

VIOLENCIAS BASADAS EN GÉNERO CONTRA LAS MUJERES Y VIH

Un acercamiento al análisis de la relación entre la
ocurrencia de la violencia sexual y la infección por
VIH/Sida en Mujeres en la Ciudad de Bogotá

Proyecto Interagencial de Prevención Combinada para el VIH
Fondo de Población de Naciones Unidas – UNFPA - , el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
– PNUD - y la Organización Panamericana de la Salud – OPS - ,

Entidad Realizadora
ONUMUJERES

Investigadoras
Liza García Reyes
Luz Adriana Becerra Castro

Bogotá, marzo de 2019



Tabla de contenido

¿PORQUÉ INVESTIGAR LA RELACIÓN ENTRE VIOLENCIA SEXUAL CONTRA LAS MUJERES Y EL VIH/SIDA?.....	3
¿DESDE DÓNDE SE PROPONE LEER LA RELACIÓN ENTRE VIOLENCIA SEXUAL CONTRA LAS MUJERES Y EL VIH/SIDA?	6
Marco conceptual	6
La investigación sobre VIH	6
La mirada sobre la Violencia Basada en Género y la Violencia Sexual	8
Contínuum de violencia	11
Ciclo de violencia	11
Estado del arte de la investigación sobre VIH y Violencia sexual	14
¿CÓMO SE DESARROLLÓ LEER LA RELACIÓN ENTRE VIOLENCIA SEXUAL CONTRA LAS MUJERES Y EL VIH/SIDA?	23
Análisis de Historias Clínicas	23
Entrevistas Semiestructuradas.....	26
Análisis de la información.....	28
Consideraciones éticas	28
CONTINUUM DE VIOLENCIA, CICLO DE VIOLENCIA EN LA INFECCION POR VIH	29
Continuum de violencia	29
Ciclo de violencia	30
Continuum de violencia en la infección por VIH.....	30
Ciclo de violencia en la infección por VIH	36
Infección por VIH, estigma y ciclo de violencia	39
Continuum, violencia Institucional y la infección por VIH	40
.....	50
Conclusiones y recomendaciones	54
Acceso limitado a educación sexual.	54
Acceso y uso limitado a recursos económicos y educación	55
Acceso limitado a atención integral, integrada (integración VIH y VS) y diferencial en los servicios de salud.....	56
Impunidad y acceso limitado a la justicia	60
Tolerancia social a la violencia ejercida sobre las mujeres y las niñas.	61
Ausencia de conocimiento en dinámicas de violencia en poblaciones específicas:	
Investigación y gestión de conocimiento.....	61
ANEXOS.....	63
MODELOS DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS	67
FORMATO PARA RECOLECCION DE INFORMACION DE HISTORIAS CLINICAS.....	70
INFORME DEL PROCESO DE ACERCAMIENTO A LAS HISTORIA CLÍNICAS.....	70
REFERENCIAS.....	80

¿PORQUÉ INVESTIGAR LA RELACIÓN ENTRE VIOLENCIA SEXUAL CONTRA LAS MUJERES Y EL VIH/SIDA?

Esta propuesta de investigación surge en el marco del proyecto interagencial desarrollado por el equipo conjunto de trabajo en VIH, conformado por ONU Mujeres, el Fondo de Población de Naciones Unidas – UNFPA -, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD - y la Organización Panamericana de la Salud – OPS -, dicho proyecto busca disminuir la incidencia del VIH en población de 14 a 28 años de los grupos clave en la ciudad de Bogotá, a través de la oferta y utilización de intervenciones estructurales, comportamentales y biomédicas.

De igual forma se posiciona en el desarrollo del ODS 5: *Lograr la igualdad de género y autonomía de la mujer y las niñas*, donde una de las áreas de resultados de la estrategia se describe como “Las mujeres y hombres practican y promueven normas saludables de género y trabajan juntos para poner fin a la violencia sexual y de pareja basada en el género para mitigar el riesgo y el impacto del VIH”.

Por su parte, el comportamiento de la epidemia de VIH/Sida en las mujeres¹, pone de manifiesto la presencia de factores que incrementan la susceptibilidad de las mujeres a la infección por VIH, asociados a factores biológicos², sociales y culturales; siendo la desigualdad de género un aspecto primordial a tener en cuenta en su análisis.

