con VIH en América Latina constituye un hito por su alcance, el proceso de su desarrollo y sus resultados. Es una investigación “con, por y para las mujeres con VIH” que incorpora a grupos específicos como jóvenes, indígenas, afrodescendientes y garífunas (grupo étnico mixto de indígenas del Caribe y afrodescendientes)<sup>1</sup>. Los equipos nacionales de investigación obtuvieron información de 955 encuestadas y 64 participantes en grupos focales, residentes en 19 entornos ubicados en Bolivia, Colombia, Guatemala, Honduras, Paraguay, Perú y República Dominicana, con diversas características sociodemográficas, económicas y culturales. Dos de estos países (Honduras y Guatemala) se encuentran entre los 20 países a nivel mundial con las tasas más altas de muerte violenta de mujeres, Colombia está afectada por más de 50 años de conflicto armado, y cuatro (Bolivia, Guatemala, Honduras y República Dominicana) se ubican entre aquellos con mayor porcentaje de mujeres en la población que vive con VIH, por encima del promedio de 19 países de la región.<sup>2,3</sup>



La metodología estandarizada aplicada en los siete países permitirá compararlos con otras fuentes de datos regionales y mundiales que abordan las violencias en diversos ámbitos, tales como las encuestas de demografía y salud, las encuestas de salud reproductiva, el Estudio Multipaís de la OMS sobre salud y violencia doméstica contra la mujer, y los estudios sobre estigma y discriminación.<sup>4,5</sup> Es el primer estudio en la región que examina las formas de violencia hacia las mujeres con VIH de grupos étnicos y de edad específicos, ejercidas por distintas personas y en diversos ámbitos a lo largo del curso de vida: violencia por la pareja, violencia en la niñez, violencia física y sexual por cualquier persona, violencia física en el embarazo, violencia familiar (aparte de la pareja), comunitaria y colectiva.

El Estudio fue diseñado e implementado de manera participativa con mujeres con VIH referentes de ICW Latina y los equipos nacionales de investigación, además del equipo de revisión de aspectos éticos y el equipo técnico de ICW Latina e Hivos.

Los resultados del Estudio sirvieron de base para diseñar una propuesta para la atención integral de los casos de violencia contra las mujeres con VIH, ofreciendo lineamientos generales que permiten mejorar y adaptar los protocolos en los países para asegurar un abordaje integral de las violencias en mujeres con VIH.

Este primer informe presenta información descriptiva de los principales hallazgos del estudio; sin embargo, dado el potencial de la base de datos para explorar preguntas sobre la violencia en mujeres con VIH, incluyendo las rutas (pathways) de vinculación entre polivictimización y el VIH, las características de la polivictimización según grupos de edad y sus efectos en la salud y el bienestar, se prevé así mismo explorar los factores protectores y de resiliencia (capacidad de adaptación

frente a la adversidad) frente a las distintas violencias en mujeres con VIH.

Estos temas son de especial relevancia para el desarrollo de políticas y programas sectoriales en torno al VIH, las violencias, la salud pública y los derechos humanos en cuanto que permiten entender las características de las violencias en mujeres con VIH, los múltiples factores asociados, sus consecuencias y las mejores estrategias para abordarlas y prevenirlas. Se espera que este estudio promueva el avance hacia la generación de nuevas evidencias y reflexiones sobre estos aspectos.

### Justificación

El diseño y la implementación de políticas y programas que aborden integralmente el VIH y las VCM, y en particular las necesidades específicas de las mujeres con VIH, constituyen todavía un gran reto. Durante casi dos décadas, organizaciones de la sociedad civil, redes regionales e instancias gubernamentales en América Latina han desarrollado estudios que examinan los vínculos entre el VIH y las VCM. Algunos países de la región han diseñado políticas que incorporan estos nexos y, en menor medida, se dispone de servicios, siendo el más extendido la profilaxis posexposición al VIH en casos de violencia sexual.

En América Latina y el Caribe, la mayoría de los países (24/33) cuentan con leyes que sancionan algunas formas de violencia, particularmente las que ocurren en el ámbito privado (familia, pareja íntima), mientras que en el año 2017 solamente nueve países disponían de leyes integrales de VCM.<sup>6</sup> Todos los países han trazado planes estratégicos específicamente dedicados al abordaje del VIH y también a la violencia basada en el género, y algunos cuentan con instrumentos programáticos para abordar algunas de las intersecciones entre ambos.<sup>7,8,9,10</sup>





Aunque el VIH y las VCM 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. Algunas de las respuestas no satisfacen la complejidad que adquieren estos vínculos en los contextos y poblaciones específicas de mujeres con VIH en la región, incluyendo a las jóvenes, indígenas, afrodescendientes y garífunas. La información disponible sobre las necesidades de las mujeres con VIH en relación con las violencias es limitada y aunque se han producido avances, aún se registran importantes vacíos de evidencia que permitan asegurar respuestas integrales, efectivas y sostenibles a las múltiples violencias que les afectan y las barreras de acceso a servicios de atención, prevención, rehabilitación y resarcimiento de sus derechos.<sup>11,12</sup>

Durante tres años (2016-2018), Hivos e ICW Latina implementaron el proyecto regional "Acelerando la acción regional a favor de los derechos humanos, sexuales y reproductivos y la no violencia hacia las mujeres con VIH" dirigido a empoderar a las mujeres con VIH para que incidan en la respuesta integral al VIH regional y nacional, con el fin de que se incluyan sus necesidades, se mejore el entorno respecto a la VCM y se respeten sus derechos humanos, particularmente los derechos sexuales y reproductivos. Esta iniciativa se implementó directamente en 11 países de América Latina y en siete países de manera indirecta. Parte de las acciones clave del proyecto consistió en desarrollar una estrategia de intervención para la atención de casos de violencia en mujeres con VIH que fortalezca los servicios de atención intersectorial en salud, justicia y otras instituciones de atención, prevención y protección contra las violencias.

## Objetivos

Tomando en cuenta las limitaciones de la evidencia existente en torno a las violencias en mujeres con VIH en América Latina, los objetivos del Estudio fueron los siguientes:

1. Obtener estimaciones del nivel y frecuencia de distintas formas de violencia física, emocional, sexual y económica experimentadas por las mujeres con VIH a lo largo de la 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 las mujeres con VIH vinculadas a la prevención, la atención, el cuidado y la protección contra las violencias que experimentan, así como los componentes organizacionales, programáticos e interinstitucionales requeridos para responder a estas necesidades.

Igualmente, se espera que la innovadora metodología del Estudio sea replicada en otros países de la región y que mujeres con VIH que fortalecieron sus capacidades en el marco del Estudio puedan apoyar técnicamente a otras mujeres en diversos contextos geográficos y culturales en los procesos de adaptación de la experiencia. También se pretende que las mujeres con VIH utilicen los resultados del Estudio y la estrategia de intervención para influir en los procesos de diseño de políticas, presupuestos e inversión pública, en iniciativas para abordar





las violencias en los distintos grupos de mujeres con VIH, así como en la planificación y colaboración intersectorial en torno a las VCM. También se espera que los resultados del Estudio sean integrados a las actividades y acciones de mecanismos de seguimiento de los acuerdos internacionales y regionales como la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés), el Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI) de la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM/OEA), el monitoreo regional y nacional a los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Agenda 2030, a la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida, la Conferencia Regional sobre la Mujer en América Latina y el Caribe de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud de la OPS/OMS, la Estrategia y Plan de Acción sobre Violencia contra la Mujer de la OPS/OMS, entre otros.

Este primer informe describe los resultados relacionados con tres de los cuatro objetivos: estimar prevalencia, documentar las formas en que las mujeres enfrentan estas violencias, e identificar sus necesidades de atención. Un análisis de regresión multivariado y multinivel explorará la correlación entre las violencias y las condiciones de salud y bienestar reportadas por las entrevistadas y será sometido para publicación en literatura científica.

## Organización del estudio

El Estudio fue diseñado y coordinado por el Equipo consultor de Development Connections y Salamander Trust compuesto por personas con experticia internacional en investigación sobre VIH y VCM. El Equipo técnico de ICW Latina e Hivos estuvieron a cargo de la revisión general del Estudio y la articulación entre

el Equipo consultor y las referentes de ICW Latina en los países seleccionados.

A nivel nacional, las referentes de ICW Latina fungieron como coordinadoras locales del Estudio, acompañadas de un equipo de encuestadoras, facilitadoras de la sesión de grupo focal en cada país y digitadoras de las encuestas aplicadas. Las referentes también organizaron el trabajo de campo con las instancias gubernamentales y no gubernamentales pertinentes, y con las que se desarrollarán las actividades de diseminación de los resultados del Estudio en cada país. En total, 40 mujeres con VIH participaron en el desarrollo del estudio en los siete países seleccionados.

Las referentes de ICW Latina en los siete países participantes recibieron formación específica sobre la investigación mediante capacitación virtual con un total de 40 horas, a fin de garantizar el manejo de los instrumentos de recolección de datos y los aspectos conceptuales, incluyendo los procedimientos para garantizar los aspectos éticos. El Equipo consultor ofreció apoyo técnico a las referentes en los siguientes aspectos:

- Capacitación y asistencia a encuestadoras, cofacilitadoras de grupos focales y digitadoras(es), según necesidades específicas de cada país.
- Aspectos técnicos de la aplicación de la encuesta y desarrollo de la sesión de grupo focal.
- Seguimiento a los aspectos éticos en la fase preparatoria y el trabajo de campo. Aplicación de estrategias de intervención en crisis y de autocuidado para encuestadoras y facilitadoras de grupos focales.
- Coordinación con instituciones clave a nivel nacional, según necesidades de cada país, incluyendo la revisión del protocolo del Estudio por comités de ética en algunos países.
- Supervisión y asistencia técnica durante el trabajo de campo.

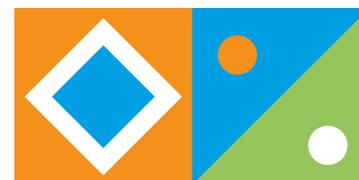


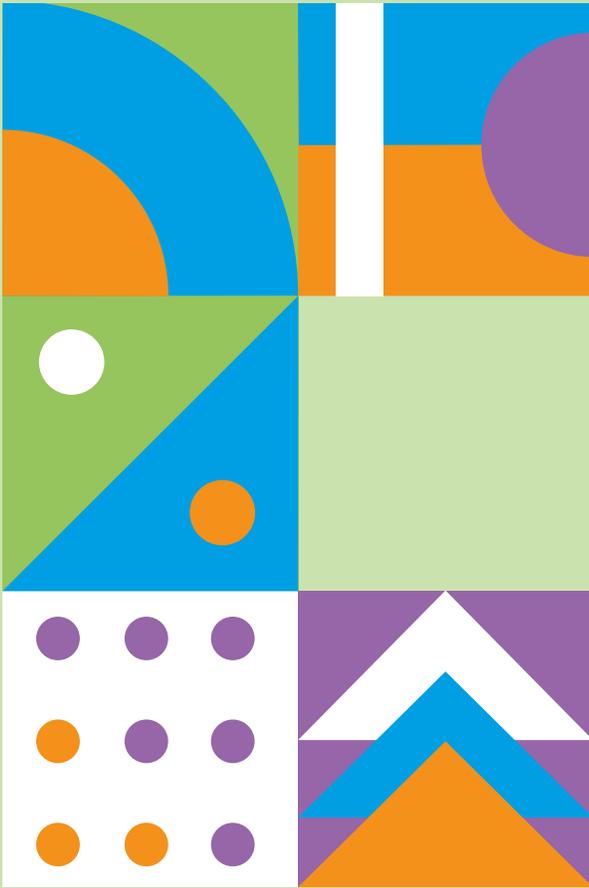


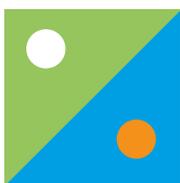
## Diseminación e impacto del Estudio

Los resultados del estudio fueron difundidos a través de un seminario web en diciembre de 2019, con participantes de 16 países, y en la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe organizada por la CEPAL en enero de 2020. Se han diseminado dos hojas informativas con resultados seleccionados del estudio: a) Polivictimización, violencias y mujeres con VIH en América Latina, y b) Autonomía económica de las mujeres con VIH en América Latina: interacción de múltiples discriminaciones.

Aun sin que el informe completo se haya publicado, este estudio ha generado un impacto positivo a nivel regional y nacional. Con el apoyo de ONU Mujeres, la Red Guatemalteca de Mujeres Positivas en Acción, institución referente de ICW Latina, elaboró cuatro hojas informativas con los resultados específicos del país y una estrategia de incidencia para el abordaje integral de las violencias contra las mujeres con VIH en Guatemala. Asimismo, se han incorporado actividades relacionadas con el Estudio en los planes nacionales del proyecto regional de la Alianza Liderazgo en Positivo dirigido a apoyar la sostenibilidad de los servicios para las poblaciones clave de VIH en América Latina (2019-2022), y que está coordinado por Hivos.







## II. METODOLOGÍA

“La violencia yo la puedo identificar tan solo con el simple hecho de ser mujer y ser diagnosticada VIH.” (GF Guatemala)

### Definiciones

En América Latina se han desarrollado diversos estudios que abordan los vínculos entre el VIH y la VCM, incluyendo la ejercida contra las mujeres con VIH, sin embargo, uno de los retos más importantes es la ausencia del uso de tipologías estandarizadas de violencia y sus correspondientes definiciones operativas, lo que limita la comparación de datos entre países.

### Formas y tipos de violencias

Para la exploración de la violencia física, sexual y emocional y violencia severa infligida por la pareja se utilizaron las preguntas del Estudio Multipaís de la OMS sobre Salud de la Mujer y Violencia Doméstica (2005), en el que se privilegió el uso de preguntas sobre sus experiencias concretas. De este mismo estudio de la OMS, también se utilizaron las definiciones operativas de violencia indirecta en la niñez (ser testigo de violencia física de madre o madrastra por parte de padre o padrastro), violencia física y sexual por cualquier persona a parte de la pareja, y violencia sexual en la niñez mediante preguntas en entrevista cara a cara y respuesta anónima a través de la representación pictórica. A estas se incorporaron opciones de respuestas propuestas por referentes de ICW Latina de 15 países participantes del taller sobre el Estudio realizado en abril de 2018.



## Recuadro 1

Definiciones operativas de conductas de control y actos violentos utilizados para medir la violencia por la pareja, violencia física y sexual por cualquier persona y violencia en la niñez.

### Violencia infligida por la pareja

#### Violencia física

- Abofeteada o le habían arrojado algún objeto que pudiera herirla
- Empujada o le habían tirado del cabello
- Golpeada con el puño u otra cosa que pudiera herirla
- Golpeada con el pie, arrastrada o había recibido una paliza
- Estrangulada o quemada a propósito
- Amenazada con una pistola, un cuchillo u otra arma o se había utilizado cualquiera de estas armas contra ella

#### Violencia sexual

- Ser obligada a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad
- Tener relaciones sexuales cuando no lo deseaba por temor a lo que pudiera hacer su pareja
- Ser obligada a realizar algún acto sexual que considerara degradante o humillante
- Ser rechazada sexualmente

#### Abuso emocional

- La insulta o la hace sentir mal consigo misma
- La menosprecia o humilla frente a otras personas
- Su pareja hace cosas a propósito para asustarla o intimidarla (por ejemplo, de la manera como la mira, como la grita o rompiendo cosas)
- Amenaza con herirla o herir a alguien que a la encuestada le importa
- Burlas o menosprecio de su cuerpo (por efectos colaterales de medicamentos, por edad)
- Amenazas de abandono por su condición de VIH
- Amenaza de contar a otras personas su condición serológica al VIH
- Decirle que no encontrará otra pareja porque usted vive con VIH

#### Conductas de control

- Trata de impedir que vea a sus amistades
- Trata de restringir el contacto con su familia
- Insiste en saber dónde está en todo momento
- La trata con indiferencia
- Se molesta si habla con otra persona
- Sospecha a menudo que le es infiel
- Exige que le pida permiso antes de buscar atención para su salud
- Le prohíbe ir a citas médicas de control de VIH y/o tomar medicamentos relacionados con el VIH
- Le revisa el celular
- La recoge del trabajo aunque usted no quiera
- Le controla su apariencia (vestimenta, maquillaje)
- Le controla el dinero
- La ha despojado de su herencia
- Limita la participación de las mujeres en actividades y organizaciones sociales

#### Violencia severa ejercida por la pareja

Si la entrevistada responde "sí" a una o más de las siguientes preguntas sobre su pareja: (c) Golpeada con el puño u otra cosa que pudiera herirla, (d) Golpeada con el pie, arrastrada o había recibido una paliza, (e) Estrangulada o quemada a propósito, (f) Amenazada con una pistola, un cuchillo u otra arma o se había utilizado cualquiera de estas armas contra ella.





## Violencia sexual en la niñez, circunstancias de la primera relación sexual, violencia física y sexual desde los 15 años por cualquier persona aparte de la pareja

### Violencia sexual en la niñez y circunstancias de la primera relación sexual

Edad de la primera relación sexual

Características de la primera relación sexual (deseada, no deseada, forzada).

Violencia sexual antes de los 15 años – respuestas a situaciones concretas y respuesta anónima usando representación pictórica.

### Violencia física y sexual desde los 15 años (personas distintas a la pareja)

Desde cuando usted tenía 15 años de edad. ¿Alguna vez otra persona, aparte de su actual (última) pareja, le pegó, abofeteó, pateó o maltrató físicamente?

Violencia sexual por cualquier persona aparte de la pareja (incluyendo familiares).

Fuente: Lista adaptada del Estudio Multipaís de la OMS sobre Salud de la Mujer y Violencia Doméstica contra la Mujer (2005) y consulta con referentes de ICW Latina de 15 países participantes del taller sobre el Estudio realizado en abril de 2018.

### Violencia por familiares (aparte de la pareja), miembros de la comunidad y en los ámbitos de salud, educación, trabajo y vivienda

Las situaciones adicionales de violencia familiar, violencia comunitaria y colectiva/institucional fueron adaptadas de los estudios Índices de Estigma y Discriminación que utilizan también definiciones operativas estandarizadas y que han sido desarrollados en más de 90 países, incluyendo 13 de América Latina.<sup>13</sup> El cuestionario del Índice de Estigma y Discriminación incluye preguntas sobre situaciones categorizadas como experiencias de estigma y discriminación aunque la mayoría de ellas son congruentes con tipologías de violencia establecidas en el Informe Mundial de Violencia y Salud 2002. La clasificación utilizada en dicho informe divide la violencia en tres grandes categorías según el autor del acto violento: violencia dirigida contra uno/a mismo/a, violencia interpersonal y violencia colectiva. La violencia interpersonal incluye tipos como la ejercida por familiares, por la pareja y por personas de la comunidad, mientras que la violencia colectiva incorpora, entre otras, violaciones de derechos humanos ejercidas por el Estado y violencia ejercida por el crimen organizado.<sup>14</sup>

El cuestionario del Índice de Estigma y Discriminación incluye situaciones catalogadas como estigma y

discriminación, tales como exclusión de actividades en los ámbitos familiar y comunitario, negación de servicios de salud, prácticas institucionales en los servicios de salud que violan distintos derechos, así como experiencias de restricción del ejercicio del derecho al empleo, la educación y la vivienda.<sup>15</sup> Para los fines del Estudio, estas situaciones fueron clasificadas como formas de violencia interpersonal y colectiva en lugar de experiencias de estigma y discriminación.

En la consulta con referentes de ICW Latina de 15 países se identificaron otras experiencias de violencia comunitaria y colectiva/institucional que fueron incorporadas en el cuestionario: las ejercidas por agentes policiales, personal de Ministerio Público, juzgados, autoridades de migración, personal de prisiones, o por el crimen organizado, así como el miedo a experimentar violencia por distintas personas en todos los ámbitos públicos y privados analizados en el Estudio.

“ *“Discriminar ya es un hecho de violencia.”* (GF Bolivia)

*“Me siento violentada, el temor de saber que alguien sepa en la situación que yo estoy. Una vez un joven que yo tuve, me preguntó: ¿cierto que vos tenés tal y tal cosa?... me hizo jurar... me sentí con un temor, un susto esos días, no podía dormir del susto. Me van a matar, me van a hacer algo... me sentí atemorizada.”* (GF Colombia)





## Recuadro 2

Situaciones de violencia directa e indirecta utilizadas para medir la violencia física y sexual por cualquier persona aparte de la pareja, violencia en la familia aparte de la pareja, y violencia comunitaria y colectiva/institucional

### Violencia por familiares

Presenció violencia ejercida contra su madre o madrastra por padre o padrastro (OMS, 2015).

Violencia emocional: insultos, menosprecio, intimidación, amenazas, burlas.

Excluida de actividades familiares; por ejemplo, cocinar, comer juntos, dormir en la misma habitación.

### Violencia comunitaria

- Excluida de reuniones o actividades sociales (ej. bodas, funerales, fiestas, clubes).
- Excluida de actividades religiosas o de lugares de culto.
- Insultada verbalmente, acosada y/o amenazada.
- Acosada o amenazada físicamente.
- Acosada, amenazada o agredida físicamente por su condición de activista/defensora de derechos de las mujeres.
- Violencia sexual por miembros de la comunidad (conocidos o desconocidos).

### Violencia colectiva/institucional

#### Trabajo/ámbito laboral

- Pérdida de trabajo (si estaba empleada) u otra fuente de ingreso (si estaba autoempleada o era trabajadora informal o casual).
- Cambio de la descripción o naturaleza de su trabajo, se le ha cambiado de puesto o se le ha negado un ascenso laboral como resultado de su condición de VIH.
- Ha dejado de aplicar a un trabajo por su condición de VIH.

#### Educación

- Rechazada, expulsada o se le ha impedido asistir a alguna institución educativa, debido a la condición de VIH de usted.
- Su(s) hijo(s) o hija(s) ha(n) sido rechazado(s), expulsado(s) o se les ha impedido asistir a alguna institución educativa, debido a la condición de VIH de usted.

#### Educación

- Rechazada, expulsada o se le ha impedido asistir a alguna institución educativa, debido a la condición de VIH de usted.
- Su(s) hijo(s) o hija(s) ha(n) sido rechazado(s), expulsado(s) o se les ha impedido asistir a alguna institución educativa, debido a la condición de VIH de usted.

### Servicios de salud

- Se le ha negado algún servicio de salud, incluyendo la atención a su condición de VIH (servicios dentales, cirugías, HPV, salud mental, reproducción asistida, sexualidad placentera y segura, otros).
- Se le han negado servicios de salud sexual y reproductiva (métodos anticonceptivos, consejería, información, cáncer de mama, cáncer cervicouterino, reemplazo hormonal, aborto y post aborto) debido a su condición de VIH.
- Sintió coacción de parte de algún profesional de la salud para someterse a la esterilización.
- Un profesional de salud decidió con su pareja sobre la esterilización
- Un profesional de la salud le aconsejó no tener hijos
- Está condicionado su acceso a la terapia con antirretrovirales (ARV) al uso de ciertos anticonceptivos.
- Se le dio información sobre embarazo y maternidad saludable (atención al embarazo, parto y post parto/ puerperio) como parte del programa de prevención de la transmisión materno-infantil (PTMI).
- Ha sido forzada por un profesional de salud en relación con alguna de las siguientes prácticas debido a su condición de VIH [aborto, método de dar a luz (parto vaginal o cesárea) y práctica de alimentar al bebé].





**Violencia por agentes policiales, personal del Ministerio Público, juzgado, migración, prisión y de salud:** coacción, violencia física, violencia sexual y explotación económica

**Violencia por crimen organizado** (pandillas, traficantes de personas, drogas, armas):  
Violencia física, violencia sexual, explotación sexual y trata.

Violencia asociada al activismo en torno a los derechos de las mujeres

**Miedo a experimentar violencia:** por la pareja, por familiares, por miembros de la comunidad, en el ámbito laboral o educativo, en los servicios de salud, por agentes estatales y por el crimen organizado.

Fuente: Cuestionario del Índice de Estigma y Discriminación y consulta con referentes de ICW Latina de 15 países participantes del taller sobre el Estudio realizado en abril de 2018.

## Tipo de relaciones de pareja

Se consideraron relaciones de pareja conviviendo y no conviviendo al momento de la encuesta. 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. Se incorporó una pregunta en el cuestionario sobre las categorías a las que pertenecía la entrevistada, considerando múltiples identidades, incluyendo heterosexual (siente atracción sexual solo hacia hombres), bisexual, lesbiana, otra identidad sexual o de género y trabajadora sexual.

## Formas de exposición a la violencia

La exposición a la violencia ocurre a través de distintas vías:<sup>16,17</sup>

- Ser víctima directa
- Ser testigo de la violencia que es ejercida contra otras personas
- Escuchar sobre experiencias de otras personas

En el Estudio se priorizaron las experiencias de las mujeres con VIH como víctimas directas de las violencias seleccionadas. En el caso de la historia de violencia en la niñez se incluyó el ser testigo de violencia física del padre o padrastro hacia su madre o madrastra.

Se reconoce que las tres formas de exposición a las violencias mencionadas son de especial relevancia para las mujeres con VIH y que su concurrencia en el curso de la vida tiene efecto en los niveles de trauma y la internalización de los problemas que las afectan.<sup>18</sup> El ser víctimas directas, el haber escuchado o ser testigo de violencias hacia otras mujeres con VIH y de población general influyen también en sus decisiones y opciones de vida en distintos ámbitos.

## Polivictimización

Las diversas violencias que afectan a las mujeres con VIH pueden ocurrir al mismo tiempo o en distintas etapas del curso vida.<sup>19</sup> En el Estudio se exploró la cantidad de tipos de violencia en ámbitos públicos y privados experimentados por las entrevistadas en distintas etapas del curso vida. Además, se considera la polivictimización desde un enfoque interseccional que toma en cuenta los siguientes aspectos:

- 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.<sup>20,21</sup>





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.

- Las violencias tienen efectos acumulativos en el tiempo y están moldeadas por distintos estratificadores sociales que definen privilegios y discriminaciones: edad, pertenencia étnica, ingreso, lugar de residencia, estatus migratorio, orientación sexual, identidad de género, tipo de trabajo, estado civil, estatus familiar, habilidades, nacionalidad o religión, entre otras. La falta de atención a los efectos generados por distintas experiencias de violencia y eventos de vida traumáticos puede reducir significativamente la efectividad de las intervenciones para prevenir y abordar las violencias.<sup>22</sup>

Las mujeres que experimentan polivictimización pueden verse en riesgo particularmente elevado de daños duraderos en su salud física y mental, y en su desarrollo humano integral.<sup>23</sup>

### Población y muestras

La población está constituida por mujeres con VIH mayores de 15 años (15 o más en los grupos focales y 19 o más en la encuesta). Aunque el tipo de muestreo fue por conveniencia y de respuesta voluntaria, se diseñó una estrategia con miras a unificar los cálculos de la cantidad de mujeres a encuestar en cada país. Al efecto, se determinaron tamaños de muestras finitas con un 95% de confianza y un 5% de error, tomando como universo la prevalencia de mujeres con VIH estimada para cada país en el año 2016 por ONUSIDA (AIDSInfo, 2016). Del tamaño total de la muestra, se calculó el 60% y sobre este se estableció un límite superior y dos límites inferiores, formando

### Enfoque interseccional de las violencias en mujeres con VIH





así un rango para que las referentes de ICW Latina de los siete países seleccionados, decidieran la muestra que, atendiendo a las capacidades y condiciones locales, fuese factible captar. Las participantes fueron contactadas por las encuestadoras en distintas instancias a las que acuden con regularidad, incluyendo los servicios de salud, organizaciones no gubernamentales (ONG), grupos de apoyo y redes de organizaciones de personas con VIH. Para facilitar la captación de potenciales participantes, se elaboraron tres materiales informativos sobre el estudio, uno dirigido a instituciones

gubernamentales y no gubernamentales, uno general para mujeres potenciales participantes en la encuesta y/o grupo focal, y un folleto de reclutamiento específico para potenciales participantes de la sesión de grupo focal.

### Selección de países y entornos

Se seleccionaron mujeres con VIH residentes en los 19 países en los que ICW Latina tiene Capítulos establecidos, agrupados en tres sub-regiones: Mesoamérica y el Caribe, Andina y Cono Sur. Para seleccionar la muestra de países se elaboró un perfil del universo de cada

## Países, participantes y entornos del estudio regional sobre violencia y mujeres con VIH en América Latina





país, tomando en cuenta dos mapeos, uno de indicadores de magnitud de las VCM, VIH y otras variables asociadas y el Mapeo regional político, legal y normativo de ICW Latina e Hivos (2016), que analiza el marco legal, político, normativo y programático de los países en materia de derechos humanos, VCM y VIH. Con el fin de integrar ambos mapeos se armonizaron ambos métodos de ponderación y clasificación de categorías, y se diseñó un mapa de posición de cada país de acuerdo a su vulnerabilidad en torno al VIH, las VCM, otros determinantes sociales; y el marco legal, político, normativo y programático de los países.

Adicionalmente, se realizó una consulta con el Secretariado de ICW Latina, Hivos y las referentes de los países preseleccionados para valorar otros factores tales como el contexto social y político de cada país, accesibilidad a la población del Estudio, acceso a las zonas geográficas prioritarias y la capacidad del equipo local. En cada país se seleccionaron las áreas geográficas con mayor número de casos acumulados de VIH desde el inicio de la epidemia a la fecha, escogiendo 19 entornos en los siete países seleccionados. Aunque en la muestra inicial de países se incluyó a Brasil, no fue posible realizar el estudio en dicho país.

### Instrumentos de recogida y análisis de datos

Se combinó la aplicación de una encuesta y una sesión de grupo focal en cada país. Los instrumentos de recogida de datos fueron validados mediante la revisión técnica de los equipos nacionales de investigación y una prueba piloto del cuestionario con una muestra de mujeres con VIH dirigida a evaluar el tiempo de aplicación, las estrategias de captación de las encuestadas, los contenidos, los procedimientos y los aspectos éticos.

Se realizaron ajustes menores a ambos instrumentos de recogida de datos para garantizar la comprensión por parte de las entrevistadas de algunos términos utilizados. Con este fin, en Bolivia las encuestadoras tradujeron al idioma de las poblaciones indígenas preguntas o palabras para facilitar la adecuada interpretación y/o contextualizarlas culturalmente. En ninguno de los países seleccionados se realizaron cambios significativos al cuestionario ni a la guía de discusión de los grupos focales.

#### Secciones de la encuesta

1. Consentimiento informado
2. Antecedentes de la entrevistada
3. Mujer encuestada y pareja
4. Violencia en la familia, la comunidad y los servicios
5. Violencia sexual por cualquier persona aparte de la pareja
6. 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 abordarlas
8. Necesidades de servicios y apoyo de las mujeres que viven con VIH en relación con las violencias
9. Reporte anónimo de violencia sexual en la niñez

#### Secciones de la guía de grupo focal

1. Consentimiento informado
2. 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 consecuencias
4. 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 violencias

El cuestionario estuvo formado por nueve secciones y por cinco la guía de grupo focal.





El uso de las preguntas estandarizadas del Estudio Multipaís de la OMS sobre Salud de la Mujer y Violencia Doméstica contra la Mujer (2005), el cuestionario del Índice de Estigma y Discriminación y la consulta con referentes de ICW Latina de 15 países constituyó una estrategia para maximizar la revelación de experiencias de violencia. Las preguntas del cuestionario y la dinámica de la aplicación de la encuesta intentó promover que la mujer se sintiera apoyada, escuchada y no juzgada.

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 países, grupos de edad y pertenencia étnica. Posteriormente se realizó un análisis de regresión logística binaria para examinar los factores de riesgo de la violencia infligida por la pareja, personas aparte de la pareja, en la comunidad y en los servicios, incluyendo los de salud sexual y reproductiva, con el fin de identificar los diferentes niveles de riesgo ante los diferentes tipos de violencias según grupo de edad, nivel educativo, empleo y pertenencia étnica de las mujeres.

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.

### **Procedimientos para garantizar aspectos éticos**

El Estudio utilizó las Directrices de la OMS sobre investigación específica en violencia contra las mujeres<sup>24,25,26</sup> 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"<sup>27</sup>. Se prestó especial atención a la seguridad

y el bienestar de las participantes y de los equipos nacionales de investigación. En todos los países se cumplieron los procedimientos para garantizar el anonimato, la confidencialidad y la privacidad de las participantes, el consentimiento informado y la reducción de riesgos directos e indirectos.

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 y en servicios de salud seleccionados. 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. En los grupos focales se entregó un subsidio de transporte a todas las participantes.

Entre las medidas para reducir al mínimo los daños no intencionales se incluyó el mantener un ambiente de diálogo abierto, con preguntas llanas, evitando de esta forma revictimizar, causar estrés, angustias o malestar a las participantes. Las encuestadoras y facilitadoras de grupos focales contaron con un listado de servicios disponibles para aquellas que necesitasen y estuviesen de acuerdo en recibir apoyo u orientación. También se tomaron medidas para proteger la salud física y mental de las encuestadoras, asignando una cantidad máxima de tres encuestas por día, así como ofreciéndoles supervisión y apoyo permanente por parte del Equipo consultor y las referentes de ICW Latina en cada país. A las participantes en la capacitación virtual del estudio, además de formación sobre intervención en crisis y referencia a servicios especializados, se les facilitó material sobre autocuidado que podrían usar para dar soporte a las encuestadoras.





También se hizo hincapié en el principio de participación de las personas con VIH (GIPA, por sus siglas en inglés) garantizando la participación de las mujeres con VIH en todas las etapas y procesos del estudio, considerando el inmenso valor de su conocimiento basado en la práctica y sus experiencias de vida para el desarrollo del Estudio.<sup>28</sup>

Las coordinadoras del estudio en cada país recibieron formación virtual<sup>29</sup> en torno al marco conceptual del estudio, los instrumentos de recolección de datos, las medidas para garantizar los aspectos éticos, el manejo de crisis y la referencia a servicios.<sup>30</sup> Las referentes capacitaron a las

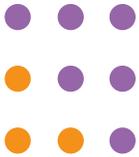
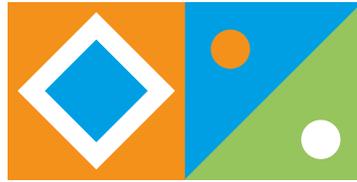
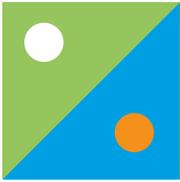
encuestadoras locales y cofacilitadoras de grupos focales en todos los componentes del estudio.

El protocolo fue revisado por dos investigadoras externas (Nicaragua y Estados Unidos de América) y posteriormente aprobado internamente por ICW Latina e Hivos. Adicionalmente, en Guatemala fue revisado y aprobado por el Comité de Ética Independiente en Investigación Zugueme y en la República Dominicana, el Consejo Nacional de Bioética en Salud también revisó la descripción general del estudio y no tuvo objeción a la realización del mismo.

### Medidas para garantizar aspectos éticos

- Participación significativa, un estudio, “con, por y para” las mujeres con VIH de América Latina que intenta documentar sus experiencias, perspectivas y la complejidad de las violencias que experimentan en el curso de vida.
- Seguridad de las mujeres participantes y los equipos nacionales de investigación.
- Maximizar la revelación de las violencias vividas mediante el uso de instrumentos de recogida de datos estandarizados a nivel mundial, además de situaciones de violencia y contextos en los que estas ocurren identificadas por las mujeres con VIH como relevantes para entender los significados de estas experiencias.
- Mecanismos para garantizar la participación autónoma de las mujeres con VIH y la confidencialidad de sus respuestas.
- Equipos nacionales de investigación capacitados y acompañados con apoyo técnico continuo.
- Acciones para minimizar daños a las mujeres participantes y a las encuestadoras.
- Diseminación y uso de los resultados para fortalecer las acciones desde, para y con las mujeres con VIH en América Latina dirigidas a impulsar cambios significativos en políticas, programas y en los distintos ámbitos en que se desenvuelven sus vidas.





### III. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS ENCUESTADAS

“La actividad que realizo es con mi madre, porque ahora vivo con ella. Ella tiene un puesto de comida al cual yo les apoyo y al menos la comida sale tanto para nosotros como para mi hijo.” (GF Perú)

“Las jóvenes garífunas no tienen oportunidad de trabajo, tampoco tienen oportunidad de casarse; y si no tienen esas oportunidades prácticamente se quedan solas con sus hijos, luchando. No hay una fuente de trabajo para que ellas puedan caminar y seguir adelante con el VIH.” (GF Honduras)

“Uno tiene que salir a vender, en un puesto lo que se pueda... la cosa es vender, traer ayuda, apoyar porque todo es necesario, para todo. Hasta para tomar un vaso de agua tengo que pagar.” (GF Bolivia)

En América Latina y el Caribe no es lo mismo vivir con VIH y ser una mujer indígena o afrodescendiente, joven, residir en zona urbana, rural o en conflicto armado, ser pobre, ser migrante o víctima de desplazamiento forzado, ser trabajadora sexual, usuaria de drogas, tener o no hijos, estar en la tercera edad, o pertenecer a varios de estos grupos al mismo tiempo. Las desigualdades de género se articulan con distintos estratificadores sociales que determinan riesgos y vulnerabilidades específicas de las mujeres frente al VIH y las VCM, e influyen en las consecuencias de las intersecciones entre ambas epidemias y el acceso a recursos de atención, prevención y protección de las mujeres con VIH.<sup>31</sup>



La pobreza, la desigualdad de género, la discriminación étnica/racial y las normas sociales que refuerzan las violencias son determinantes comunes tanto del VIH como de las VCM a lo largo de sus vidas. Igualmente, los contextos de conflicto armado (Colombia) o con altos niveles de violencia social y crimen (Honduras y Guatemala) se suman a los factores de riesgo mencionados para propiciar las VCM, la inseguridad ciudadana, los cambios en las dinámicas sociales y territoriales o la disrupción del principio de derecho, entre otros.

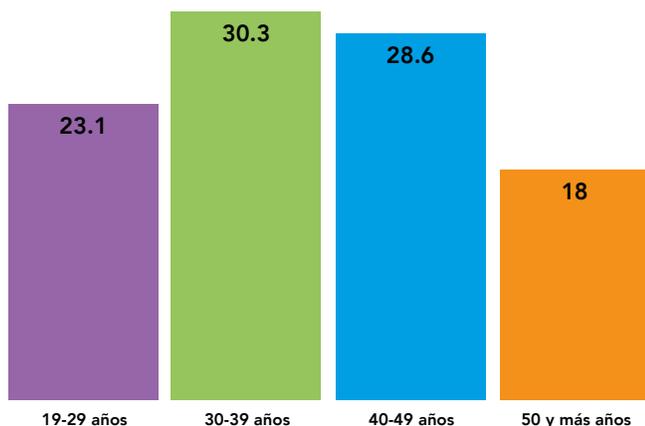
### Principales hallazgos

- El 57,6% de las mujeres tenía un trabajo remunerado fuera del hogar en el momento de la encuesta y de éstas, el 62% reportó que su ingreso era menor al salario mínimo vigente en su país.
- El 30,9% declaró que ella y/o su familia careció de alimentos suficientes (al menos una de las tres comidas) en el último mes.

### Edad, zona de residencia, pertenencia étnica y otras características de identidad

Más de la mitad (53%) de las encuestadas tiene menos de 40 años y, de ellas, un 23% tiene menos de 30. El 83,8% reside en zona urbana y el 16,2% en zona rural.

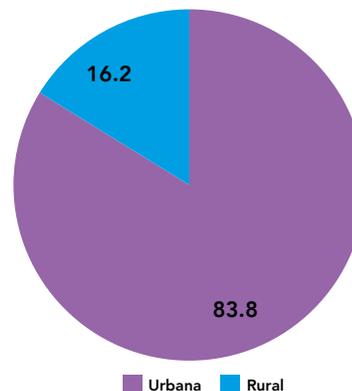
**Gráfico 1. Mujeres por grupo de edad (%) n=926**



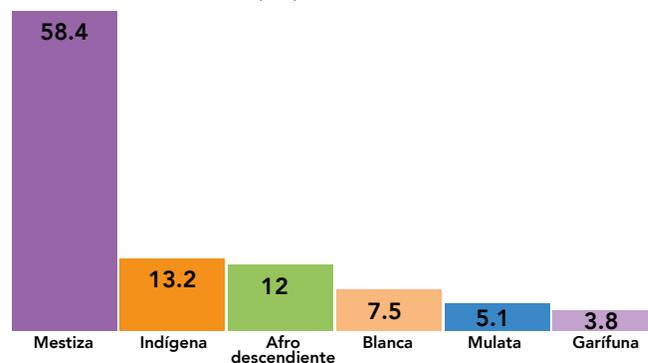
En cuanto a la pertenencia étnica, seis de

cada 10 mujeres (58,4%) se autodefinen como mestizas, el 13,2% como indígena, el 20,9% como afrodescendiente, mulata o garífuna, y el 7,5% blanca.

**Gráfico 2. Mujeres por zona de residencia (%) n=932**



**Gráfico 3. Mujeres por pertenencia étnica (%) n=947**



En relación con otras características identitarias, el 91,4% de las mujeres se autodefine como heterosexual y el 8,6% se identifica con otra orientación sexual, tres (0,3%) como lesbianas y 22 (2,3%) como bisexuales. También se identificaron como trabajadoras sexuales (8%), campesinas (7,2%), migrantes o víctimas de desplazamiento forzado (6,6%), usuarias de drogas (4,8%) y sin lugar donde vivir (4,6%).