Para el 2017, aproximadamente 36.9 millones (31.1 millones – 43.9 millones) de personas vivían con VIH y se estima que 51,5 % de la población adulta que vive con VIH son mujeres, de las cuales 2.0 millones (1.7 millones–2.3 millones) se encuentran en Latinoamérica y el Caribe. En el mundo, 1.8 millones (1.4 millones–2.4 millones) de nuevos casos aparecieron en 2017, de los cuales 100.000 casos (86.000–120.000) surgen del reporte en Latinoamérica y el Caribe³.

En Colombia, la información suministrada por la Cuenta de Alto Costo, señala que en 2017, 82.856 personas fueron diagnosticadas con infección por VIH, de las cuales 74,6 % hombres y 25,5% mujeres. En cuanto a las cifras de mujeres, el informe llama la atención sobre la diferencia porcentual entre este dato nacional y el reportado a nivel mundial que asciende al 51,5%, lo cual puede corresponder a mujeres sin diagnosticar, que han experimentado barreras sociales, culturales y educativas para el acceso a la prueba⁴.

De total de nuevos casos reportados, 19.743 corresponde a la ciudad de Bogotá. De acuerdo con la información contenida en el Plan Territorial de Salud de Bogotá D.C., la proporción de incidencia del VIH-sida es de $26,6 \times 100.000$ habitantes. Los grupos quinquenales más afectados son los de 25 a 29, con el 22,6%; y, de 20 a 24 años, con el 18,9%. En segundo lugar, se ubica el grupo de 30 a 34 años, con el 18,7%

¹Esta investigación se centra en el análisis con mujeres cisgénero según las orientaciones dadas por la entidad proponente ONUMujeres Colombia, en tanto todas las referencias a las mismas parten de esta mirada, sin que sea desconocido por la investigadoras la prevalencia del virus en mujeres transgénero en el país.

² Resulta importante precisar que las heridas abiertas, inclusive los pequeños desgarres que ocurren en el momento del coito, cuanto están en contacto con fluidos infectados por VIH sirven de “puertas de entrada al VIH” y facilitan la infección. Este mecanismo impacta particularmente a las mujeres e incrementa su susceptibilidad a la infección, por la anatomía de su área genital.

³ <http://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>

⁴ Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Situación del VIH en Colombia [Internet]. Bogotá, D.C.: Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo; 2017 [citado el 27 de septiembre de 2018]. p. 139. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/CAC.Co_2017_06_13_Libro_Sit_VIH_2016_V_0.1.pdf

del total; al igual que en lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersexuales⁵ (LGBTI). El Distrito presenta una prevalencia alta en personas transgénero 17% y HSH 15%⁶.

Si bien las mayores prevalencias de infección se encuentran entre los hombres, en 2017 fueron reportados 28.211 casos de mujeres, que representan el 25,5% del total de casos. La información de la Cuenta de alto costo, muestra que la proporción de mujeres que viven con el virus en relación con los hombres pasó de 1:13 en 2008 a 1:3 en 2017, lo cual evidencia una tendencia al incremento de casos nuevos en mujeres, que se ha sostenido a lo largo del tiempo.

Desde el punto de vista de la composición corporal, las mujeres cisgénero son de 2 a 4 veces más propensas a la infección que los hombres, debido a que el área mucosa expuesta, que puede desgarrarse o ser permeable a secreciones potencialmente infecciosas durante una relación sexual, es mucho más grande que la expuesta por parte de los hombres. Esta condición se agudiza en el caso de las mujeres jóvenes, cuya área mucosa es más frágil debido a la inmadurez de su aparato genital, y en las mujeres en edad de menopausia por la disminución de la lubricación (UNFPA, 2011).

Los determinantes biológicos que hacen más susceptibles a las mujeres a la infección por VIH, se agudizan por factores de vulnerabilidad de carácter social, programático e individual que, asociados con la posición histórica de desventaja de las mujeres en la sociedad, determinan contextos y situaciones en los cuales las mujeres se vuelven más vulnerables al VIH/ Sida. Estos contextos están enmarcados en relaciones de desigualdad, violencia y exclusión asociadas al género, la edad, la clase socioeconómica, la pertenencia étnica, la orientación sexual (UNFPA, 2011) y la identidad de género. Algunas situaciones que ponen en evidencia este hecho son:

- La violencia sexual debido a los desgarros y múltiples lesiones ocurridas durante el hecho, y la escasa lubricación vaginal que podría oponer un obstáculo al VIH. Este fenómeno es una constante para todas las mujeres, en especial las más jóvenes, como lo señalan los informes Forensis, del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF).
- El acceso desigual o limitado a información y educación sexual, lleva a creencias e ideas erróneas sobre sexualidad, las formas de cuidado y protección de su salud sexual y reproductiva, el establecimiento de relaciones de pareja, lo cual limita el ejercicio de prácticas de autocuidado y prevención, y la demanda de servicios en caso de requerirlos.
- Las creencias culturales o religiosas frente a la sexualidad que impiden el sexo protegido, o el acceso a información y educación sexual veraz y científicamente respaldada.
- El efecto de prácticas culturales nocivas, tendientes a controlar el cuerpo de las mujeres como la mutilación genital, pueden ocasionar desgarros y hemorragias, que las expone a la infección por VIH.
- Los imaginarios, y estereotipos frente a la feminidad y la virginidad pueden llevar a prácticas nocivas como el coito anal no protegido (utilizado en ocasiones como medida para preservar la virginidad o evitar embarazos no deseados), facilitan la entrada del virus, e incrementan la susceptibilidad a infección por VIH entre las mujeres de todas las edades.

⁵ Los datos no permiten identificar la prevalencia diferenciada en hombres y mujeres en razón de su orientación sexual y/o identidad de género.

⁶ Secretaría Distrital de Salud. Plan Territorial de Salud para Bogotá, 2016- 2020.

- El rol altamente valorado otorgado a la reproducción, reforzado por las creencias religiosas que asocian la identidad femenina con la maternidad, convierte el hecho de ser madre con un ideal para muchas mujeres, que las expone a relaciones sexuales no protegidas para lograr el embarazo.
- Las labores de cuidado de otros/as, tradicionalmente asignadas las mujeres representan una carga de trabajo a la vida cotidiana, poco reconocido social y monetariamente, que frecuentemente va en desmedro de su propio cuidado, para llevar a cabo prácticas de prevención y cuidado de su salud.
- La asimetría en el acceso a recursos o poder, promueven relaciones de dependencia económica de las mujeres frente a sus parejas y limita la posibilidad de negociar encuentros sexuales protegidos y las expone a diferentes formas de Violencias Basadas en Género en sus relaciones erótico/afectivas.
- La falta de capacidad de los servicios de salud para atender y adecuarse diferencialmente a las necesidades de las mujeres se vuelven barreras para acceder a servicios médicos preventivos o atención integral y recibir los insumos que requieren para cuidar su salud.

Estas situaciones, que no son las únicas, ponen de manifiesto los diferentes factores que incrementan la susceptibilidad a la infección entre las mujeres, y la necesidad de ampliar la comprensión de los mismos aras de fortalecer la respuesta de prevención frente a la infección por VIH.

Entonces, en el marco de esta comprensiones, la investigación busca indagar de manera exploratoria **¿Cómo se presenta la relación entre Violencia Sexual⁷ y VIH/Sida en mujeres que viven con el virus en la ciudad de Bogotá?**.

El Objetivo General que se propone la investigación es *Analizar la violencia sexual como determinante social y causa probable de la infección por VIH en Mujeres que viven con el Virus en la Ciudad de Bogotá.*

Como Objetivos específicos se plantean:

- Caracterizar la ocurrencia de la violencia sexual como causa probable de infección del VIH en Mujeres de la ciudad de Bogotá.
- Explorar la relación entre violencia sexual como causa probable de infección del VIH y su relación con otras violencias basadas en el género y determinantes sociales de la epidemia.
- Evidenciar la respuesta institucional ante la detección de casos de violencia sexual como causa probable de infección del VIH en Mujeres de la ciudad de Bogotá.
- Construir recomendaciones que permitan establecer estrategias y líneas de acción para prevención y atención de la infección por VIH/Sida en Mujeres de la ciudad de Bogotá.