### Nivel educativo, trabajo y acceso a recursos económicos

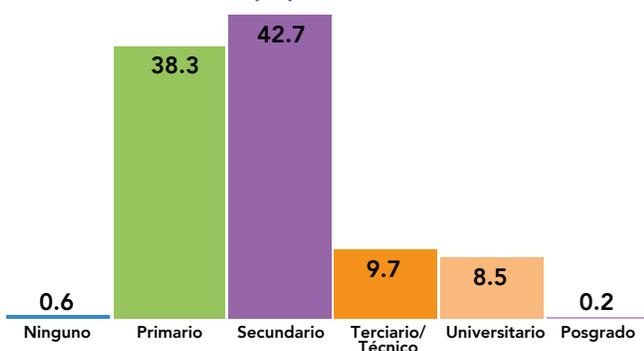
Ocho de cada 10 mujeres han alcanzado nivel primario o secundaria (81%) y aproximadamente dos de cada 10 han podido acceder a una educación terciaria o superior (18,4%).



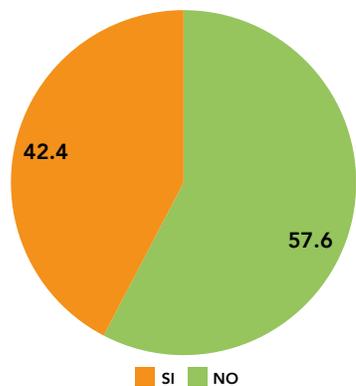


Alrededor de seis de cada 10 mujeres entrevistadas tenían un trabajo actual fuera del hogar a cambio de dinero al momento de la encuesta y, de éstas, el 63,3% reportó que su ingreso era menor al sueldo mínimo vigente en su país. Sólo el 18,2% de las que tenían trabajo remunerado indicó tener ingresos superiores a un salario mínimo.

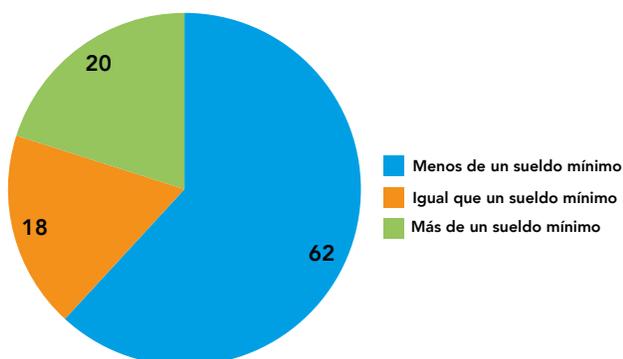
**Gráfico 4. Mujeres por nivel educativo (%) n=878**



**Gráfico 5. Mujeres por trabajo actual remunerado fuera del hogar (%) n=953**



**Gráfico 6. Mujeres por monto de ingreso mensual (%) n=660**



**Cuadro 1. Mujeres que trabajaron en los 12 meses anteriores a la encuesta por nivel de ingreso según país y total (%) n=660**

Ingreso País	Menos del salario mínimo	Salario mínimo	Más del salario mínimo	Total
Bolivia	76,5	17,6	5,9	100
Colombia	69,4	19,4	11,2	100
Guatemala	69,0	23,8	7,1	100
Honduras	84,6	7,7	7,7	100
Paraguay	34,5	15,5	50,0	100
Perú	37,6	23,8	38,6	100
República Dominicana	71,4	21,4	7,1	100
<b>Total</b>	<b>61,6</b>	<b>18,2</b>	<b>20,2</b>	<b>100</b>

El porcentaje de mujeres con un ingreso mensual promedio inferior al salario mínimo de su país oscila entre el 84,6% en Honduras y el 34,5% en Paraguay.

El nivel de pobreza o el quintil de riqueza no fue medido en el Estudio. Sin embargo se ha utilizado la "carencia de alimentos, al menos una de las tres comidas básicas diarias en el último mes" como indicador próximo de pobreza (Cuadro 2). Se observa que tres de cada 10 mujeres (30,9%) han enfrentado esta situación tanto ellas como sus familias. Del total de mujeres que han declarado carencias de alimentos, el 8,5% fue la mujer quien careció de alimentos, el 2,4% alguien de su familia y el 20% tanto la mujer como alguien de su familia. En relación a los países, donde mayor carencia de alimentos se observa es en República Dominicana (69%), seguido muy por debajo de Perú (32,8%) y Colombia (32,6%). El país donde menos se observa este fenómeno es en Paraguay, donde sólo el 9,7% de las mujeres reportaron algún tipo de carencia de alimentos tanto para ellas como para sus familias.





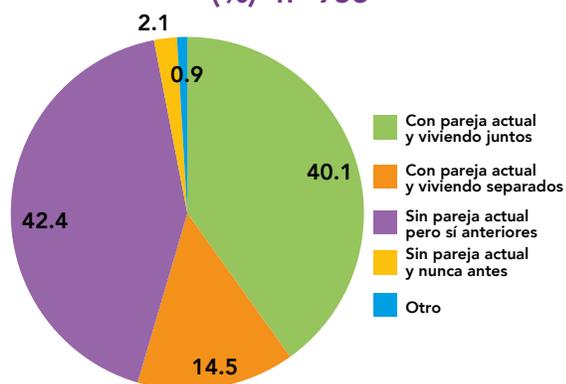
**Cuadro 2. Mujeres que reportaron que en el último mes ella o alguien de su familia careció de alimentos suficientes, según país y total (%) N=955**

Países	Total de mujeres que declararon carencia de alimentos para ellas y/o sus familias	Solo ellas	Solo alguien de su familia	Ellas y alguien de su familia	Sin carencia de alimentos	Total
Bolivia	23,9	3,6	1,4	18,8	76,1	100
Colombia	32,6	16,3	1,7	14,5	67,4	100
Guatemala	24,5	12,7	0,0	11,8	75,5	100
Honduras	30,3	7,7	4,9	17,6	69,7	100
Paraguay	9,7	3,2	1,9	4,5	90,3	100
Perú	32,8	7,6	3,8	21,4	67,2	100
República Dominicana	69,0	7,8	2,6	58,6	31,0	100
<b>Total</b>	<b>30,9</b>	<b>8,5</b>	<b>2,4</b>	<b>20,0</b>	<b>69,1</b>	<b>100</b>

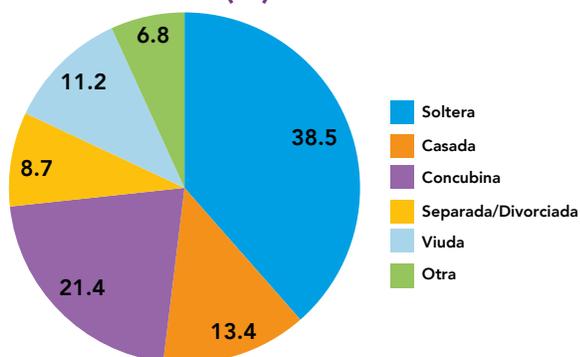
### Pareja y fecundidad

Casi la totalidad de las mujeres reportó tener o haber tenido una pareja (97%), de las cuales, más de la mitad (54,6%) indicó estar con pareja actual (viven juntos o separados). El 44,5% declaró no tener pareja actualmente.

**Gráfico 7. Mujeres por estado conyugal (%) n=955**

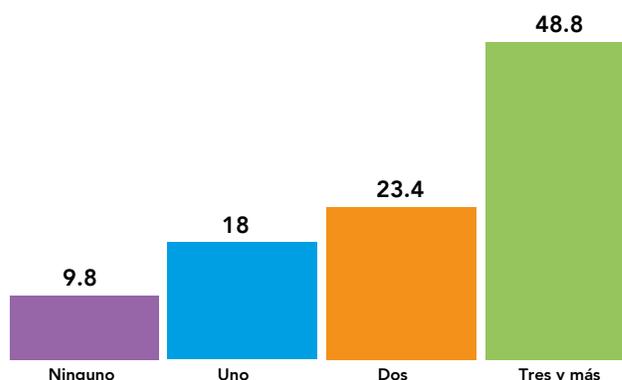


**Gráfico 8. Mujeres por estado civil (%) n=955**



La mayoría de las mujeres reportó haber tenido algún embarazo durante su vida (90,2%) y el 3,3% se encontraba embarazada al momento de la entrevista. De las mujeres alguna vez embarazadas, el 41,4% ha tenido entre uno y dos embarazos y casi la mitad (48,8%) tres y más, incluyendo mujeres que han estado embarazadas hasta 15 veces. De los embarazos declarados, la mayoría (78,2%) declaró tener de uno a tres hijos(as) nacidos vivos, el 21,8% restante son mujeres que tienen entre 4 y 10 hijos(as) vivos.

**Gráfico 9. Mujeres por cantidad de embarazos (%) n=955**

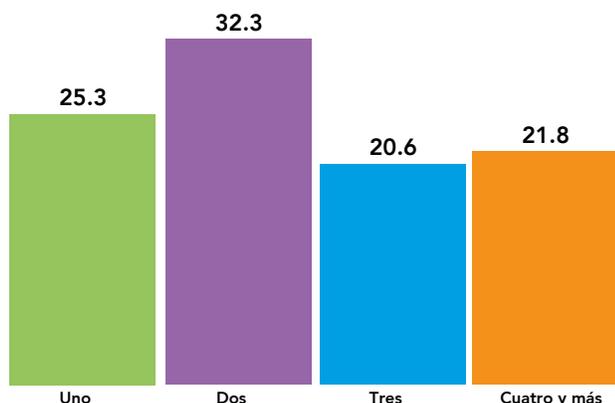


La media de embarazos es de 2,7 y la de hijos nacidos vivos de 2,2, lo que muestra un promedio mayor de embarazos que de hijos(as) nacidos vivos.





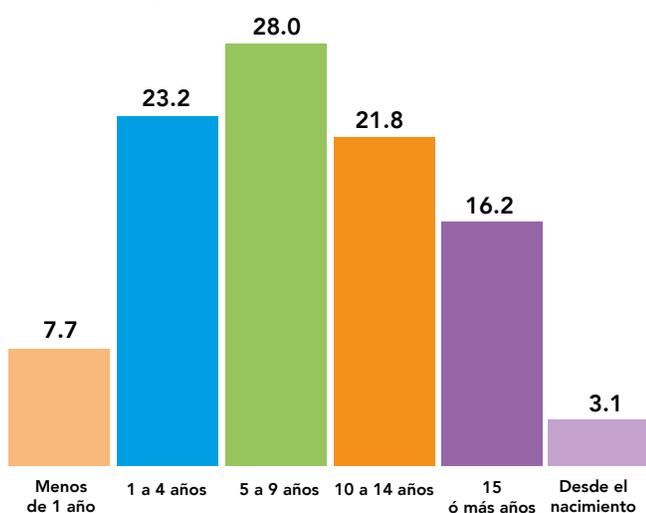
Gráfico 10. Mujeres por cantidad de hijos nacidos vivos (%) n=825



### Años de diagnóstico del VIH

En cuanto a los años de diagnóstico del VIH, alrededor de seis de cada 10 mujeres (58,9%) han sido diagnosticadas hasta menos de 10 años atrás.

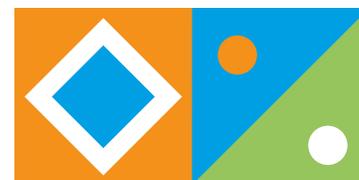
Gráfico 11. Mujeres por años de diagnóstico del VIH % (N=945)

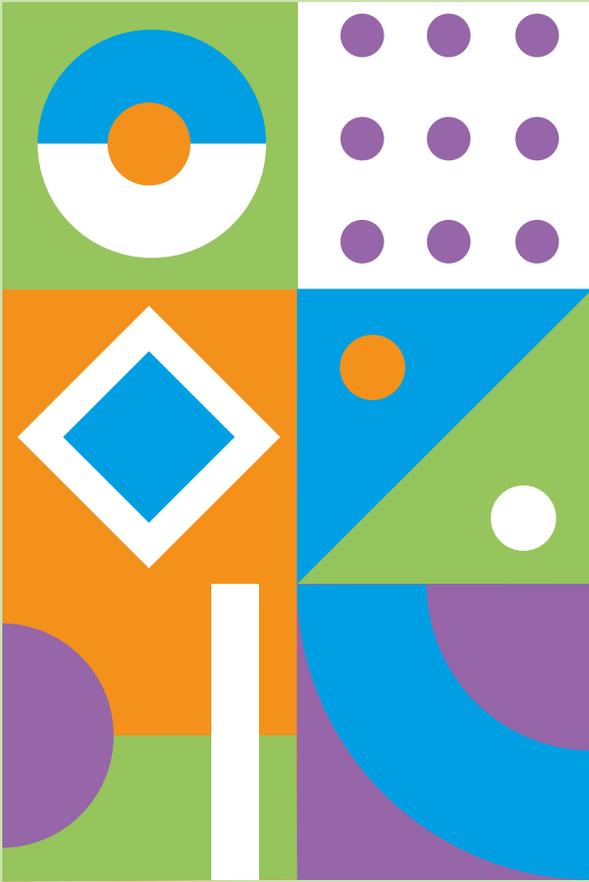


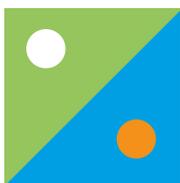
“Madres que llegaron a parir, verdad, algunas que fallecen y se queda la criatura. Los familiares no quieren quedarse con ese clavo por decirlo así, entonces quieren llevarla a la casa hogar.” (GF Paraguay)

“Me da miedo decir que mi hija tiene VIH porque estoy segura que me la separan... que me da miedo que me la saquen de la escuela.” (GF Perú)

“Hay muchas personas así en el hospital que nos tratan, nos menosprecian, también a nuestros hijos... y duele, duele mucho.” (GF Honduras)







## IV. VIOLENCIA INFLIGIDA POR LA PAREJA

“Antes de mi diagnóstico sufrí por parte de mi primera pareja mucha violencia física, era súper celoso, me pegaba hasta por sospecha. Viví así alrededor de cuatro años, hasta que él decidió irse con otra persona y después yo le agradecí a la otra persona que se hubiera metido en el camino porque ese hombre me iba a matar.” (GF Colombia)

“Algunas mujeres, cuando nos maltratan, nos aguantamos, no decimos nada... Por las wawas (hijos) por lo menos nos aguantamos.” (GF Bolivia)

“Muchas de nosotros no hemos sido educadas sobre la violencia psicológica... violencia sexual... sobre todo yo he visto violencia física y eso es mucho más común. Yo me separé del papá de mi hijo por eso... me sacó un arma y todo lo demás. Pero al parecer es mucho más traumática la violencia sexual que la violencia física.” (GF Perú).

### Principales hallazgos

- El 57,6% de las mujeres tenía un trabajo remunerado fuera del hogar en el momento de la encuesta y de éstas, el 62% reportó que su ingreso era menor al salario mínimo vigente en su país.
- Más del 75% de las encuestadas reportó situaciones de control por parte de la pareja actual o más reciente.
- El 64,2% reportó violencia emocional alguna vez y un 36,9% en el último año. El 30,2% indicó que la pareja le controla el dinero.
- El 55% reportó violencia física y sexual alguna vez y el 18,5% en el último año. El 14,9% experimentó violencia severa en los últimos 12 meses.
- El 26,8% reportó haber experimentado violencia durante el embarazo por pareja actual o anterior.
- La proporción de mujeres que reportó actos de violencia física, sexual y emocional por la pareja fue más elevada en las mujeres de 19-29 años y en mujeres indígenas. El 26% de las mujeres de 19-29 años reportó violencia física y sexual en el último año, mientras esta cifra fue del 18% en las de 30-39, el 17% en las de 40-49 y el 9% en las de 50 o más años. Según pertenencia étnica: indígena (32%), mestiza (18%), mulata (21%), blanca (19%), negra/afrodescendiente (9%) y garífuna (3%).



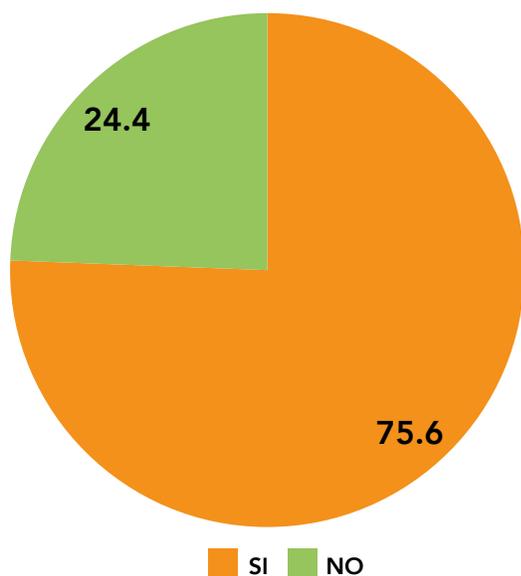
La violencia en la pareja se refiere a cualquier comportamiento, dentro de una relación íntima, que cause o pueda causar daño físico, psíquico o sexual a los miembros de la relación.<sup>32</sup> Esto incluye actos de violencia física, sexual y emocional, así como conductas de control por parejas actual o anterior.

Se recopiló información sobre frecuencia de los actos de violencia y el momento en que ocurrieron: antes o después del diagnóstico del VIH, y a lo largo de la vida o en los últimos 12 meses. También, se preguntó a las mujeres acerca de si estos actos habían ocurrido debido al diagnóstico de VIH, por otras razones o por ambas.

Para el análisis de la violencia infligida por la pareja se consideró tanto a mujeres con una relación de pareja (conviviendo o no) como a las que no tienen pareja actual pero sí anteriores (n=935).

### Conductas de control por la pareja

**Gráfico 12. Mujeres que reportan situaciones de control por la pareja actual o más reciente (%) n=928**



Estas conductas son frecuentes y, en algunos casos, pueden ser iguales o más amenazantes que la violencia física y sexual. Estudios revelan que las mujeres que reportan conductas de control por parte de la pareja tienen una mayor

probabilidad de experimentar violencia física y sexual.<sup>33,34</sup> Para las mujeres con VIH, las conductas de control por la pareja pueden limitar su acceso a servicios de salud, a redes sociales de apoyo, el control sobre sus recursos financieros, el ejercicio de su derecho a la participación social y la libertad de movimiento y la toma de decisiones sobre su vida en general.

Más del 75% de las encuestadas reportó situaciones de control por parte de la pareja actual o más reciente, observándose que las indicadas con mayor frecuencia (de 39 a 52,3%) se relacionan con la comunicación o contacto con otras personas, sospecha de infidelidad y control de su apariencia física. En las cuatro situaciones analizadas, las variaciones según país presentan valores extremos máximos en Bolivia y mínimos en Honduras, respectivamente.

- Insiste en saber dónde ella está todo el tiempo: 74,6% y 29,1%
- Se molesta si habla con otro hombre/ persona: 75,4% y 25,6%
- Le revisa el celular: 62,7% y 15,7%
- Sospecha a menudo que usted le es infiel: 58,6% y 14,2%

En cuanto a las conductas que restringen la autonomía económica, el 30,2% reportó que la pareja actual o más reciente le controla el dinero y el 4,8% que la ha despojado de su herencia. En relación con las restricciones de acceso a servicios de salud, el 16,9% señaló que él exige que le pida permiso antes de buscar atención para su salud y el 7,8% que le prohíbe ir a citas médicas de control del VIH. En cuanto a control de vínculos con redes sociales de apoyo y control de su movilidad territorial, más de una de cada cuatro mujeres (26,9%) indicó que él trata de restringir el contacto con su familia, el 24,5% que la recoge del trabajo aunque ella no quiera y el 16,4% que le impide participar en actividades y organizaciones sociales. En términos de privación afectiva, el 31,9% reportó que la trata con indiferencia.





**Cuadro 3. Prevalencia de conductas de control ejercidas por la pareja actual o más reciente, por país y total (%)**

Conductas de control	Bolivia	Colombia	Guatemala	Honduras	Paraguay	Perú	República Dominicana	Total
Trata de impedir que vea a sus amistades (n=326)	50,7	39,5	29,6	14,2	36,0	38,2	36,2	35,2
Trata de restringir el contacto con su familia (n=248)	36,6	28,4	20,4	14,2	28,9	27,7	30,2	26,9
Insiste en saber dónde está en todo momento (n=481)	74,6	56,9	34,7	29,1	58,1	58,0	47,8	52,3
La trata con indiferencia (n=22)	51,1	24,5	28,6	17,3	38,5	34,9	28,4	31,9
Se molesta si habla con otro hombre/persona (n=463)	75,4	50,0	44,9	25,6	47,9	58,8	54,8	51,0
Sospecha a menudo que usted le es infiel (n=347)	58,6	42,0	38,8	14,2	34,2	41,1	44,0	39,0
Exige que le pida permiso antes de buscar atención para su salud (n=154)	21,6	16,9	17,3	5,9	21,6	13,7	21,6	16,9
Le prohíbe ir a citas médicas de control del VIH (n=69)	8,3	8,8	8,2	3,0	13,8	7,9	5,2	7,8
Le revisa el celular (n=349)	62,7	35,2	28,9	15,7	64,3	40,0	25,2	39,2
La recoge del trabajo aunque usted no quiera (n=217)	32,8	21,7	12,2	6,9	34,6	36,0	25,4	24,5
Controla su apariencia (n=316)	56,0	29,0	19,4	16,4	47,9	36,6	30,7	34,4
Le controla el dinero (n=276)	53,0	18,1	18,4	9,8	47,6	32,3	29,2	30,2
La ha despojado de su herencia (n=43)	9,7	4,4	3,1	3,8	2,2	4,9	5,4	4,8
Le impide participar en actividades y organizaciones sociales (n=142)	26,3	15,8	8,3	6,0	12,0	17,3	27,9	16,4





## Violencia física, sexual y emocional infligida por la pareja

La violencia ejercida por la pareja aumenta el riesgo de las mujeres de contraer el VIH a través de diversas vías, incluyendo el trauma genital debido al sexo forzado con la pareja, las restricciones impuestas por la pareja para acceder a servicios de información y prevención del VIH, y las barreras que impiden a las mujeres protegerse ante la transmisión del VIH, como negarse al uso del condón y/o a la profilaxis preexposición (PrEp).<sup>35,36</sup>

La prevalencia de las formas de violencia infligida por la pareja en los siete países muestra que en la violencia emocional se registran las cifras más elevadas tanto en los últimos 12 meses como a lo largo de la vida, mientras que la violencia sexual es ligeramente superior que la física en los últimos 12 meses (28% y 24,8%), al tiempo que las estimaciones a lo largo de la vida de la violencia física y sexual son

similares (55%). El porcentaje de mujeres que reportó violencia física y sexual en los últimos 12 meses fue de alrededor de dos de cada 10, y esta cifra casi se triplica a lo largo de la vida, siendo reportada por alrededor de seis de cada 10.<sup>1</sup>

Los valores para la violencia emocional a lo largo de la vida oscilan entre 83,6% en Bolivia y 30,2% en Honduras y para el último año, entre 51,5% y 24,5% en ambos países. Por su parte, la prevalencia de la violencia física y sexual a lo largo de la vida fluctuó entre 73% en Bolivia y 13,7% en Honduras y, en el último año, entre 35,8% en Bolivia y 6,1% en Guatemala.

## Severidad de la violencia física infligida por la pareja

El 14,9% de las mujeres experimentó violencia severa en el último año, con valores por encima o similar a este promedio en Bolivia (28,4%), Perú (15,3%) y Colombia (14,5%). (Gráfico 13).

**Cuadro 4. Prevalencia de violencia física, sexual y emocional por la pareja en los últimos 12 meses y a lo largo de la vida entre mujeres que han tenido pareja alguna vez, por país (%) N=935**

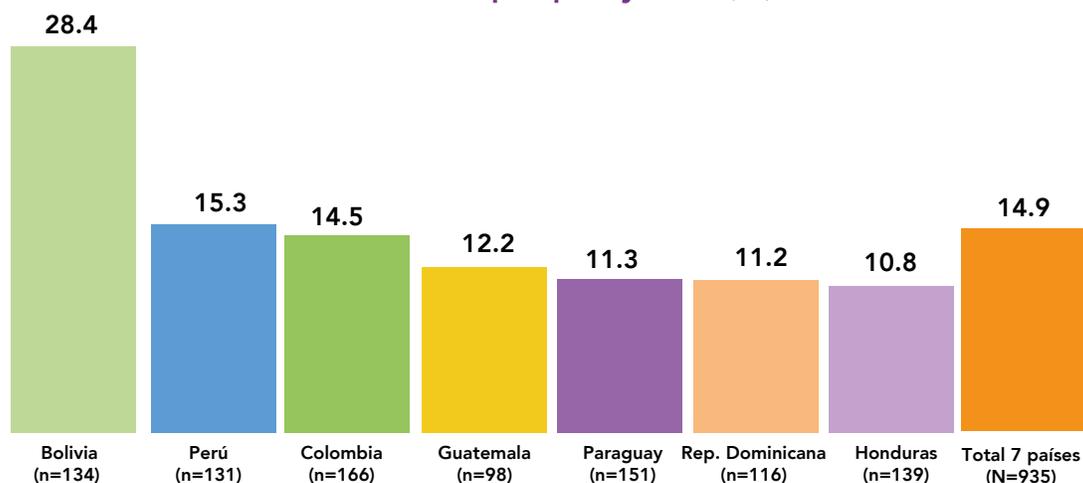
Violencias por la pareja		Bolivia	Colombia	Guatemala	Honduras	Paraguay	Perú	República Dominicana	Total
A lo largo de la vida	Emocional	83,6	59	44,9	30,2	76,8	79,4	71,5	64,2
	Física	81,3	56,6	36,7	23	56,9	74,8	55	55,5
	Sexual	79	51,8	32,6	24,5	80	56,5	53,4	55,1
	Física y sexual	73	44,6	23,5	13,7	51,7	53,4	41,4	55
En los últimos 12 meses	Emocional	51,5	28,3	39,8	24,5	49	35,9	30,2	36,9
	Física	39,5	19,3	20,4	18	30,5	21,4	19	24,8
	Sexual	42,5	19,9	14,3	21	48,3	22	23,3	28,1
	Física y sexual	35,8	14,5	6,1	11,5	29	16	12	18,5

<sup>1</sup> Los porcentajes de los diferentes tipos de violencia se han calculado en base a la respuesta SI en al menos una de las situaciones de violencia consignadas en el cuestionario para cada tipo de violencias exploradas, tanto en el periodo de 12 meses previos a la entrevista como alguna vez en la vida. En este caso no se identifica la frecuencia acumulada de estas violencias, sino solo si se ha experimentado o no, al menos una vez en los periodos mencionados.





**Gráfico 13. Porcentaje de mujeres que experimentó violencia física severa en los últimos 12 meses, por país y total (%)**



**Frecuencia de la violencia física, sexual y emocional infligida por la pareja**

**Cuadro 5. Situaciones de violencia emocional por la pareja según frecuencia por país y total (%)**

Situaciones de violencia física/# de veces		Bolivia	Colombia	Guatemala	Honduras	Paraguay	Perú	República Dominicana	Total
La insulta o la hace sentir mal con usted misma (n=576)	Una	5,4	18,4	20,6	11,1	7,8	5,0	0,0	9,6
	Pocas	42,9	39,5	23,5	29,6	46,9	62,5	54,5	43,4
	Muchas	51,8	42,1	55,9	59,3	45,3	32,5	45,5	47,0
	<b>Total</b>	<b>19,9</b>	<b>13,5</b>	<b>12,1</b>	<b>9,6</b>	<b>22,8</b>	<b>14,2</b>	<b>7,8</b>	<b>100</b>
La menosprecia o humilla frente a otras personas (n=311)	Una	25,7	5,0	11,8	16,7	11,1	12,0	11,1	14,7
	Pocas	25,7	35,0	29,4	25,0	50,0	44,0	22,2	33,8
	Muchas	48,6	60,0	58,8	58,3	38,9	44,0	66,7	51,5
	<b>Total</b>	<b>25,7</b>	<b>14,7</b>	<b>12,5</b>	<b>8,8</b>	<b>13,2</b>	<b>18,4</b>	<b>6,6</b>	<b>100</b>
Hace cosas a propósito para asustarla o intimidarla (n=399)	Una	8,1	0,0	0,0	20,0	2,7	3,2	13,3	5,8
	Pocas	51,4	31,8	28,6	26,7	54,1	51,6	33,3	43,9
	Muchas	40,5	68,2	71,4	53,3	43,2	45,2	53,3	50,3
	<b>Total</b>	<b>21,6</b>	<b>12,9</b>	<b>8,2</b>	<b>8,8</b>	<b>21,6</b>	<b>18,1</b>	<b>8,8</b>	<b>100</b>
Amenaza con herirla o a alguien que a usted le importa (n=253)	Una	11,1	6,7	22,2	14,3	26,7	12,5	25,0	15,8
	Pocas	29,6	20,0	0,0	42,9	33,3	37,5	41,7	29,7
	Muchas	59,3	73,3	77,8	42,9	40,0	50,0	33,3	54,5
	<b>Total</b>	<b>26,7</b>	<b>14,9</b>	<b>8,9</b>	<b>6,9</b>	<b>14,9</b>	<b>15,8</b>	<b>11,9</b>	<b>100</b>
Se burla o menosprecia su cuerpo (n=212)	Una	3,8	5,9	22,2	14,3	11,1	6,3	0,0	7,8
	Pocas	42,3	35,3	22,2	28,6	55,6	37,5	50,0	38,9
	Muchas	53,8	58,8	55,6	57,1	33,3	56,3	50,0	53,3
	<b>Total</b>	<b>28,9</b>	<b>18,9</b>	<b>10,0</b>	<b>7,8</b>	<b>10,0</b>	<b>17,8</b>	<b>6,7</b>	<b>100</b>
La amenaza con abandonarla por su condición de VIH (n=182)	Una	20,6	22,2	0,0	0,0	26,3	11,1	0,0	16,7
	Pocas	35,3	22,2	57,1	50,0	52,6	33,3	50,0	40,2
	Muchas	44,1	55,6	42,9	50,0	21,1	55,6	50,0	43,1
	<b>Total</b>	<b>33,3</b>	<b>17,6</b>	<b>13,7</b>	<b>3,9</b>	<b>18,6</b>	<b>8,8</b>	<b>3,9</b>	<b>100</b>





Situaciones de violencia física/# de veces		Bolivia	Colombia	Guatemala	Honduras	Paraguay	Perú	República Dominicana	Total
La amenaza con contar a otras personas su condición serológica (n=149)	Una	29,4	0,0	33,3	50,0	0,0	7,7	14,3	14,1
	Pocas	23,5	14,3	16,7	0,0	75,0	15,4	28,6	28,2
	Muchas	47,1	85,7	50,0	50,0	25,0	76,9	57,1	57,7
	Total	23,9	19,7	8,5	2,8	16,9	18,3	9,9	100
Le dice que no encontrará otra pareja porque usted vive con VIH (n=278)	Una	14,6	0,0	5,9	16,7	12,1	9,1	7,7	9,9
	Pocas	46,3	26,1	41,2	33,3	66,7	40,9	46,2	45,3
	Muchas	39,0	73,9	52,9	50,0	21,2	50,0	46,2	44,7
	Total	25,5	14,3	10,6	7,5	20,5	13,7	8,1	100
La culpabiliza de haberle transmitido el VIH a él/ella o a las/os hijos (n=153)	Una	3,7	15,0	0,0	40,0	0,0	0,0	12,5	8,8
	Pocas	40,7	15,0	44,4	0,0	25,0	14,3	25,0	27,5
	Muchas	55,6	70,0	55,6	60,0	75,0	85,7	62,5	63,8
	Total	33,8	25,0	11,3	6,3	5,0	8,8	10,0	100

En promedio, en todas las situaciones de violencia emocional analizadas, las mujeres reportaron que éstas ocurrieron muchas veces, alcanzado el 50% o más de las entrevistadas en seis de las nueve situaciones analizadas:

- La culpabiliza de haberle transmitido el VIH a él/ella o a las/os hijos (63,8%)
- La amenaza con contar a otras personas su condición serológica (57,7%)
- Amenaza con herirla o a alguien que a usted le importa (54,5%)
- Se burla o menosprecia su cuerpo (53,3%)
- La menosprecia o humilla frente a otras personas (51,5%)
- Hace cosas a propósito para asustarla o intimidarla (50,3%)

**Cuadro 6. Situaciones de violencia física infligida por la pareja según frecuencia por país (%)**

Situaciones de violencia física/# de veces		Bolivia	Colombia	Guatemala	Honduras	Paraguay	Perú	República Dominicana	Total
Abofeteado o tirado cosas que pudieran herirla (n=462)	Una	25,0	23,1	38,5	28,6	18,9	33,3	20,0	25,4
	Pocas	41,7	15,4	30,8	42,9	64,9	29,2	53,3	41,2
	Muchas	33,3	61,5	30,8	28,6	16,2	37,5	26,7	33,3
	Total	27,1	14,7	7,3	7,9	20,9	13,6	8,5	100,0
Empujado, arrinconado o halado el pelo (n=484)	Una	21,7	20,8	17,6	18,8	17,5	32,0	16,7	21,1
	Pocas	41,3	20,8	47,1	50,0	72,5	20,0	50,0	44,4
	Muchas	37,0	58,3	35,3	31,3	10,0	48,0	33,3	34,4
	Total	25,6	13,3	9,4	8,9	22,2	13,9	6,7	100,0
Golpeado con su puño o con alguna otra cosa que pudiera herirla (n=341)	Una	22,9	14,3	44,4	30,8	0,0	11,1	18,2	19,2
	Pocas	34,3	23,8	22,2	15,4	69,2	22,2	45,5	32,5
	Muchas	42,9	61,9	33,3	53,8	30,8	66,7	36,4	48,3
	Total	29,2	17,5	7,5	10,8	10,8	15,0	9,2	100,0
Pateado, arrastrado o dado una golpiza (n=250)	Una	15,4	11,1	50,0	25,0	0,0	16,7	0,0	15,2
	Pocas	30,8	27,8	16,7	25,0	42,9	41,7	50,0	32,9
	Muchas	53,8	61,1	33,3	50,0	57,1	41,7	50,0	51,9
	Total	32,9	22,8	7,6	5,1	8,9	15,2	7,6	100,0





Situaciones de violencia física/# de veces		Bolivia	Colombia	Guatemala	Honduras	Paraguay	Perú	República Dominicana	Total
Intentado estranglarla o quemarla a propósito (n=155)	Una	33,3	27,3	25,0	16,7	44,4	37,5	16,7	30,4
	Pocas	41,7	0,0	50,0	50,0	44,4	12,5	50,0	32,1
	Muchas	25,0	72,7	25,0	33,3	11,1	50,0	33,3	37,5
	<b>Total</b>	<b>21,4</b>	<b>19,6</b>	<b>7,1</b>	<b>10,7</b>	<b>16,1</b>	<b>14,3</b>	<b>10,7</b>	<b>100,0</b>
Amenazado con usar o ha usado una pistola, cuchillo u otra arma en su contra (n=153)	Una	58,3	13,3	66,7	40,0	20,0	57,1	80,0	43,6
	(n=153)	16,7	13,3	0,0	0,0	60,0	14,3	0,0	14,5
	Muchas	25,0	73,3	33,3	60,0	20,0	28,6	20,0	41,8
	<b>Total</b>	<b>21,8</b>	<b>27,3</b>	<b>10,9</b>	<b>9,1</b>	<b>9,1</b>	<b>12,7</b>	<b>9,1</b>	<b>100,0</b>

En dos de las seis situaciones de violencia física por la pareja analizadas, alrededor de la mitad indicó que ocurrieron muchas veces:

- Pateado, arrastrado o dado una golpiza (51,9%)
- Golpeado con su puño o con alguna otra cosa que pudiera hierla (48,3%)

**Cuadro 7. Situaciones de violencia sexual por la pareja, según frecuencia por país (%)**

Situaciones de violencia física/# de veces		Bolivia	Colombia	Guatemala	Honduras	Paraguay	Perú	República Dominicana	Total
La forzó físicamente a tener relaciones sexuales cuando usted no lo deseaba n=465	Una	21,6	4,5	18,2	34,8	5,1	19,0	18,8	15,8
	Pocas	47,1	22,7	36,4	30,4	44,1	33,3	31,3	38,4
	Muchas	31,4	72,7	45,5	34,8	50,8	47,6	50,0	45,8
	<b>Total</b>	<b>25,1</b>	<b>10,8</b>	<b>5,4</b>	<b>11,3</b>	<b>29,1</b>	<b>10,3</b>	<b>7,9</b>	<b>100,0</b>
Quiso tener relaciones sexuales cuando usted no lo deseaba pero lo hizo porque tenía miedo a lo que la pareja le podía hacer (n=458)	Una	13,6	0,0	12,5	14,3	0,0	13,6	23,5	8,9
	Pocas	61,4	27,3	50,0	52,4	48,2	36,4	58,8	48,9
	Muchas	25,0	72,7	37,5	33,3	51,8	50,0	17,6	42,1
	<b>Total</b>	<b>23,2</b>	<b>11,6</b>	<b>4,2</b>	<b>11,1</b>	<b>29,5</b>	<b>11,6</b>	<b>8,9</b>	<b>100,0</b>
La forzó a realizar algún acto sexual que usted encontró humillante o degradante (n=246)	Una	28,6	10,5	0,0	50,0	0,0	35,7	33,3	23,0
	Pocas	50,0	26,3	100,0	33,3	66,7	14,3	44,4	40,2
	Muchas	21,4	63,2	0,0	16,7	33,3	50,0	22,2	36,8
	<b>Total</b>	<b>16,1</b>	<b>21,8</b>	<b>1,1</b>	<b>13,8</b>	<b>20,7</b>	<b>16,1</b>	<b>10,3</b>	<b>100,0</b>
La rechazó sexualmente (n=241)	Una	47,1	5,3	14,3	20,0	17,4	12,5	25,0	21,0
	Pocas	29,4	5,3	42,9	50,0	52,2	37,5	62,5	39,0
	Muchas	23,5	89,5	42,9	30,0	30,4	50,0	12,5	40,0
	<b>Total</b>	<b>17,0</b>	<b>19,0</b>	<b>7,0</b>	<b>10,0</b>	<b>23,0</b>	<b>8,0</b>	<b>16,0</b>	<b>100,0</b>

En tres de las cinco situaciones de violencia sexual por la pareja analizadas, cuatro de cada 10 entrevistadas indicaron que ocurrieron muchas veces:

- La forzó físicamente a tener relaciones sexuales cuando usted no lo deseaba (45,8%)
- Quiso tener relaciones sexuales cuando usted no lo deseaba pero accedió porque tenía miedo a lo que la pareja le podía hacer (42,1%)
- La rechazó sexualmente (40%)





## Razones percibidas por las mujeres con VIH sobre los actos de violencia por la pareja

Estudios indican que vivir con VIH también puede ser un factor de riesgo para la violencia ya que la comunicación del estado serológico puede colocar a las mujeres en riesgo de violencia ejercida por la pareja, por miembros de la familia, proveedores de servicios o miembros de la comunidad.<sup>37</sup>

Para las tres formas de violencia infligida por la pareja, las mujeres no consideran al VIH como la única razón que explique lo que motivó dichas situaciones. La violencia emocional es la que en mayor medida las entrevistadas relacionan con el diagnóstico del VIH, a pesar de que no

alcanza el 10% del total. En promedio, una de cada tres atribuye los actos de violencia por la pareja a una combinación de otras razones y su estatus serológico. (Gráfico 14).

## Violencia física durante el embarazo infligida por la pareja

El 26,8% reportó haber experimentado violencia durante el embarazo, por la pareja actual o anterior. Las situaciones de violencia durante el embarazo han sucedido en su mayoría (68,2%) antes del diagnóstico de VIH, lo que explica que la mayoría de las mujeres que experimentaron este tipo de violencia, la atribuyen a otras razones diferentes al hecho de vivir con VIH (65%). (Gráfico 15).