Esta investigación pretende entonces aportar elementos conceptuales para el diseño de acciones de prevención y atención integral al VIH dirigidas a mujeres, más adecuadas a sus necesidades, pertinentes y efectivas, en el marco de las estrategias de prevención combinada del VIH.

De la misma manera, aportar elementos de análisis que permitan comprender el comportamiento de la epidemia de VIH/Sida en mujeres, con lo cual se puedan focalizar acciones integradas VIH y salud sexual y reproductiva, destinadas a fomentar la demanda de la prueba voluntaria y demás servicios de salud sexual y reproductiva y VIH, que contribuirán en el cumplimiento de las metas atinentes al VIH, contenidas en la línea

⁷ Se partió del interés de la relación entre violencia sexual y VIH por solicitud de la entidad proponente, sin embargo como se evidencia más adelante se parte de la comprensión del continuum de violencias como determinante social de la epidemia y de aspecto esencial para el trabajo en prevención.

¿DESDE DÓNDE SE PROPONE LEER LA RELACIÓN ENTRE VIOLENCIA SEXUAL CONTRA LAS MUJERES Y EL VIH/SIDA?

Marco conceptual

La investigación sobre VIH

Los estudios e investigaciones teóricas tendientes a la comprensión de la epidemia de la infección por VIH se han desarrollado a partir de tres modelos teóricos, estos mismos han marcado la consecuente acción del Estado: el epidemiológico- conductual, el antropológico – cultural y el político y económico (Estrada, 2006). Estos, dan cuenta de miradas que van desde lo individual a lo colectivo; de lo biológico a lo cultural, y de lo político a lo económico, poniendo en evidencia diferentes comprensiones de las personas como seres sociales frente a su sexualidad en el contexto de la epidemia; y a su vez, la necesidad de establecer una retroalimentación constante entre dichos modelos para generar acciones cada vez más eficientes y efectivas como respuesta.

En los años 80's, cuando apareció el primer caso de VIH, las aproximaciones iniciales tuvieron un enfoque biológico, desde una óptica de la salud pública que concentró su foco en los comportamientos y prácticas individuales. Esta mirada construyó el riesgo como centro de su análisis, así a los comportamientos se les denominó factores de riesgo y a las personas que llevaban a cabo dichas prácticas, grupos de riesgo, esta postura era el centro de la mirada epidemiológica conductual.(Estrada, 2006)

Bajo este modelo, se determinó que los grupos de trabajadores/as sexuales; las personas homosexuales y usuarios/as de sustancias psicoactivas (SPA), y aquellas personas que tenían prácticas sexuales con personas de su mismo sexo, fueran las principales receptores de la respuesta a la epidemia; en consecuencia, quienes estaban por fuera de estas categorías se consideraron erróneamente inmunes. Las medidas de prevención y control se centraron en la abstinencia, el uso de condones y la fidelidad, con lo cual se fomentó una noción prescriptiva y moralizante de la sexualidad y del erotismo, se reforzó el estigma, la discriminación y marginación social hacia estos grupos, generando un retroceso para el ejercicio de los derechos sexuales en general.

Hacia los años 90's, las críticas a este modelo, llevaron a revisar el concepto biologicista y biomédico del riesgo, y a involucrar en el estudio los contextos sociales y culturales en que viven las personas, para lo cual se utilizaron los aportes teóricos de las ciencias sociales, lo que dio lugar al modelo antropológico- cultural, que enfatizó en el sentido que los individuos otorgan al riesgo y a las prácticas preventivas, en relación de su pertenencia a un contexto social y cultural (Estrada, 2006)

Bajo este nuevo enfoque toman relevancia el esquema de valores y las normas de cada persona para tomar decisiones y llevar a cabo determinados comportamientos; de esta forma, la epidemia pasó de reconocerse como un evento epidemiológico solamente a un fenómeno social, donde se replantea el concepto de grupo de riesgo por los efectos ya descritos, y es reemplazado por el de comportamiento de riesgo (Estrada, 2006; UNFPA,2009).

En este marco, la prevención y control de la epidemia involucra a todas las personas, en el concepto de riesgo de infección por VIH y se vincula en la cotidianidad de las relaciones erótico/afectivas en contextos específicos, lo cual permitió mayor comprensión de las motivaciones individuales de este tipo de exposición, y facilitó el

diseño de acciones más acordes con la singularidad de los contextos sociales y culturales de las personas, frente a los cuales se promovieron acciones de información, educación y comunicación, destinadas al cambio de comportamiento (Calvez, 1998).

No obstante, los cambios propuestos, el modelo mantuvo una explicación del riesgo con sesgo individual, asociado a una enumeración de comportamientos sexuales, que pusieron en evidencia algunas de sus fragilidades, asociadas con los sesgos psicológicos y culturalistas, que dejan de lado el análisis de factores que determinan el poder de las personas para tomar decisiones, los cuales dependen de estructuras más complejas, de carácter político o económico (Pinilla, 2008; Viveros, 1992).

Hacia comienzos el siglo XXI, bajo los aportes de la medicina social latinoamericana surge el modelo político económico, que parte de reconocer que las estructuras que fomentan las desigualdades sociales y económicas entre las personas y grupos humanos sirven de base a la epidemia. Esta perspectiva se desliga del concepto de riesgo individual prevaiente, y lo reemplaza por el concepto de vulnerabilidad determinada y estructurada socialmente (Estrada, 2006; Useche, 2011).

Este modelo considera que las personas actúan no solo a partir de sus conocimientos individuales y las pautas sociales, sino también de los recursos estructurales y simbólicos que tengan a su disposición de los cuales depende su lugar en la sociedad, que como lo señala Bourdieu, están distribuidos de manera desigual y determinados por diferencias de clase (Tellez, 2002). Las intervenciones bajo este modelo persiguen la corrección de desigualdades estructurales; por tanto propenden por el empoderamiento comunitario social, la inclusión de los menos favorecidos, el ejercicio de los derechos humanos, y transformación de estructuras que fomentan la desigualdad y la exclusión social.

Esta comprensión aportada por el modelo es respaldada posteriormente con los aportes de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, que señala cómo los factores sociales, políticos y económicos que condicionan las desigualdades en que crecen, viven, trabajan, envejecen y mueren las personas, influyen el estado de salud (OMS, 2008); lo cual es particularmente relevante en el contexto del VIH/Sida, al revisar el comportamiento y las profundas afectaciones de la epidemia sobre las poblaciones en contextos de mayor vulnerabilidad.

En el caso de las mujeres, la desigualdad de género reflejada en profundas asimetrías en la distribución del poder y de recursos entre hombres y mujeres, sustentada en prejuicios sexistas, valores, normas social y culturalmente estructuradas ha tenido efectos perjudiciales para la salud de las mujeres. La violencia basada en género es uno de esos efectos (OMS, 2008), que además condiciona su mayor vulnerabilidad ante el VIH.

En este sentido, las estimaciones de la OMS (2013), contenidas en el documento “Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud, señalan que *“las mujeres que han sido víctimas de abusos físicos o sexuales por parte de su pareja corren un mayor riesgo de padecer una serie de problemas de salud importantes. Así, por ejemplo, tienen un 16% más de probabilidades de dar a luz a bebés con insuficiencia ponderal, y más del doble de probabilidades de sufrir un aborto o casi el doble de probabilidades de padecer una depresión y, en algunas regiones, son 1,5 veces más propensas a contraer el VIH, en comparación con las mujeres que no han sido víctimas de violencia conyugal”*⁸.

La investigación planteada acoge los aportes conceptuales de éste último modelo “político económico”, y se complementará con el enfoque de vulnerabilidad como una aproximación útil para comprender la especial

⁸ Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. Disponible en <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/es/>.

afectación de la epidemia en las mujeres y dar repuesta a los objetivos que se pretenden alcanzar en este estudio

En el contexto del VIH/Sida, la vulnerabilidad se define como “los diferentes grados y naturalezas de la susceptibilidad de los individuos y colectivos a infectarse, enfermarse o morir a causa del VIH/Sida, los cuales dependen de su situación frente al conjunto integrado de aspectos culturales, sociales, políticos y económicos que los ubican en relación con el problema y con los recursos para enfrentarlo”⁹.