Gráfico 14. Razones percibidas por tipo de violencia infligida por la pareja

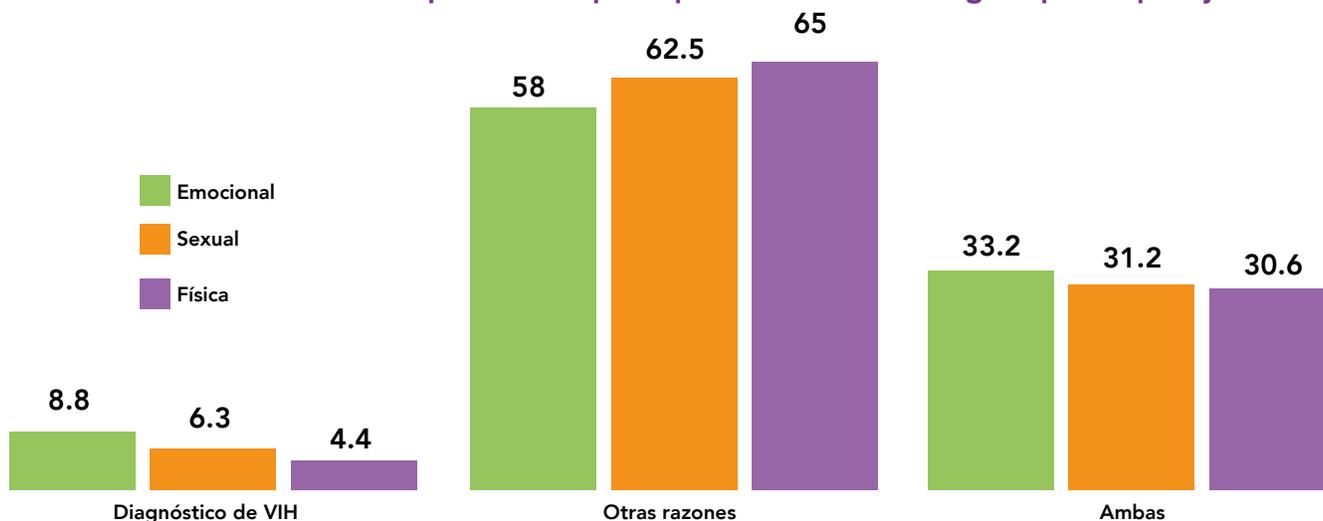


Gráfico 15. Violencia durante el embarazo por pareja actual o anterior (%) N=861





**Cuadro 8. Mujeres alguna vez embarazadas que reportaron violencia física durante el embarazo por su pareja actual o anterior, según país (%) N=861**

País	Mujeres que reportan violencia física durante el embarazo			TOTAL
	Sí	No	NS/NR	
Bolivia	49,6	38,5	12,0	100,0
Colombia	25,2	52,3	22,6	100,0
Guatemala	20,7	41,3	38,0	100,0
Honduras	9,6	66,9	23,5	100,0
Paraguay	22,0	64,2	13,8	100,0
Perú	40,2	48,8	11,0	100,0
República Dominicana	21,6	66,7	11,7	100,0
<b>Total</b>	<b>26,8</b>	<b>54,6</b>	<b>18,6</b>	<b>100,0</b>

La proporción que reporta violencia física durante el embarazo por la pareja oscila entre el 9,6% en Honduras y el 49,6% en Bolivia.

**Intersecciones entre tipos de violencias por parte de la pareja, edad y pertenencia étnica**

**Edad**

Los actos de violencia física, sexual y emocional en el último año fueron mucho más frecuentes en las mujeres de 19-29 años que en el resto de grupos de edad.

La mayor diferencia se observa en la violencia sexual, con una diferencia de 25 puntos porcentuales entre las mujeres de 19-29 años y las de 50 y más años, y de 12 puntos porcentuales en comparación con las de 30-49 años. Cuatro de cada 10 mujeres de 19 a 29 años han reportado al menos una situación de violencia sexual en el último año. El 26% de las mujeres de 19-29 años reportó violencia física y sexual en el último año, mientras esta cifra fue de 18% en las de 30-39, 17% en las de 40-49 y 9% en las de 50 o más años.

**Gráfico 16. Porcentaje de mujeres que reportan violencias de la pareja en el último año, por grupo de edad (%)**

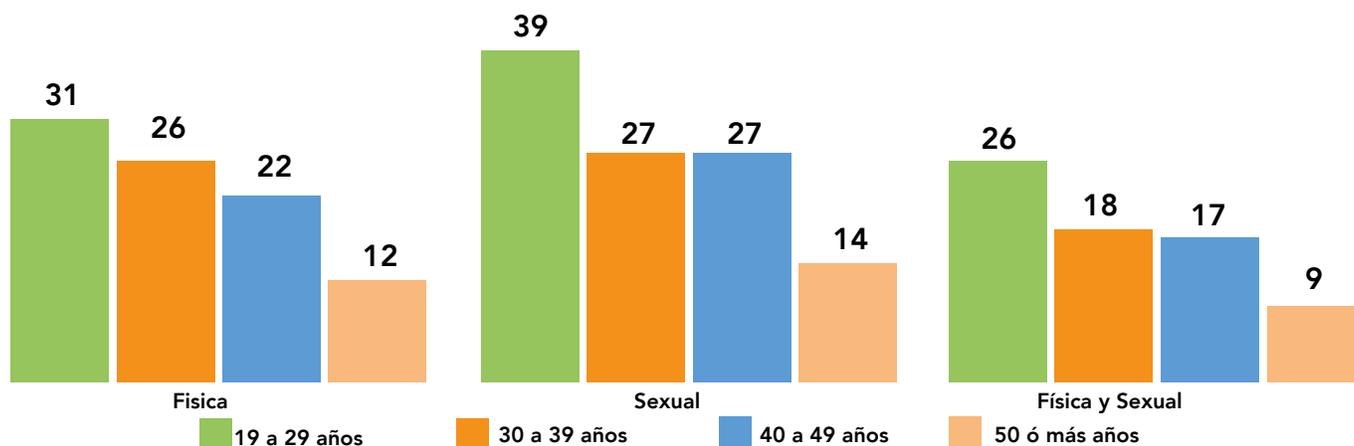
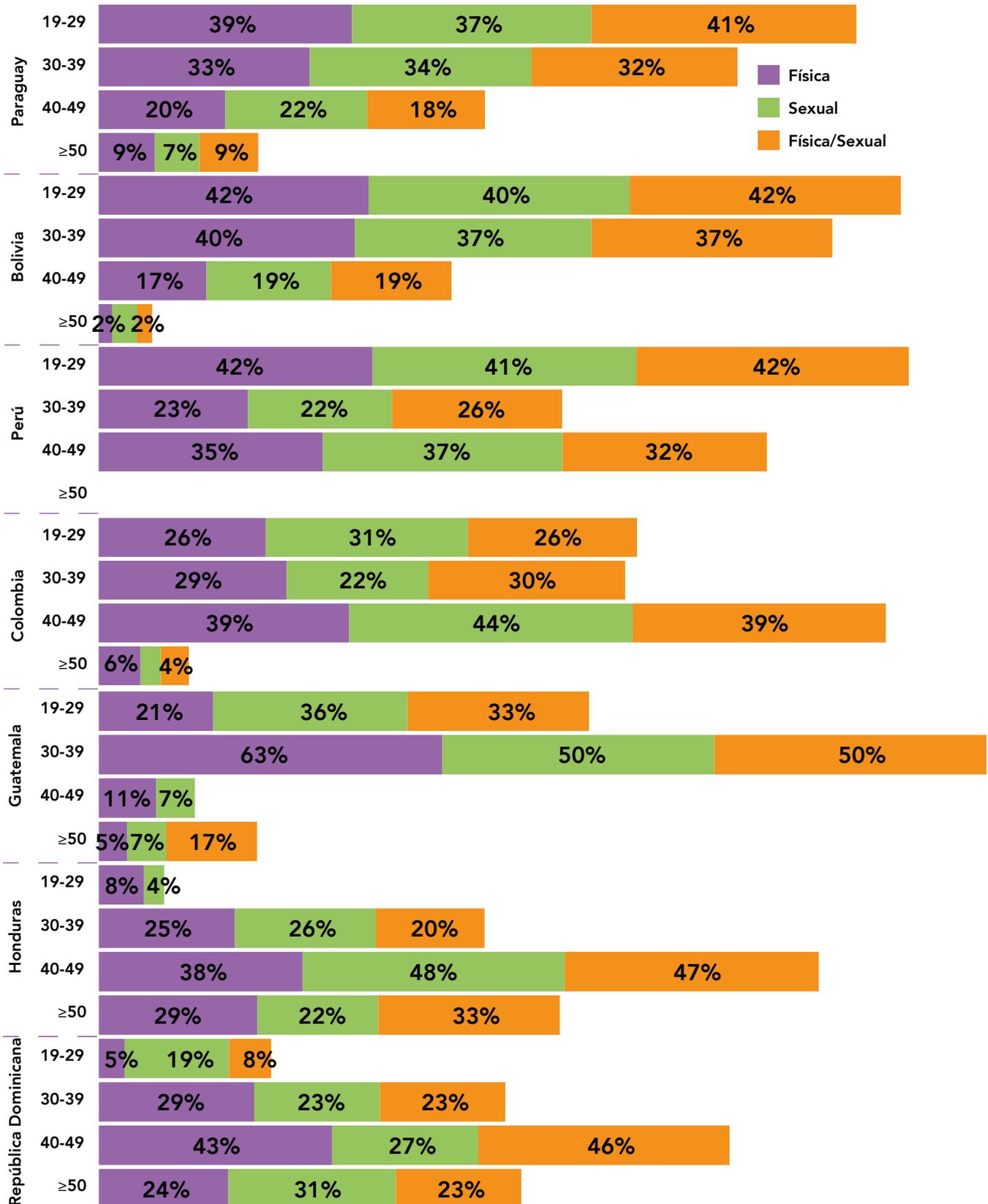




Gráfico 17. Porcentaje de mujeres que reporta violencia ejercida por la pareja en el último año, por forma de violencia según grupo de edad y país





Paraguay, Bolivia y Perú, las violencias registran mayor proporción en el grupo de 19 a 29 años con valores del 41% para la sexual en Perú y del 42% para la física y la física y sexual, en Bolivia y Perú. En Colombia, Honduras y República Dominicana ocurre lo mismo en el grupo de 40 a 49 años, destacándose la violencia sexual con el 44% en Colombia y el 48% en Honduras, más el 46% de violencia física y sexual en República Dominicana. En Guatemala, en el grupo de 30 a 39 años, el 63% experimentó violencia física, el 50% la sexual, y el 50% ambas formas de violencia.

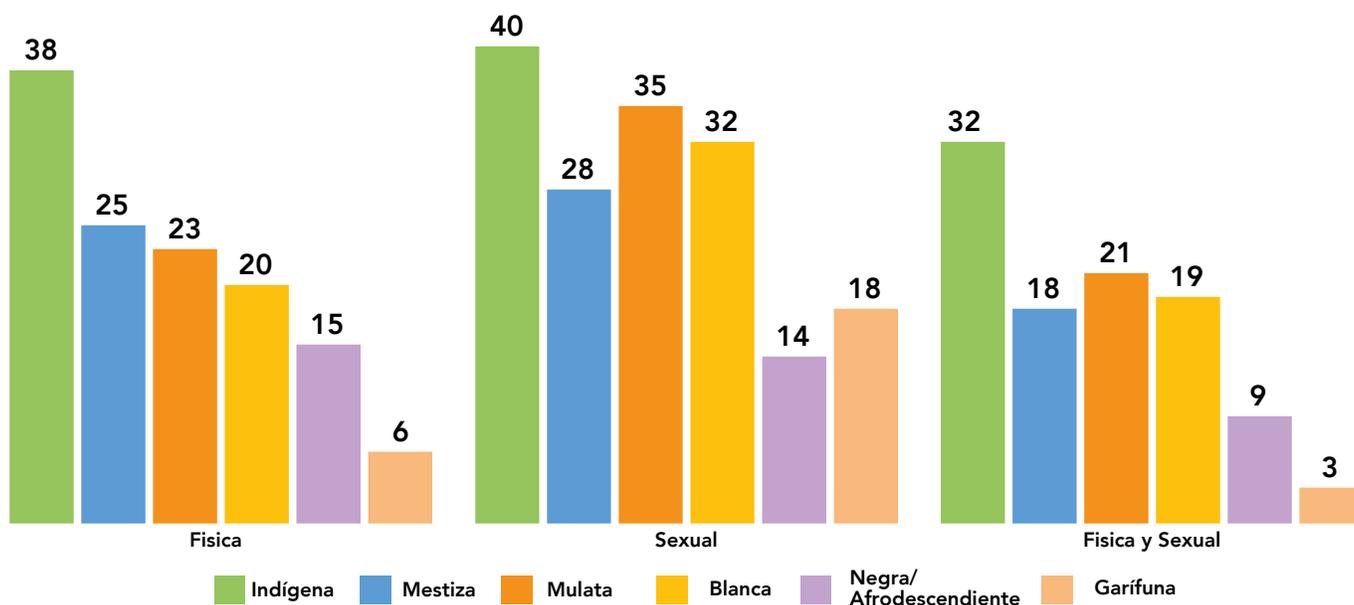
### Pertenencia étnica

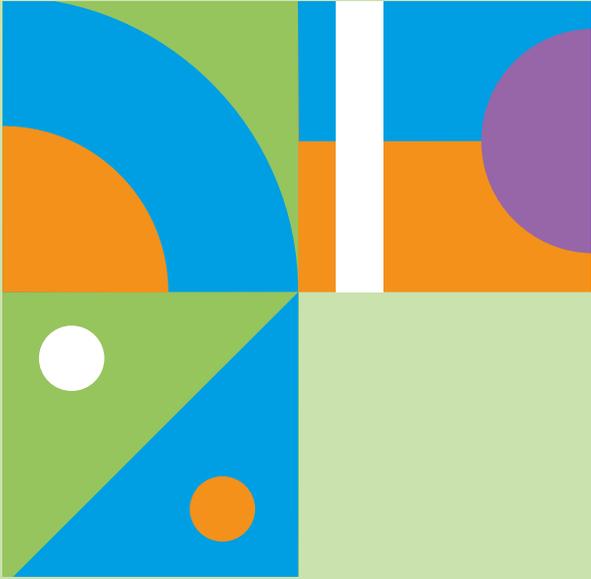
En todas las formas de violencia son las mujeres indígenas las que registran la mayor proporción, llegando hasta el 40% en casos de violencia sexual y 38% en violencia física (cuatro de cada 10 mujeres indígenas). En relación con la violencia física, las mujeres mestizas,

mulatas y blancas reportan entre un 20% y un 25%, siendo las de menor frecuencia las mujeres afrodescendientes y garífunas. El 32% de las mujeres indígenas reportó violencia física y sexual en el último año, mientras esta cifra fue del 21% en mulatas, 19% en blancas, 9% en negras/ afrodescendientes y 3% en garífunas.

En cuanto a la violencia sexual, las mujeres indígenas y las mulatas muestran mayores porcentajes (40% y 35% respectivamente). Entre las mujeres garífunas es esta forma de violencia (comparada con la física y física y sexual) la que registra la proporción más alta (18%). En las mujeres mulatas, la violencia sexual es un 12% superior a la violencia física. En la violencia física y sexual se repite el patrón de la violencia sexual, en tanto las indígenas y las mulatas son las que reportan mayor prevalencia (32% y 21%).

**Gráfico 18. Prevalencia de violencia por la pareja en el último año, por tipo y según pertenencia étnica (N=928)**







## V. VIOLENCIA SEXUAL EN LA NIÑEZ Y CIRCUNSTANCIAS DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL

### Principales hallazgos

- El porcentaje que reportó violencia sexual en la niñez de forma anónima fue más alto, oscilando entre el 58,7% en Bolivia y el 26,1% en Honduras, mientras que en la entrevista cara a cara fue entre el 52,2% en Bolivia y el 9% en Guatemala y Honduras.
- El 24,7% reportó que su primera relación sexual fue obligada o no quería tenerla.

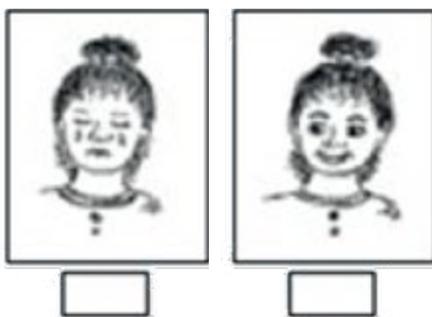
### Violencia sexual antes de los 15 años

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. Específicamente, la violencia sexual en esta etapa del curso de vida se ha asociado con problemas de salud mental y abuso de sustancias y conductas de riesgo en la adolescencia y adultez, incluyendo inicio temprano de las relaciones sexuales, intercambio de sexo por dinero o drogas y tener múltiples parejas.<sup>38,39,40</sup>



Asimismo, la violencia sexual aumenta el riesgo de contraer el VIH en niñas y adolescentes ya que son fisiológicamente más vulnerables a la transmisión que las mujeres adultas debido a los bajos niveles de estrógeno, la delgadez de las paredes de la vagina y la inmadurez del cérvix.<sup>41</sup>

En la exploración de la violencia sexual en la niñez se realizaron preguntas directas sobre las experiencias de abuso sexual antes de los 15 años mediante situaciones concretas y también se propuso a las encuestadas marcar sus respuestas en una tarjeta con una representación pictórica de "sí" y "no" (una cara de una niña sonriente y otra llorando) utilizada en el Estudio Multipaís de la OMS (2005). Posteriormente, la encuestada tenía que doblar la tarjeta, sin tener que revelar su respuesta y entregarla a la encuestadora, quien debía guardarla en un sobre cerrado.



En todos los países, el porcentaje que reportó violencia sexual en la niñez de forma anónima osciló entre el 58,7% en Bolivia y el 26,1% en Honduras,

mientras que en la entrevista cara a cara se situó entre el 52,2% en Bolivia y el 9% en Honduras. El 45,4% del total de encuestadas respondió de manera anónima que había sido abusada sexualmente antes de los 15 años, con cifras superiores a este promedio en Bolivia (58,7%), Perú (56,5%) y Paraguay (53,2%). (Gráfico 19).

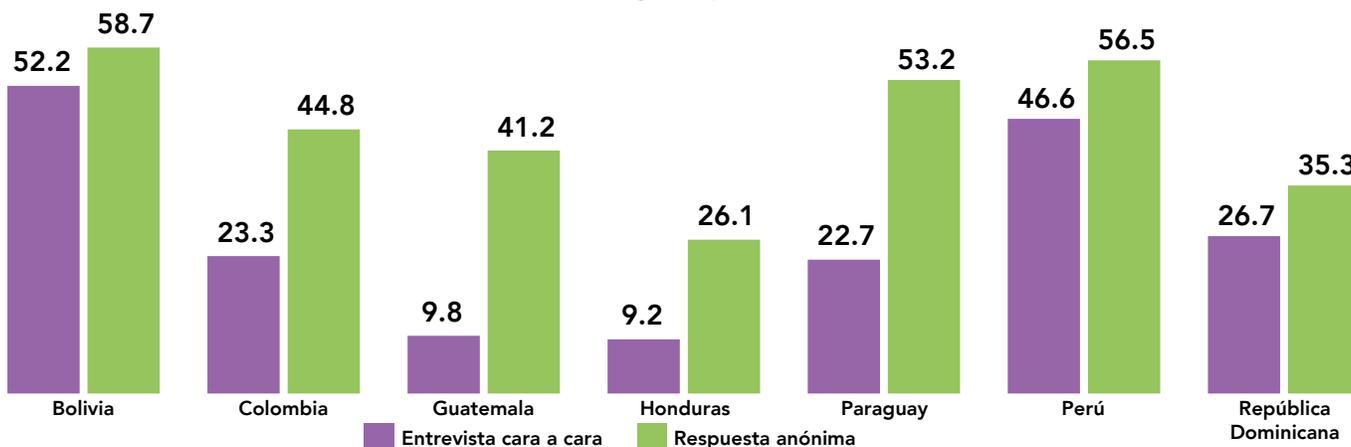
### Circunstancias de la primera relación sexual

Seis de cada 10 mujeres con VIH entrevistadas declararon que su primera relación sexual se produjo entre los 15 y los 19 años. La cuarta parte (24,6%) ha reportado que su primer contacto sexual fue antes de los 15 años. (Gráfico 20).

Tres de cada cuatro mujeres declararon que su primera relación sexual fue deseada (71,6%) y el 24,7% reportó que fue obligada o no quería tenerla. El 3,7% no respondió a la pregunta. (Gráfico 21).

La primera relación entre los 15-19 años oscila entre el 52,9% en Colombia y el 64,7% en Guatemala. Las cifras de mujeres que la tuvieron entre los 10 y 14 años supera el total de los siete países (22%) en cuatro de ellos: Bolivia (27,5%), Guatemala (26,5%), República Dominicana (25,9% y Colombia (25%). Alrededor del 2% la tuvo entre los 2 y los 9 años, con valores más elevados en Perú (3,8%), Colombia (3,5%) y Bolivia (2,9%). (Cuadro 9).

**Gráfico 19. Mujeres que reportan abuso sexual antes de los 15 años en entrevista cara a cara y respuesta anónima (%) n=955**

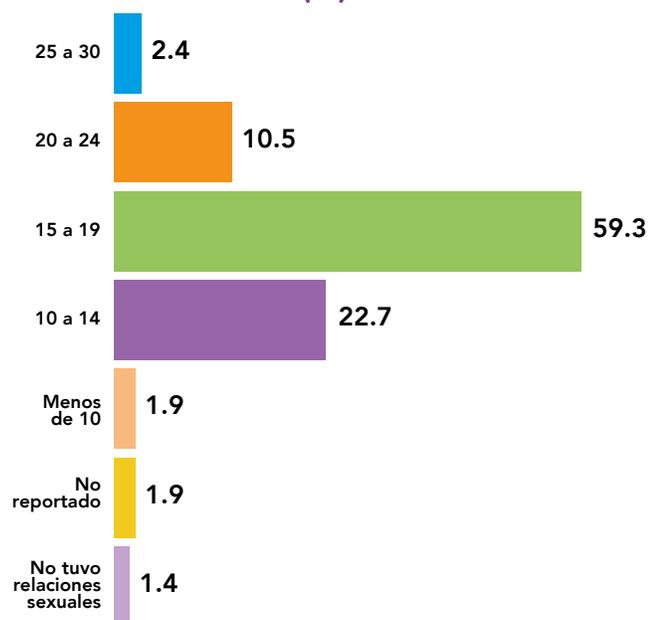




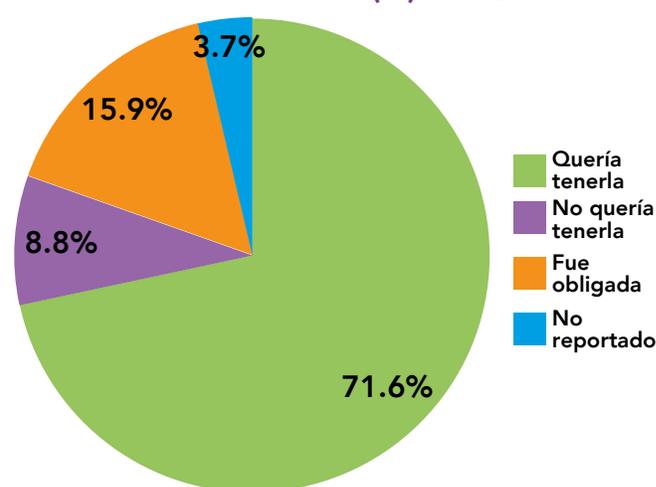
En suma, el 24,6% de las mujeres entrevistadas ha tenido su primera relación sexual antes de los 15 años de edad, siendo los países con mayor porcentaje Bolivia con el 30,4% y Colombia con el 28,5%. La cantidad de mujeres que reportan su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años de edad es elevada considerando que las uniones de niñas y adolescentes (matrimonio infantil) sólo alcanza el 5% en América Latina.<sup>42</sup>

El 24,7% declaró que su primera relación sexual fue no deseada o forzada, es decir, aproximadamente el 8,8% de las mujeres describió su primera relación sexual como no deseada y el 15,9% reportó que fue obligada. La proporción que declaró que su primera relación fue obligada oscila entre el 9% en República Dominicana y el 39,3% en Bolivia.

**Gráfico 20. Edad de la primera relación sexual (%) N=955**



**Gráfico 21. Circunstancias de la primera relación sexual (%) N=924**



**Cuadro 9. Edad de la primera relación sexual por país y total (%) N=955**

País	Grupos de edad					No tuvo relaciones sexuales	NS/NR	Total
	Menos de 10	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 30			
Bolivia	2,9	27,5	55,8	9,4	2,2	1,4	0,7	100
Colombia	3,5	25,0	52,9	8,1	2,9	1,2	6,4	100
Guatemala	0,0	26,5	64,7	5,9	0,0	2,9	0,0	100
Honduras	0,7	16,9	62,0	15,5	2,8	2,1	0,0	100
Paraguay	0,0	19,5	59,7	17,5	1,3	1,9	0,0	100
Perú	3,8	19,1	61,8	9,2	5,3	0,0	0,8	100
República Dominicana	1,7	25,9	61,2	5,2	1,7	0,0	4,3	100
<b>Total</b>	1,9	22,7	59,3	10,5	2,4	1,4	1,9	100

NS/NR= no sabe/no responde





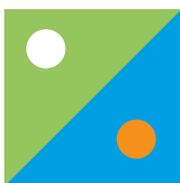
**Cuadro 10. Circunstancia no deseada o forzada en la primera relación sexual, según país y total (%) N=924**

País	Quería tenerla	No quería tenerla	Fue obligada	NS/NR	Total
Bolivia	2,9	27,5	55,8	9,4	100
Colombia	3,5	25,0	52,9	8,1	100
Guatemala	0,0	26,5	64,7	5,9	100
Honduras	0,7	16,9	62,0	15,5	100
Paraguay	0,0	19,5	59,7	17,5	100
Perú	3,8	19,1	61,8	9,2	100
República Dominicana	1,7	25,9	61,2	5,2	100
<b>Total</b>	1,9	22,7	59,3	10,5	100

NS/NR= no sabe/no responde

“En el caso mío de mi niñez no he tenido casi violencia porque he sido abandonada desde los ocho años. Yo quedé mamá y papá de cuatro mujeres, no he tenido golpe de papá ni de mi mamá pero sí ha habido familias de parte de mi mamá, tíos, tías, que sí realmente me insultaron, me han dicho... de todo.” (GF Perú)





## VI. VIOLENCIA FÍSICA Y SEXUAL POR PERPETRADORES APARTE DE LA PAREJA DESDE LOS 15 AÑOS

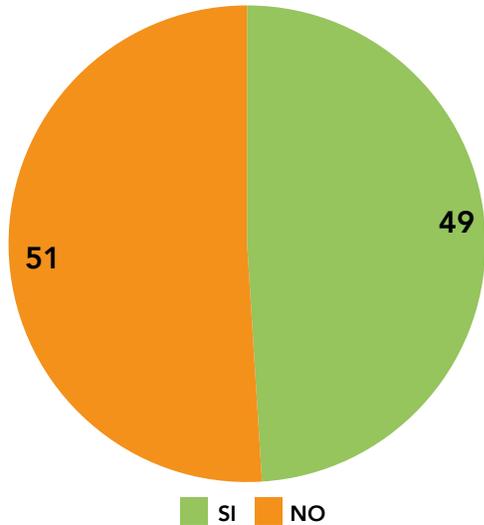
### Principales hallazgos

- El 49% indicó haber experimentado alguna vez algún tipo de violencia por personas diferentes a la pareja. Las personas perpetradoras fueron: madre (36,6%), otro familiar (35,6%), padrastro (11,7%), desconocido (11,5%), profesor (10,9%).
- El 43,5% de las mujeres con VIH declaró haber sido objeto de violencia sexual alguna vez por una persona diferente a la pareja. Los perpetradores fueron: familiares (23,5%), amigo/vecino (21,5%), desconocido (20,5%).



## Violencia física desde los 15 años por personas distintas a la pareja

Gráfico 22. Mujeres que reportan violencia física desde los 15 años por personas diferentes a la pareja (%) n=906

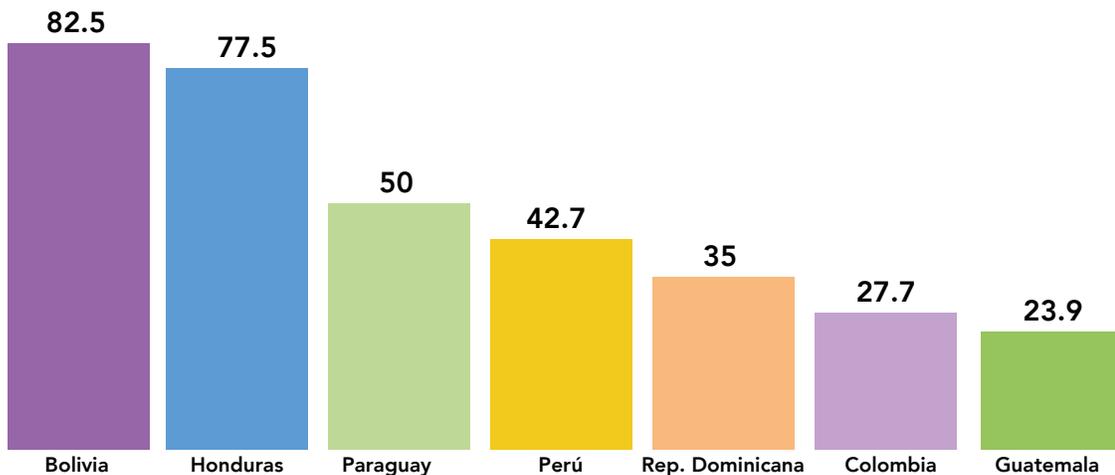


Sexo de la persona perpetradora	
Sólo hombres	43,6
Mayormente hombres y algunas mujeres	26,7
Mayormente mujeres y algunos hombres	13,4
Sólo mujeres	16,3



Madre (n=182)	36,6
Otro Familiar (n=177)	35,6
Padrastra (n=58)	11,7
Desconocido (n=57)	11,5
Profesor (n=54)	10,9

Gráfico 23. Mujeres que reportan maltrato físico desde los 15 años por cualquier persona aparte de la pareja, por país (%) n=906



Alrededor de la mitad de las mujeres (49%) indicó haber experimentado alguna vez algún tipo de violencia por personas diferentes a la pareja, con valores que oscilan entre el 82,5% en Bolivia y el 23,9% en Guatemala.

En cuanto al sexo del perpetrador, la mayoría sigue siendo exclusivamente hombres (43,6%) y mayormente hombres y algunas mujeres (26,7%). Al desagregar por persona perpetradora de la violencia

y el vínculo con la entrevistada, la madre (36,6%) y otro familiar (35,6%) son las figuras que más se declaran como perpetradora de la violencia física alguna vez por cualquier persona distinta de la pareja. Según datos de UNICEF (2018), en América Latina (estimaciones de 10 países), el 64% de los niños y las niñas menores de 15 años experimentan regularmente algún tipo de disciplina violenta (agresión emocional o castigo corporal).<sup>43</sup>



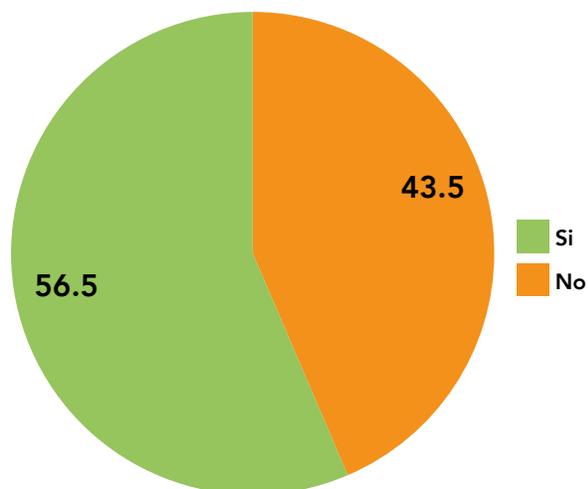


## Violencia sexual desde los 15 años por cualquier persona distinta a la pareja

“Cuando sufrimos una violencia sexual, ya sea con una persona desconocida o con el propio marido, ¿que dicen? Que nosotras somos las que andamos provocando a los hombres, que nosotras somos las que andamos enseñando, que porque ya queremos. Eso es lo que pasa en nuestro país y eso es lo que tenemos que enfrentar a diario las mujeres. No podemos estar libres en nuestra comunidad, ya sea si salimos a un viaje en las camionetas, si... hasta también con nuestras familias suele pasar estas circunstancias.” (GF Guatemala)

La violencia sexual es considerada como una posible vía directa de la transmisión del VIH. Aunque 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.<sup>44</sup> Sin embargo, más investigación es necesaria para comprender la asociación entre violencia sexual y VIH, incluyendo: a) la influencia del sexo y la edad relacionadas con las características anatómicas en la transmisión, adquisición y patogenia del VIH, b) el rol de las relaciones anales heterosexuales en la transmisión

**Gráfico 24. Mujeres que reportan violencia sexual por cualquier persona aparte de la pareja alguna vez (%) n=907**



del VIH; y c) el rol de las heridas/laceraciones genitoanales en transmisión, adquisición y patogenia del VIH.<sup>45</sup>

**Cuadro 11. Situaciones más frecuentes de violencia sexual por cualquier persona**

Situaciones de violencia sexual	Prevalencia	Edad
Tocaron su cuerpo sin su consentimiento (n=317)	35,6	12,6
La obligaron a tener relaciones sexuales sin su consentimiento (n=267)	29,8	14,9
La obligaron a tocar partes íntimas de otra persona sin su consentimiento (n=162)	18,6	12,5
La obligaron a desvestirse y mostrar sus partes íntimas (n=156)	17,8	12,8
La obligaron a mirar las partes íntimas de otra persona (n=141)	16,2	12,7
La obligaron a tener relaciones sexuales a cambio de dinero (n=77)	8,8	16,2
La filmaron o fotografiaron desnuda (n=27)	3,2	20,8

El 43,5% de las mujeres con VIH declaró haber sido objeto de violencia sexual alguna vez por una persona diferente a la pareja, siendo las situaciones de mayor frecuencia que “Tocaron su cuerpo sin su consentimiento” (35,6%) y “La obligaron a tener relaciones sexuales sin su consentimiento” (29,8%).

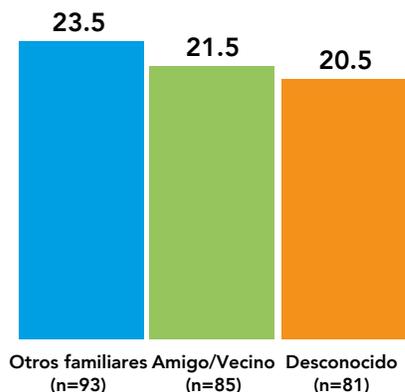
Todas estas situaciones ocurrieron por primera vez en promedio entre los 12,5 años y los 20,8 años. La situación de violencia sexual que se presentó a edades más tempranas fue la de “Obligarlas a tocar las partes íntimas de una persona”, lo que se produjo a los 12,5 años en promedio, y en las de mayor edad fue la de “Mantener de forma obligada relaciones sexuales a cambio de dinero” y “Filmar o fotografiarlas desnudas”, hechos que se produjeron entre los 16 y 20,8 años de edad en promedio.





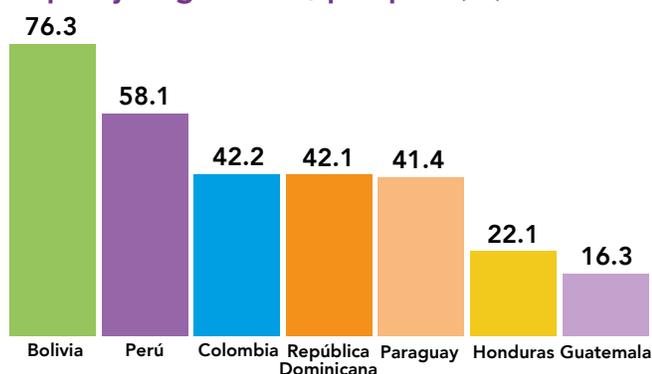
Tres de cada 10 mujeres con VIH declaran que las obligaron a tener relaciones sexuales sin su consentimiento, ocurriendo en torno a los 12 años de media la mayoría de las situaciones de abuso descritas.

**Gráfico 25. Principales personas distintas a la pareja que han ejercido violencia sexual contra las entrevistadas (%)**



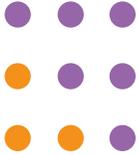
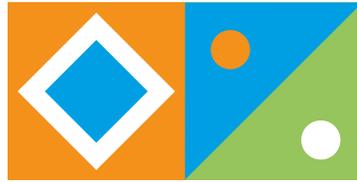
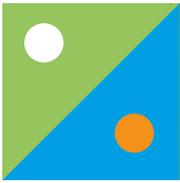
Aunque las principales personas perpetradoras de las situaciones de violencia sexual han sido hombres cercanos a las entrevistadas, dos de cada 10 mujeres reportan haber sido abusadas sexualmente por desconocidos.

**Gráfico 26. Mujeres que reportan violencia sexual por cualquier persona diferente a la pareja alguna vez, por país (%) n=907**



La prevalencia de violencia sexual por cualquier persona diferente a la pareja alguna vez en los siete países analizados es del 43,5%. Dos países se sitúan por encima del valor de la muestra total: Bolivia (76,3%) y Perú (58%). Los países con prevalencia más baja fueron Honduras (22%) y Guatemala (16,3%).





“Yo creo que esto viene desde mi niñez porque siempre mi papa decía NO y tenía que ser NO. Y constantemente cuando era niña yo no conocía lo que era golpe de madre, siempre he conocido que es el golpe de padre, el único que corregía en casa era mi papá y mi mamá pues era sujeta a mi papá...no decía nada ...obedece a tu padre ...” (GF Perú)

La violencia psicológica es donde más duele, donde más lastima, es cuando no te quieren hablar no te quieren por decir... quizás ni invitarte a un vaso de agua porque ellos piensan que nosotros quizá con esa enfermedad podemos contagiarles a ellos. Pero esa violencia psicológica es donde más nos duele a nosotros.” (GF Bolivia)

Escuché a los vecinos, de lo que dicen de esa persona (con VIH), de cómo ellos lo tratarían. Y yo digo...si ellos supieran que yo tengo eso.” (GF República Dominicana)

## VII. SITUACIONES ESPECÍFICAS DE VIOLENCIA FAMILIAR (APARTE DE LA PAREJA), COMUNITARIA Y COLECTIVA E HISTORIA DE AGRESIÓN FÍSICA DEL PADRE/PADRASTRO HACIA LA MADRE/MADRASTRA

### Principales hallazgos

- El 45,5% de las mujeres reportó que sus padres/padrastrros habían agredido físicamente a sus madres/madrastras alguna vez.
- El 10,9% reportó haber sido excluida de reuniones sociales en la comunidad, el 25,5% indicó que alguien de su familia las ha insultado, menospreciado, manipulado, humillado y/ o amenazado; el 17,5% ha dejado de aplicar a un trabajo por su condición de VIH; el 2,9% indicó que su(s) hija(os) ha(n) sido rechazada(os), expulsada(os) o se le(s) ha impedido asistir a una institución educativa.





### Principales hallazgos

- La mitad o más de las encuestadas reportan que se les ha negado información sobre salud sexual (57,1%), sexualidad placentera y segura (53,1%) y sobre el virus del papiloma humano (51,7%). El 48% indicó que le fueron negados servicios de cáncer cervicouterino y cáncer de mama y alrededor del 35% de las mujeres reportó que les han negado anticonceptivos.
- Entre mujeres alguna vez embarazadas, el 20,7% ha reportado que alguna vez se han sentido coaccionadas por algún profesional de la salud a someterse a un aborto o una esterilización.
- El 34,3% de las mujeres manifestó que alguna vez algún profesional de la salud les aconsejó "No tener hijos".
- El 10,5% reportó que alguna vez ha sido acosada, amenazada o agredida físicamente por su condición de activista/defensora de derechos de las mujeres.

a 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. Estas violencias pueden variar significativamente de acuerdo a múltiples circunstancias y características del contexto tales como existencia de conflicto armado, territorios controlados por el crimen organizado,

crisis política, zona urbana o rural, áreas segregadas según grupos étnicos, o nivel socioeconómico, entre otros.<sup>46,47,48,49</sup>

La violencia contra mujeres con VIH ejercida por familiares es frecuente e incluye múltiples situaciones de violencia emocional y económica, abandono, culpabilización y violación de la confidencialidad, entre otros.<sup>53,54,55</sup> Al mismo tiempo, algunos estudios también muestran que la comunicación del estado serológico a familiares puede tener efectos positivos, incluyendo el recibir apoyo familiar, y puede ser beneficioso para la salud mental de las mujeres con VIH.<sup>53,54</sup>

### Antecedentes de maltrato físico del padre/padrastro a la madre/madrastra

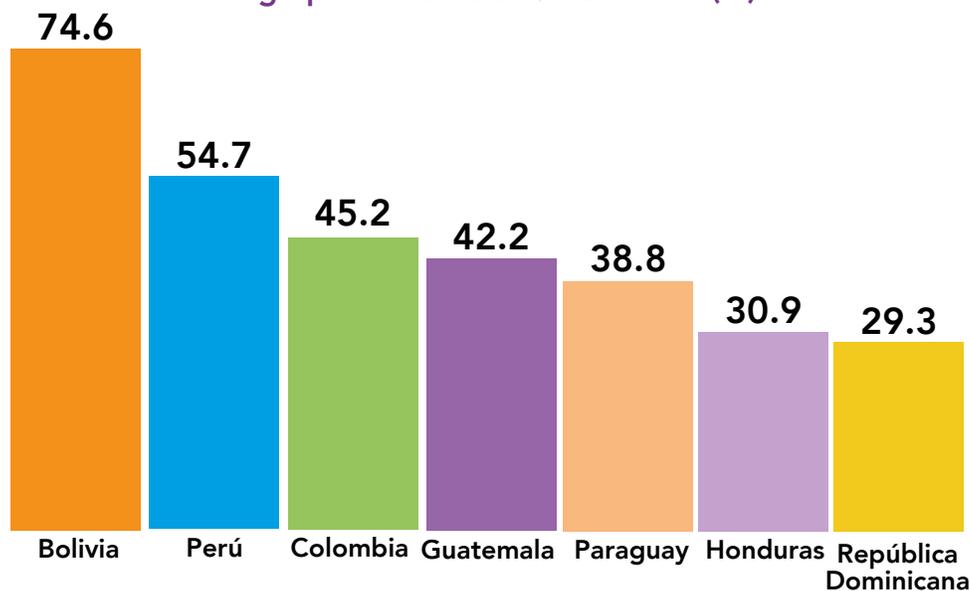
Diversos estudios muestran que ser testigo de violencia hacia la madre por parte del padre (o viceversa) puede generar problemas psicológicos y emocionales así como consecuencias adversas a largo plazo en el desarrollo, tales como depresión, síntomas relacionados con trauma y baja autoestima en las mujeres. Estos problemas pueden aumentar o disminuir dependiendo de si la niña o niño es también víctima de abuso físico, la edad, el sexo, la cantidad de tiempo que ha estado expuesta(o) a esta violencia, cómo la/el niña(o) percibe su relación con los adultos en la familia, y el grado de apoyo familiar percibido por ella/él.<sup>55,56</sup>

El 45,5% de las mujeres reportaron que sus padres/padrastrros habían agredido físicamente a sus madres/madrastras alguna vez. Tres países registran valores similares o mayores a este promedio: Bolivia (74,6%), Perú (54,7%), y Colombia (45,2%). (Gráfico 27).





**Gráfico 27. Mujeres que reportan que su padre/padrastro golpeó a su madre/madrastra (%)**



### Experiencias de violencia familiar, comunitaria y colectiva/institucional

Las conductas de agresión y exclusión de familiares, miembros de la comunidad y sectores de educación, vivienda, trabajo y servicios de salud reflejan los retos que enfrentan las mujeres con VIH para navegar sus relaciones interpersonales en los ambientes y contextos de su vida cotidiana.

La proporción de mujeres que reportan estas situaciones presentan diferencias según ámbito, por país:

- **Comunidad.** Un 10,9% reportó haber sido excluida de reuniones sociales en la comunidad, con cifras iguales o superiores al promedio en Paraguay (22,2%), Bolivia (16,7%) y en Colombia (10,6%).
- **Familia (aparte de la pareja).** Un 25,5% indicó que alguien de su familia la ha insultado, menospreciado, manipulado, humillado y/o amenazado, con porcentaje igual o superior en Bolivia (50%), Colombia (32%), Paraguay (26,3%) y Perú (25,2%). El 12,6% indicó que alguien de su familia le ha quitado dinero, propiedades, bienes o negado herencias, con valores superiores en

Bolivia (20,3%), Colombia (18,1%) y Paraguay (17,8%). El 17,9% reportó que ha sido excluida de actividades familiares con porcentajes superiores en Paraguay (32,9%), Bolivia (29%) y Colombia (26,9%).

- **Trabajo.** El 17,5% ha dejado de aplicar a un trabajo por su condición de VIH, con cifras superiores en República Dominicana (37,4%), Bolivia (32,6%) y Colombia (23,4%).
- **Vivienda.** El 12,8% se han visto forzadas a cambiar su lugar de residencia o han sido incapaces de alquilar un lugar para vivir, con valor igual o superior en Bolivia y Paraguay (23%), y Colombia (12,4%).
- **Educación.** El 2,9% indicó que su(s) hija(os) ha(n) sido rechazada(os), expulsada(os) o se le(s) ha impedido asistir a una institución educativa con valores similares o superiores en República Dominicana (4,3%), Guatemala (3,9%), Colombia (3,5%), Paraguay (3,1%) y Bolivia (2,9%).
- **Salud.** Al 14,9% se le ha negado algún servicio de salud debido a su condición de VIH, con cifras del 10% o más en Colombia (29%), Bolivia (24,8%) y Paraguay (16,9%).





**Cuadro 12. Mujeres que reportan haber experimentado situaciones seleccionadas de violencia familiar (aparte de la pareja), comunitaria y colectiva/institucional (%)**

Situaciones de violencia según ámbito	Bolivia	Colombia	Guatemala	Honduras	Paraguay	Perú	República Dominicana	Total
<b>Comunidad</b>								
Ha sido excluida de reuniones o actividades sociales	16,7	10,6	2,0	6,3	22,2	6,9	7,8	10,9
Ha sido excluida de actividades religiosas o de lugares de culto	2,2	2,9	1,0	2,8	9,8	1,5	5,2	3,8
<b>Familia (aparte de la pareja)</b>								
Alguien de su familia la ha insultado, menospreciado, manipulado, humillado y/o amenazado	50,0	32,0	7,8	8,5	26,3	25,2	22,4	25,5
Alguien de su familia le ha quitado dinero, propiedades, bienes o negado herencias	20,3	18,1	4,9	4,2	17,8	8,4	10,3	12,6
Ha sido excluida de actividades familiares	29,0	26,7	2,9	4,2	32,9	7,6	13,8	17,9
<b>Acceso a la vivienda</b>								
Ha sido forzada a cambiar su lugar de residencia o ha sido incapaz de alquilar un lugar para vivir	23,2	12,4	9,8	4,9	23,0	4,6	9,5	12,8
<b>Trabajo</b>								
Ha perdido su trabajo u otra fuente de ingresos	18,1	10,5	4,0	4,3	9,0	6,1	15,7	9,8
Ha cambiado la descripción o naturaleza de su trabajo, se le ha cambiado de puesto o negado un ascenso laboral	15,9	6,5	2,0	1,4	4,8	1,5	13,2	6,5
Ha dejado de aplicar a un trabajo por su condición de VIH	32,6	23,4	2,0	8,5	9,4	6,9	37,4	17,5
<b>Sistema educativo</b>								
Ha sido rechazada, expulsada o se le ha impedido asistir a una institución educativa	3,6	4,1	2,9	0,0	0,8	3,1	2,6	2,5
Su(s) hija(os) ha(n) sido rechazada(os), expulsada(os) o se le(s) ha impedido asistir a una institución educativa	2,9	3,5	3,9	0,7	3,1	2,3	4,3	2,9
<b>Servicios de salud</b>								
Se le ha negado algún servicio de salud debido a su condición de VIH	24,8	29,0	3,9	0,7	16,9	12,2	10,3	14,9

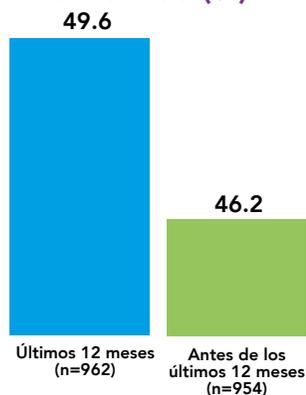
El 46,2% ha experimentado al menos una de las situaciones de violencia familiar (aparte de la pareja), comunitaria y colectiva/institucional analizadas en el gráfico 28 en el último año y la mitad de las mujeres (49,6%) alguna vez en la vida, con una diferencia de apenas

3,4 puntos porcentuales, lo que pone de manifiesto la recurrencia de estas violencias en la vida de las mujeres con VIH. El 75% atribuye estas situaciones a su condición de VIH, ya que para el 87% de las encuestadas se produjeron posteriormente al diagnóstico.





**Gráfico 28. Mujeres que reportan situaciones de violencia familiar (aparte de la pareja), comunitaria y colectiva/institucional en el último año y alguna vez en la vida (%)**



Estas situaciones ocurrieron:		Cree que esto ocurrió debido a: (n=479)	
Antes del diagnóstico del VIH	10,9%	El diagnóstico de VIH	75%
Después del diagnóstico	87,3%	Otras razones	11%
No recuerda	1,8%	Ambos	12%
		No está segura del porqué	2%

## Violencia en los servicios de salud

El ejercicio del derecho a la salud de las mujeres con VIH involucra la protección de diversos derechos tales como la igualdad y la no discriminación, a no sufrir tortura o trato cruel, inhumano o degradante, a la integridad física y mental, a la dignidad, el derecho a la salud integral, a la autonomía reproductiva, a no sufrir violencia, el derecho a la libertad personal, a la privacidad y la vida familiar.<sup>57,58</sup>

La declaración de la OMS (2014) sobre "Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud" señala que todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, lo que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación. Entre las prácticas de trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud mencionados en esta declaración y que aplican a otros aspectos vinculados a la salud sexual y reproductiva, menciona el maltrato físico, humillación y maltrato

verbal, procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos (incluida la esterilización), falta de confidencialidad, incumplimiento con la obtención del consentimiento informado completo, negativa a administrar analgésicos, violaciones flagrantes de la privacidad, rechazo de la admisión en centros de salud, negligencia hacia las mujeres durante el parto (lo que deriva en complicaciones potencialmente mortales, pero evitables), y retención de las mujeres y de los recién nacidos en los centros de salud debido a su incapacidad de pago.<sup>59</sup> Las violaciones de los derechos de las mujeres con VIH en servicios de salud han sido documentadas en diversos países de América Latina.<sup>60</sup>

“Aparte de que han pagado mis hijas la cirugía, un costo adicional aparte, han pagado porque yo tenía la enfermedad (VIH), entonces han dicho que en ningún hospital nos iban a recibir. Mis hijas por la desesperación le habían dicho al doctor ¿cuánto nos va a cobrar? Nosotros le vamos a pagar. Entonces él dijo: tanto es el monto y adicionalmente tanto me van a dar, porque estoy haciendo sin autorización del médico, del director.” (GF Bolivia)

“Hasta que un día me dijo la doctora ‘parece que tuvieras sida’, así de esa manera y después los doctores me han hecho a un lado, me han aislado a un cuarto vacío ahí estuve...” (GF Bolivia)

La mitad o más de las encuestadas reportan que se les han negado información sobre salud sexual (57,1%), sexualidad placentera y segura (53,1%) y sobre el virus del papiloma humano (51,7%). Igualmente, el 48% indicó que le fueron negados servicios de cáncer cervicouterino y cáncer de mama. Se observa que alrededor del 35% de las mujeres reportó que se les han negado anticonceptivos, alcanzando el 100% de las entrevistadas en Guatemala, seguido por Bolivia (37,6%), Colombia (30,5%), y Paraguay y Perú, 28,6%. (Cuadro 13).





**Cuadro 13. Mujeres que reportan que alguna vez les han negado servicios de salud sexual y reproductiva debido a su condición de VIH, según tipo de servicios, por país (%)**

Tipo de servicio	Bolivia	Colombia	Guatemala	Honduras	Paraguay	Perú	República Dominicana	Total
Anticonceptivos (n=83)	37,6	30,5	100	0,0	28,6	28,6	0,0	34,6
Consejería (n=40)	17,2	14,0	8,3	50,0	16,7	14,3	28,6	16,9
Información en salud sexual (n=136)	72,0	43,1	8,3	0,0	64,6	85,7	0,0	57,1
Cáncer de mama (n=116)	86,0	52,5	25,0	0,0	2,0	7,1	0,0	48,5
Cáncer cervicouterino (n=116)	68,8	58,3	25,0	16,7	16,7	21,4	28,6	48,3
Reemplazo hormonal (n=104)	64,5	60,0	8,3	0,0	14,6	0,0	0,0	43,3
Menopausia (n=111)	65,6	70,0	25,0	16,7	6,3	7,1	0,0	46,3
Virus del Papiloma Humano (n=124)	68,8	60,0	16,7	50,0	31,3	14,3	28,6	51,7
Reproducción asistida (n=102)	62,4	60,0	0,0	0,0	4,2	35,7	14,3	42,5
Sexualidad placentera y segura (n=127)	87,1	59,3	0,0	33,3	8,3	35,7	0,0	53,1

### Violaciones de derechos en los servicios de salud durante el embarazo

Del total de mujeres alguna vez embarazadas (n=861), el 20,7% (n=178) ha reportado que alguna vez se han sentido coaccionadas por algún profesional de la salud a someterse a un aborto o una esterilización, alcanzando alrededor del 30% en Bolivia, Colombia y Perú. Del total de mujeres que han reportado esta situación, la coacción para someterse

esterilización fue la más frecuente (86,5%) y el aborto con menor frecuencia (32%). En el 38,8% de los casos fue el profesional de salud quien decidió con la pareja de las mujeres. En relación a la percepción acerca de las causas vinculadas con estas situaciones de coacción, el 78,4% señaló que estas situaciones estuvieron asociadas a la condición de VIH, ya que el 95,6% de estas situaciones en las mujeres con VIH embarazadas ocurrieron posterior a su diagnóstico.

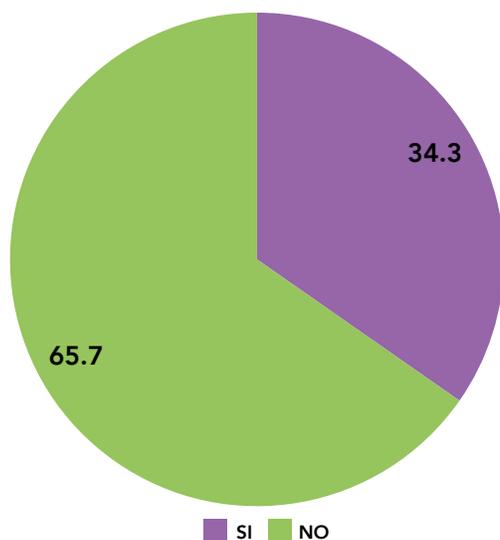
**Cuadro 14. Mujeres alguna vez embarazadas que alguna vez se sintieron coaccionadas por personal de salud para someterse a un aborto o una esterilización, o el/la profesional de salud decidió con su pareja sobre la esterilización (%)**

País	Se sintió coaccionada alguna vez (n=861)	Del total de mujeres alguna vez coaccionadas (n=178)		
		Esterilización	Aborto	Profesional de salud decidió con su pareja
Bolivia	29,9	40,0	94,3	45,7
Colombia	29,7	43,5	69,6	32,6
Guatemala	21,7	40,0	90,0	65,0
Honduras	8,8	33,3	75,0	41,7
Paraguay	15,4	21,1	94,7	31,6
Perú	29,1	18,9	94,6	21,6
República Dominicana	8,1	0,0	100,0	66,7
Total	20,7	32,0	86,5	38,8





**Gráfico 29. Porcentaje de mujeres que reportan que alguna vez un profesional de la salud les aconsejó no tener hijos (as) (n=930)**



**Estas situaciones ocurrieron:**

Antes del diagnóstico del VIH	10,9%
Después del diagnóstico	87,3%
No recuerda	1,8%

**Cree que esto ocurrió debido a: (n=479)**

El diagnóstico de VIH	75%
Otras razones	11%
Ambos	12%
No está segura del porqué	2%

El 34,3% de las mujeres manifestó que alguna vez algún profesional de la salud les aconsejó “No tener hijos”, con variaciones según país: Perú (58,8%), Bolivia (48,5%), Colombia (35,2%), Paraguay (29,4%), Guatemala (27,4%), Honduras 22,5%), y República Dominicana (18,1%). (Gráfico 29).

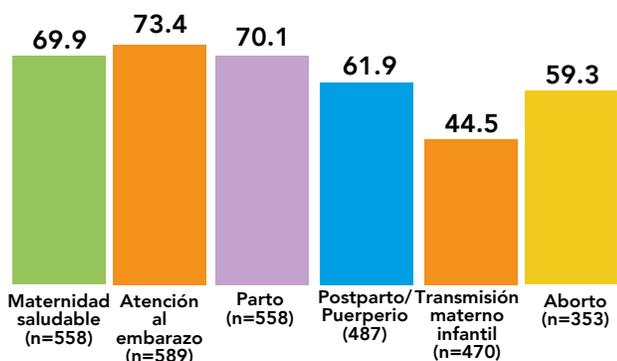
El 77% atribuye esta situación al hecho de vivir con el VIH, ya que en la mayoría de los casos esta situación se presentó posterior al diagnóstico (94%).

En cuanto al acceso a la terapia antiretroviral (n=902), el 14,4% reportó que el mismo estaba condicionado al uso de ciertos anticonceptivos,

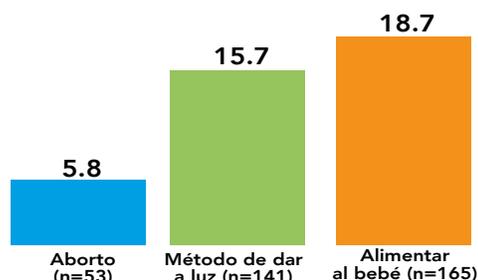
alcanzando cifras del 39,4% en Honduras, 23,9% en Colombia, 20,3% en República Dominicana, 6,5% en Perú, 3% en Guatemala, 2,2% en Paraguay y 1,4% en Bolivia.

Siete de cada 10 entrevistadas reportó haber recibido información sobre maternidad saludable, atención al embarazo y al parto, seis de cada 10 sobre postparto/puerperio, y cuatro de 10 sobre aborto. Alrededor de dos de cada 10 indicó que fue coaccionada a una práctica concreta de alimentar al bebé por su condición de VIH y un poco más de una de cada 10, a un método de dar a luz.

**Gráfico 30. Porcentaje de mujeres alguna vez embarazadas que reportan haber recibido información sobre temas seleccionados en el programa PTMI**



**Gráfico 31. Porcentaje de mujeres alguna vez embarazadas que reportan haber sido coaccionadas por un profesional de salud a prácticas seleccionadas debido a su condición de VIH**





## Violencia asociada al activismo como defensoras de derechos de las mujeres

Los ataques, actos represivos, intimidaciones, amenazas, criminalización y judicialización, restricciones de libertad de movimiento y de expresión, e incluso asesinatos de mujeres defensoras de derechos han sido documentados en varios países de América Latina.<sup>61,62</sup>

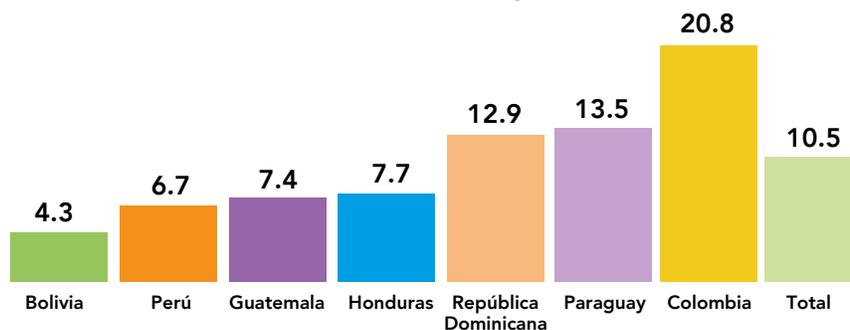
El 10,5% reportó que alguna vez ha sido acosada, amenazada o agredida físicamente por su condición de activista/defensora de derechos de las mujeres, siendo Colombia y Paraguay los países con las proporciones más altas de mujeres que reportan esta situación, con un 20,8% y un 13,5% respectivamente, seguidos por República Dominicana (12,9%). (Gráfico 32).

## Intersecciones entre las violencias por parte de cualquier persona diferente a la pareja, la edad y la pertenencia étnica

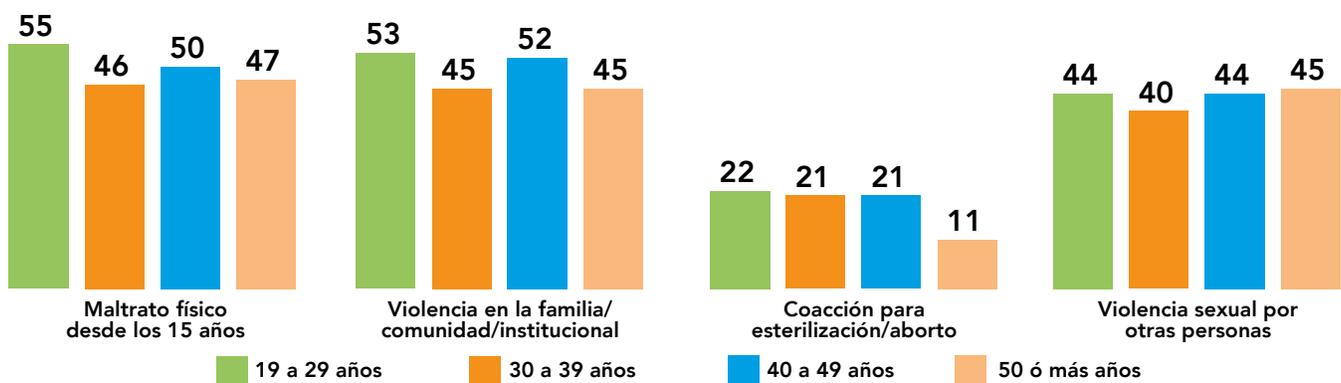
En cuanto a la violencia por parte de personas diferentes de la pareja, en las prevalencias no se identifica un patrón según grupo de edad, aunque el grupo de 19-29 años en este caso, al igual que en la violencia infligida por la pareja, también acumula la mayor carga de violencia en comparación con los demás grupos. En este sentido, todas las mujeres, independientemente de su edad, estarían igualmente expuestas a violencia en los ámbitos de la familia (aparte de la pareja), la comunidad e institucional.

Se observa que la violencia sexual por personas diferentes a la pareja afecta casi por igual a todos los grupos de edad (entre el 40 y el 45%) así como la coacción para abortar o esterilizarse

**Gráfico 32. Porcentaje de mujeres que alguna vez han sido acosadas, amenazadas o agredidas físicamente por su condición de activistas/defensoras de derechos de las mujeres (n=293)**



**Gráfico 33. Prevalencia de violencia por parte de cualquier persona distinta a la pareja según grupo de edad (N=923)**





se sitúa entre el 21 y el 22% entre las mujeres de 19 a 49 años. Este último dato es relevante ya que el argumento común cuando se “prescribe” este tipo de soluciones por parte de algunos profesionales sanitarios a mujeres con VIH embarazadas apuntan a la “edad de la mujer o la cantidad de hijos que ya ha tenido”. Sin embargo, el porcentaje de mujeres de 40-49 años que reportan este tipo de coacción es similar al de las mujeres más jóvenes (19-29 años). Este tipo de violencia no parece estar relacionada con la edad de la mujer, sino que, como lo perciben las mismas entrevistadas, estaría vinculado al hecho de ser mujeres con VIH.

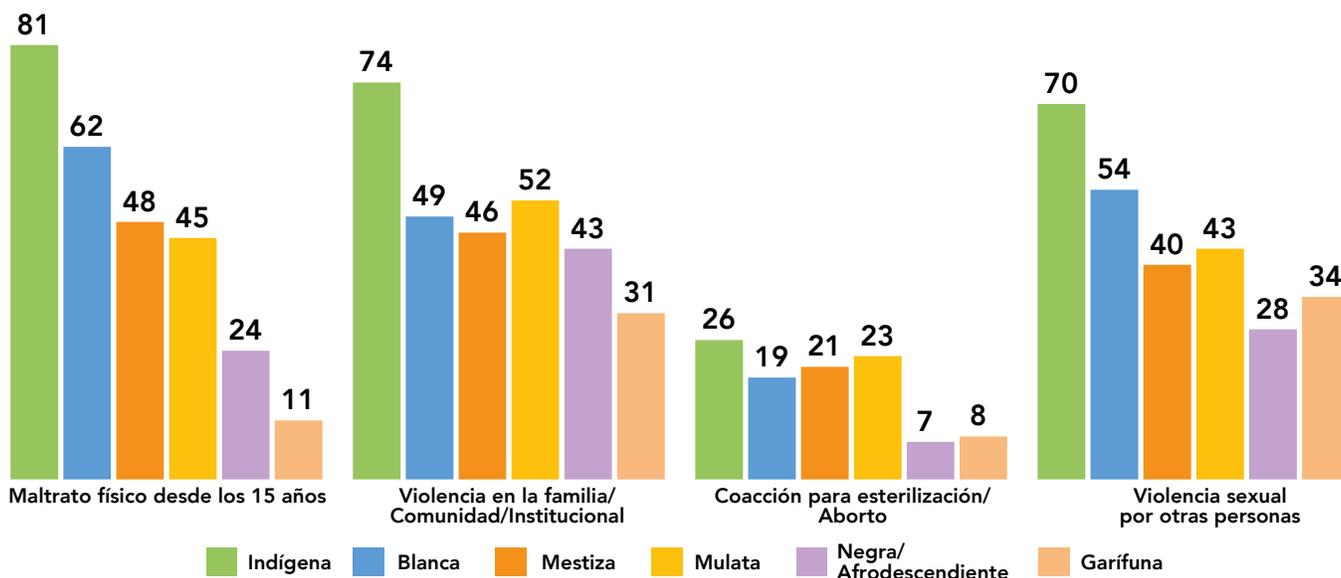
En las situaciones de violencia familiar, comunitaria y colectiva/institucional y de violencia física y sexual por otras personas aparte de la pareja, las mujeres indígenas con VIH reportan mayor prevalencia en todos los tipos de violencia analizados, llegando hasta

el 81% en violencia física desde los 15 años, 74% en violencia en la comunidad y un 70% experimentó alguna situación de violencia sexual alguna vez por una persona diferente de la pareja, seguido por las mujeres blancas (entre el 19% y el 62%), mestizas (entre 21 y 48%) y mulatas (entre 23 y 45%).

Entre las mujeres negras y garífunas, la mayor prevalencia se registra en la violencia familiar, comunitaria y colectiva/institucional (43% en mujeres negras) y en la violencia sexual por otras personas (34% en mujeres garífunas).

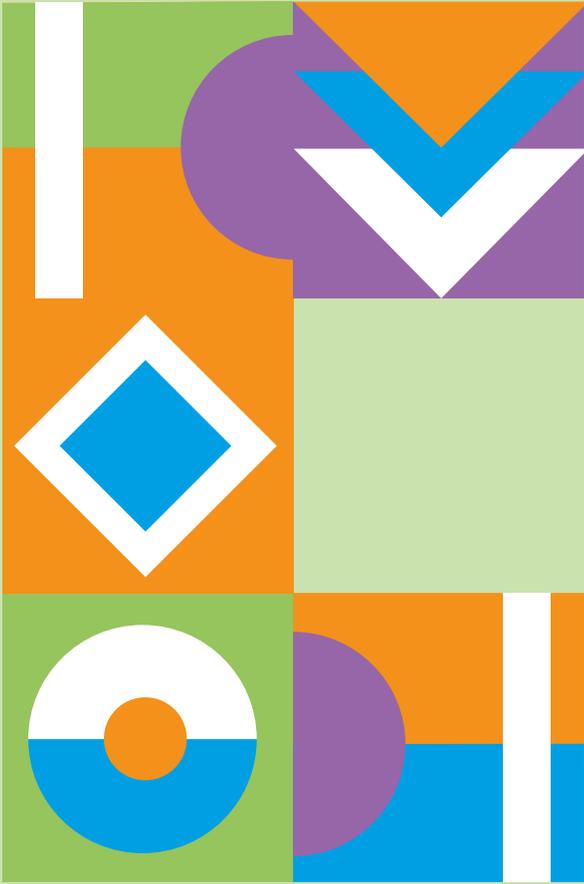
Las violencias por cualquier persona diferente de la pareja estarían vinculadas con la pertenencia a determinados grupos étnicos, en especial con las indígenas, las cuales muestran mayor prevalencia en todos los tipos de violencia (por la pareja y por otras personas), seguidas por las mujeres mestizas y mulatas.

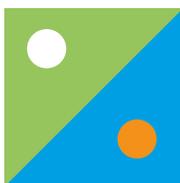
**Gráfico 34. Prevalencia de violencia por parte de cualquier persona diferente a la pareja según pertenencia étnica (N=898)**



“Yo diría que, por el hecho de ser mujer, todas las mujeres sufrimos la violencia, pero puedo enfocar en las mujeres que son indígenas. A estas mujeres las tratan de analfabetas, ignorantes, las aíslan por el hecho de que son personas identificadas indígenas.” (GF Guatemala)







## VIII. MIEDO A EXPERIMENTAR VIOLENCIA POR DISTINTAS PERSONAS Y EN DIVERSOS ÁMBITOS

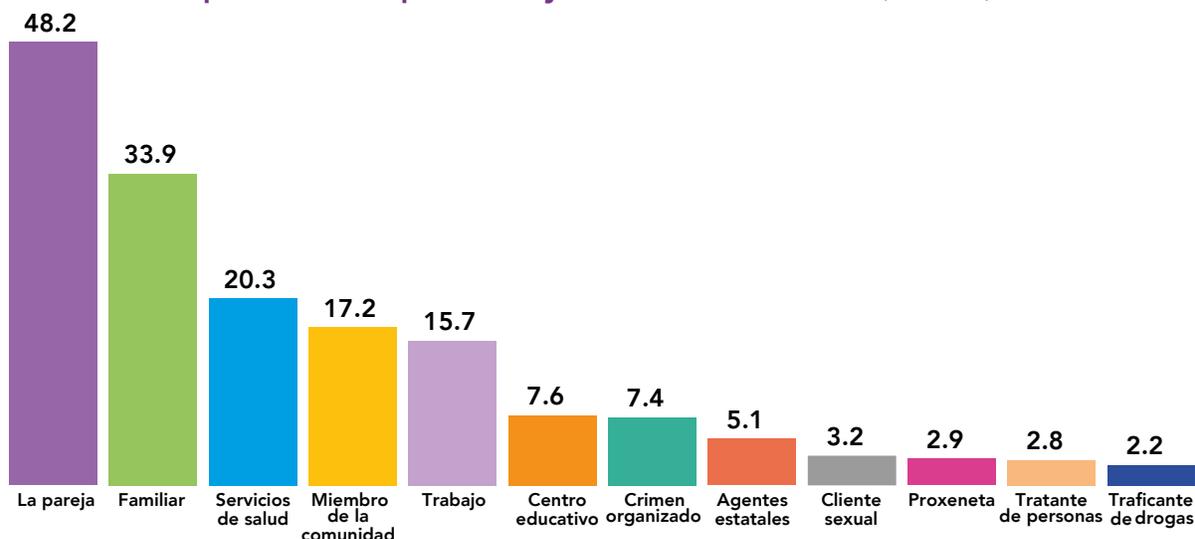
### Principales hallazgos

- Las personas y ámbitos de los que las mujeres con VIH tienen miedo que ejerzan violencia en su contra, reportadas por el 10% o más de las entrevistadas, incluyen: la pareja (48,2%), familiares (33,9%), los servicios de salud (20,3%), miembros de la comunidad (17,2%) y en el trabajo (15,7%).
- Otros relevantes para los fines del estudio: en centros educativos (7,6%), miembros del crimen organizado (7,4%) y agentes estatales (5,1%).

El miedo a experimentar violencia puede tener importantes costos para las mujeres, incluyendo la pérdida de oportunidades educativas, empleo, de participación en actividades sociales y recreativas, autopercepción negativa, ansiedad, depresión y pérdida de confianza en su contexto y en las personas de su entorno. Diversos estudios muestran que el miedo a la violencia por la pareja limita la



**Gráfico 35. Porcentaje de mujeres que reportan tener miedo de experimentar violencia por distintas personas y en diversos ámbitos (n=805)**



capacidad de las mujeres para negociar sexo seguro y uso del condón, y al mismo tiempo la comunicación del estado serológico puede constituir un factor de riesgo de violencia por la pareja, la familia o miembros de la comunidad, así como una barrera de acceso a determinados servicios.<sup>64,65</sup>

Las personas y ámbitos de los que las mujeres con VIH tienen miedo

que ejerzan violencia en su contra, reportadas por el 10% o más de las entrevistadas incluyen: la pareja (48,2%), familiares (33,9%), los servicios de salud (20,3%), miembros de la comunidad (17,2%) y en el trabajo (15,7%). Un porcentaje de mujeres, aunque bajo, indicó sentir miedo a sufrir violencia en contextos y por personas que por sus características son relevantes para los fines del

**Cuadro 15. Porcentaje de mujeres que declaran tener miedo de experimentar violencia por distintas personas**

Persona/Institución	Bolivia	Colombia	Guatemala	Honduras	Paraguay	Perú	República Dominicana	Total
La pareja (n=930)	85,5	41,5	23,5	15,8	68,7	60,3	36,5	<b>48,2</b>
Familiar (aparte de la pareja) (n=939)	49,3	33,5	13,7	14,4	50,3	51,9	15,8	<b>33,9</b>
Miembro de la comunidad (n=936)	12,3	17,2	7,9	10,9	27,6	24,6	17,4	<b>17,2</b>
Trabajo (n=928)	23,9	10,7	4,0	3,6	18,4	28,5	21,1	<b>15,7</b>
Centro educativo (n=920)	8,7	7,8	5,0	2,2	11,4	14,7	2,6	<b>7,6</b>
Servicios de salud (n=930)	28,3	13,2	4,0	8,0	38,3	33,6	13,2	<b>20,3</b>
Agentes estatales (n=910)	2,9	6,5	2,0	3,6	11,6	7,0	0,9	<b>5,1</b>
Crimen organizado (n=893)	1,4	10,2	6,9	11,5	5,6	12,7	1,8	<b>7,4</b>
Tratante de personas (n=869)	2,2	3,0	2,0	0,7	2,3	8,1	0,9	<b>2,8</b>
Proxenetista (n=866)	2,2	3,6	0,0	1,4	7,0	3,3	3,5	<b>2,9</b>
Traficante de drogas (n=863)	0,7	1,8	2,0	2,9	0,0	6,6	0,9	<b>2,2</b>
Ciente sexual (n=805)	2,9	2,9	1,0	2,6	9,5	5,0	0,0	<b>3,2</b>



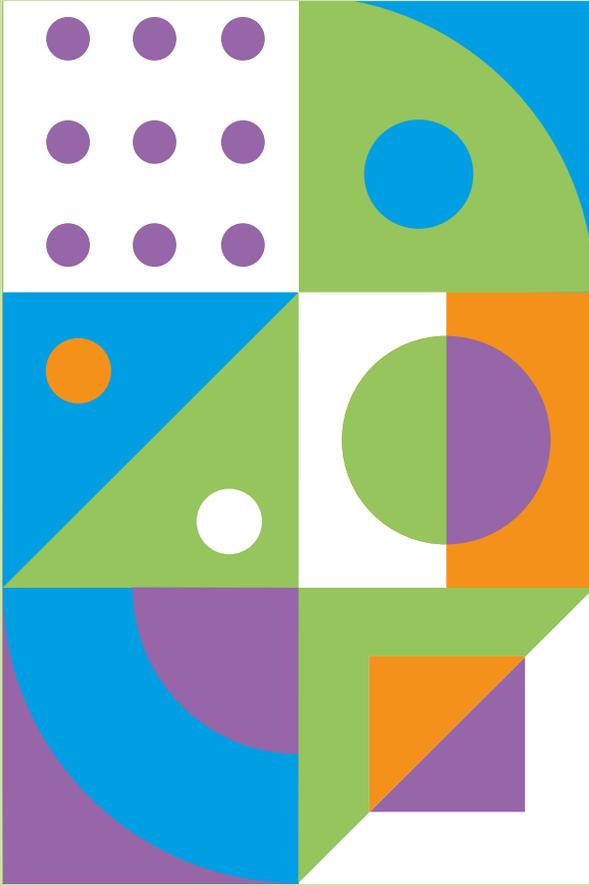


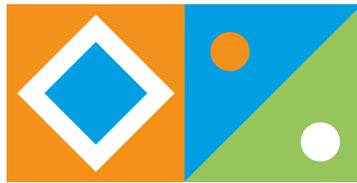
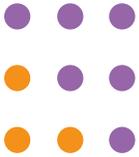
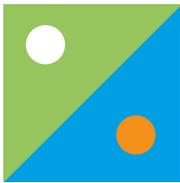
estudio: en centros educativos (7,6%), miembros del crimen organizado (7,4%) y agentes estatales (5,1%).

El número de mujeres con VIH que reportó tener miedo de experimentar violencia ejercida por distintas personas y diversos ámbitos, varía según país.

- **Por la pareja.** En cuatro países resultó que entre cuatro y ocho de cada 10 mujeres en Bolivia (85,5%), Paraguay (68,7%), Perú (60,3%) y Colombia (41,5%) manifestaron sentir ese miedo.
- **Por familiares (aparte de la pareja).** Entre tres y cinco de cada 10 entrevistadas reportaron en ese sentido en Bolivia (49,3%), Perú (51,9) y Paraguay (50,3%), un 33,5% en Colombia y una de cada 10 en República Dominicana (15,8%), Honduras (14,4%), y Guatemala (13,7%).
- **En los servicios de salud.** En tres países fue señalado por dos de cada 10 entrevistadas, con valores de 38,3% en Paraguay, 33,6% en Perú y 28,3% en Bolivia, y por una de cada 10 en República Dominicana y Colombia con un 13,2%.
- **Por miembros de la comunidad.** Fue reportado por al menos una de cada 10 entrevistadas en seis de los siete países participantes: Paraguay (27,6%), Perú (24,6%), República Dominicana (17,4%), Colombia (17,2%), Bolivia (12,3%) y Honduras (10,9%).
- **En lugar de trabajo.** Fue indicado por al menos dos de cada 10 entrevistadas en tres países: Perú (28,5%), Bolivia (23,9%) y República Dominicana (21,1%).
- **Por el crimen organizado.** Fue señalado por una de cada 10 entrevistadas en tres países: Perú (12,7%), Honduras (11,5%), y Colombia (10,2%).







## IX. POLIVICTIMIZACIÓN EN MUJERES CON VIH

### Principales hallazgos

- El 90,7% ha experimentado al menos uno de los nueve tipos de violencia analizados.
- Entre éstas, el 55,3% han sufrido entre dos y cuatro tipos de las violencias examinadas alguna vez y el 10,4%, cinco o más.

Con mucha frecuencia, las mujeres con VIH han experimentado de manera directa e indirecta diversos tipos de violencia. Muchos de los estudios sobre violencia en mujeres con VIH se han centrado en un solo tipo de violencia de manera aislada, como violencia por la pareja, violencia obstétrica, violencia en la niñez, sin explorar las otras experiencias que una misma mujer ha experimentado y que pueden tener lugar de manera concurrente o en momentos y contextos distintos.



Para los fines de este análisis se ha considerado al menos una situación experimentada correspondiente a nueve tipos de violencia/victimización directa:

- Violencia por la pareja (sexual, física, emocional, conductas de control)
- Violencia sexual antes de los 15 años
- Violencia sexual después de los 15 años aparte de la pareja
- Violencia física desde los 15 años por cualquier persona aparte de la pareja
- Violencia por familiares
- Violencia por miembros de la comunidad
- Violencia en el ámbito laboral
- Violencia obstétrica (coacción para esterilización y/o aborto)
- Violencia en servicios de salud (negación de al menos un servicio)

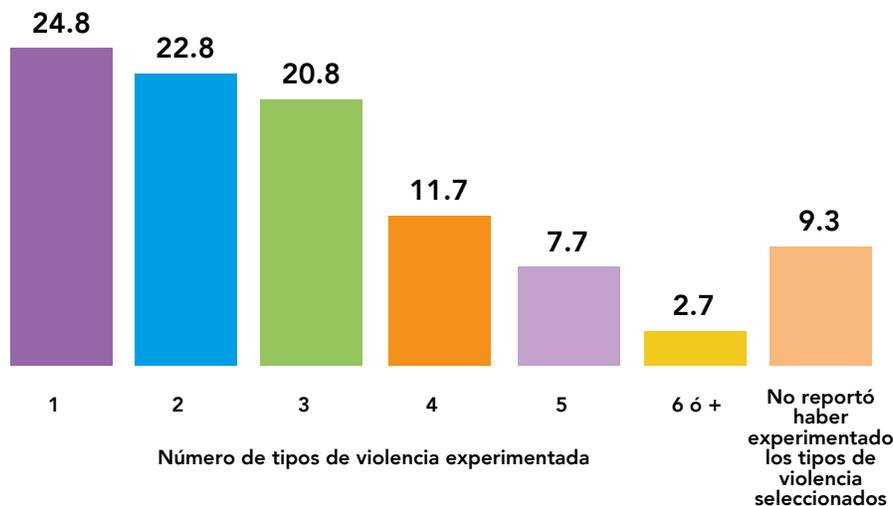
Estos tipos de violencia no incluyen todas las posibles violencias experimentadas por las mujeres con VIH, por ejemplo, acoso (bullying), explotación sexual comercial, tráfico y trata, crímenes contra la propiedad,

violencia en procesos migratorios, etc. Tampoco se abordan eventos de vida traumáticos. Igualmente, en cada uno de los tipos de violencia analizados se incluyen múltiples situaciones y algunas de ellas ocurren varias veces a manos de distintos perpetradores a lo largo del curso de vida, o son violencias sistemáticas por un determinado período de tiempo. En este sentido, este análisis no intenta medir el nivel de polivictimización mediante escalas, solo presenta el porcentaje de mujeres afectadas por varios tipos de violencia.

El 90,7% (866) de las 955 mujeres entrevistadas han experimentado al menos uno de los nueve tipos de violencia analizados. Entre éstas, el 55,3% han sufrido entre dos y cuatro tipos de las violencias examinadas alguna vez y el 10,4%, cinco o más.

El análisis de la polivictimización en las mujeres con VIH permite a las y los proveedores de servicios identificar las necesidades relacionadas con estas violencias y proteger a las mujeres de daños adicionales. Algunos estudios muestran que la polivictimización tiende a persistir en el tiempo.

**Gráfico 36. Porcentaje de mujeres con VIH, por número de tipos de violencia experimentada alguna vez (%) (n=955)**





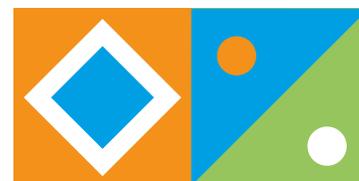
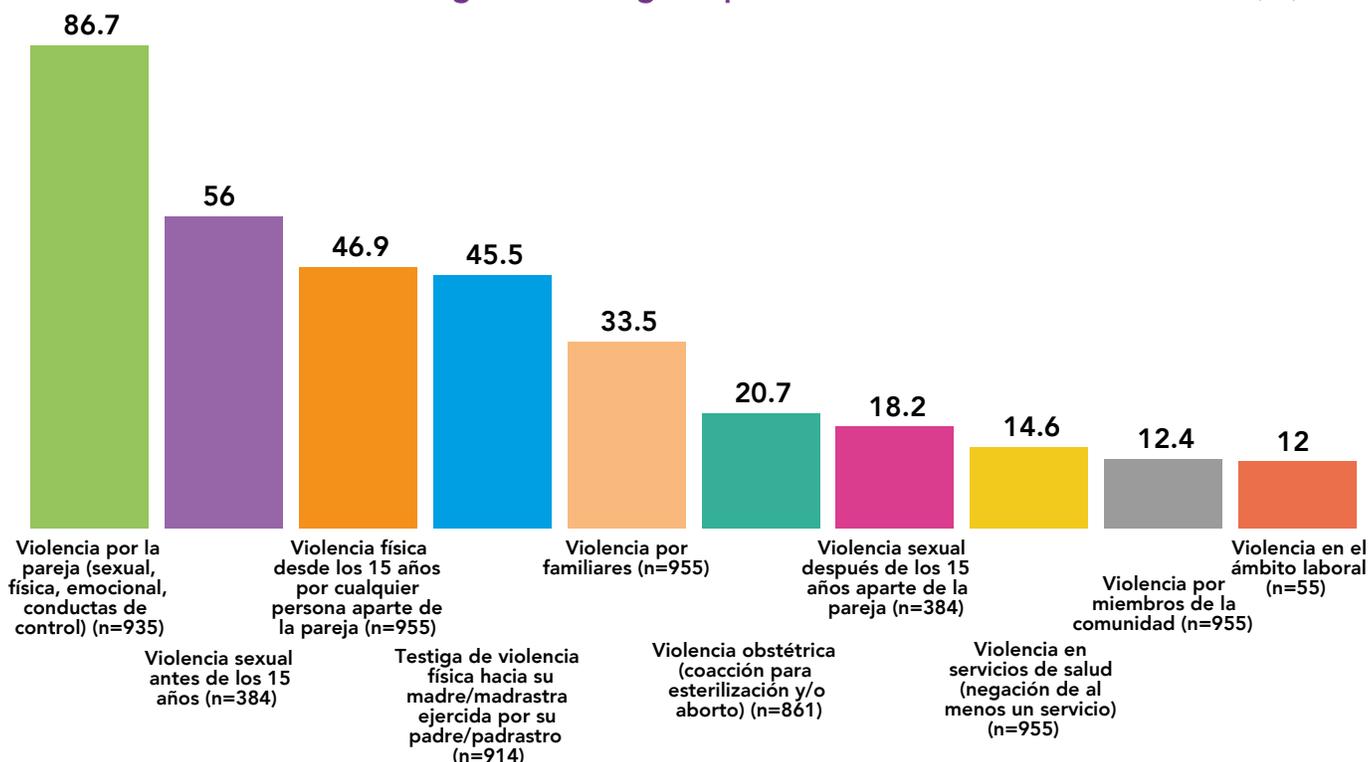
Igualmente, sus efectos adversos pueden agravarse en circunstancias tales como vivir en contextos sociales marcados por altos niveles de violencia social o política, elevada estigmatización en torno al VIH, discriminación racial, alta tolerancia social de la violencia hacia las mujeres, situaciones de emergencia, familias o vecindad con condiciones precarias de vida y problemas sociales (pobreza, desempleo, abuso de sustancias, crimen, etc.).<sup>66</sup>

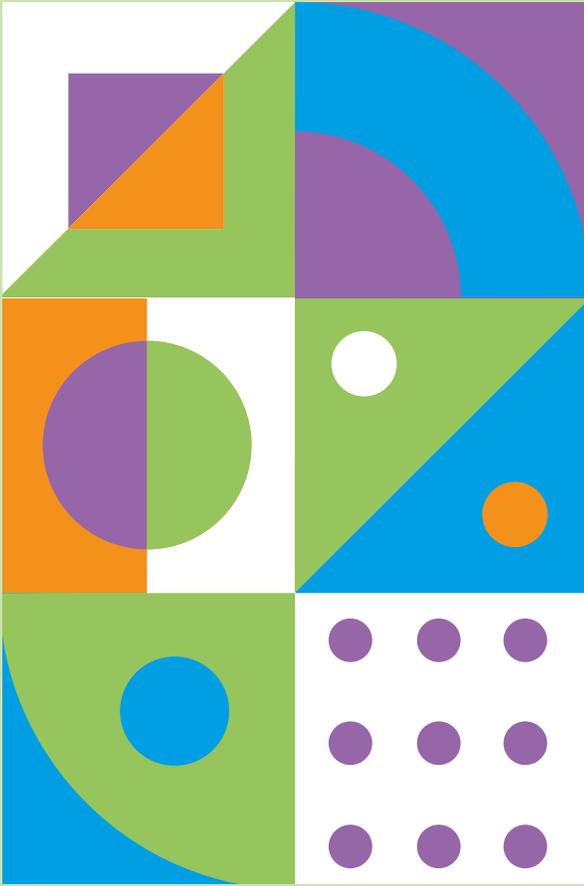
Los efectos de las violencias no deberían ser examinados a partir de un solo tipo aislado, sino más bien una condición de trauma complejo y acumulación de efectos de múltiples violencias y otros eventos traumáticos de la vida.

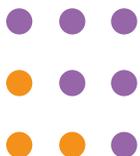
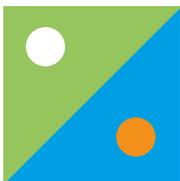
En los tipos de violencia analizados se observa que éstos afectan a una importante proporción de mujeres, oscilando entre el 86,7% de violencia ejercida por la pareja y el 12% de violencia por miembros de la comunidad y en el ámbito laboral. Se destaca que cinco de cada 10 mujeres han experimentado violencia sexual antes de los 15 años, siendo el tipo de violencia reportada con mayor frecuencia, después de la violencia por la pareja.

Las altas prevalencias de distintos tipos de violencia en mujeres con VIH también refleja los pocos espacios seguros que ellas han tenido a lo largo de sus vidas.

**Gráfico 37. Mujeres con VIH que reportan haber experimentado por lo menos una situación de violencia alguna vez, según tipos de victimización seleccionados (%)**







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

### Principales hallazgos

- Al menos cinco de cada 10 entrevistadas reportaron que "Se siente triste" (65,8%), el 58,5% "Tiene dolores de cabeza", un 53,7% "Se siente nerviosa" y el 51% "Se cansa con facilidad".
- Cuatro de cada 10 indicaron que "Se asusta con facilidad" (48%), "Duerme mal" (47,6%), "Llora más de lo usual" (46,6%), "Tiene sensaciones desagradables" (41,6%) y "Se siente cansada todo el tiempo" (41,5%).
- Tres de cada 10 reportaron que "Sufre de mala digestión" (38,3%), "Le resulta difícil tomar decisiones" (37,6%), "Tiene poco apetito" (36,8%), "Tiene problemas para pensar con claridad" (36%), "Encuentra difícil disfrutar sus actividades diarias" (31,3%) y "Le tiemblan las manos" (30,3%).
- Dos de cada 10 indicaron que "Ha perdido el interés en las cosas" (26,6%), "Ha pensado en quitarse la vida" (25,6%), "Le resulta difícil hacer su trabajo diario" (22,4%) y "Se siente inútil" (20,1%).
- Alrededor de la mitad del total de las mujeres entrevistadas (48,6%) reportó que nunca consume alcohol, 43% lo hace al menos una vez por mes. El 10,5% reportó haber consumido drogas ilícitas alguna vez y un 3%, en el último año.
- El 30,3% de las mujeres reportó que usa o ha usado el condón siempre con su pareja actual o más reciente.



Los altos niveles de polivictimización (más de un tipo de violencia) directa e indirecta a lo largo de la vida que experimentan las mujeres con VIH tienen un impacto en su calidad de vida y su bienestar general, en su salud física y mental, sus capacidades cognitivas y en los niveles de participación laboral, así como en su inserción en actividades sociales y recreativas. Al mismo tiempo,

la polivictimización coloca a las mujeres a un riesgo más elevado de sufrir otras violencias, de enfrentar mayores disparidades en salud a lo largo de la vida y de sufrir trauma complejo debido a la acumulación de traumatización crónica por las violencias experimentadas en los distintos ámbitos.<sup>67,68,69,70</sup>

## Bienestar general y salud

**Cuadro 16. Mujeres que declaran problemas de bienestar general en las últimas cuatro semanas, por país (%)**

Problemas de salud y bienestar general	Bolivia	Colombia	Guatemala	Honduras	Paraguay	Perú	República Dominicana	Total
Tiene dolores de cabeza (n=557)	65,9	70,9	36,3	64,1	57,6	48,1	56,9	<b>58,8</b>
Tiene poco apetito (n=351)	38,4	39,0	30,4	40,8	32,0	37,4	37,9	<b>36,8</b>
Duerme mal (n=450)	50,0	55,8	33,3	40,4	57,1	49,2	39,7	<b>47,6</b>
Se asusta con facilidad (n=457)	50,0	50,0	37,3	45,8	49,0	60,3	39,7	<b>48,0</b>
Le tiemblan las manos (n=287)	34,1	40,9	31,4	32,1	22,3	25,2	23,3	<b>30,3</b>
Se siente nerviosa (n=511)	65,9	58,5	40,2	47,5	55,3	60,3	42,2	<b>53,7</b>
Sufre de mala digestión (n=364)	49,3	42,7	23,5	35,5	43,7	41,2	25,0	<b>38,3</b>
Tiene problemas para pensar con claridad (n=335)	48,6	41,9	20,6	33,3	31,1	37,4	33,6	<b>36,0</b>
Se siente triste (n=620)	73,0	71,3	61,8	54,7	62,6	75,4	59,5	<b>65,8</b>
Llora más de lo usual (n=439)	52,9	47,6	22,8	36,0	50,3	61,1	50,0	<b>46,6</b>
Encuentra difícil disfrutar de sus actividades diarias (n=292)	42,8	44,7	18,6	19,0	24,8	34,1	28,4	<b>31,3</b>
Le resulta difícil tomar decisiones (n=349)	52,9	44,0	22,5	27,3	29,2	41,2	41,4	<b>37,6</b>
Le resulta difícil hacer su trabajo diario (n=211)	30,4	27,8	8,8	17,0	20,1	26,9	21,6	<b>22,4</b>
Se siente inútil (n=185)	25,4	25,6	10,8	17,7	17,5	18,6	21,7	<b>20,1</b>
Ha perdido interés en las cosas (n=247)	32,6	43,0	13,9	18,7	22,6	20,0	27,6	<b>26,6</b>
Ha pensado en quitarse la vida (n=237)	29,0	34,7	19,6	13,7	32,1	26,9	19,0	<b>25,6</b>
Se siente cansada todo el tiempo (n=393)	48,9	55,0	17,8	33,8	52,6	43,5	25,9	<b>41,5</b>
Tiene sensaciones desagradables (n=394)	38,4	55,6	23,5	37,6	52,3	41,2	31,9	<b>41,6</b>
Se cansa con facilidad (n=483)	58,7	70,0	23,5	41,0	60,3	49,6	39,7	<b>51,0</b>





- Al menos cinco de cada 10 entrevistadas reportaron que "Se siente triste" (65,8%), el 58,5% "Tiene dolores de cabeza", un 53,7% "Se siente nerviosa" y el 51% "Se cansa con facilidad".
- Cuatro de cada 10 indicaron que "Se asusta con facilidad" (48%), "Duerme mal" (47,6%), "Llora más de lo usual" (46,6%), "Tiene sensaciones desagradables" (41,6%) y "Se siente cansada todo el tiempo" (41,5%).
- Tres de cada 10 reportaron que "Sufre de mala digestión" (38,3%), "Le resulta difícil tomar decisiones" (37,6%), "Tiene poco apetito" (36,8%), "Tiene problemas para pensar con claridad" (36%), "Encuentra difícil disfrutar sus actividades diarias" (31,3%) y "Le tiemblan las manos" (30,3%).
- Dos de cada 10 indicaron que "Ha perdido el interés en las cosas"

(26,6%), "Ha pensado en quitarse la vida" (25,6%), "Le resulta difícil hacer su trabajo diario" (22,4%) y "Se siente inútil" (20,1%). Llama la atención la alta prevalencia de ideación suicida, reportada por una de cada cuatro entrevistadas.

### Consecuencias de la violencia física durante el embarazo

La proporción de mujeres que reportó haber tenido amenaza de aborto como consecuencia de la violencia física experimentada durante el embarazo oscila entre el 20,8% en Bolivia y el 0,8% en Honduras; las que reportan haber tenido un aborto se sitúan entre el 27,6% en Bolivia y el 1,5% en Guatemala. La existencia de consecuencias físicas fue reportada por más del 10% de las entrevistadas en Bolivia (16,5%), Perú (11,5%) y Colombia (11,3%). (Cuadro 17).

**Cuadro 17. Mujeres alguna vez embarazadas que reportan violencia física durante el embarazo por la pareja u otra persona aparte según tipo de consecuencia, por país (%) (n=693)**

Consecuencias	Bolivia	Colombia	Guatemala	Honduras	Paraguay	Perú	República Dominicana
Amenaza de aborto	20,8	10,6	1,2	0,8%	0,8	19,8	3,8
Aborto	27,6	13,4	1,5	2,4%	1,7	24,2	6,3
Físicas	16,5	11,3	0,0	0,8%	1,7	11,5	7,4

**Cuadro 18. Mujeres que reportan consumir alcohol por frecuencia, según país y total (%)**

País	Todos los días	Una o dos veces por semana	Una a tres veces por semana	Una vez por mes	Nunca	Total
Bolivia (n=137)	0,7	0,8	6,6	62,0	29,9	100
Colombia (n=171)	1,2	2,9	2,4	44,4	49,1	100
Guatemala (n=102)	0,0	0,0	2,0	22,5	75,5	100
Honduras (n=142)	0,7	0,7	2,8	27,5	68,3	100
Paraguay (n=151)	2,0	5,3	12,6	41,7	38,4	100
Perú (n=131)	2,3	2,3	6,1	56,5	32,8	100
República Dominicana (n=116)	0,9	1,7	7,8	36,2	53,4	100
Total (n=950)	1,2	2,1	5,8	42,3	48,6	100



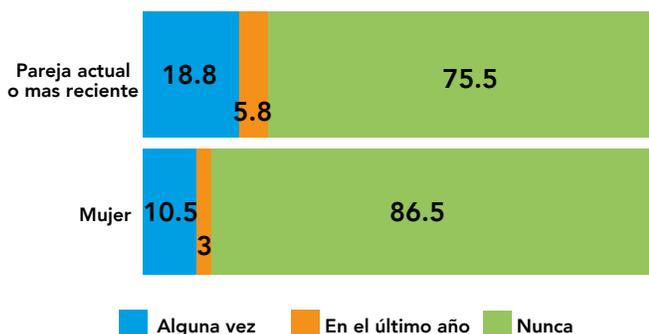


## Consumo de alcohol y drogas ilícitas

Alrededor de la mitad del total de las mujeres entrevistadas (48,6%) reportó que nunca consume alcohol, un 43% lo hace al menos una vez por mes y alrededor del 6%, entre una y tres veces por semana. Los países donde se observa mayor prevalencia de consumo frecuente de alcohol en las mujeres con VIH (todos los días y una a dos veces por semana) son: Paraguay (7,3%), Perú (4,6%) y Colombia (4%). (Cuadro 18)

La prevalencia del consumo de alcohol muestra diferencias entre las mujeres entrevistadas y sus parejas. Casi la mitad de las mujeres indicó que nunca toman en comparación con solo el 20% de las parejas.

**Gráfico 38. Prevalencia de consumo de drogas en el último año por la mujer y su pareja actual y/o más reciente (%) n=952**



**Cuadro 19. Mujeres que reportan haber consumido drogas ilícitas por frecuencia, según país y total (%)**

País	Alguna vez	En el último año	Nunca	Total
Bolivia	10,1	0,0	89,9	100
Colombia	11,8	2,3	85,9	100
Guatemala	3,9	2,0	94,1	100
Honduras	10,6	3,5	85,9	100
Paraguay	17,6	5,2	77,2	100
Perú	9,9	6,1	84,0	100
República Dominicana	6,0	0,9	93,1	100
<b>Total</b>	<b>10,5</b>	<b>2,9</b>	<b>86,6</b>	<b>100</b>

En cuanto al consumo de drogas ilícitas, se identifican diferentes frecuencias de consumo entre las mujeres y sus parejas. Mientras el 10,5% de las mujeres con VIH ha reportado haber consumido alguna vez y un 3% en el último año, en sus parejas actuales o más recientes estos valores aumentan hasta el 18,8% y el 5,8%, respectivamente.

El 86,6% de las entrevistadas reportó que nunca ha consumido drogas ilícitas, con cifras ligeramente por debajo de este promedio en Paraguay (77,1%) y Perú (84%). (Cuadro 19)

En cuanto al consumo de drogas en el último año no se observan diferencias significativas entre las mujeres entrevistadas (2,9%) y su pareja actual o más reciente (5,8%). El 75,5% indicó que su pareja nunca ha usado drogas, con una diferencia de 11 puntos porcentuales en comparación con las mujeres (86,6%).

## Uso de condón con la pareja actual o más reciente

**Cuadro 20. Mujeres que reportan uso de condón con su pareja actual o más reciente por frecuencia según país (%) n=910**

País	Frecuencia de uso del condón con su actual/última pareja				Total
	Siempre	La mayoría de las veces	Pocas veces	Nunca	
Bolivia	14,2	11,9	41,1	32,8	100
Colombia	46,3	16,7	16,6	20,4	100
Guatemala	58,4	11,2	22,5	7,9	100
Honduras	42,7	13,7	19,8	23,8	100
Paraguay	3,4	27	45,3	24,3	100
Perú	23,7	20,6	28,2	27,5	100
República Dominicana	33	9,7	33	24,3	100
<b>Total</b>	<b>30,3</b>	<b>16,4</b>	<b>29,7</b>	<b>23,6</b>	<b>100</b>

El 30,3% de las mujeres reportó que usa o ha usado el condón siempre con su pareja actual o más reciente, con cifras por debajo del promedio en tres países:





Paraguay (3,4%), Bolivia (14,2%) y Perú (23,7%). Ocho de cada 10 entrevistadas han reportado haberlo utilizado en mayor o menor frecuencia en el último año. El 53,3% de las mujeres utilizan pocas veces o nunca el condón con su pareja actual o más reciente, lo que implica un riesgo de reinfección o de transmisión.

Se registra un aumento de 20,7 puntos porcentuales en la cifra que reportó haber pedido a una pareja anterior que usara condón (56,8%) y las que lo han hecho con su pareja actual (77,4%). El 52,1% del total indicó que alguna vez su pareja se ha negado a utilizar condón cuando ella lo ha sugerido o pedido, con cifras por encima

**Cuadro 21. Mujeres que reportan haber pedido a su pareja actual o anterior que use condón y que alguna vez se ha negado a usarlo, según país (%)**

País	Ha pedido a pareja anterior que use condón (n=791)	Ha pedido a su pareja actual que use condón (n=479)	Alguna vez su pareja se ha negado a utilizar condón cuando ella lo ha sugerido o pedido (n=841)
Bolivia	53,7	83,7	65,2
Colombia	60,3	82,3	57,6
Guatemala	78,6	85,7	28,9
Honduras	54,4	61,5	26,0
Paraguay	43,7	73,1	55,6
Perú	50,0	88,3	69,5
República Dominicana	64,3	59,2	55,6
Total	56,8	77,4	52,1

de este promedio en tres países: Perú (69,5%), Bolivia (65,2%) y Colombia (57,6%).

En cuanto a las formas en que la pareja le hace saber que desaprueba el uso del condón, cuatro de cada 10 mujeres indicaron que la pareja le ha dicho que no le gusta usarlo; una de cada 10, que le gritó, e igual cifra que tiró o destruyó el condón. Siete de cada 10 reportaron que la pareja usa otras formas expresar su desaprobación.

### Sexo a cambio de dinero, regalos o favores

En promedio, el 15,2% de las mujeres ha tenido sexo a cambio de dinero, regalos o favores alguna vez en la vida, mientras que alrededor del 10% lo hizo en el último año.

**Cuadro 23. Mujeres que reportaron haber tenido sexo a cambio de dinero, regalos o favores alguna vez y en los últimos 12 meses, según país (%)**

País	Alguna vez	Ha pedido a su pareja actual que use condón (n=479)
Bolivia	16,1	8,0
Colombia	8,7	3,2
Guatemala	26,4	17,4
Honduras	8,6	6,6
Paraguay	25,9	21,8
Perú	13,5	12,3
República Dominicana	14,5	6,3
Total	15,2	9,9

**Cuadro 22. Mujeres que reportan maneras en que la pareja les hace saber que desaprueba el uso del condón, por país y total (%) n=661**

Formas de desaprobación	Bolivia	Colombia	Guatemala	Honduras	Paraguay	Perú	República Dominicana	Total
Me dijo que no le gusta usar	59,7	46,7	18,9	19,9	39,7	53,4	45,7	41,5
Me gritó	16,4	8,5	5,3	2,2	11,3	16,8	10,3	10,2
Amenazó con golpearme	11,2	3,0	2,1	1,5	6,6	6,9	0,9	4,7
Amenazó con dejarme	6,7	2,4	2,1	0,0	1,3	6,1	3,4	3,1
Me agredió	5,2	6,1	2,1	0,0	2,0	9,2	0,0	3,7
Tiró/destruyó el condón	18,7	10,3	1,1	3,7	9,9	13,0	13,8	10,3
Otra forma	67,2	61,2	81,1	86,0	81,5	60,3	63,8	71,2





## Factores de riesgo de la violencia infligida por la pareja, personas aparte de la pareja y los servicios de salud sexual y reproductiva: análisis de regresión logística binaria

Como fue señalado en las secciones anteriores, existen diversos factores que pueden aumentar el riesgo de que una mujer con VIH experimente distintas formas de violencia en diferentes ámbitos y de manera concurrente. Ver anexo el cuadro con los valores de riesgo de sufrir situaciones de violencia.

**Edad:** La categoría de referencia es el grupo de 50 a 72 años por ser el grupo donde menor frecuencia y prevalencia de todos los tipos de violencia se identificó. Las mujeres de 19-29 años presentan mayores riesgos de experimentar todas las violencias analizadas por parte de las parejas, así como violencia obstétrica (coacción para esterilizarse y aborto).

En relación a la violencia por la pareja, las mujeres de 19-29 años presentan riesgos que van desde 3,26 veces más de experimentar violencia física; 3,92 veces más, violencia sexual y 3,46 veces más, violencia física y sexual por la pareja en el último año.

En cuanto al riesgo de experimentar situaciones de coacción por parte de algún profesional de salud para someterse a una esterilización y/o aborto, no se observan diferencias significativas entre los diferentes grupos de edad.

Las mujeres de 19-29 años presentan un riesgo 2,32 veces superior de experimentar coacción y las mujeres de 40-49 años, de 2,16 veces más para la misma situación.

Esto genera la hipótesis de que la edad no sería el factor que mejor explique el riesgo de experimentar coacción para esterilización y/o aborto sino más bien la condición de vivir con el VIH.

**Pertenencia étnica:** Se consideró como referencia el grupo de mujeres garífunas (por ser el grupo de menor frecuencia y con menor prevalencia de violencia).

## Las mujeres indígenas con VIH presentan riesgos muy elevados para todos los tipos de violencia por la pareja, violencia obstétrica, violencia en la comunidad y barreras de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

- **Violencia ejercida por la pareja.** Los riesgos van desde 14,13 veces más de experimentar violencia física; 24,17 veces más, violencia sexual y 64 veces más para violencia física y sexual por la pareja en el último año.
- **Coacción por profesional de salud.** En cuanto al riesgo de experimentar situaciones de coacción por parte de algún profesional de salud para someterse a una esterilización y/o aborto, las mujeres indígenas presentan un riesgo 3,95 veces superior de experimentar estas situaciones y 10,11 veces más de exponerse a alguna barrera en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

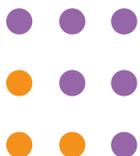
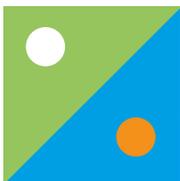
## Educación y condición de empleo

Para la mayoría de los tipos de violencia por la pareja (control, física, sexual y física y sexual) el mayor riesgo está concentrado en las mujeres con un nivel educativo secundario (riesgos que van desde 1,74 a 2,59 veces más de experimentar violencia). Solo para la violencia emocional, no tener estudios y solo estudio primario presenta mayor riesgo (2,11).

Igualmente, no contar con un trabajo remunerado actualmente (al momento de la entrevista) presenta mayores riesgos de experimentar todos los tipos de violencias por la pareja. Los riesgos van desde 2,44 veces más de experimentar violencia sexual; 2,40 veces más violencia física y sexual y 2,39 veces más de experimentar control por la pareja en el último año.

El riesgo de experimentar alguna situación de coacción para esterilizarse/aborto en las mujeres sin trabajo actual es de 1,68 veces más que entre las mujeres con un trabajo remunerado.





## XI. MANERAS DE ENTRENTAR LAS VIOLENCIAS Y PERSPECTIVAS DE LAS MUJERES CON VIH SOBRE LAS NECESIDADES DE PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y PROTECCIÓN

### Principales hallazgos

- El 64,3% de las mujeres informaron tener a alguien con quien hablar con confianza sobre sus experiencias de violencia.
- Dos de cada 10 le comunicaron sus experiencias de violencia a su madre y una de cada 10 a un hermano(a).
- Las instituciones a las que acudieron fueron: Policía (15,2%), Fiscalía/Ministerio Público (9,4%), Defensoría de la Niñez y Adolescencia (5,4%), Servicio de Salud (4,6%).
- Las principales razones por las que las mujeres no denunciaron o acudieron a solicitar ayuda fueron: el 35,4% por "Vergüenza o temor a que no le creyeran", el 35,3% por "Temor a amenazas", el 28,4% por "Temor a experimentar más violencia" y el 8,8% por "Temor a perder sus hijos".
- El 22,7% del total de entrevistadas señaló que algún personal de salud le ha preguntado sobre situaciones de violencia.
- De las mujeres que experimentaron violencia física, el 12,1% fueron atendidas en un servicio de salud y el 9% fueron referidas a un servicio especializado.



En América Latina y el Caribe, las mujeres de población general tienden a recurrir con mayor frecuencia a familiares y amistades que a los servicios institucionales, al tiempo que se registran altos niveles de desconfianza en las instituciones de protección de las sobrevivientes de violencia (Policía, Poder Judicial); además perciben una baja capacidad resolutoria de los servicios o no acuden en busca de ayuda porque creen que sus experiencias no tienen importancia.<sup>71,72,73</sup> La utilización de los servicios por parte de las mujeres con VIH también puede estar asociada a los costos de la atención, la baja disponibilidad de atención especializada y el miedo a las personas agresoras.<sup>74,75</sup>

### ¿A quién cuentan las mujeres con VIH sus experiencias de violencia?

El 64,3% de las mujeres informaron que cuentan con alguien con quien hablar con confianza sobre sus experiencias de violencia, con dos países con cifras por debajo de este promedio, Guatemala (42,7%) y Perú (50,4%).

**Cuadro 24. Mujeres que reportan tener a alguien con quien hablar con confianza sobre sus experiencias de violencia, según país y total (n=834)**

País	%
Bolivia	69,9
Colombia	68,5
Guatemala	42,7
Honduras	65,5
Paraguay	72,8
Perú	50,4
República Dominicana	72,8
<b>Total</b>	<b>64,3%</b>

**Cuadro 25. Mujeres que reportan haber informado a alguien sobre una situación de violencia física y/o sexual según perpetrador, por país y total (%)**

Situación de violencia física y/o sexual por:	Bolivia	Colombia	Guatemala	Honduras	Paraguay	Perú	República Dominicana	Total
Pareja	65,3	64,6	48,0	67,9	25,7	41,9	47,7	50,9
Persona diferente de la pareja	57,9	61,7	47,1	55,6	34,2	50,5	9,6	52,5

### Gráfico 39. Mujeres que informan a alguien sobre situaciones de violencia física y/o sexual, según perpetrador (%)



No se registran diferencias significativas en la proporción de mujeres que informa a alguien sobre la violencia física y/o sexual según persona perpetradora, alcanzando el 50,9% cuando es ejercida por la pareja y 52,5% cuando la persona es distinta a la pareja.

Los países que muestran mayor proporción de mujeres que reportan haber informado a alguien sobre situaciones de violencia física y/o sexual ejercida por la pareja son: Honduras (67,9%), Colombia (64,6%) y Bolivia (65,3%), siendo la cifra más baja la que se registró en Paraguay (25,7%). (Cuadro 25).

En cuanto a la violencia física y/o sexual ejercida por otras personas, los países en los que al menos cinco de cada 10 entrevistadas indicaron haber informado a alguien sobre estas situaciones fueron: Colombia (61,7%), Bolivia (57,9%), Honduras (55,6%) y Perú (50,5%), con la proporción más baja encontrada en República Dominicana (9,6%).





**Cuadro 26. Personas a las que las mujeres cuentan en primera instancia sus experiencias de violencia, por país y total (%)**

Personas a las que comunica	Bolivia n=137	Colombia n=149	Guatemala n=73	Honduras n=99	Paraguay n=147	Perú n=124	República Dominicana n=105	Total n=834
Madre	20,4	26,8	23,3	20,2	18,4	20,2	20,9	21,5
Hermano/a	8	14,1	15,1	14,1	8,8	12,1	11,4	11,6
Amigo y/o vecino	10,2	6,7	8,2	6,1	9,5	4	13,3	8,3
Otro familiar	8	10,1	6,8	4	7,5	8,9	7,6	7,8
Padre	4,4	4,7	10,9	9,1	6,8	8,1	4,8	6,6
Líder comunitario	0,7	1,3	1,4	2	5,4	4	2,9	2,6
Ex pareja, ex esposo, ex novio	2,9	2	8,2	1	0,7	3,2	0,9	2,4
Hijo(a)	2,2	0,7	2,7	3	0,7	3,2	0,9	1,8
Esposo o pareja	2,9	0,7	6,8	0	0	3,2	0,9	1,8
Otro	0,7	2,8	1,4	1	2,1	1,6	0	1,5
Padrastro/madrastra	1,5	0,7	2,7	0	2	0	1,9	1,2
Desconocido	0,7	0	1,4	0	0,7	1,6	1,9	0,8
Novio/enamorado	1,5	0	1,7	0	0	0,8	0	0,6

### Personas primeras en contarles sus experiencias de violencia

En relación a las primeras personas a las que las entrevistadas les comunicaron sus experiencias de violencia, dos de cada 10 acudieron a la madre, con valores que fluctúan entre el 23,3% en Guatemala y el 18,4% en Paraguay. Una de cada 10 recurre a un hermano(a), oscilando entre el 15,1% en Guatemala y el 8% en Bolivia. Se registran variaciones importantes en la proporción de mujeres que acude a vecinos, con un 4% en Perú y 13,3% en República Dominicana, así como en las que acudieron al padre, alcanzando entre el 4,4% en Bolivia hasta el 10,9% en Guatemala (Cuadro 26).

En cuanto a las personas a las que acudieron y más la ayudaron, se registró una baja tasa de respuesta, en tanto solo el 38% del total de las mujeres que habían sufrido alguna situación de violencia alguna vez respondió a esta pregunta. De las que contestaron, una parte importante relató que no recibió ninguna ayuda y de las que informaron sobre alguna

acción y más apoyo por parte de las personas a las que recurrieron, identificaron a su madre, hijos(as), hermanos(as), abuelos(as), tíos(as), amigos(as) y vecinos(as). En menos medida reportaron ayuda de otros actores como líderes comunitarios, líderes religiosos y prestadores de servicios de salud.

En los relatos de las entrevistadas se observa una tendencia a identificar la ayuda recibida por parte de familiares como la más efectiva.

“ “Mi madre me ayudó emocionalmente nada más, solo me escuchó”... “Mamá me acompañó a la policía a denunciar”... “ Mi abuela, mi tía materna, así también recibí apoyo de una vecina.” (Bolivia)

“Les informé a mi madre y a mi hijo porque son las personas en las que confío.” (Honduras)

“Mi mamá y mi padrastro, ellos denunciaron a mi pareja por todo lo que me ha hecho y lo metieron preso, pero yo lo saqué, porque él me dijo que estaba arrepentido y yo le creí. Pero ha cambiado un poco y mi





*mamá por eso está molesta conmigo.”  
(Guatemala)*

*“Mi abuela me llevó a vivir a otro  
lado.” (Colombia)*

*“Mi hermano me ayudó a salir del  
lugar a escondidas.” (Perú)*

*“Le comenté a mi tía y al pastor de la  
iglesia.” (República Dominicana)*

Sin embargo, las entrevistadas también reportan respuestas revictimizantes por parte de las personas a las que acudieron, marcadas por la culpabilización de las víctimas, la naturalización de la violencia o que no las creyeron.

“ *“No solicité ayuda porque mi mamá me dijo que le aguantara al hombre, y eso hice hasta que se murió de sida avanzado.” ... “Sí le informé a mi mamá pero ella me dijo que yo tenía la culpa y que era mejor que buscara marido y me fuera de la casa porque no se separaría de él.” (Guatemala)*

*“Mi mamá me sugirió que guardara silencio por temor a que fuera rechazada y agredida.” ... “Mi mamá me dijo que no se podría hacer nada porque debía estar con mi esposo.” (Honduras)*

*“Mi madre me recomendó no contar a nadie.” (Paraguay)*

*“A mi mamá, pero no me creyó.”  
(Perú)*

## Instituciones y autoridades a las que acuden las mujeres

Las instituciones a las que recurrieron las mujeres con mayor frecuencia por casos de violencia fueron: la policía (15,2%), a la Fiscalía/Ministerio Público (9,4%), con una diferencia de casi cinco porcentuales en la proporción, y, en tercer lugar, la Defensoría de la Niñez y Adolescencia (5,4%). Sólo el 4,6% recurrió a algún servicio de salud. Se observa que recurrir a una autoridad religiosa (3,4%) se dio con relativa mayor frecuencia que acudir a una organización civil de mujeres y/o personas con VIH (2,8%).

Los países con proporciones más altas de mujeres con VIH que han experimentado violencias y buscado apoyo institucional son:

- **Policía:** Bolivia (26,3%), Colombia (17,4%), República Dominicana (16,2%) y Perú (15,3%).
- **Fiscalía/Ministerio Público:** República Dominicana (15,2%), Colombia (13,4%) y Bolivia (9,5%).
- **Defensoría de Niñez y Adolescencia:** Bolivia (13,1%), Paraguay (7,5%) y Colombia (6%).
- **Servicios de salud:** Colombia (8,1%) y Guatemala (6,8%).
- **Autoridad religiosa:** Perú (11,3%) y República Dominicana (3,8%).
- **ONG/Fundación/Organización de mujeres o personas con VIH:** Colombia (7,4%) y Guatemala (4,1%).

En cuanto a la tasa de respuesta a la pregunta sobre las instituciones en las que las entrevistadas buscaron ayuda, cabe destacar que el 76% de las mujeres que habían experimentado alguna forma de violencia en cualquier ámbito no respondió a la misma, y del resto que respondió (n=222), el 38% reportó que no recurrió a ninguna institución o que nadie le ayudó.

Entre las que acudieron a alguna institución y reportan algún tipo de respuesta institucional, las respuestas no muestran patrones claros en términos del alcance de la ayuda, a diferencia de lo observado en la pregunta sobre las personas que más las ayudaron. Las instituciones que las entrevistadas reportan como las que mejor respuesta les han dado fueron: la Fiscalía, la Defensoría de la Niñez y Adolescencia y la Policía, y en menor medida líderes religiosos, ONG y servicios de salud.

Se observa que, a pesar de que la Policía es la institución a la que con mayor frecuencia las mujeres recurren como primera instancia de búsqueda de ayuda, es al mismo tiempo sobre la que las





**Cuadro 27. Instituciones a las que recurrieron las mujeres en situación de violencia, por país y total (%)**

Instituciones	Bolivia n=137	Colombia n=149	Guatemala n=73	Honduras n=99	Paraguay n=147	Perú n=124	República Dominicana n=105	Total n=834
Policía	26,3	17,4	8,2	10,1	8,8	15,3	16,2	15,2
Fiscalía/Ministerio Público	9,5	13,4	8,2	3	8,2	6,5	15,2	9,4
Defensoría de la Niñez y Adolescencia	13,1	6	0	0	7,5	4	1,9	5,4
Servicio de Salud	5,1	8,1	6,8	0	2,7	5,6	2,9	4,6
Autoridad religiosa	0,7	2,7	0	1	2,7	11,3	3,8	3,4
Organización de mujeres o de Personas con VIH	2,9	7,4	4,1	0	2	0	1,9	2,8
Profesor (a)/Docente	0	2,7	0	0	2,7	0	1	1,1
Medio de comunicación	1	1	0	1	1,4	0	1	1
Autoridad indígena/campesina/comunitaria	0	1,3	1,4	0	0	0	1,9	0,6
Otro	0	2	0	0	0	1	1	0,6
Casa refugio/albergue	1	1	0	0	0	0	1	0,4

entrevistadas relatan mayores situaciones de vulneración de derechos al momento de la denuncia, incluyendo el cobro de coimas o solicitud de sexo a cambio del servicio que deben proveer.

- “La policía, pero no hubo ayuda, me dijeron que yo era la culpable”... “Arrestaron a mi marido y luego lo soltaron.” (Bolivia)
- “El policía solo quería dinero y sexo” (Paraguay)
- “La policía solo quería sacarme dinero.” (República Dominicana)
- “La policía le prestaba atención y la apoyaba pero al final se vendía y quien iba presa era ella cuando denunciaba a su pareja.” (Honduras)
- “En esta ciudad, las autoridades son muy corruptas y se van con quien les conviene.” (Colombia)

### Razones por las cuales las mujeres no buscaron ayuda en relación a la violencia por cualquier persona

Se preguntó a las mujeres que habían experimentado violencia física o sexual por cualquier persona (pareja, familiares, personas de la comunidad, en las instituciones de servicios, otras) y no denunció o acudió a solicitar ayuda, las razones por las que no lo hicieron.

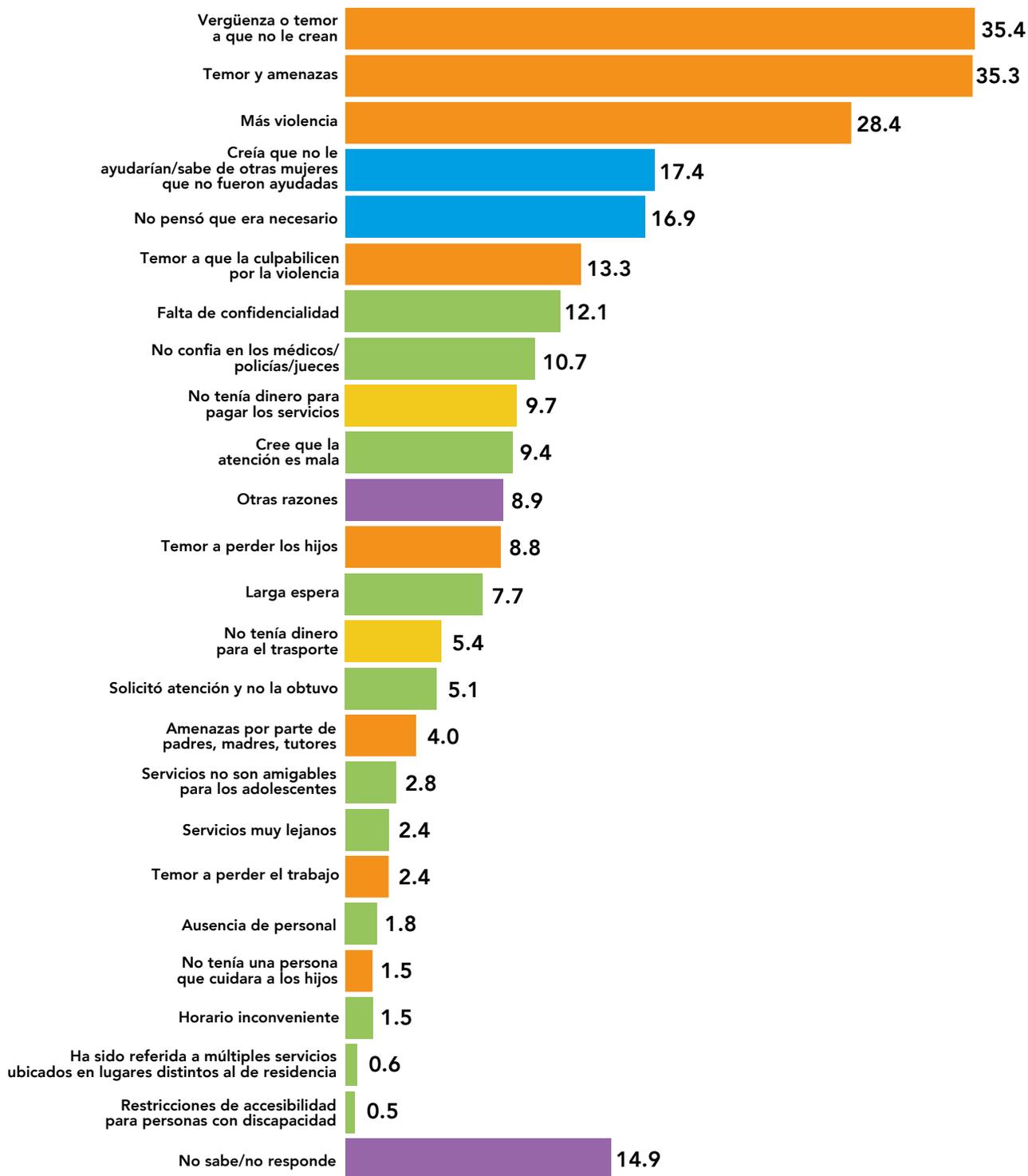
La tasa de respuesta a esta pregunta fue del 85%. Las tres principales razones por las que las mujeres no denunciaron o acudieron a solicitar ayuda se asocian con sentimientos sobre los riesgos asociados a la búsqueda de este tipo de apoyo y las potenciales respuestas negativas en las instituciones: el 35,4% no lo hizo por “Vergüenza o temor a que no la creyeran”, el 35,3% por “Temor a amenazas”, el 28,4% por “Temor a experimentar más violencia”. Igualmente, el 8,8% indicó que por “Temor a perder sus hijos”.

Le siguen en orden de importancia las situaciones asociadas a la percepción sobre la efectividad o capacidad





**Gráfico 40. Razones por las cuales las mujeres que han experimentado violencia física y/o sexual por cualquier persona no realizaron denuncia o acudieron a solicitar ayuda (%)**



Referencia	Descripción
Sentimientos sobre la violencia y percepción de riesgo	Temores, vergüenza, miedo a la culpabilización, amenazas
Percepciones sobre la efectividad o capacidad resolutoria de los servicios	Apreciaciones sobre la capacidad de los servicios para satisfacer sus necesidades
Factores programáticos y de calidad de los servicios	Accesibilidad, calidad, confidencialidad, recursos humanos, infraestructura, etc.
Factores económicos	Disponibilidad de recursos financieros para movilidad y el pago de servicios
Otros y No sabe/No responde	Otras razones diferentes de las categorías identificadas y No respuesta





resolutiva de los servicios y la significación que otorgan las mujeres a la violencia que experimentan: el 17,4% no denunció o buscó ayuda institucional porque no “Creía que recibiría ayuda” o “Porque conoce a otras mujeres que denunciaron pero no recibieron apoyo”, el 16,9% pensó que “No era necesario” y el 13,3% por

“Temor a que la culpabilizaran por la violencia”.

En cuanto a los factores programáticos y de calidad de los servicios, aunque todas están por debajo del 12%, resalta que el 12,1% haya indicado la falta de confidencialidad y el 10,7% la falta de

**Cuadro 28. Razones para no denunciar o solicitar ayuda por violencia física o sexual de cualquier persona, por país y total (%)**

Razones para no denunciar	Bolivia n=137	Colombia n=149	Guatemala n=73	Honduras n=99	Paraguay n=147	Perú n=124	República Dominicana n=105	Total N=834
Vergüenza o temor a que no la crean	36,1	34,8	40,3	41,2	27,1	37,6	34,4	35,4
Temor y amenazas	37,6	36,2	38,7	34	34,1	32	35,5	35,3
Más violencia	29,3	27,5	37,1	25,8	31	28,8	21,5	28,4
Creía que no la ayudarían/ sabe de otras mujeres que no fueron ayudadas	16,5	15,9	19,4	18,6	20,2	18,4	12,9	17,4
No pensó que era necesario	17,3	15,9	17,7	13,4	20,9	14,4	18,3	16,9
No sabe/No responde	14,3	12,3	12,9	19,6	19,4	16,8	7,5	14,9
Temor a que la culpabilicen por la violencia	9,8	16,7	14,5	11,3	10,9	14,4	16,1	13,3
Falta de confidencialidad	13,5	15,9	16,1	6,2	8,5	12	12,9	12,1
No confía en los médicos/ policías/jueces	12	6,5	16,1	9,3	14	8	11,8	10,7
No tenía dinero para pagar los servicios	5,3	13,8	9,7	9,3	7	8	16,1	9,7
Cree que la atención es mala	10,5	11,6	16,1	3,1	6,2	7,2	14	9,4
Otras razones	6,8	13	4,8	8,2	10,9	4	12,9	8,9
Temor a perder a los hijos	8,3	7,2	9,7	12,4	7,8	11,2	5,4	8,8
Larga espera	3,8	13	8,1	3,1	7	8	10,8	7,7
No tenía dinero para el transporte	3,8	5,8	6,5	3,1	6,2	3,2	10,8	5,4
Solicitó atención y no la obtuvo	6	8	8,1	3,1	4,7	2,4	4,3	5,1
Amenazas por parte de padres, madres, tutores	1,5	7,2	6,5	4,1	3,1	4,8	1,1	4
Servicios no son amigables para las/los adolescentes	3	3,6	4,8	2,1	1,6	2,4	3,2	2,8
Temor a perder el trabajo	3,8	0,7	4,8	1	2,3	2,4	3,2	2,4
Servicios muy lejanos	3	3,6	0	2,1	1,6	0	6,5	2,4
Ausencia de personal	1,5	2,9	4,8	1	2,3	0,8	0	1,8
Horario inconveniente	0,8	1,4	6,5	0	0,8	1,6	2,2	1,5
No tenía una persona que cuidara a los(as) hijos(as)	2,3	0,7	1,6	0	1,6	1,6	3,2	1,5
Ha sido referida a múltiples servicios ubicados en lugares distintos al de residencia	0	0	0	1	3,1	0	0	0,6





confianza en los médicos, jueces y policías, y el 9,4% porque cree que la atención es mala.

Los factores económicos fueron reportados por menos del 10%: el 9,7% afirmó no recurrir a un servicio de salud por no contar con dinero para pagarlos y el 5,4% por no contar con dinero para el transporte.

El análisis por país muestra que la principal razón para no denunciar o buscar ayuda se asocia con los sentimientos sobre las potenciales respuestas negativas en las instituciones y los riesgos asociados a la búsqueda de ayuda; principalmente, el temor y las amenazas por parte de las personas agresoras (Paraguay, Bolivia, Colombia y República Dominicana) y la vergüenza o temor a que no la crean (Perú, Guatemala y Honduras). (Cuadro 28).

Aunque menos prevalentes, también son significativas las razones vinculadas a la percepción sobre la capacidad resolutoria de los servicios percibida por las mujeres y la importancia que le atribuyen al problema, siendo las principales que "Creía que no la ayudaría" (Paraguay, Perú, Guatemala y Honduras) y "No pensó que era necesario" (Paraguay, Bolivia y República Dominicana).

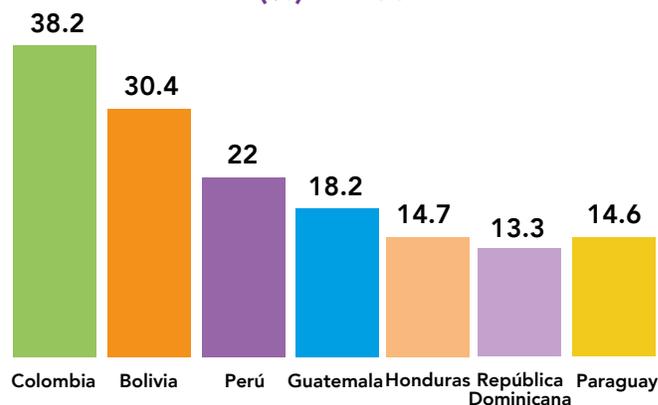
### Atención a las violencias en servicios de salud

La mayoría de los países de la región cuenta con protocolos de atención a la violencia intrafamiliar/pareja y violencia sexual por cualquier persona en los servicios de salud. No obstante, estos servicios son de los menos utilizados por las mujeres de población general que han experimentado alguna forma de violencia por violencia por la pareja en los últimos 12 meses, en comparación con la proporción que busca ayuda en la Policía, Juzgados u otras instancias de protección.<sup>76</sup> En algunos países en los que en los servicios de salud se realiza detección de casos de violencia

por la pareja o por familiares, esto no siempre implica que las sobrevivientes identificadas sean referidas a servicios internos o externos del centro de salud. Aun en contextos de altos ingresos, hay evidencia que la mayoría de las mujeres que son o deberían ser referidas a servicios no acuden a éstos.<sup>77</sup>

Sólo el 22,7% del total de entrevistadas señaló que algún profesional de salud le ha preguntado sobre situaciones de violencia, alcanzando un poco más de tres de cada 10 solo en Colombia (38,2%) y Bolivia (30,4%).

**Gráfico 41. Mujeres que reportan que alguna vez algún profesional de salud les preguntó sobre experiencias de violencia (%) n=903**

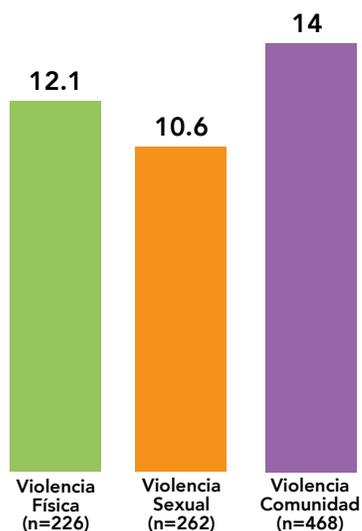


De todas las mujeres que experimentaron violencia física, el 12,1% fueron atendidas en un servicio de salud y el 9% fueron referidas a un servicio especializado. En cuanto a la violencia sexual, el 10,9% recibieron atención en un servicio de salud y el 7% reportaron haber sido referidas. La violencia en la que más casos fueron atendidos en los servicios de salud y también derivados fue la ejercida por miembros de la comunidad (violencia ejercida por personas diferentes de la pareja en los ámbitos familiar, comunitario e institucional), el 14% de las mujeres con VIH que reportaron este tipo de violencia fueron atendidas en un servicio de salud y el 11%, referidas a otro servicio.

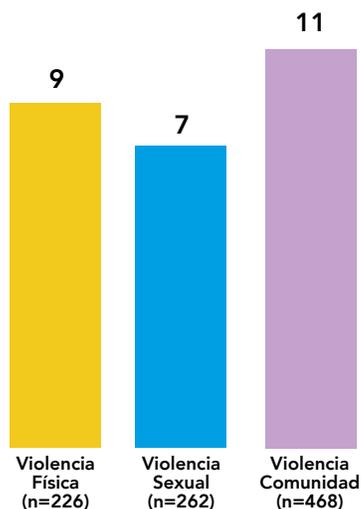




**Grafico 42. Mujeres que reportan haber sido atendidas debido a situaciones de violencia en los servicios de salud, por tipo de violencia en el último año (%)**



**Gráfico 43. Mujeres que reportan haber sido referidas a servicios especializados debido a situaciones de violencia, por tipo de violencia en el último año (%)**



### Perspectivas de las mujeres sobre las necesidades de prevención, atención y protección

Las perspectivas de las mujeres con VIH son clave para responder a sus necesidades en tanto potenciales usuarias de los servicios de atención, prevención y protección contra las violencias en los sectores de justicia, salud, seguridad, educación, empleo, migración, etc.; así como en servicios comunitarios y

de sociedad civil. De las 955 mujeres entrevistadas, 781 (81,7%) respondieron a la pregunta ¿Qué tipo de servicios de atención necesitan las mujeres con VIH que han experimentado cualquiera de los tipos de violencia?, que estaba encaminada a indagar las percepciones, opiniones y expectativas relativas a los servicios de atención que las mujeres necesitan. Esta pregunta fue abierta y las respuestas fueron documentadas en forma de texto (relatos), por lo que su abordaje y análisis se realizó a través de una metodología cualitativa.

A cada opinión se le asignó un código y posteriormente estos códigos se agruparon por su similitud, en cuatro categorías, las cuales que se describen a continuación.

**a. Servicios especializados y/o servicios integrados para el abordaje de las múltiples necesidades de las mujeres con VIH.** Se observan dos perspectivas en relación a la orientación de los servicios de atención: por un lado, un grupo de mujeres prefiere servicios especializados y con un abordaje exclusivo a mujeres con VIH, y por otro (la mayoría) se inclinan por servicios integrados donde confluya una oferta amplia de servicios que cubran las múltiples necesidades de las mujeres con VIH que han experimentado violencia en el curso de sus vidas. Los servicios mayormente reclamados fueron servicios de apoyo psicológico y emocional, seguidos de diferentes servicios médicos (salud sexual y reproductiva, cáncer de mama y útero, pediatría para los hijos/as, etc.). En menor medida han informado sobre la necesidad de contar con albergues cuando las mujeres deben abandonar sus hogares en compañía de sus hijos, asistencia jurídica, económica y de nutrición, así como atención policial.

“ “Contar con un programa especializado para las que sufren violencia”... “Contar con una doctora específicamente solo para mujeres para contar nuestros problemas”... “Una clínica donde atiendan solo a





*las mujeres, una doctora en especial".*  
(Guatemala)

*"Servicios médicos, psicológicos, apoyo emocional y apoyo alimenticio." (República Dominicana)*

*"Servicio de abogacía, servicios de orientación, servicio policial, servicio psicológico"... "Servicios psicológicos 24 horas." (Bolivia)*

*"Que hayan programas de prevención de violencia dentro de los centros de atención integral de VIH." (Honduras)*

*"Atención psicológica, trabajo social, atención médica especializada"... "Un albergue y servicio de orientación para superar la crisis"... "Servicios legales y judiciales." (Colombia)*

*"Un hogar para mujeres con su hijo"... "salud mental para las mujeres." (Paraguay)*

*"Atención psicológica de autoestima"... "Refugios, casas de reposo"... "Horarios de atención diferenciados." (Perú)*

## **b. Humanizar los servicios de atención.**

Luego de los "servicios especializados e integrados", esta categoría fue en la que más respuestas se identificaron, mostrando la importancia que ocupa dentro de las necesidades percibidas por las mujeres con VIH entrevistadas. La humanización de la atención de los servicios apunta a generar cambios tales como mayor demanda, ampliación de la cobertura, derivación y resolución, garantizando el trato igualitario sin discriminación ni violencia, basado en los enfoques de derechos humanos, igualdad de género, diversidad, multiculturalidad e intergeneracional. Las mujeres en general, y las que viven con VIH en particular, están expuestas a diferentes situaciones de discriminación y exclusión social por razones de género y de estado serológico, articulado a la pertenencia étnica, situación socioeconómica, edad, entre otros.

Esta diversidad en términos de perfiles y necesidades de las mujeres exige un abordaje adaptado a estas particularidades, con estándares de calidad en términos de relación entre proveedores de servicios y usuarias, disponibilidad, pertinencia, infraestructura, suministros, garantías de privacidad, confidencialidad y seguridad para las mujeres con VIH, así como sistemas de referencia y seguimiento de las mujeres afectadas.<sup>78</sup>

“ “Más orientación con personas humanizadas.” (Guatemala)

*"Servicios amigables donde tengamos la confianza de expresarnos." (República Dominicana)*

*"Una buena atención con calidad y sin discriminación alguna." (Bolivia)*

*"Que esté alguien sensible para asesorar a la mujer, para que hagan una buena atención en cuanto a la violencia." (Honduras)*

*"Personal preparado para comprender a la mujer"... "Especialistas más holísticos que entiendan la situación que está viviendo sin pegarse a un manual." (Colombia)*

*"Que se les crea a las mujeres cuando busquen ayuda"... "Alguna persona que entienda por lo que yo estoy pasando, que tenga VIH (consejera par)." (Paraguay)*

*"Que escuchen y tomen conciencia." (Perú)*

## **c. Servicios para sensibilización, capacitación y empoderamiento a mujeres.**

Las entrevistadas han identificado la necesidad de contar con servicios que incorporen acciones de sensibilización y educación con miras a fortalecer sus capacidades para identificar las violencias, sus repercusiones a lo largo de la vida y los recursos para enfrentarlas. Las violencias en todos los ámbitos están naturalizadas, minimizadas y justificadas socialmente, con lo cual se hace difícil





para las mujeres con VIH detectarlas cuando estas ocurren y buscar la ayuda institucional y comunitaria requerida. Se agrega a esto que en varios países no se cuenta con servicios para atender las diversas violencias, incluyendo la violencia laboral, la violencia en los servicios de salud, la violencia por miembros de la comunidad, dado que los servicios especializados existentes en su mayoría se concentran en la violencia por la pareja o intrafamiliar y no cuentan con herramientas para abordar la polivictimización y sus efectos acumulados a lo largo del curso de vida que sufren las mujeres con VIH. Muchos de los servicios enfatizan en la atención relacionada al último evento de violencia o situaciones de emergencia que implican riesgo de vida o físico para la mujer y/o los hijos(as).

“Que den a conocer los servicios que prestan dentro de las clínicas”... “Que nos enseñen cuáles son los tipos de violencia que sufrimos las mujeres.” (República Dominicana)

“Psicología, capacitaciones sobre la violencia que sufrimos.” (Bolivia)

“Que se capacite a las mujeres para que no sufran violencia”... “Que las mujeres se empoderen a través de la capacitación.” (Honduras)

“Que haya mucha capacitación sobre violencia a nosotras las mujeres, muchas ni saben a veces que son abusadas porque creen que es normal eso.” (Paraguay)

“Oportunidad de empoderamiento.” (Perú)

**d. Ampliación de los servicios a las parejas e hijos(os).** Las entrevistadas identificaron la necesidad de desarrollar intervenciones dirigidas a sus parejas, hijos(os) y otros familiares, lo que podría permitir el desarrollo de estrategias de prevención, atención, protección, al

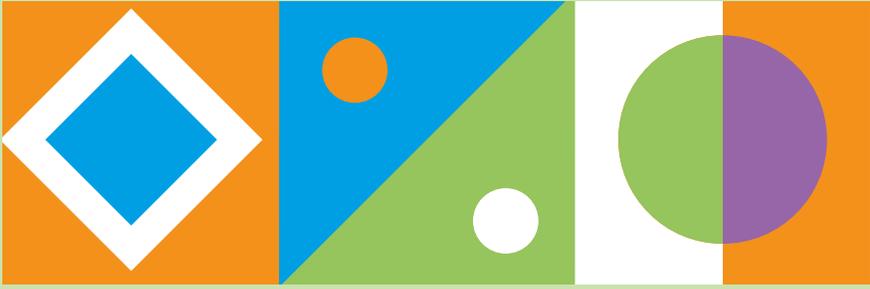
mismo tiempo que reforzar las redes de apoyo sociales y familiares para las mujeres y sus hijos(as). Todas las intervenciones deben estar basadas en la evidencia y en estándares internacionales.<sup>79,80,81</sup>

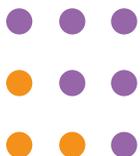
“Un acercamiento con la pareja, de parte de un profesional de salud.” (Guatemala)

“Servicios de concientización en la familia, información y educación.” (Bolivia)

“Que se preocupen integralmente de las mujeres y sus hijas.” (Paraguay)







## XII. RESULTADOS DE LOS GRUPOS FOCALES

En el proceso de organización de las sesiones de grupos focales se seleccionó una muestra por conveniencia de 64 mujeres con VIH mayores de 15 años de los siete países participantes en el estudio. Se utilizó una guía de discusión con preguntas abiertas sobre los temas establecidos en los objetivos del estudio y se aplicó un formulario de datos sociodemográficos. Se realizó un análisis de contenido en la modalidad temática que incorporó la descripción, el examen y la interpretación de ideas, supuestos y conceptualizaciones de las participantes sobre los temas abordados.



**Cuadro 29. Perfil y cantidad de participantes en grupos focales, por país**

País	Perfil de participantes	Nº de participantes
<b>Bolivia</b>	Indígenas aymara (7) y mestizas (3) Entre 29-67 años Zona urbana y semiurbana.	<b>10</b>
<b>Colombia</b>	Afrodescendientes (9) Entre 18-45 años Zona urbana (9) Garífunas, blancas (1), mestizas (1) Entre 37-53 años Zona rural, semirural; urbana (1).	<b>9</b>
<b>Guatemala</b>	Indígenas (7) y mestizas (2) Entre 18-54 años Zona urbana (4) y zona rural (5).	<b>6</b>
<b>Honduras</b>	Garífunas, blancas (1), mestizas (1) Entre 37-53 años Zona rural, semirural; urbana (1).	<b>9</b>
<b>Paraguay</b>	Blancas (4), mestizas (5); blancas/mestizas (1) Entre 18-27 años Zona urbana (8), semiurbana (1), semirural (1).	<b>10</b>
<b>Perú</b>	Mestizas (7), mulatas (1) Entre 29-60 años. Zona urbana (5), semirural (2), no responde (1).	<b>8</b>
<b>República Dominicana</b>	Mulatas (7), mestizas (3), negras/afrodescendientes (1), blancas (1) Entre 21-45 años Zona urbana (4), semiurbana (5), semirural (1); rural (2).	<b>12</b>
<b>Total</b>		<b>64</b>

### Características generales de las participantes

En las sesiones de grupo focal participaron entre 6 y 12 mujeres con diversos perfiles, incluyendo: indígenas, mestizas, mulatas, blancas, afrodescendientes, entre 18 y 67 años, y residentes en zona urbana, rural, semirural, y semiurbana.

### Violencias que experimentan las mujeres con VIH

#### Distintas formas y ámbitos en que las mujeres con VIH experimentan las violencias

#### Violencia ejercida por la pareja

La violencia ejercida por la pareja o expareja es la identificada con mayor frecuencia por la mayoría de las participantes, independientemente de

la edad o pertenencia étnica. Algunas consideran que las mujeres con VIH aceptan la violencia por miedo a sus parejas masculinas, por miedo al abandono o por las y los hijos.

“ Hay muchas mujeres que nos damos la tarea de decir ‘yo no tengo quien me quiera, quién me va a querer, si él me deja yo no sé con quién voy a estar’ y aguantan.” (GF República Dominicana)

“Estás viviendo una vida de que no deberías de vivir y a mí como mujer me duele, verla así en esa circunstancia. Más bien hace como dos días atrás me dijo de que tuvo que regresar con el marido independientemente de lo que él haya hecho, porque ella no tiene cómo mantener a sus tres hijos.” (GF Honduras)

“No fue debido al diagnóstico, pero sí sufrí con la anterior pareja debido





al diagnóstico. No violencia física, pero sí violencia psicológica: no salía conmigo después del diagnóstico. Estaba enterado de mi situación porque cuando lo conocí, a los 15 días le dije qué situación estaba enfrentando y sí, él dijo ¿no? 'vamos a vivir, yo no tengo problema con eso', pero sí sentía yo que de pronto él no salía conmigo... Yo soy una persona visible doy charlas y todo. La mayoría de las personas saben mi diagnóstico, entonces no salía conmigo para que no lo relacionaron conmigo, pero vivía conmigo. Entonces eso sí a veces me causaba... y siempre me decía cuando se enfermaba por x, y, una virosis, lo que fuera: 'Y de pronto es que yo ya tengo?'... Y entonces esta situación de rechazo... sí experimenté esa situación de violencia psicológica." (GF Colombia)

El estatus serológico de la mujer es utilizado por la pareja en algunas ocasiones como instrumento de amenaza y control.

“ ” “Y otro que me decía... que si yo te encuentro con otro hombre yo le voy a decir que eres una mujer podrida que no le puedo dar hijos... porque en ese momento yo carecía de información yo no sabía que si se podía tener un hijo o ser feliz...” (GF Perú)

“Y me decía que... si me dejas yo voy a decir que tú tienes el diagnóstico y gritar al viento para que toda la gente te mire mal.” (GF Perú)

Fueron identificadas formas de violencia económica por parte de la pareja, incluyendo el control de los recursos financieros producidos por la mujer o negando el sustento familiar.

“ ” “La forma de violencia que he experimentado en mi persona es que yo trabajaba y yo mantenía al esposo, a la casa, a todo, a mi pareja. Y él, la plata que yo ganaba, me decía trae para acá... me voy a ir al partido... hoy día me voy con mis amigos a la pollada... yo le ignoraba o quizás peor, ahora viendo es una ola de violencia

que cometían contra mí...” (GF Perú)

“Y del dinero mama cómo es” me dice. No, me está dando nomás completo, le decía. Todo me da, incluso, sabe decirme “álzame de los pies sacúdeme todo lo que tengo sácatelo”, sabe decirme, pero yo no sabía que el otro se había estado ahorrando en otros lugares dinero.” (GF Bolivia)

Las mujeres experimentan violencia por la pareja antes del diagnóstico y por períodos largos de tiempo.

“ ” “...cuando yo no tenía nada de esta enfermedad siempre mi esposo me pegaba, me golpeaba, ¿no? Pero después ha pasado tiempo y ya, ha ido cambiando mi esposo.” (GF Bolivia)

“Antes de mi diagnóstico sufrí por parte de mi primera pareja mucha violencia física, era súper celoso, me pegaba hasta por sospecha. Viví así alrededor de cuatro años, hasta que él decidió irse con otra persona y después yo le agradecí a la otra persona que se hubiera metido en el camino, porque ese hombre me iba a matar.” (GF Colombia)

La violencia por la pareja puede aparecer después de que el hombre ha sido diagnosticado con el VIH.

“ ” “Él está bien, pero después mi problema, la violencia que yo recibí de él, parece que después de que él se enteró que era positivo también, él me hizo sentir culpable que por mi causa él está así enfermo también, y tal es así que empezamos a empeorar nuestra relación y hasta que nos separamos hace dos años, el me maltrató muchísimo en palabras, me violentó mucho en palabras... que yo servía para nada, me hizo sentir como nada, que te pensás vos... mil cosas, y yo me aguanté mucho problema siempre tratando, siempre agradecida con él, que él nunca me abandonó en el momento que yo más le necesitaba con criatura y sin mi familia.” (GF Paraguay)





Casi todas las participantes coinciden en señalar la violencia psicológica como la más extendida entre las mujeres que viven con VIH. La mayor parte vinculan la violencia psicológica con el estigma y discriminación que sufren por su condición de VIH seropositivas, así como por el miedo al aislamiento y el ostracismo social.

Otra forma en que se manifiesta la violencia en las vidas de las mujeres con VIH es a través del control de sus parejas sobre su tratamiento y el de sus hijos, que puede conllevar tanto el ejercicio directo de violencia si no ceden a ese control como al impacto que puede tener en su salud abandonar su medicación.

Algunas mujeres llegaron a la conclusión de que el hecho de que el marido/pareja con VIH ocultase su estado serológico y las obligase a tener sexo sin preservativo podía ser considerado una forma de violencia. Apuntaban que esa ocultación les privaba de su derecho a elegir tener relaciones o no y en qué condiciones. Relatan que, en cambio, el estado serológico de la mujer le era comunicado al marido de forma sistemática por el personal sanitario cuando se producía el diagnóstico durante el embarazo.

### **Violencia sexual**

La violencia sexual es otra forma de violencia omnipresente en todos los grupos focales, describiendo situaciones de falta de control sobre su sexualidad. No pueden decidir cuándo tener sexo, cuándo y cuántos hijos tener. Llama la atención que a pesar de que la violencia sexual por personas a parte de la pareja y a lo largo del curso de vida, incluyendo la niñez y adolescencia, es un problema ampliamente extendido, las participantes no hicieron referencia al mismo o no la identifican como tal.

La violencia sexual en las relaciones de pareja es la identificada con mayor frecuencia por las participantes, aunque no siempre se denomina como tal. Las mujeres consienten a la relación sexual como alternativa a otras violencias explícitas (golpes o amenazas).

“ ” *“Si un hombre le pide tener relaciones a una mujer [y ella] se niega, él le quiere dar golpes. ¿Qué hace? Se queda callada porque tiene miedo.” (GF República Dominicana)*

*“Eso es violación... porque la primera pareja que yo tenía, el papá de mis dos hijos, él hacía eso conmigo..., me dañaba los interiores...” (GF Colombia)*

*“Así me han enseñado, lo tengo que hacer porque soy mujer, porque así nos han enseñado, porque para eso me casé con él. Independientemente uno de mujer, no todo el tiempo está dispuesta a tener relaciones sexuales ¿verdad? Pero si el hombre dice que lo quiere hacer, pues uno de mujer aunque uno no quiera, pero uno tiene que acceder. Así nos han inculcado estos valores, estas ideas ¿verdad? que nos han metido hasta de las iglesias, como los sacerdotes, como los pastores también nos inculcan esa decisión ¿verdad? Nos dicen también de que nosotras las mujeres debemos de tener todos los hijos que Dios así nos envía, pues no importa, ¿verdad?, independientemente no nos dan opción a decidir sobre nuestro propio cuerpo.” (GF Guatemala)*

*“Ya después el mismo hombre que está positivo y la mujer también está positiva, tampoco se quiere poner el preservativo porque ya piensa que los dos tienen lo mismo.” (GF República Dominicana)*

*“Yo he sufrido esa clase de violación. Éramos enamorados con el papa de mi hijo... yo siempre he sido muy alegre y habíamos ido a la fiesta de un familiar cuando cumplía 18 años y alguien se subió a la mesa y salpicaban la cerveza y a toditos nos*





cae la cerveza en la cabeza y llego a mi casa y, disculpen pero como un perro comenzó a olerme: " a dónde te has ido... te has ido a putear..." A ver, me rompe la blusa me baja el pantalón... y me dice: "así como has puteado en la calle vas a putear conmigo..." Y yo, como era mi esposo..." (GF Perú)

La violencia sexual es considerada una vía de adquirir el VIH y otras ITS y también embarazos no deseados.

“En este caso si nosotras las mujeres vivimos violencia por parte del marido, ¿verdad? no tenemos la decisión de poder decirle que se proteja, o que estar libre de alguna infección. Lo del sexo forzado, no solamente podemos adquirir esta infección del VIH, sino también las infecciones de transmisión, porque no se me está dando la opción de decidir.” (GF Guatemala)

“Eso me ha marcado... porque es una violación que he tenido... pero yo sí sé que por eso, por el papá de mi hija, yo he tenido enfermedades de transmisión sexual... yo he tenido gonorrea, he tenido sífilis, he tenido herpes, herpes genital. Sin embargo, yo no sabía nada de esas cosas porque... por falta de información. No leía, me dedicaba a trabajar y mantener a ese manganzón.” (GF Perú)

“Yo, por ejemplo, en el tema sexual, mis hijos he tenido como si fuera una violación, yo no quería tener mis hijos, tengo cuatro hijos y los cuatro me ha pasado así, siempre. En los últimos dos incluso no he querido tener y lo mismo me ha pasado y eso es una violación, ¿no?” (GF Bolivia)

### Violencia ejercida por familiares

Las violencias ejercidas por familiares incluyen modalidades y situaciones que las participantes asociaban con el miedo, la discriminación, el aislamiento, la exclusión social, y se extienden a la mujer con VIH y a sus hijas(os).

“Todavía muchos familiares, todavía están asustados con el tema, con la condición de VIH.” (GF República Dominicana)

“...cuando saben que tenemos la enfermedad del VIH... la familia incluso nos discrimina, nos aísla.” (GF Bolivia)

“... A veces los que más nos discriminan son nuestra propia familia.” (GF Guatemala)

“Me han discriminado mis propios abuelos y mis tías. Me dicen que tanto vengo al hospital que si estoy enferma. Incluso hasta a mi nena la discriminaron, decían que mi nena tenía mala enfermedad, que no querían que sus hijos jugaran con la mía.” (GF Guatemala)

En el caso de las adolescentes garífunas con VIH, la falta de apoyo y negligencia por parte de la familia afecta a su acceso a servicios.

“Las jóvenes garífunas, cuando van al servicio de atención integral a traer su medicamento, lo primerito que ellas hacen es quedarse a un lado... quedan a distancia de las personas que van a traer su medicamento porque qué es lo que pasa con eso. ¿Por qué? De la casa de ellas las rechazan. Porque no tienen una confianza con los parientes y cuando llegan al servicio de atención integral ya no llegan con una confianza. Llegan con temor al servicio de atención integral. Y cuando entran al servicio de atención integral les preguntan a qué vienen. Hay veces que no saben a qué van. Y hay veces que en el servicio de atención integral les piden a ellas que lleven a un pariente, a una madre, un padre, o hermana o tía, pero hay niñas que llegan al servicio de atención integral sin ninguna persona que las puedan identificar a ellas... Y será porque hay... de decir que hay violencia en casa.” (GF Honduras)

La violencia ejercida por la madre antes del diagnóstico fue indicada como una de las situaciones experimentadas.





“Pues de maltrato o violencia no ha sido mi pareja... Fue mi mamá. Yo como viví muchos años con mi mamá... ella era la que me maltrataba, me pegaba, me trataba mal, me echaba. Yo tuve una vida muy difícil. Desde pequeña, con mi mamá siempre era la que me trataba mal, me echaba... de lo peor me trata mi mamá... era mi mamá... porque mi papá nunca, ni mis hermanos. Esa fue la violencia que yo tuve antes del diagnóstico.” (GF Colombia)

Además de la familia biológica, en algunas ocasiones los familiares de la pareja también ejercen violencia contra la mujer con VIH, incluyendo comunicación de su estado serológico a otras personas sin su consentimiento o culpabilizándola por el supuesto potencial riesgo de transmitir el VIH a sus hijas(os).

“Violencia sí ha habido por la familia de él, porque divulgaron a los cuatro vientos mi enfermedad, que a mí ya los amigos de él, como yo cocinaba en mi casa, los invitaba y a veces yo vendía comidita pero ellos no iban.” (GF Perú)

“Su gente también se pusieron en contra de mí, diciendo para qué yo voy tener una criatura que va a venir con sida, así luego decían.” (GF Paraguay)

### **Violencia en los servicios de salud**

Dentro de los servicios de salud, las mujeres reportan sufrir discriminación y abuso, llegando incluso a cobrarles más dinero por el hecho de vivir con VIH. Manifiestan vulneraciones de su derecho a la confidencialidad, posponer sus visitas o incluso concentrar las visitas en un día determinado (sólo para personas con VIH) con el consiguiente señalamiento de su estado serológico. Algunas consideraban que tener servicios para personas con VIH en días concretos puede ser experimentado como una forma de violencia, por la pérdida de confidencialidad que suponen esa forma de ofrecer los servicios.

“Porque hay muchos que aunque sean doctores, cuando ya no tienen la bata de doctor salen a hablar la condición de las personas. Como me pasó a mí cuando yo fui a dar a luz la hija mía. Una señora que fue una enfermera vio una persona que entraba y ella dice: ‘no, esas son pacientes que tienen sida.’” (GF República Dominicana)

“Eso que nunca me puedo olvidar, por eso hay veces que prefiero no ir al médico. Pese a que aquí los médicos, cuando nos hacen el tratamiento o venimos a recoger nuestras píldoras, nos dicen ¿no? que cualquier enfermedad que ustedes tengan avisen siempre a los médicos porque ellos también han pasado esos cursos. Pero me parece que no es así, hay discriminación también por esa parte para nosotros, los que tenemos el VIH. Yo pienso que no debería ser así, todos deberíamos ser tratados como cualquier otra persona sana.” (GF Bolivia)

“Yo he escuchado hay odontología los miércoles, los lunes, los jueves, cual sea, para las personas que vienen con VIH... Bueno yo he escuchado decir, no me ha pasado, yo pienso que eso es una forma de discriminación, no sé, porque eso es una forma de violencia. Porque yo me imagino que, si una persona que vive con VIH y va un día que le toca, que ellos le van hacer una prueba que también es una forma de discriminación, tiene que ir los miércoles o los jueves, el día que ellos escojan. Estamos hablando de violencia, es el tema, porque yo pienso que es una forma de violencia. Entonces todo el que está en el centro que diga miércoles o los jueves, el día que sea que tienen que estar en tal sitio la gente que tiene VIH, porque el día que va a ir se va a saber que tiene el VIH, está violentándose tu confidencialidad, al descubierto...” (GF República Dominicana)

“Me parece que esto también es por falta de orientación ¿no?, a los medios de... al sector salud les falta





averiguar sobre el tema del VIH... Hay algunos médicos, no voy a mentir, conocen el tema del VIH pero no a fondo, no a fondo." (GF Bolivia)

Algunas también reportan la negación de servicios debido a su condición serológica.

“ ” *“Tenemos que pelear por el transporte, por muchas drogas que no están en el plan obligatorio de salud, por servicios que no se nos ofertan y por todo eso tenemos que pelear después del diagnóstico. Y ha sido una lucha, ha sido una lucha desde el mismo momento del diagnóstico hasta ahora.” (GF Colombia)*

*“El personal médico se resiste a darle la terapia cuando ella de verdad necesita la atención – yo veo que allí le están violando un derecho.’ ‘Creo que no deben de negarle sus terapias porque sabe muy bien el personal médico que esta persona no puede vivir sin su medicamento, aunque haya tenido recaída o haya abandonado la terapia.’ Es como un abuso. Creo que no debería estar aconteciendo en los Servicios de Atención Integral.” (GF Honduras)*

Los costos de los servicios constituyen una importante barrera de acceso a servicios que se traduce en una negación del derecho a acceder a los mismos. La precariedad económica es un problema importante a la hora de acceder a los servicios de salud que necesitan.

“ ” *“A veces tenemos que tratar de recoger ciento veinte o doscientos pesos para ir a hacer la citología, y no solo la citología, también eso de la mamografía.’ ‘La citología no se hace en el servicio de atención integral y es muy necesario porque somos mujeres de pocos recursos para ir a hacer lo que es la citología o la mamografía en un lugar privado.” (GF Honduras)*

*“Cuando alguna persona se va a operar, la familia tiene que buscar ese dinero para comprar por lo menos*

*una pinta de sangre y muchas veces nosotras, como personas viviendo con VIH, no tenemos ese recurso.” (GF Honduras)*

Las situaciones de violencia en el parto incluyen insultos y culpabilización a las mujeres con VIH en labor de parto. Muchas veces se culpa a la mujer con VIH embarazada, tratándola de criminal.

“ ” *“Ella estaba cubierta toda y se puso hasta dos guantes, estaba poniéndose una infinidad de guantes y decía que ella no estaba preparada para eso y que ella no hallaba qué hacer. Y empezó ella los insultos para mí, a decirme que personas como nosotras no deberíamos de parir hijos, traer hijos, desgraciarnos en nuestros hijos, infinidad de cosas, malas palabras. Y ella le dijo al resto del personal de salud: ‘ya le cayó agua, sangre en su ojo al niño, y ya bebió agua amniótica.’ Me dijo unas grandes palabrotas y en pocas palabras me dijo que yo había condenado al niño, que yo le había contaminado.” (GF Honduras)*

Igualmente, parece que también es frecuente comunicar el resultado de la prueba sin preparación ni apoyo o incluso sin respetar la confidencialidad, especialmente en las pruebas prenatales en las que solo se les proporciona información muy básica sobre la prueba y con muy poco apoyo o explicación después de realizarla.

### **Violencia en la comunidad**

Las mujeres describieron el rechazo por parte de personas que conocían su estado serológico y, algunas sintieron que su derecho a la confidencialidad había sido vulnerado y que los miembros de la comunidad habían sido informados sobre su estado serológico, lo que las hacía vulnerables a la discriminación.

“ ” *“Uno lo que tiene que tratar de cuidarse y no todo el mundo entiende y comprende la posición de una, ahí*





sí que sí. Y hay quienes no la tienen como si fuera igual que tú, pero hay muchas gentes y muchas gentes que no quieren que tú le cueles un café por tu condición, hay gente que te buscan un vaso plástico por así de... aunque saben tu condición, y eso no se ve así de esa manera. Entonces uno se siente mal, ya aunque uno no quiera ya se siente rechazado y al final eso es degradación. Porque uno se pone a darle mente, es una maldición aunque no quiera, porque no hay cosa más poderosa que la mente. Si uno no trata de poder controlarla la mente te controla a ti, eso acaba con la vida del ser humano.” (GF República Dominicana)

“Porque muchas veces, cuando uno no tiene, lo tratan de una manera y cuando uno lo tiene, empieza la discriminación. Entonces yo digo, o sea, como un ejemplo, ya, si yo me siento aquí ya nadie quiere sentar, si yo tomé esta botella, ya nadie quiere tomar, si yo la toco ya siento que se lo pegué, pero eso es la ignorancia, porque no sabe.” (GF Colombia)

“...somos mujeres viviendo con VIH y nos dicen verdad, este... tenés VIH no tenés valor, tenés VIH, que porque sos una puta, porque sos así, sos allá, lo adquiriste.” (GF Guatemala)

## **Violencia en el ámbito laboral**

Muchas de las mujeres manifestaron que el VIH constituía 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 ocasiones viéndose rechazadas por el empleador, denegándoles el acceso al puesto y, en otras, teniendo que renunciar al empleo ante la negativa de sus colegas de trabajar con una persona con VIH.

“ ” *“Personalmente, yo fui a una empresa a solicitar un trabajo. Yo no sabía que estaba bajo la condición y me la hicieron. No me dijeron, pero no me dieron el trabajo. Después me di cuenta que fue por eso. Los*

*empleadores controlan el proceso de la prueba. Antes, tú ibas a la empresa a buscar empleo, te decía mira ve hacerte esos análisis, ve a tal sitio. Ahora te llaman, tú nada más tienes que decir al laboratorio tal que te mandó tal compañía. Entonces eso no está bien.” (GF-República Dominicana)*

*“También los sitios de trabajo, por ejemplo, muchas veces queremos trabajar en un pica pollo y nos lo niegan, pensando que podríamos contagiar a la otra persona.” (GF República Dominicana)*

La prueba obligatoria de VIH para acceder a un puesto de trabajo (en ocasiones controlada por la empresa) es una práctica habitual en muchos sitios, llegando incluso las empresas a recibir el resultado antes que las propias mujeres. En alguno de los países (República Dominicana) fue relevante la conversación en torno a las dificultades que esta práctica supone para la supervivencia de las mujeres con VIH y el hecho que muchas se veían abocadas al trabajo sexual (bien remunerado, bien a cambio de alimentos y alojamiento) para sobrevivir ante el miedo de presentar una solicitud de trabajo que resultaría en la divulgación de su estado serológico.

## **Miedo a sufrir violencia**

El miedo a sufrir violencia es una de las formas más generalizadas y común a todos los países participantes en el estudio. Muchas veces, más que describir la violencia en sí se referían al miedo a que se desencadene la violencia explícita (de la pareja, la familia, el entorno laboral e incluso las propias instituciones), lo que les impedía acceder a recursos sanitarios, sociales y financieros, con las consiguientes consecuencias para su salud y su vida en general.





El miedo a la violencia física se encuentra en muchos casos en la base de la violencia sexual: se someten al abuso sexual por parte de la pareja por miedo a sufrir violencia física directa.

“Yo ya, yo le digo, suponte que hubiese sido a la inversa, que yo te hubiese transmitido la enfermedad a vos, ¿qué me hubieras hecho a mí? Yo sé que tú me hubieras golpeado, quizás hasta me hubieses matado.” (GF Bolivia)

El miedo al maltrato en los servicios de salud significa que muchas mujeres no buscan ayuda o atención médica.

La importancia de mantener su diagnóstico en secreto fue transversal a todos los grupos focales, ante el miedo a ser discriminadas y sufrir aislamiento; para poder trabajar y llevar una vida 'normal'. Incluso mujeres que son conocidas en la comunidad por su trabajo en VIH mantienen su diagnóstico en secreto.

### Consecuencias de las violencias en las mujeres con VIH

Entre las consecuencias de las violencias en los distintos ámbitos identificadas por las participantes destacan el ostracismo y aislamiento social, la precariedad económica, el deterioro de su salud física y mental (depresión) y el aumento de la vulnerabilidad ante otras formas de violencia, incluyendo el femicidio.

“Puedo decir que una de la gravedad de esta violencia es la muerte muy violenta hacia una mujer. Sí, porque les echan la culpa a las mujeres por tener el virus del VIH, entonces ¿qué hacen los hombres? Matar a las mujeres, muchas mujeres se han muerto.” (GF Guatemala)

“Que las jóvenes garífunas ahorita están por el suelo, digo yo, porque casi a la mayoría de las jóvenes ahorita ya no le importa nada.” (GF Honduras)

Algunas participantes asocian las experiencias de violencia con el abandono del tratamiento antirretroviral.

“...una de las consecuencias podría ser el abandono del tratamiento antirretroviral, así también, emocionalmente se va deteriorando uno por estar sufriendo estos tipos de violencia. Emocionalmente uno ya no quiere continuar, ya no quiere seguir adelante por toda la violencia que uno vive.” (GF Guatemala)

“...se desespera, ya no quiere tomar la medicina. Decimos: ah no tomemos la medicina, mejor, se desespera, dice uno: ah, que me muera, decimos ah, nos desesperamos, para qué tomar la medicina, todo eso, el virus vuelve otra vez. Y entonces allí, allí sí, ya los doctores dicen: bueno, no toma medicinas, se quiere morir.” (GF Guatemala)

Las mujeres establecieron vínculos específicos entre la discriminación y el abuso en entornos de atención sanitaria y un aumento del trauma, el daño psicológico, la mala salud y la muerte.

“Yo pienso que el trauma psicológico puede conllevar a una persona directamente a la muerte. Si una mujer va, por ejemplo, a hacerse un papanicolau por decirlo, que es un examen de rutina, y esa mujer sufre de discriminación, esa mujer tiene sida, no puede más nunca hacerse un papanicolau. ¿Qué pasa? Que esa mujer pueda padecer de un cáncer uterino, no detectárselo a tiempo que porque cogió miedo, un trauma que cogió, una discriminación, dijo 'no vuelvo a hacerme eso ni nunca. Una mujer de VIH murió de cáncer uterino a causa de un trauma que sufrió.’” (GF República Dominicana)

“Hay muchas personas así en el hospital que nos tratan, nos menosprecian, también a nuestros hijos, y duele, duele mucho.” (GF Honduras)





En el caso de República Dominicana, las mujeres participantes hablaron sobre cómo se las diagnostica durante el embarazo y cómo pasan el embarazo procesando la información o en un estado de negación. Como resultado, a menudo no tienen acceso a los servicios y tienen miedo de comunicarle a su pareja su estado serológico. Se expresó el convencimiento de que los bebés tienen derecho a nacer sanos, y sin embargo algunas mujeres no se someten a las pruebas prenatales. (No está claro cómo se sintieron las mujeres al respecto o si hubo acuerdo.) Igualmente, en las pruebas prenatales, la consejería previa y posterior a la prueba parece ser escasa. A las mujeres sólo se les da información muy básica sobre la prueba y hay muy poco apoyo o explicación después de la misma.

La discriminación en el lugar de trabajo, y en cualquier otro ámbito de la comunidad, tiene un impacto profundo en las mujeres que viven con VIH, incluyendo la depresión y el aislamiento. El trauma psicológico por la discriminación en el ámbito laboral puede afectar a las actividades de las mujeres, su implicación en la sociedad y sus planes de vida.

“*He trabajado en salón de belleza y yo eso de la discriminación y todas esas cosas me atormentaron mucho, me deprimía. Llegué un tiempo me deprimían esas cosas, me llevaron a una presión mental.*” (GF República Dominicana)

*“La traumatiza psicológicamente de que ya no sirve para andar en la sociedad y es por eso que no quieren trabajar, no quieren estudiar. Hay muchas que los hijos los dejan donde la mamá botados o donde una tía, porque hay muchos que se refugian en los vicios para no darle dique mente a prostituirse, a tomar un mal camino cuando la vida... Porque... porque otro lo traumatizó hay muchos que se suicidan.”* (GF República Dominicana)

Las participantes asocian la violencia sexual con la mala salud, tanto física como mental y emocional, y en particular con un aumento de la probabilidad de contraer ITS.

### **Factores asociados a las violencias y patrones de búsqueda de ayuda**

#### **Factores asociados a las violencias que experimentan las mujeres con VIH**

La dependencia económica, la baja autoestima, la dificultad para encontrar trabajo derivada de la discriminación institucionalmente tolerada que se da en las empresas contra las personas con VIH, en especial contra las mujeres y la presencia de hijos e hijas (que da lugar a miedo a no poder garantizarles alimento y educación) son factores que contribuyen a perpetuar las situaciones de violencia en que se encuentran las mujeres con VIH. Algunas mujeres permanecen en situaciones de violencia por miedo a sus parejas masculinas o por miedo al abandono al pensar que no podrán tener otra pareja por tener VIH.

La mayoría de mujeres con hijos expresan que dan preferencia al futuro bienestar de sus hijos e hijas antes que a su propio bienestar, lo que hace que la situación de violencia se prolongue en el tiempo sin que las mujeres vean la posibilidad de buscar apoyo para salir de la situación.

Uno de los factores que contribuye a la violencia que sufren las mujeres con VIH es la falta de información sobre el VIH, que contribuye en gran medida a fomentar diferentes grados de violencia de parte de la pareja, la familia, del ámbito laboral e incluso del ámbito de atención sanitaria, en el que las mujeres esperarían encontrar un mayor conocimiento y comprensión.





Otro factor identificado es la falta de información y de formación sobre violencia, en especial sobre cómo identificar tipos de violencia más allá de la violencia física por la pareja.

El hecho de que generalmente sean las mujeres las primeras en hacerse la prueba del VIH (principalmente a causa de un embarazo) hace que tanto su pareja como las familias acaben culpándolas de ser las portadoras del virus, cuando en realidad la mayoría de ellas han contraído el virus a través de sus maridos o parejas estables.

Las participantes también identificaron entre los factores asociados a las violencias, los vínculos entre la discriminación hacia las mujeres, las normas de género que justifican y refuerzan estas violencias y la discriminación étnica.

“ *En el campo se podría decir, las mujeres están criadas... a decir: 'tú tienes que obedecer a tu marido, así tal como te has buscado tú, no puedes decir nada simplemente porque él es el hombre de la casa'.... Así te dicen.' [...] Así han crecido, a eso están amoldadas... y es bien difícil hacerles pues que salgan a otro camino para que ellas digan basta.... No me vas a volver a tocar... es un poco difícil'.*” (GF Bolivia)

*“...por el simple hecho de ser mujer, como la violencia, el hombre la ejerce sobre la mujer, poniéndole allí sí, que quitándole los derechos que la mujer tiene, por ejemplo, si la mujer quiere participar, la mujer no tiene derecho a participar porque el hombre pone su poder sobre la mujer. Sí, también la violencia la vivimos a través de la familia, cuando la familia nos indica, nos pone una identidad, nos está marcando, nos está destinando qué tenemos que hacer.”* (GF Guatemala)

*“Por hecho de ser mujer, todas a las mujeres sufrimos la violencia, pero puedo enfocar en las mujeres que son indígenas, a estas mujeres las*

*tratan de analfabetas, ignorantes, las aíslan por el hecho de que son personas identificadas indígenas.”* (GF Guatemala)

*“En este caso, mujeres diversas mestizas e indígenas, porque anteriormente ustedes empezaron a hablar, primero el control que tienen sobre sus vidas, que ejercen las familias, las personas que las atienden, cuando hablan también de la criminalización, ¿verdad? Cuando ustedes están embarazadas, cuando es su derecho decidir el querer tener o no tener hijos. Pero también hablan de... pero atrás de eso la violencia sexual, el marido o compañero o el esposo abusó sexualmente de ellas, también porque no existían los métodos de planificación familiar, ¿verdad?, que es una obligación del Estado, que estuviera allí con ustedes.”* (GF Guatemala)

## Respuestas institucionales e individuales

En general, encuentran pocas vías de apoyo que les sirvan para dejar de sufrir violencia. Los apoyos a los que se dirigen son principalmente alguna persona del entorno familiar (hermana, madre, no a la familia en general) o amiga, aunque más como consuelo, sin esperanza de salir de la situación de violencia.

En cambio, desconfían de las medidas de apoyo institucionales (Judicatura de la mujer, Policía, servicios de denuncia contra la violencia), a los que definen como poco accesibles e incluso donde pueden ser re-victimizadas por el personal.

A eso hay que añadir que sus parejas las amenazan con hacerles daño a ellas o a sus hijos e hijas, e incluso con matarlas. Y que no las creen cuando denuncian actos de violencia y abuso en los centros de salud.

“ *[...] si es que te vas a quejar peor te va ir, a ver, anda quéjate, a ver quién*





*gana, tú vas a salir perdiendo porque yo voy a decir que tú eres así, así... y por qué te he pegado [...]” (GF Bolivia)*

*“Uhm claro, en otras palabras, en su idioma eso es lo que dicen: ‘te voy a joder peor’ ‘¡Anda nomás! ¿quién sale perdiendo? Tú. ¿Quieres luchar, quieres guerra?, ¡bueno lo vas a tener!’ Ay qué bárbaro que así podemos ir cuando yo también tenía mis... ya tenía mis tres guaguas ya y así me pasó también, lo mismo como de la señora, así como, como si fuéramos un muerto, así ya nos manejan y esas veces todavía yo no estaba con este problema.” (GF Bolivia)*

*“Usted, ¿estoy entendiendo que lo primero que necesitamos en cuestión de ayuda es empezar a asimilar primero el diagnóstico? Parece que sí. Y la violencia que sufrimos ¿qué hacemos con ella?, ¿Qué hacemos? Hija, a los derechos humanos dónde vamos a acercarnos, para eso hay que ser apto, o de otra forma, nada, ¿nos conformamos?” (GF Bolivia)*

La denuncia y la búsqueda de ayuda se considera como un paso requerido para enfrentar las violencias.

*“En este caso debemos, viviendo en nuestro hogar, hacer una denuncia; es bueno comentar a otra persona cerca y poder confiarle.” (GF Guatemala)*

Sin embargo, el miedo al rechazo constituye una importante barrera para buscar servicios de atención y protección frente a situaciones de violencia.

*“Por miedo y temor al rechazo, todo es por temor al rechazo”. (GF Colombia)*

*“Porque esos son temas delicados y contárselos a todo el mundo no está bien... porque como yo decía... la gente no lo mira como uno es quien tiene el diagnóstico.” (GF Colombia)*

En el caso particular de las mestizas e indígenas, las razones para no acceder a los servicios de atención y

protección contra las violencias incluyen, además del miedo, la vergüenza y percepciones sobre la respuesta de estos servicios a su situación.

*“Muchas veces por vergüenza, por miedo, por cuestiones de que no van a hacer nada por nosotras. Verdad nos van a escuchar sí, pero allí lo van a dejar, y no le van a dar seguimiento, no le van a dar importancia a lo que estamos denunciando.” (GF Guatemala)*

Donde ha coincidido la mayoría es en los grupos de apoyo de pares que las ayudan a identificar sus derechos y fortalecerse mutuamente. Identifican a las redes de personas con VIH como los sitios de referencia para encontrar apoyo.

*“Entonces seguimos en esa lucha ¿qué queremos? Queremos una respuesta, pero también tenemos que levantarnos como mujeres viviendo con VIH.” (GF Honduras)*

### **Necesidades de las mujeres con VIH que han experimentado violencias**

Consideran que la clase de apoyo que necesitan las mujeres que han sufrido violencia es una atención holística que aborde todos sus problemas y no solo una parte de su experiencia. Es necesario un mecanismo de atención que las mujeres puedan utilizar para su protección, poder denunciar la violencia y permitirles salir de ella, con servicios como atención psicológica, médica, espiritual, policial y legal. Una atención multidisciplinaria integral con servicios integrados y centralizados para que no tengan que ir rodando de uno a otro.

Consideran importante poner en marcha actividades que ayuden a abordar la violencia en comunidades, servicios y familias, como charlas y talleres de capacitación, así como actividades educativas en entornos comunitarios, como iglesias y escuelas,





para mejorar el conocimiento y la comprensión del VIH y cambiar las actitudes hacia las personas con VIH. En esta capacitación incluyen al personal sanitario, que necesita saber más y comprender mejor los temas de violencia y derechos de las mujeres.

“Estar informada... no quedarse callada, estar informada de nuestros deberes y de nuestros derechos, dónde debemos acudir a buscar ayuda, de que pronto podemos contar con una ruta atención o con profesionales que nos puedan ayudar, servicio de salud para la atención física y mental.” (GF Colombia)

“Y también sería una ayuda el ir a las escuelas y colegios para que vayan a capacitar a los chicos, enseñarles a los profesores; aunque son profesionales en estos temas deben orientar a los alumnos y a los padres de familia. Y decirles a los papas que sus niños, adolescentes con VIH no infectan a sus compañeros... que me da miedo decir que mi hija tiene VIH porque estoy segura que me la separan... que me da miedo que me la saquen...” (GF Perú)

“Que nos revise si hay una infección de transmisión sexual si es una violación sexual, que nos revise, si pasamos con un hombre no tenemos confianza...” (GF Guatemala)

También proponen hacer seguimiento de las mujeres que desaparecen de los servicios o dejan de utilizarlos, dándoles apoyo cuando la causa de ese abandono sea la violencia. Las mujeres con VIH necesitan tener autonomía y apoyo, y que se reconozca que son valiosas y merecen respeto. Apuntan la importancia de hacer que los hombres asuman su responsabilidad en la transmisión de la violencia, tanto los que la ejercen directamente como los que la toleran.

Solicitan servicios en los que encontrar comprensión, empatía y comunicación. También refieren la posibilidad de que las mujeres pudieran hablar de su situación en los servicios y ser escuchadas.

“Y ya hemos hablado de los policías, psicólogos, médicos, familiares, debe haber ¿no?, pero nunca había llegado yo a este; otros más donde nos pueden ayudar, soñar, no había andado.” (GF Bolivia)

“Necesitamos una persona que nos ayude emocionalmente para enfrentar esta situación después de esto; tener instituciones que trabajen la temática de las mujeres para decir todo lo que nos está pasando alrededor.” (GF Guatemala)

“Tienen que hablar y tienen que tener la misma comunicación, o sea, una comunicación entre, por decir, la policía y el denunciante, la que va a denunciar y el que está haciendo los apuntes ¿no?” (GF Bolivia)

“Tengo la suerte de conocer personas con VIH que no son de Coronel Oviedo, pero son de Caaguazú y ellos son con quien converso más el tema y me ayudan bastante.” (GF Paraguay)

“Que exista un programa donde haya una mujer que nos atienda cuando estamos sufriendo violencias, ¿verdad?, cada vez que venimos a nuestras citas médicas. En las clínicas ven a las mujeres que vienen golpeadas, con moretones, siempre ven a las mujeres que vienen con moretones, y puede decir mire me tropecé, o mire me golpeé accidentalmente.” (GF Guatemala)

“Sí, mayormente, como yo vivo cerca de un centro de salud del distrito donde yo vivo... yo voy a capacitarme, voy a orientarme un poco, tener un poco de conocimiento y si hay personas que me dejan información...” (GF Perú)



Manifiestan que necesitan estar más organizadas en redes de apoyo que sirvan para su empoderamiento individual y colectivo.

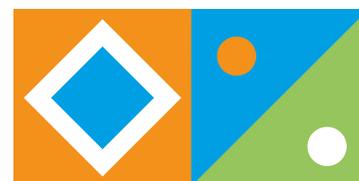
“Es interesante estar nosotras con nuestras pares unidas en este tema, meterse en las organizaciones, meterse en los movimientos que hay, luchar por nuestro derecho, no podés quedarte ahí porque te van a tragar, te van a comer así viva. Inclusive, como dijo la compañera, hay médicos y yo me voy en la urgencia del IMT y te encontrás con cada médico... es increíble es... entonces digo nomás si vos no tenés conocimiento y no estás informada cualquier cosa te van a hacer.” (GF Paraguay)

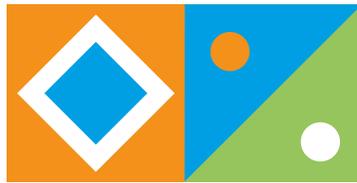
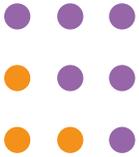
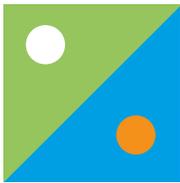
“Siempre, cada vez que viene borracho... tenemos relaciones aunque yo no quería... Pero eso ha pasado antes que yo conozca a la red... por falta de información [...] Siempre accedía a lo que él quería, pero cuando me invitaron a participar a la Red Peruana de Mujeres, yo conocí mis derechos y ahí es cuando le dije: 'Nunca me tocas cuando yo no quiero...' y eso pasó hasta el día que se murió. Nunca más me tocó. Si yo no quería tener relaciones sexuales con él, no lo hacía.” (GF Perú)

“Poder platicar con nuestra compañera, si están con lo mismo, poder más o menos desahogarnos, decir, hablar que tenemos que seguir adelante, que no, este... y si la gente habla de nosotras, ¿verdad?, no ponerle importancia. Duele que nos señalen, que digan que tenemos esa enfermedad, pero también este... poder consolarnos, entre nuestras compañeras, y decirnos de seguir adelante, para que no nos señale la gente.” (GF Guatemala)

También identifican la necesidad de contar con medidas y recursos para eliminar las barreras económicas de acceso a los servicios y asesoría legal.

“Contar con recursos económicos, así también contar puede ser con una abogada, que nos pueda aportar en el proceso. Que todos los servicios sean gratuitos, en donde no tengamos la necesidad para no gastar más de lo que no tenemos. Porque todas las mujeres que vivimos lejos somos mujeres pobres, apenas tienen para dar de comer a sus hijos, apenas tienen para ir a traer sus medicamentos.” (GF Guatemala)





## XIII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

**A. Las violencias contra mujeres con VIH infligidas por distintas personas y en diversos ámbitos a lo largo del curso de vida tienen carácter generalizado, recurrente y concurrente, con diferencias entre pertenencia étnica, edad y países de procedencia. La polivictimización de las mujeres con VIH se entrecruza con las precarias condiciones de vida que influyen en los riesgos, las consecuencias y las alternativas para enfrentar las violencias.**

**Violencia por la pareja.** El porcentaje de mujeres que ha experimentado violencia física y sexual alguna vez por la pareja es del 55%, con valores que oscilan entre el 73% en Bolivia y 13,7% en Honduras, y del 18,5% en el último año, con valores del 35,8% en Bolivia y el 6,1% en Guatemala.



En el análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países de la OPS/OMS (2012), el porcentaje de mujeres de población general que reportó violencia física o sexual por la pareja en el último año fluctuó entre el 7,7% en Jamaica (2008/9) y el 25,5% en Bolivia (2008).<sup>82</sup>

En el Estudio, la violencia emocional es la más prevalente entre las formas de violencia infligidas por la pareja reportadas por el 64% a lo largo de la vida y el 36,9% en el último año. Al mismo tiempo, las mujeres con VIH se enfrentan a un sinnúmero de conductas de control por la pareja que limitan sus espacios de intercambio y apoyo con otras personas y la toma de decisiones, incluyendo las relativas a su salud.

Los resultados de los grupos focales muestran algunas de las vías utilizadas por la pareja para controlar a las mujeres con VIH, incluyendo la amenaza de revelar su estado serológico a personas en la comunidad y a otros hombres, y mediante el control de los recursos económicos. Los resultados de la encuesta y de los grupos focales coinciden en que la violencia emocional es la más generalizada.

Las mujeres tienden a no asociar las violencias por la pareja con su estatus serológico de VIH, sin embargo, las situaciones de violencia emocional que enfrentan con mayor frecuencia (muchas veces) se relacionan directamente con el VIH: amenaza de abandono por su condición de VIH, amenaza de contar a otras personas su condición serológica, decirle que no encontrará otra pareja porque ella vive con VIH, culpabilizarla de haberle transmitido el virus a él o las y los hijos.

Se encontró una relación entre la edad y la prevalencia de las violencias ejercidas por la pareja ya que, cuando la mujer es de menor

edad, la prevalencia para la violencia física, sexual y física y sexual tiende a aumentar. Las mujeres más jóvenes (menos de 30 años) tienen un mayor riesgo de violencia emocional y conductas de control y las mujeres mayores de 30 años con riesgos más elevados para la violencia física y sexual. La pertenencia étnica se asocia con mayores prevalencias en las distintas formas de violencia infligida por la pareja, particularmente entre las mujeres indígenas, donde el riesgo de experimentar violencia física y sexual es 24 veces mayor al comparar con las mujeres identificadas como "blancas"

En cuanto a la percepción de las mujeres con VIH sobre la causalidad entre la violencia por parte de la pareja y su condición de vivir con el VIH, se observa claramente como éstas atribuyen en su mayoría (entre el 58% y el 65%, según el tipo de violencia) a "otras razones" (diferentes al VIH). La baja percepción de vinculación entre la violencia por la pareja y el VIH, si bien es baja, sí muestra diferencias según el tipo de violencia. Para la violencia emocional se tiende a percibir mayor relación con el VIH (8,8%) y en menor medida en las violencias física (4,4%) y sexual (6,3%). Esto sugiere que la condición de VIH estaría mayormente ligada a situaciones de violencia emocional (burlas, menosprecio, insulto, culpabilización, amenazas) pero las mujeres asocian otras formas de violencia (física y sexual) a razones ajenas al VIH.

Diversos estudios muestran que, aunque las tasas de victimización por la pareja entre mujeres con VIH y mujeres de población general pueden ser similares en algunos países, las primeras pueden experimentar esta violencia de forma más frecuente y severa.<sup>83,84,85</sup> Al mismo tiempo, experimentan altos niveles de violencia emocional y conductas de control específicas asociadas a su estado





serológico, por lo que la violencia infligida por la pareja a mujeres con VIH adquiere particularidades que no se limitan a su magnitud y sus consecuencias. En este contexto, la violencia y su vínculo con el VIH generan una sinergia particular, donde ambas situaciones, sumadas a otras condiciones sociales (pobreza, etnicidad, edad, etc.), contribuyen a la configuración de escenarios de mayor vulnerabilidad para las mujeres. Si bien la violencia por parte de la pareja como expresión de una asimetría de género entre hombres y mujeres sería preexistente al diagnóstico del VIH, esto genera un escenario propicio para la mayor vulnerabilidad al VIH y, a su vez, la condición del VIH podría constituirse como una variable que profundice aún más las situaciones de violencia que las mujeres con VIH experimentan en las relaciones de pareja.

**Violencia en la niñez.** El 45,5% de las encuestadas respondió de manera anónima que había sido abusada antes de cumplir los 15 años. Los altos porcentajes en todas las situaciones de violencia sexual examinadas en el estudio apuntan hacia la necesidad de explorar la relación de este tipo de violencia y la vulnerabilidad de las mujeres a contraer el VIH. Se observa que en los grupos focales no hubo mención de las experiencias de violencia sexual en la niñez, a pesar de su amplia magnitud.

### **Violencia familiar (aparte de la pareja), comunitaria y colectiva/institucional.**

- Testigo de violencia hacia la madre/madrastra. La proporción de mujeres que fue testigo de violencia física hacia su madre/madrastra ejercida por su padre/padrastro fue elevada en todos los países, fluctuando entre el 74,6% en Bolivia y alrededor del 30% en Honduras y República Dominicana. En el análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países de la OPS/

OMS (2012) estas cifras oscilaron entre un 12,6 % en Haití (2005/6) y casi la mitad (48,3 %) en Bolivia (2003). En siete de los 12 países analizados, la cuarta parte o más de las mujeres informaron de exposición a este tipo de violencia doméstica.<sup>86</sup>

- Violencia física ejercida por personas distintas a la pareja. Alrededor de la mitad de las mujeres con VIH la ha experimentado y aunque la mayoría de los perpetradores son hombres, las mujeres entrevistadas y varias de las participantes de los grupos focales hacen referencia a la madre y otros familiares. En el análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países de la OPS/OMS (2012) se encontró que la proporción de mujeres que informaron que se castigaba a los niños con golpes era significativamente mayor entre las mujeres que informaron violencia física o sexual por parte de un esposo/compañero alguna vez en comparación con las que no.<sup>87</sup>
- Violencia sexual alguna vez por personas distintas a la pareja. El 43,5% reportó haberla sufrido. En los grupos focales, las mujeres mencionaron en su mayoría la violencia sexual ejercida por la pareja, la cual a su vez identificaron como una de las vías para contraer el VIH.
- Situaciones específicas de violencia familiar (aparte de la pareja), comunitaria y colectiva/institucional. Las situaciones de violencia emocional y económica ejercidas por familiares son frecuentes, con un 25,5% que indicó que alguien de su familia la ha insultado, menospreciado, manipulado, humillado o amenazado, y un 12,6% que reporta que le han quitado dinero, propiedades, bienes o le han negado herencia. Más del 10% reporta exclusión de actividades sociales en la comunidad, haber dejado de aplicar a un trabajo por su condición de VIH, haberse visto





obligada a cambiar de lugar de residencia y habersele denegado algún servicio de salud por este motivo. Las mujeres atribuyen estas situaciones a su estado serológico en una gran proporción. En los grupos focales, las mujeres incluyeron las situaciones de violencia por los familiares de la pareja así como las múltiples barreras que enfrentan las mujeres con VIH para acceder a un puesto de trabajo. En el ámbito comunitario, las situaciones más relevantes para las mujeres incluyen el rechazo y la vulneración del derecho a la confidencialidad.

**Violencia en los servicios de salud.** Un elevado número de entrevistadas que reportaron situaciones de violación de derechos en centros sanitarios debido a su condición de VIH, desde la negación de diversos servicios de salud, incluyendo los de salud sexual y reproductiva, la coacción para someterse a aborto y esterilización, y aconsejar a las mujeres con VIH no tener hijos. Las participantes en los grupos focales describieron además otras prácticas como la vulneración de la confidencialidad, el cobro de precio más elevado por servicios, el posponer visitas al centro, maltrato en el parto y la entrega de resultados de la prueba de VIH sin consejería.

**Violencia asociada al activismo.** El total que reportó esta situación es de 10,5%, con porcentajes superiores a esta cifra en Colombia (20,8%), Paraguay (13,5%) y República Dominicana (12,9%). Con el aumento de este tipo de violencia en algunos países de América Latina es necesario explorar las situaciones concretas que enfrentan las mujeres activistas que viven con VIH.

En las violencias por parte de personas distintas de la pareja y en diversos ámbitos, las prevalencias tienden a ser similares en todos los grupos de edad. No obstante, ser indígena implica un riesgo de experimentar violencia

desproporcionalmente elevada en todos los tipos de violencias y en todos los ámbitos, con aumentos de entre 4 y 43 veces en el riesgo de sufrir violencia en el ámbito familiar, comunitario e institucional en comparación con las mujeres autodefinidas como “blancas”.

Para todos los tipos de violencia ejercida por personas diferentes a la pareja y en escenarios diferentes (familiar, comunitario e institucional), la percepción de vinculación de estas violencias con el estado serológico es particular y diferente a lo descrito en el apartado sobre las violencias por parte de la pareja. En estas violencias no vinculadas a la pareja, las mujeres tienden a percibir mayor relación con su condición de VIH, dado que el 75% atribuye la ocurrencia de los diferentes episodios de violencia de este tipo y en estos escenarios a su condición de vivir con el VIH, y considerando que el 87,3% de ellas reporta que estas situaciones se han presentado justamente después de sus respectivos diagnósticos, por lo que esta vinculación les resulta más evidente que en el caso de las violencias infligidas por la pareja.

**Miedo a experimentar violencia.** Las personas y ámbitos de los que las mujeres temen recibir violencia que fueron indicados por el 10% o más de las entrevistadas fueron, en orden de importancia: la pareja, familiares, los servicios de salud, miembros de la comunidad y en el trabajo. En los grupos focales, el miedo a experimentar violencia fue presentada como una situación generalizada que limita el acceso a recursos de salud, económicos y sociales, con importantes implicaciones para las mujeres que viven con VIH.





**B. Los elevados niveles de polivictimización en el curso de vida y en distintos ámbitos pueden tener efectos acumulativos en la salud, el bienestar y los derechos de las mujeres con VIH, incluyendo indicadores de mala salud (física y mental) en el último mes y en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. En cuanto a los factores de riesgo, la edad, la pertenencia étnica, el nivel educativo y la condición de empleo se asocian con un mayor riesgo de algunas situaciones de violencia colectiva/institucional.**

Situación de salud y bienestar.  
Potenciales efectos de las violencias.  
Entre una tercera y una quinta parte de las mujeres entrevistadas reportaron problemas como sentirse nerviosa, sentirse triste, cansarse con facilidad, tener poco apetito, dormir mal, asustarse con facilidad, temblor de las manos, sufrir de mala digestión, problemas para pensar con claridad, llorar más de lo usual, dificultad para disfrutar actividades diarias, dificultad para tomar decisiones, cansancio y tener sensaciones desagradables. Como resultado de la violencia física durante el embarazo, más de una cuarta parte de las mujeres en Bolivia y Perú tuvo un aborto, y más del 10% sufrió consecuencias físicas en Bolivia, Colombia y Perú.

La prevalencia de consumo de alcohol y drogas en las mujeres es inferior a la de sus parejas, mientras que el uso de condón con la pareja actual o más reciente es irregular y poco frecuente.

En los grupos focales se identificaron consecuencias similares a las indicadas por las encuestadas, agregando a éstas el aislamiento social, la pobreza, limitaciones de acceso al empleo y un incremento de su vulnerabilidad a otras violencias. También mencionaron los vínculos entre las violencias que experimentan y el abandono del tratamiento antirretroviral, y entre

la violencia en los servicios de salud y el trauma, la mala salud, el daño psicológico e incluso la muerte.

**Factores de riesgo/asociados.** El riesgo de ser coaccionada a realizarse un aborto o a la esterilización es similar para todos los grupos de edad. El riesgo relativo a estar expuestas a situaciones de coacción para esterilizarse y/o abortar por parte de un proveedor de salud, se esperaría que aumentase con la edad de la mujer y, por consiguiente, también la probabilidad de embarazos de riesgo o condiciones de salud que “justifiquen” la prescripción de la esterilización y, en menor medida, de abortos terapéuticos; sin embargo, esta relación no se ha identificado, observándose el mismo riesgo para mujeres de 19 a 29 años (2,3 veces más) y de 40 a 49 años (2,2 veces más) en comparación con las mujeres de 50 y más años. Estos datos sugieren que el mayor riesgo de estar expuestas a situaciones de coacción para someterse a una esterilización y/o aborto por parte de un proveedor de salud no estaría explicado por la edad de la mujer sino por su condición de mujer con VIH. Esta relación aparente entre la coacción a someterse a una esterilización y/o aborto en mujeres jóvenes y sin condiciones clínicas que lo justifiquen con el hecho de vivir con el VIH también es percibido por la mayoría de las mujeres entrevistadas. El 95,6% de las mujeres que reportaron esta situación afirmaron que esto se produjo tras el diagnóstico del VIH y, por lo tanto, el 78,4% de estas mujeres atribuyen esta coacción a su condición de VIH y no a otra condición médica que justifique esta “prescripción”. Estos datos también coinciden con la situación donde un proveedor de salud “aconsejó” no tener más hijos a las mujeres con VIH: del 94% de mujeres que reportaron que esta situación se produjo posterior a su diagnóstico de





VIH, un 77% lo atribuye a su condición de mujeres viviendo con VIH y no a otras razones.

Las mujeres con nivel de educación terciario a posgrado presentan riesgo mayor de ser forzadas por un profesional de la salud a prácticas de aborto, método de dar a luz o de alimentar al bebé, y de haberse visto acosadas, amenazadas o agredidas físicamente por su condición de activistas/defensoras de derechos de la mujer. La mujer indígena es la más afectada, seguida por la blanca y la mestiza. Las mujeres indígenas presentan mayor riesgo de experimentar las violencias en la familia (aparte de la pareja), la comunidad y colectiva/institucional, incluyendo la coacción para someterse a un aborto o esterilización y que le sean negados servicios de salud sexual y reproductiva.

Las participantes de grupos focales identifican como factores asociados a las violencias que experimentan determinantes estructurales como la pobreza (bajos ingresos), las normas de género que refuerzan las violencias hacia ellas y les imponen priorizar las necesidades de otros sobre las propias, la discriminación laboral, la dependencia económica de la pareja, la presencia de hijas e hijos. Igualmente, mencionaron los efectos mismos de las violencias a nivel individual, como la baja autoestima, los miedos que enfrentan en su vida así como factores intermedios como la falta de educación e información sobre las violencias y el VIH.

**C. Las mujeres con VIH tienden a comunicar sobre sus experiencias de violencia con mayor frecuencia a personas cercanas, generalmente a familiares, mientras que los servicios a los que acuden con mayor frecuencia son la Policía y el Ministerio Público/Fiscalía. Las razones más importantes para no buscar ayuda institucional se concentran en la vergüenza y el temor a que no les creerán, el miedo a las personas agresoras y sus amenazas, así como temor a experimentar más violencia.**

Seis de cada 10 mujeres manifestaron contar con alguien con quien hablar con confianza sobre sus experiencias de violencia, cinco de cada 10 lo hizo en situaciones de violencia por la pareja y similar cantidad en el caso de personas distintas a la pareja, siendo las y los familiares (madre, hermanas/os) a quienes acuden con mayor frecuencia. Aunque estas personas son las que ofrecen la ayuda considerada más efectiva por las mujeres, también pueden dar respuestas revictimizantes o que aumentan los riesgos de violencia.

En cuanto a la búsqueda de ayuda institucional, los servicios más utilizados son la Policía (34,2%) y el Ministerio Público/Fiscalía (21,3%), aunque en el caso de la Policía, las entrevistadas reportan vulneración de derechos.

La respuesta de los servicios de salud es limitada en términos de detección de las mujeres afectadas, de la oferta de atención y de la referencia a otros servicios.

Los patrones de búsqueda de apoyo institucional (tipo de institución a que acuden) encontrados en la encuesta son similares a los del estudio de OPS sobre violencia por la pareja (2012).

Los resultados de los grupos focales coinciden con los de las encuestas, ofreciendo detalles de los procesos





institucionales que hacen a las mujeres con VIH desconfiar de la capacidad resolutoria de las instituciones de apoyo, tales como la accesibilidad, las conductas revictimizantes del personal, que el personal de salud no las cree y la discriminación racial. De manera generalizada consideran los grupos de apoyo mutuo entre personas y mujeres con VIH como espacios alternativos para fortalecer la resiliencia, la recuperación y la rehabilitación de las mujeres con VIH afectadas por distintas violencias.

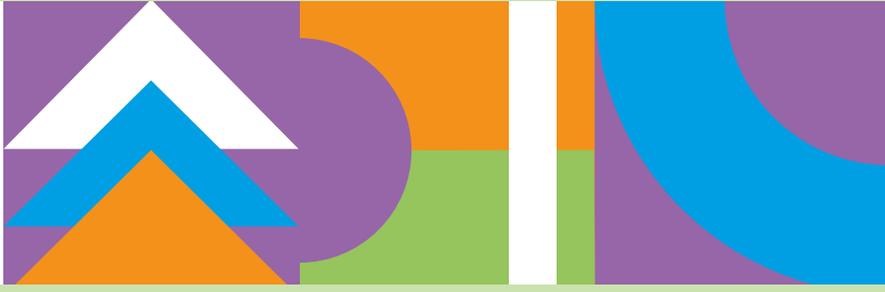
**D. Las necesidades de prevención, atención, cuidado y protección en relación con las violencias que experimentan se concentran en una atención integral para abordar sus múltiples prioridades y la polivictimización, la atención humanizada, el empoderamiento de las mujeres con VIH, servicios para las parejas, hijas e hijos, intervenciones a nivel comunitario y medidas encaminadas a eliminar las barreras financieras de acceso a los servicios.**

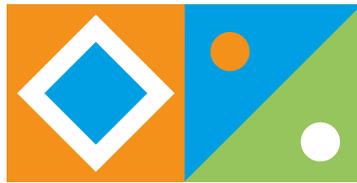
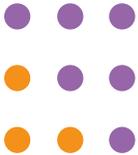
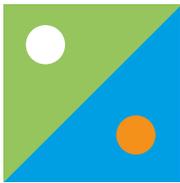
Los resultados de la encuesta y de los grupos focales muestran que servicios integrales/holísticos, constituyen una prioridad para las mujeres con VIH. En cuanto a la calidad y humanización, ponen el énfasis en la comunicación empática, comprensiva, en espacios donde sean escuchadas y reconocidas como personas con valía y derechos.

En términos de aspectos organizacionales y programáticos, aspiran a una oferta de servicios diversa, con énfasis en los de apoyo emocional seguidos por los médicos, jurídicos y sociales. También indican la necesidad de que se incluya a sus hijas e hijos y la pareja, que los servicios cuenten con medidas para garantizar el seguimiento y la atención continua a las mujeres que acuden a las instituciones, así como mecanismos para reducir los costos de los servicios, incluyendo los de asistencia legal.

En los grupos focales, las mujeres identificaron la necesidad de trabajar en las comunidades a la par que con los servicios institucionales para cambiar actitudes y prácticas sobre las violencias y las personas con VIH. Igualmente, reiteraron la importancia de la organización de las mujeres con VIH mediante redes de apoyo para su empoderamiento individual y colectivo.







## XIV. RECOMENDACIONES

Los resultados del Estudio muestran el carácter generalizado, la severidad y el continuum de las violencias a lo largo del curso de vida y en todos los ámbitos en que se desenvuelven las mujeres con VIH. Estas múltiples y concurrentes violencias tienen un impacto en su bienestar y desarrollo y en el ejercicio de todos sus

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.

### **A. 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.

- **Revisar las políticas nacionales de distintos sectores (justicia, seguridad ciudadana, salud, educación, trabajo, vivienda, migración, protección social, etc.)** para incorporar medidas concretas en torno al VIH y las VCM, los cambios requeridos en las normas y prácticas institucionales, el desarrollo de las competencias técnicas y humanas del personal, y la adecuada asignación presupuestaria que permita implementar dichas medidas.
- **Enfoque interseccional de las políticas y planes de VIH y VCM con miras a responder a las especificidades de la diversidad de mujeres con VIH y sus necesidades diferenciadas.** Esto incluye sólidos procesos de integración de los enfoques de interculturalidad, interseccionalidad, igualdad de género, diversidad y derechos humanos y la existencia de servicios amigables para adolescentes y jóvenes.
- **Servicios integrados e integrales ofertados en distintas modalidades (en sitio único y redes intersectoriales) que aborden el VIH y las VCM,** con miras a garantizar el acceso a los servicios que necesitan, la continuidad y la calidad de la atención, el uso eficiente de los recursos disponibles así como reducir las barreras institucionales y sociales que restringen su utilización por parte de las mujeres con VIH.<sup>88</sup> La oferta de servicios integrales debe incluir, además de distintas instituciones y sectores, una estrecha coordinación de éstas con las comunidades y las organizaciones de personas y de mujeres con VIH.

- 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 reproductiva, VCM, cáncer cervicouterino y salud mental, entre otras.
- **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.<sup>89</sup>
- **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.

**B. La adecuada integración de programas y servicios de VIH y las VCM requiere de un proceso de revisión de normas, protocolos y modelos de atención que incorpore intervenciones integradas de prevención, atención, protección y resarcimiento de derechos de las mujeres con VIH.**

Aunque la mayoría de los países cuentan con normas, protocolos y modelos de atención a la violencia, en su mayoría se concentran en la violencia por la pareja y por





familiares, y en la violencia sexual. Algunos son de carácter sectorial, exclusivos del Sector Salud, Policía y Ministerio Público, y otros intersectoriales, que en algunos casos incorporan acciones con organizaciones de la sociedad civil. Las intervenciones, procedimientos y rutas de atención suelen estar diseñadas para atender de manera prioritaria el último evento y situaciones de emergencia en las que está en peligro la integridad física de la mujer y/o los hijos e hijas, mientras incluyen muy pocos procedimientos, en algunos casos, ninguno, para la atención integral a medio y largo plazo de la polivictimización a lo largo del curso de vida. El énfasis en los aspectos médicos o penales como el principal foco de los servicios de atención a las VCM ha producido respuestas institucionales que ofrecen a las mujeres limitadas opciones de recuperación integral, prevención, protección y resarcimiento de sus derechos. Muchos de los instrumentos normativos no han utilizado enfoques a partir del trauma, lo que ha limitado el reconocimiento de los signos del trauma y la interrelación entre sus síntomas, por lo que algunas intervenciones, de manera inadvertida, revictimizan a las mujeres sobrevivientes.<sup>90,91,92</sup>

Las normas, protocolos y modelos de atención deben considerar la integración de algunos componentes clave:

- **Detección y atención de las múltiples violencias que experimentan las mujeres con VIH en el curso de su vida**, sus efectos en las distintas esferas y las necesidades de atención, prevención, protección y reparación que se derivan de los mismos. Esto incluye estrategias de atención de primera línea, un sólido y funcional sistema de referencia y contrarreferencia,

medidas de acompañamiento a las víctimas/sobrevivientes y garantías de continuidad de la atención, redes territoriales de atención, incluyendo sistemas de apoyo comunitarios con los que cuentan los distintos grupos étnicos y de apoyo entre pares (mujeres/personas con VIH).

- **Incorporación del enfoque a partir del trauma con miras a identificar, evaluar y responder al impacto** de la polivictimización, apoyar la resiliencia de las mujeres con VIH, darles soporte para identificar sus fortalezas y garantizar que los procedimientos e interacciones con ellas no las retraumaticen.<sup>93</sup>
- **Incorporar en las redes multisectoriales de atención a las VCM, intervenciones y procedimientos específicos relativos al VIH** para mujeres adultas, adolescentes y niñas en el marco de las funciones y servicios específicos de la policía, sector salud, fiscalías, defensorías de niñez y adolescencia, juzgados, programas de autonomía económica, grupos comunitarios de apoyo y acciones entre pares, entre otros, desde una perspectiva de diversidad cultural/interculturalidad y servicios amigables para adolescentes y jóvenes.
- **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, considerando modalidades como las implementadas en Zimbabue a través del Programa de servicios legales de ONU Mujeres y el Law in Southern Africa Research and Education Trust.<sup>94</sup>





- **Intervenciones dirigidas a las parejas de las mujeres con VIH, a sus hijas e hijos y otros familiares pertinentes (madres, hermanas/os), según particularidades del contexto.** Las intervenciones que involucran a la pareja y a las familias deben contar con garantías de seguridad y protección para las mujeres con VIH, la atención a sus necesidades particulares, y estar basadas en la evidencia y estándares internacionales.<sup>95,96,97</sup>
  - **Estrategias de inducción de demanda y eliminación de barreras sociales, financieras, culturales y geográficas** para garantizar el acceso y utilización de los servicios de las VCM por parte de las mujeres adultas, adolescentes y niñas con o afectadas por el VIH, desde un enfoque de interculturalidad. Y contar con servicios amigables para adolescentes y jóvenes.
  - **Estrategias a nivel poblacional (comunidades, familias, centros educativos, etc.) que aborden las intersecciones entre el VIH y las VCM** dirigidas a modificar normas de género que justifican o naturalizan las violencias hacia las mujeres (adultas, adolescentes y niñas), culpabilizan a las víctimas y restringen su acceso a los servicios. Entre las buenas prácticas a considerar se incluyen programas como Sasa!, Stepping Stones o el Programa H y M, entre otros.<sup>98,99,100</sup>
  - **Estrategias de prevención primaria de las violencias contra niñas y adolescentes de los distintos grupos étnicos, así como de la violencia institucional y la violencia ejercida por miembros de la comunidad** deben constituir una prioridad. Se cuenta con experiencias de trabajo con adolescentes como por ejemplo el programa -DREAMS (Determined, Resilient, Empowered, AIDS-free, Mentored, and Safe women). También es necesario implementar estrategias para garantizar la retención de las niñas en las escuelas, así como programas de eliminación del matrimonio infantil (uniones con niñas y adolescentes).<sup>101,102</sup>
- C. El abordaje integral de las violencias en mujeres con VIH requiere del fortalecimiento de las respuestas de apoyo entre pares y la participación significativa de las mujeres con VIH en el desarrollo de políticas, programas y servicios relacionados.**
- **Desarrollar programas educativos sistemáticos sobre las VCM y mujeres con VIH dirigidos a los distintos grupos de población** con miras a aumentar el nivel de conocimiento sobre las violencias y sus vínculos con el VIH, las consecuencias de la polivictimización en todas las esferas de la vida y el ejercicio de los derechos, así como sobre las formas de enfrentar estas violencias y los determinantes estructurales de ambas epidemias (VIH y VCM).
  - **Fortalecer y crear grupos de apoyo entre pares** para abordar temas relativos al VIH, las VCM y la polivictimización y reforzar el empoderamiento individual y colectivo y los liderazgos grupales. Las estrategias de apoyo entre pares en personas que viven con VIH han mostrado resultados positivos en estos aspectos y en su calidad de vida.
  - **Integrar a las mujeres con VIH en los procesos de diseño, implementación, monitoreo y evaluación** de políticas, programas y servicios de atención a las VCM, incluyendo mecanismos de coordinación interinstitucional. Esto supone desarrollar capacidades de las mujeres con VIH para su adecuada integración en estos procesos y contar con mecanismos en los sectores gubernamentales pertinentes para la rendición de cuentas en torno al abordaje integrado del VIH y las VCM, y de las necesidades específicas de las mujeres con VIH en relación con las



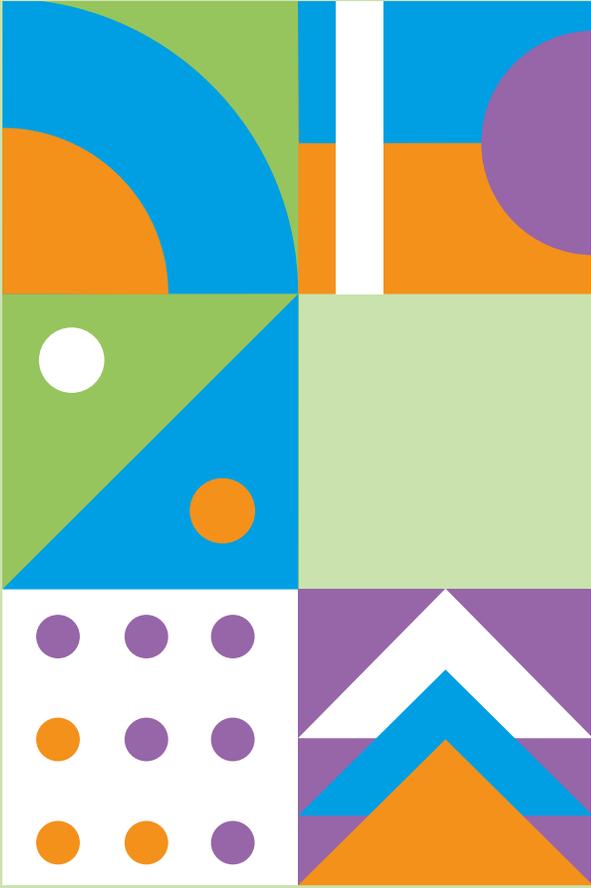


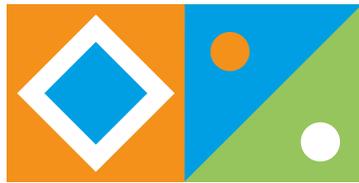
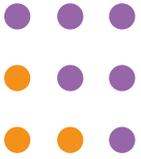
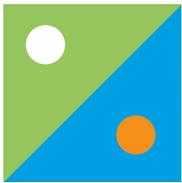
violencias en las distintas esferas de sus vidas.<sup>103</sup>

**D. Generación y gestión de conocimiento sobre las violencias y mujeres con VIH a nivel regional para sustentar los procesos de desarrollo de políticas, programas, servicios y modelos de atención integrados de VIH y violencias y establecer evidencia sólida de la región.**

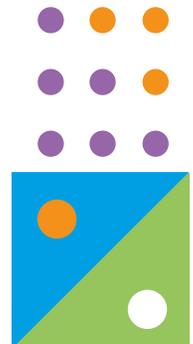
- **Más investigación sobre factores de riesgo relativos al contexto.** Dada la baja inversión gubernamental en programas y servicios que aborden integralmente las VCM y el VIH y la escasa investigación sobre las violencias en mujeres con VIH es necesario continuar recopilando evidencia sobre diversos aspectos, tales como los factores de riesgo asociados a las VCM en el contexto del VIH, además de las características individuales de las mujeres en cuanto a edad, etnicidad, situación migratoria, residencia urbana/rural, las rutas de polivictimización en mujeres y los riesgos de contraer el VIH, así como la polivictimización y sus efectos en la salud física y mental de las mujeres. Es necesario contar con información sobre factores comunitarios, contextos (conflicto armado, alta criminalidad), violencias contra las mujeres con VIH activistas, las distintas formas de violencia institucional, las que se dan en los servicios de salud, y los efectos acumulativos de las violencias antes y después del diagnóstico no solo en salud sino en otras áreas de la vida de las mujeres (trabajo, educación, participación social, etc.).
- **Realización de estudios mixtos, que combinen métodos cuantitativos y cualitativos sobre normas de género, VIH y diversos tipos de VCM.** Dada la importancia de integrar el abordaje de las normas de género en los programas y servicios de VIH y VCM, es necesario explorar cómo se articulan las normas de género entre sí en los distintos países, generando vulnerabilidades de las mujeres frente al VIH y las violencias así como el rol que estas normas desempeñan en las situaciones que enfrentan las mujeres con VIH después del diagnóstico. Igualmente, es necesario examinar cuáles son las normas que podrían proteger a las mujeres con VIH contra las violencias en los ámbitos públicos y privados, y cómo las mujeres con VIH pueden liderar cambios de estas normas en sus contextos.<sup>104</sup>
- **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.







## XV. ANEXOS





## A. ANEXO ESTADÍSTICO – NOTAS EXPLICATIVAS

### CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS ENCUESTADAS

El estudio recoge los datos de 955 mujeres en total, aunque en esta sección hubo ausencia de respuesta para algunas preguntas y consignas de exclusión para otras. Estas aclaraciones son importantes al momento de evaluar la frecuencia relativa (%) puesto que se calculan sobre el total de la muestra que, dependiendo del caso, tiene diferentes tamaños.

De las preguntas con tamaño total n=955, no respondieron a **Zona de residencia** n=23 casos, **Edad** n=29 casos, **Pertenencia étnica** n=8 casos, **Trabajo actual** n=2 casos, **Carencia de alimentos de la entrevistada** n=1 y de alguien de la familia n=10 casos, y de la **Condición de estar embarazada actualmente** n=140 y n=25 casos no saben. **De igual modo** n=10 mujeres tampoco respondieron acerca de los **años de diagnóstico del VIH**.

**Nivel Educativo.** Se excluyeron 74 casos que no asistieron a una institución educativa y de los 881 casos válidos, no respondieron tres.

**Nivel de ingresos.** Se consideraron 685 mujeres con trabajo actual o en el último año y de las cuales no contestaron n=25.

**Hijos e hijas.** Para conocer si ha tenido/ tiene hijos vivos, se excluyeron 94 mujeres sin embarazos y de las restantes 861, dos no dieron respuesta. De los n=834 casos con hijos vivos, nueve no responden.

**Cantidad de relaciones de pareja.** Se dejaron de lado n=20 mujeres que nunca tuvieron pareja y de las 935 restantes, n=28 no respondieron. De las 521 mujeres con pareja actual, n=5 no contestaron sobre la duración de la relación.

## VIOLENCIA INFLIGIDA POR LA PAREJA

En la sección sobre **violencia en la pareja** no aplicaron n=20 mujeres que nunca tuvieron una pareja, o sea, participaron n=935 mujeres en total.

Las prevalencias de **Conductas de control** se calcularon sobre un tamaño variable por ausencia de respuesta, desde n=10 hasta n=69 (Cuadro 3).

A las preguntas sobre **violencias emocional, física, sexual, física/sexual y física severa**, contestaron todas, o sea, la tasa de respuesta fue del 100%. Las prevalencias de la frecuencia con que ocurrieron las situaciones en los últimos 12 meses se calcularon excluyendo las respuestas negativas y ausentes por lo que también el tamaño varía en cada una.

Para las razones percibidas como **motivo de las violencias** se consideraron los casos positivos válidos: n=614 para la emocional (36 casos no responden), n=575 para la física (42 sin respuesta), n=525 en la sexual (63 mujeres no responden).

La **violencia física durante el embarazo** no aplicó para 94 mujeres a las que se sumaron otras siete en el caso de que el autor fuera la pareja. De este modo, para la violencia por cualquier persona se tendrían 861 en total pero respondieron 335 (un 38,9%) y para la ejercida por la pareja, el total sería de 854 con respuesta de 715, es decir, el 83,7%.

## VIOLENCIA FAMILIAR, COMUNITARIA Y COLECTIVA

**Relaciones sexuales y violencia sexual.** En esta sección fueron excluidas 13 mujeres sin relaciones sexuales, resultando n=942 casos en total aunque 18 no contestaron la edad (Cuadro 9) y 46 no respondieron a las circunstancias de su primera vez. Además, hubo 35 casos que no recordaron episodios de violencia





sexual por cualquier persona con lo cual, de 907 casos válidos, el 43,6% tuvo resultado positivo. Los valores calculados para edad y frecuencia de ocurrencia se calcularon en base al total de n=395 casos.

Las preguntas sobre **violencias familiar (aparte de la pareja) y comunitaria** se hicieron a las n=955 participantes.

Al reporte sobre agresión del **padre/ padrastra a la madre/madrastra**, n=41 mujeres no respondieron.

## MANERAS DE ENFRENTAR LA VIOLENCIA Y PERSPECTIVAS DE LAS MUJERES CON VIH SOBRE LAS NECESIDADES DE PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y PROTECCIÓN

En esta sección contestaron n=525 mujeres, es decir, el 76,87% de las 683 que reportaron **violencia física y/o sexual en la relación de pareja**; n=417 mujeres de 430 con violencia física y/o sexual por personas diferentes a la pareja, o sea, un 97% y n=359 de 448 mujeres que sufrieron violencia física y/o sexual en la comunidad.

**Cuadro 30. Valores de riesgo por tipo de violencia según factor**

Categorías		Edad (años)			Educación		Grupo Étnico			
		19 a 29	30 a 39	40 a 49	Sin educación/ Primario	Secundario	Mestiza	Indígena	Blanca	Afrodescendiente
Violencias de la pareja	Control	1,83**	1,65*	1,66*	2,42**	2,59**	5,21**	27,68**	5,41**	6,93**
	Emocional	3,93**	2,42**	2,11*	2,11**	1,76**	6,57**	31,67**	6,51**	5,56**
	Física	3,26**	2,50**	2,02*	1,71**	1,99**	6,75**	26,04**	6,00**	5,07**
	Sexual	3,92**	2,29**	2,25*	1,72*	1,74**	3,94**	14,13**	5,49**	2,72*
	Física y/o sexual	3,46**	2,18**	1,98*	1,58*	1,84**	6,51**	24,17**	6,71**	4,53**
Violencia en la familia, comunidad, servicios		ns	ns	ns	ns	16*	ns	64**	ns	ns
Violencia en servicios de salud (coacción a aborto, esterilización o decisión del personal de salud con la pareja sobre esterilización)		2,32**	2,14**	2,16**	ns	ns	ns	3,95*	ns	ns
Alguna vez le han negado servicios de salud sexual y reproductiva debido a su condición de VIH		ns	ns	ns	1,78**	ns	10,11*	43,12**	9,8*	ns
Alguna vez un(a) profesional de la salud aconsejó no tener hijos		2,42**	2,13**	1,97**	1,83**	ns	ns	3,79**	3,11*	ns

\*\* es significativo al nivel 0.01

\* es significativo al nivel 0.05

ns no significativo



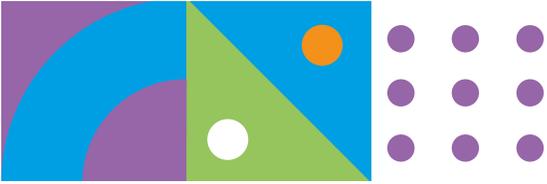


## B. VALORES DE RIESGO DE SUFRIR SITUACIONES DE VIOLENCIA POR EDAD, EDUCACIÓN, SITUACIÓN LABORAL Y PERTENENCIA ÉTNICA.

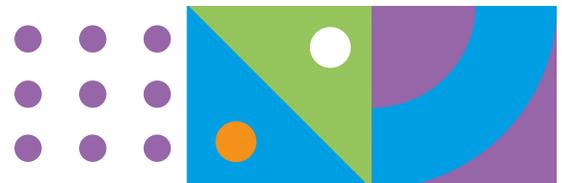
Los valores con alta significación ( $p < 0.01$ ) se señalan con doble asterisco y aquellos no significativos se denotan con "ns".

Factor		Edad (años)			Educación		
		19 a 29	30 a 39	40 a 49	Sin educación/ Primario	Secundario	No trabaja
Categorías							
Violencias de la pareja	Control	1,83**	1,65*	1,66*	2,42**	2,59**	2,39**
	Emocional	3,93**	2,42**	2,11*	2,11**	1,76**	1,92 *
	Física	3,26**	2,50**	2,02*	1,71**	1,99**	2,06 **
	Sexual	3,92**	2,29**	2,25*	1,72*	1,74**	2,44 **
	Física y/o sexual	3,46**	2,18**	1,98*	1,58*	1,84**	2,40 **
Violencia en la familia, comunidad, servicios		ns	ns	ns	ns	1,6*	1,59 *
Violencia en servicios de salud (coacción a aborto, esterilización o decisión del personal de salud con la pareja sobre esterilización)		2,32**	2,14**	2,16**	ns	ns	1,68 **
Alguna vez le han negado servicios de salud sexual y reproductiva debido a su condición de VIH		ns	ns	ns	1,78**	ns	ns
Alguna vez un(a) profesional de la salud aconsejó no tener hijos		2,42**	2,13**	1,97**	1,83**	ns	ns
** es significativo al nivel 0.01							
* es significativo al nivel 0.05							
ns no significativo							





## XIV. REFERENCIAS







1. UNESCO (2008). Language, dance and music of the Garifuna. Belize, Guatemala, Honduras and Nicaragua. Recuperado de <https://ich.unesco.org/en/RL/language-dance-and-music-of-the-garifuna-00001>
2. Small Arms Survey 2018. Geneva. Recuperado de <http://www.smallarmssurvey.org/tools/interactive-map-charts-on-armed-violence.html>
3. UNAIDS. AIDSInfo 2016. Geneva. Recuperado de <https://www.aidsdatahub.org/global-aids-update-2016-unaids-2016>
4. OMS (2005). Estudio multipaís de la OMS sobre Salud y Violencia Doméstica contra la Mujer. Resumen del informe. Ginebra. Recuperado de [https://www.who.int/gender/violence/who\\_multicountry\\_study/summary\\_report/summaryreportSpanishlow.pdf](https://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summaryreportSpanishlow.pdf)
5. GNP+. The People Living with HIV Stigma and Discrimination Index. Recuperado de <http://www.stigmaindex.org>
6. PNUD y ONU Mujeres (2017). Del Compromiso a la Acción: Políticas para erradicar la violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe, 2016. Recuperado de [http://americalatina-genera.org/newsite/images/violencia/documentos/DEL\\_COMPROMISO\\_A\\_LA\\_ACCION\\_ESP.pdf](http://americalatina-genera.org/newsite/images/violencia/documentos/DEL_COMPROMISO_A_LA_ACCION_ESP.pdf)
7. PNUD y ONU Mujeres (2013). El compromiso de los Estados: planes y políticas para erradicar la violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe. Panamá. Recuperado de [http://www.endvawnow.org/uploads/browser/files/lac\\_commitment\\_of\\_the\\_states-sp.pdf](http://www.endvawnow.org/uploads/browser/files/lac_commitment_of_the_states-sp.pdf)
8. Estrategia Nacional para Abordar el Vínculo entre la Violencia contra la Mujer y el VIH 2015-2020. República Dominicana. Recuperado de [http://dvcn.aulaweb.org/Estrategia\\_Vinculo\\_nov\\_2015.pdf](http://dvcn.aulaweb.org/Estrategia_Vinculo_nov_2015.pdf)
9. Bianco, M., Marino, A. y Re, I, (Comp.) (2009). Violencia contra las mujeres y VIH/SIDA en cuatro países del Mercosur: Estadísticas, políticas públicas, legislación y estado del arte. Buenos Aires.
10. Instituto Nacional de las Mujeres (2017). Política Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia contra las Mujeres de todas las Edades Costa Rica 2017-2032.
11. Hale, F. y Bell, E. Revisión de la literatura científica publicada en revistas académicas. Marzo 2018. Versión preliminar.
12. Luciano, D. y Negrete, M. (2015). Derechos humanos de las mujeres que viven con VIH en las Américas CIM/OEA y ONUSIDA. Washington DC. Recuperado de [http://users.neo.registeredsite.com/0/2/7/17704720/assets/Derechos\\_mujeres\\_positivas\\_CIM\\_VIH-DDHH-ESP.pdf](http://users.neo.registeredsite.com/0/2/7/17704720/assets/Derechos_mujeres_positivas_CIM_VIH-DDHH-ESP.pdf)
13. GNP+. The People Living with HIV Stigma and Discrimination Index. <http://www.stigmaindex.org>
14. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C.,. Recuperado de [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf)
15. Luciano, D. y Negrete, M. (2015). Derechos humanos de las mujeres que viven con VIH en las Américas CIM/OEA y ONUSIDA. Washington DC. Recuperado de [http://users.neo.registeredsite.com/0/2/7/17704720/assets/Derechos\\_mujeres\\_positivas\\_CIM\\_VIH-DDHH-ESP.pdf](http://users.neo.registeredsite.com/0/2/7/17704720/assets/Derechos_mujeres_positivas_CIM_VIH-DDHH-ESP.pdf)
16. Peterson, E. (2010). Vicarious victimization. In B. S. Fisher & S. P. Lab (Eds.), *Encyclopedia of victimology and crime prevention* (pp. 963-964). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc. doi: 10.4135/9781412979993.n327





17. Hartinger-Saunders, R. M., Rittner, B., Wieczorek, W., Nochajski, T., Rine, C. M., & Welte, J. (2011). Victimization, Psychological Distress and Subsequent Offending Among Youth. *Children and youth services review*, 33(11), 2375-2385. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3187546/>
18. Fowler P., Tompsett C., Braciszewski J., Jacques-Tiura A., & Baltes B. (2009). Community violence: A meta-analysis on the effect of exposure and mental health outcomes of children and adolescents. *Development and Psychopathology*, 21(1), 227-259. doi:10.1017/S0954579409000145. Recuperado de <https://www.cambridge.org/core/journals/development-and-psychopathology/article/community-violence-a-metaanalysis-on-the-effect-of-exposure-and-mental-health-outcomes-of-children-and-adolescents/A460C5BCCC50A19B4D53D772C-76261DE>
19. Ford, J.D. & Delker, B.C. (2018). Polyvictimization in childhood and its adverse impacts across the lifespan: Introduction to the special issue, *Journal of Trauma & Dissociation*, 19:3, 275-288, DOI: 10.1080/15299732.2018.1440479
20. Coetzee, J., Gray, G.E. & Jewkes, R. (2017) Prevalence and patterns of victimization and polyvictimization among female sex workers in Soweto, a South African township: a cross-sectional, respondent-driven sampling study, *Global Health Action*, 10:1, DOI: 10.1080/16549716.2017.1403815
21. Decker, M.R. et al. Physical and Sexual Violence Predictors: 0 Years of the Women's Interagency HIV Study Cohort. *Am J Prev Med* 2016;51(5):731-742
22. Working Group on Youth Programs and Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Implementing a Trauma-Informed Approach for Youth across Service Sectors. May 2013. Recuperado de [https://youth.gov/docs/Trauma\\_Informed\\_Approach\\_508.pdf](https://youth.gov/docs/Trauma_Informed_Approach_508.pdf)
23. Lippus, H., Laanpere, M., Part, K., Ringmets, I. & Karro, H. (2018). Polyvictimization and the Associations Between Poor Self-Perceived Health, Dissatisfaction With Life, and Sexual Dysfunction Among Women in Estonia. *Journal of Interpersonal Violence*. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/0886260518780412>
24. WHO (February 2016). Ethical and safety recommendations for intervention research on violence against women. Building on lessons from the WHO publication Putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women. Geneva: World Health Organization. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/251759/9789241510189-eng.pdf?sequence=1>
25. WHO. (2005). *Researching Violence Against Women: A Practical Guide for Researchers and Activists/* Mary Ellsberg, Lori Heise, World Health Organization. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42966>
26. 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](http://www.who.int/hac/network/interagency/news/ethical_and_safety_recommendations/en/index.html)
27. 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.
28. ONUSIDA (2007). Principio de ONUSIDA para una mayor participación de las personas viviendo con VIH/SIDA. Recuperado de [https://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/2007\\_The\\_Greater\\_Involvement\\_of\\_People\\_Living\\_with\\_HIV\\_GIPA.pdf](https://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/2007_The_Greater_Involvement_of_People_Living_with_HIV_GIPA.pdf)





29. ICW Latina e Hivos. Curso virtual del Estudio: Violencia y mujeres con VIH en América Latina". Recuperado de <http://dvcn.aulaweb.org/course/view.php?id=51>
30. Ellsberg, M. and Heise, L. (2005). Researching violence against women: a practical guide for researchers and activists. World Health Organization and PATH. Washington.DC
31. Edwards, A.E. and Collins, C.B. Exploring the Influence of Social Determinants on HIV Risk Behaviors and the Potential Application of Structural Interventions to Prevent HIV in Women. *Journal of Health Disparities Research and Practice*, Volume 7, Special Issue 2 Women of Color Sexual Health Across the Lifespan, Winter 2014.
32. Organización Panamericana de la Salud. (2013). Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia infligida por la pareja. Washington DC. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98816/WHO\\_RHR\\_12.36\\_spa.pdf;sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98816/WHO_RHR_12.36_spa.pdf;sequence=1)
33. Antai, D. (2011). Controlling behavior, power relations within intimate relationships and intimate partner physical and sexual violence against women in Nigeria. *BMC public health*, 11, 511. doi:10.1186/1471-2458-11-511. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3161889/>
34. Wandera et al. Partners' controlling behaviors and intimate partner sexual violence among married women in Uganda. *BMC Public Health* (2015) 15:214 DOI 10.1186/s12889-015-1564-1. Recuperado de <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-015-1564-1>
35. Heise, L. (2016). What do we really know about links between Violence Against Women and HIV? STRIVE London School of Hygiene & Tropical Medicine. Recuperado de <http://strive.lshtm.ac.uk/sites/strive.lshtm.ac.uk/files/What%20do%20we%20really%20know%20about%20VAW%20and%20HIV.pdf>
36. Heise, L. and McGroy, E. Greentree II Violence against Women and Girls, and HIV Report on a high-level consultation on the evidence and implications. 12–14 May 2015, New York.
37. WHO. Violence against women and HIV. Recuperado de <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/hiv/en/>
38. Gundersen, K.K. et al. Gender Based Violence and HIV Infection: Overlapping Epidemics in Brazil. *Sexual Violence Research Initiative*. 2016/11/25. Recuperado de <http://www.svri.org/blog/gender-based-violence-and-hiv-infection-overlapping-epidemics-brazil>
39. WHO and UNAIDS (2013). 16 Ideas for addressing violence against women in the context of the HIV epidemic: A programming tool. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95156/1/9789241506533\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95156/1/9789241506533_eng.pdf?ua=1)
40. Population reference Bureau (April 2009). Gender-Based Violence Increases Risk of HIV/AIDS for Women in Sub-Saharan Africa. Recuperado de <http://www.prb.org/Publications/Articles/2011/gender-based-violence-hiv.aspx>
41. Heise, L. and McGrory, E., 2016
42. Girls Not Brides. (Agosto 2017). Matrimonio infantil en América Latina y el Caribe Recuperado de <https://www.girlsnotbrides.org/wp-content/uploads/2017/01/Child-marriage-in-LAC-Español-08.2017-1.pdf>
43. UNICEF (2018). Disciplina violenta en América Latina y el Caribe. Panamá. Recuperado de [https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org/lac/files/2018-04/20180422\\_UNICEF-LACRO\\_Disciplina\\_Violenta-en\\_LAC\\_Print%20%28002%29.pdf](https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org/lac/files/2018-04/20180422_UNICEF-LACRO_Disciplina_Violenta-en_LAC_Print%20%28002%29.pdf)





44. WHO and UNAIDS (2013). 16 Ideas for addressing violence against women in the context of the HIV epidemic. A programming tool. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95156/1/9789241506533\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95156/1/9789241506533_eng.pdf?ua=1)
45. Heise, L and McGrory, E., 2016
46. American Psychological Association (2018). Violence and Socioeconomic Status. Washington DC. Recuperado de <https://apa.org/pi/ses/resources/publications/violence.aspx>
47. 49. CIDH/OAS. Violence and discrimination against women in the armed conflict in Colombia. Washington DC. Recuperado de <http://cidh.oas.org/women/Colombia06eng/part3co.htm>
48. Cassidy, T. et al. A systematic review of the effects of poverty deconcentration and urban upgrading on youth violence. *Health & Place*. Volume 26, March 2014, Pages 78-87. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1353829213001731>
49. Feuerschütz, S. and Salahub, J.E. (2013). Gender and Urban (In)Security in Fragile States. The North-South Institute. Recuperado de <http://www.nsi-ins.ca/wp-content/uploads/2013/05/2013-Gender-and-Urban-InSecurity-in-Fragile-States.pdf>
50. Dayabati Devi, N. (2016). Women Living with HIV/AIDS in Manipur: Relations with Family and Neighbourhood. *Indian Journal of Gender Studies*, 23(2), 324–335. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/0971521516635329>
51. Fustos K. (2011). Gender-Based Violence Increases Risk of HIV/AIDS for Women in Sub-Saharan Africa. Population Reference Bureau. Washington DC. Recuperado de <https://www.prb.org/gender-based-violence-hiv/>
52. WHO and UNAIDS (2013). Ibid
53. Fekete, E.M., Antoni, M.H., Durán, R. et al. *Int.J. Behav. Med.* (2009) 16: 367. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s12529-009-9041-9>
54. Bernier, A. Empowering Malian women living with HIV regarding serostatus disclosure management: Short-term effects of a community-based intervention. *Patient Education and Counseling*. Volume 101, Issue 2, February 2018, Pages 248-255. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S073839911730469X#!>
55. Edleson, J.L. (1999). Problems Associated with Children's Witnessing of Domestic Violence. National Resource Center on Domestic Violence. Harrisburg, PA, USA. Recuperado de <https://vawnet.org/material/problems-associated-childrens-witnessing-domestic-violence>
56. U.S. Department of Health and Human Services (2017). Effects of domestic violence on children. USA
57. Luciano, D. y Iacono, M. (2014). Manual para fortalecer el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres que viven con VIH en América Latina. CIM/OEA y ONUSIDA. Washington DC. Recuperado de [http://www.oas.org/es/cim/docs/Manual\\_CIM\\_ONUSida\\_ES.pdf](http://www.oas.org/es/cim/docs/Manual_CIM_ONUSida_ES.pdf)
58. OMS (2017). Guía consolidada sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH. Ginebra. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255691/WHO-RHR-17.03-spa.pdf?sequence=1>
59. OMS (2014). Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Ginebra. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO\\_RHR\\_14.23\\_spa.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?sequence=1)





60. Centro de Derechos Reproductivos y Vivo Positivo (2011). Dignidad negada. Violaciones de los derechos de las mujeres VIH-positivas en establecimientos. New York. Recuperado de <https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/DignidadNegada.pdf>
61. OXFAM (2016). El riesgo de defender. Reino Unido. Recuperado de [https://d1holjzgk5247a.cloudfront.net/peru.oxfam.org/s3fs-public/file\\_attachments/El%20Riesgo%20de%20Defender\\_1.pdf](https://d1holjzgk5247a.cloudfront.net/peru.oxfam.org/s3fs-public/file_attachments/El%20Riesgo%20de%20Defender_1.pdf)
62. Romero, A. El trabajo de la Iniciativa Mesoamericana de Defensoras de Derechos Humanos en el Triángulo Norte. Presentación en el taller de trabajo Hacia una estrategia regional conjunta para proteger a las mujeres y a las niñas de violencia en el Triángulo Norte realizado los días 30 de noviembre y 1 de diciembre de 2015. Panamá.
63. Whitzman, C. (2008). The Handbook of Community Safety. Gender and Violence Prevention. London
64. WHO (2013). 16 ideas for addressing violence against women in the context of HIV epidemic: a programming tool. Geneva. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95156/9789241506533\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95156/9789241506533_eng.pdf?sequence=1)
65. Heise, L and McGrory, E (2016). Violence against Women and Girls, and HIV. Report on a high-level consultation on the evidence and implications. STRIVE. Greentree II. London
66. Matos, M. et al. Multiple victimisation in socially excluded women: From prevalence to meanings. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 161 (2014) 70 – 76.
67. Palermo, T. et al. Risk factors for childhood 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>
68. Rodríguez-Menés, J., Puig, D. & Sobrino, 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>
69. DeHart, D. D., & Moran, R. (2015). Poly-Victimization Among Girls in the Justice System: Trajectories of Risk and Associations to Juvenile Offending. *Violence Against Women*, 21(3), 291–312. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/1077801214568355>
70. Schwab-Reese, L. M., Currie, D., Mishra, A. A., & Peek-Asa, C. (2018). A Comparison of Violence Victimization and Polyvictimization Experiences Among Sexual Minority and Heterosexual Adolescents and Young Adults. *Journal of Interpersonal Violence*. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/0886260518808853>
71. Bott, S. et al, 2012. Ibid
72. Luciano, D. y Negrete, M. (2018). Análisis de datos de Latinobarómetro sobre el nivel de confianza en el Poder Judicial y la Policía en América Latina. Development Connections. Washington DC.
73. Hidalgo, N. y Luciano, D. La sociedad contra el femicidio en el Triángulo Norte. Blog ¿Y si hablamos de igualdad? División de Género y Diversidad del Banco Interamericano de Desarrollo. Octubre 2018. Recuperado de <https://blogs.iadb.org/y-si-hablamos-de-igualdad/2018/10/31/la-sociedad-contra-el-femicidio-en-el-triangulo-norte/?fbclid=IwAR2LRQ93qRz16x3QtePgTIOVfMd7U1RUPkTR9hJIUNED9LSmLOGpFS2vHXg>
74. Eisenman, D.P., Cunningham, W.E., Zierler, S. et al. Effect of violence on uti-





- lization of services and access to care in persons with HIV. *J GEN INTERN MED* (2003) 18: 125. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.20518.x>
75. Futures Without Violence (2013). The Facts on Violence Against Women and HIV/AIDS. USA. Recuperado de <https://www.futureswithoutviolence.org/userfiles/file/HealthCare/Violence%20against%20Women%20and%20HIV%20factsheet.pdf>
  76. Bott, S. et al, 2012. Ibid.
  77. Jewkes, R. (2014). What works to prevent violence against women and girls? Evidence review of the effectiveness of response mechanisms in preventing violence against women and girls. UK. Recuperado de [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/337622/evidence-review-response-mechanisms-H.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/337622/evidence-review-response-mechanisms-H.pdf)
  78. Jhpiego (2018). Gender-Based Violence Quality Assurance Tool. Baltimore, USA. Recuperado de <http://resources.jhpiego.org/system/files/resources/GBV-Quality-Assurance-Tool--EN.pdf>
  79. Minnis, A.M., Doherty, I.A., Kline, T.L., et al. *International Journal of Women's Health* (May 2015), Vol. 11, Issue 7, pp. 51–525, doi: 10.2147/IJWH.S77398.
  80. Bourey et al. Systematic review of structural interventions for intimate partner violence in low- and middle-income countries: organizing evidence for prevention. *BMC Public Health* (2015) 15:1165 DOI 10.1186/s12889-015-2460-4
  81. The CHAMPION Project. 2014. CoupleConnect: A gender-transformative approach to HIV prevention for Tanzanian couples. CHAMPION Brief No. 3. Dar es Salaam: EngenderHealth/CHAMPION Project.
  82. Bott, S., Guedes, A., Goodwin, M. y Mendoza, J.A. Violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe: Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países. OPS, 2014. Washington, DC.
  83. CDC (2014). Intersection of Intimate Partner Violence and HIV in Women. USA. Recuperado de [https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/ipv/13\\_243567\\_green\\_aag-a.pdf](https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/ipv/13_243567_green_aag-a.pdf)
  84. Gielen, A.C., et al. (2007). HIV/AIDS and intimate partner violence: intersecting women's health issues in the United States. *Trauma, Violence, & Abuse*. 8(2):178-198.
  85. Cohen, M. et al. (2000). Domestic violence and child sexual abuse in HIV-infected women and women at risk for HIV. *American Journal of Public Health*, 90, 560-56
  86. Bott S et al, 2012.
  87. Bott S et al, 2012.
  88. BID y PLENUS (2017). Marco conceptual y operativo del Programa de Servicios Integrados para el Empoderamiento de la Mujer. Serie: Servicios Integrados para el Empoderamiento de la Mujer. Banco Interamericano de Desarrollo y la Fundación PLENUS Estrategias para la Inclusión Social y el Desarrollo. Recuperado de <https://webimages.iadb.org/publications/spanish/document/Marco-conceptual-y-operativo-del-Programa-de-Servicios-Integrados-para-el-Empoderamiento-de-la-Mujer.pdf>
  89. Heise, L. and McGroy, E. (2016)
  90. Working Group on Youth Programs and Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Implementing a Trauma-Informed Approach for Youth across Service Sectors. May 2013. Recuperado de [https://youth.gov/docs/Trauma\\_Informed\\_Approach\\_508.pdf](https://youth.gov/docs/Trauma_Informed_Approach_508.pdf)
  91. UN Women (2015). Flagship Programming Initiatives. Recuperado de <http://>





- [www.unwomen.org/-/media/head-quarters/attachments/sections/library/publications/2015/un-women-flagship-programmes-booklet-en.pdf?vs=357](http://www.unwomen.org/-/media/head-quarters/attachments/sections/library/publications/2015/un-women-flagship-programmes-booklet-en.pdf?vs=357)
92. Hardee et al (2014). Strengthening the enabling environment for women and girls: what is the evidence in social and structural approaches in the HIV response.
  93. Williams, L. M. (2003). Understanding Child Abuse and Violence Against Women: A Life Course Perspective. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(4), 441–451. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/0886260502250842>
  94. UN Women. Access to Justice. (N/D). Recuperado de <http://www.unwomen.org/en/what-we-do/hiv-and-aids/access-to-justice>
  95. Minnis, A.M., Doherty, I.A., Kline, T.L., et al. *International Journal of Women's Health* (May 2015), Vol. 11, Issue 7, pp. 51–525, doi: 10.2147/IJWH.S77398.
  96. Bourey et al. Systematic review of structural interventions for intimate partner violence in low- and middle-income countries: organizing evidence for prevention. *BMC Public Health* (2015) 15:1165 DOI 10.1186/s12889-015-2460-4
  97. The CHAMPION Project. 2014. CoupleConnect: A gender-transformative approach to HIV prevention for Tanzanian couples. CHAMPION Brief No. 3. Dar es Salaam: EngenderHealth/CHAMPION Project.
  98. WHO and UNAIDS (2013). 16 Ideas for addressing violence against women in the context of the HIV epidemic: A programming tool. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95156/1/9789241506533\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95156/1/9789241506533_eng.pdf)
  99. Raising Voices. SASA! In Action. Recuperado de <http://raisingvoices.org/sasa/>
  100. Ricardo, C., Nascimento, M., Fonseca, V. and Segundo, M. (2010). Program H and Program M: Engaging young men and empowering young women to promote gender equity and health. PAHO and Promundo. Washington DC. Recuperado de <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2011/2010-Brazil-ProMundo-Ingles.pdf>
  101. Girls not Brides. A Child Marriage and HIV Information Sheet. Recuperado de [http://www.girlsnotbrides.org/wp-content/uploads/2016/07/Child-Marriage-HIV-brief\\_Final.pdf](http://www.girlsnotbrides.org/wp-content/uploads/2016/07/Child-Marriage-HIV-brief_Final.pdf)
  102. PEPFAR. Working Together for an AIDS-free Future for Girls and Women. Recuperado de <https://www.pepfar.gov/partnerships/ppp/dreams/>
  103. Bateganya, M. H., Amanyeiwe, U., Roxo, U., & Dong, M. (2015). Impact of support groups for people living with HIV on clinical outcomes: a systematic review of the literature. *Journal of acquired immune deficiency syndromes* (1999), 68 Suppl 3(0 3), S368-74. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4709521/>
  104. Cislighi, B. and Heise, L. Theory and practice of social norms interventions: eight common pitfalls. *Globalization and Health* (2018) 14:83. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0398-x> y <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12992-018-0398-x>