Ello significa reconocer las formas en que estos aspectos —sociales, políticos y económicos— actúan entre sí, afectan la vida de la personas, y definen contextos que incrementan la susceptibilidad ante la infección por VIH/Sida (UNFPA, 2011). La vulnerabilidad es multidimensional; es decir se manifiesta en distintas personas, grupos y comunidades, y adopta diferentes formas y modalidades; es integral, porque puede afectar todos los aspectos de la vida de quien la padece; es progresiva, porque puede acumularse e incrementarse con el tiempo. Así mismo, la vulnerabilidad puede identificarse en tres dimensiones: una individual, social y programática. (UNFPA, 2011)

La dimensión *individual*, incluye las condiciones cognitivas, comportamentales y sociales que rodean la vida de las personas; la *social*, refiere las estructuras políticas, económicas, legales, culturales que definen una mayor o menor protección de una sociedad frente a la epidemia, y por último, la dimensión *programática*, refiere los servicios de los programas de prevención, control y asistencia a las personas afectadas por el VIH/Sida para fortalecer o no las capacidades de las personas para enfrentar al VIH/Sida (UNFPA, 2011).

La mirada sobre la Violencia Basada en Género y la Violencia Sexual

En el marco del planteamiento anterior esta investigación retoma la violencia sexual como un tipo de Violencia basada en el género contra las mujeres. Las construcciones de género consideradas como un aspecto social, cultural y político de las sociedades permiten nutrir la mirada sobre la relación entre violencia sexual como causa probable de infección del VIH en Mujeres de la ciudad de Bogotá.

Se entiende en el marco de esta investigación la Violencia Basada en Género contra las mujeres desde las siguientes comprensiones:

Por un lado retomando la categoría “violencia contra la mujer” propuesta en la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (1993), quien la entiende como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.”; vale la pena destacar que en las últimas décadas esta concepción se ha ampliado reconociendo que la violencia no sólo es directa, sino que es cultural, simbólica y estructural.

A su vez, retomando la comprensión de la Corte Constitucional sobre todo la que se observa en la sentencia T-967/14 en la que define la violencia contra las mujeres como:

“un fenómeno que suele estar relacionado con diversas causas sociales, culturales, económicas, religiosas, étnicas, históricas y políticas, que opera en conjunto o aisladamente en desmedro de la dignidad humana, y que afecta los derechos de un número gravemente significativo de seres humanos. Así, se ha identificado que la violencia contra la mujer es “una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres, que conduce a perpetuar la discriminación contra ésta y a obstaculizar su pleno desarrollo.”

⁹AYRES, J. y JUNIOR, I., citados en: Factores de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres. Ministerio de la Protección Social – Fondo de Población de las Naciones Unidas, Bogotá, 2009, p. 19.

Y la propuesta de comprensión de Violencia basadas violencias basada en el género contra las mujeres, propuesta por Mar Gallego y Liza García (2011):

“la violencia contra las mujeres tiene un doble sentido: de una parte, una violencia que se produce de mano de aquellas personas que consideran que el mero hecho de haber nacido con un sexo determinado es señal inequívoca de la inferioridad de las mujeres, siguiendo los mandatos de las jerarquías patriarcales y androcéntricas impuestas. De otra parte, se produce una violencia contra las mujeres por no asumir el género al que se le obliga debido a su sexo, es decir, por no asumir roles considerados femeninos que, según estas posturas, “tienen” que reproducirse con el género femenino. Esto es tan así, que las mujeres que no asumen comportamientos no considerados “femeninos”, son tachadas por estas personas de “antinaturales”; siempre bajo el pretexto de que el género es una cuestión natural: no construida (algo que niegan de forma constante las teorías de género).” (p. 14)

De esta manera se reconoce que las violencias que se ejercen hacia las mujeres, son violencias basadas en el género y que éstas se dan en circularidad y consonancia con los mandatos, arreglos y roles que se establecen socialmente para ellas.

El Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual - Decreto 459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, define la violencia sexual y su tipología así :

VIOLENCIA SEXUAL: Este protocolo retoma la propuesta de la Organización Mundial para la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (2003) definen la violencia sexual como: "todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona"¹⁰.

A su vez, reconociendo el marco normativo internacional y nacional de los derechos humanos se definen los siguientes subtipos, formas o modalidades en que se presenta la violencia sexual así:

- Violación/asalto sexual: "cualquier acto de naturaleza sexual no deseado como besos, caricias, sexo oral o anal, penetración vaginal, que es impuesto a una persona"¹¹
- Abuso sexual: "El que en beneficio suyo o de un tercero y valiéndose de su superioridad manifiesta o relaciones de autoridad o de poder, edad, sexo, posición laboral, social, familiar o económica, acose, persiga, hostigue o asedie física o verbalmente, con fines sexuales no consentidos, a otra persona..."¹². Vale la pena mencionar que este delito implica el reconocimiento de las relaciones de poder entre las personas, particularmente en lo que refiere a esta investigación puede leerse en el marco de relaciones de pareja violentas "lo que puede ser el límite entre el libre enamoramiento y el acoso, lo constituye la poca posibilidad de resistir o negarse a las pretensiones sexuales, es decir, la imposibilidad de una resistencia seria del sujeto pasivo, sin consecuencias negativas, dada la relación de poder existente, derivada, como se dijo, por relaciones de autoridad o de poder, edad, sexo, posición laboral, social, familiar o económica" ¹³
- Explotación sexual: Hace referencia a la violencia sexual en la cual el medio utilizado por el agresor es la cosificación de la víctima, es decir, es convertida en una mercancía y utilizada sexualmente.

¹⁰ PAHO/WHO. 2002. Serie Género y Salud Pública, Violencia Sexual Basada en Género y Salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo.

¹¹ Ibid.

¹² Ley 1257 de 2008

¹³ A Ley 1257 ARTÍCULO 29. Adiciónese al Capítulo Segundo del Título IV del Libro Segundo de la Ley 599 de 2000, el siguiente artículo

- Trata de personas con fines de explotación sexual: Equipar a los seres humanos a la condición de objetos y someterlos a diferentes formas de explotación y violencia. El delito se configura cuando el agresor capta, es decir, atrae a alguien, con la intención de trasladarle o le traslada (dentro o fuera de su ciudad, departamento, país) y, finalmente, la acoge con la finalidad de explotarla sexualmente.¹⁴

El mismo protocolo revisa aquellos delitos de violencia sexual cometidos en el marco del conflicto armado. Tipificándolos así:

- Acceso Carnal Violento/ Acto Sexual Violento con persona protegida. Cuando se cometa acceso carnal violento o acto sexual violento cuando la víctima es integrante de la población civil o no participa en hostilidades, hace parte de los civiles en poder de la parte adversa o es combatiente pero se encuentra herida, enferma o naufraga o puesta fuera de combate. También si la víctima hace parte del personal sanitario o religioso, de los periodistas en misión o de los combatientes que hayan depuesto las armas por captura, rendición u otra causa análoga.
- Acto Sexual Violento con persona protegida: "Cuando con ocasión y en desarrollo de conflicto armado, realice acto sexual diverso al acceso carnal, por medio de violencia en persona protegida" Las personas protegidas han sido especificadas como aquellas que pertenecen a los siguientes grupos humanos: los integrantes de la población civil; quienes no participan en las hostilidades y los civiles en poder de la parte adversa; combatientes que se encuentran heridos, enfermos, naufragos, fuera de combate, o que hayan depuesto las armas por captura, rendición o causas análogas; personal sanitario o religioso; periodistas en misión o corresponsales de guerra acreditados; quienes fueron considerados apátridas o refugiados al principio de las hostilidades
- Esclavitud sexual: La esclavitud sexual es definida como el ejercicio de propiedad que ostenta una o varias personas sobre las víctimas de estos crímenes, para que realicen uno o más actos de naturaleza sexual. El ejercicio del derecho de propiedad se ve materializado en actos de compra-venta, préstamo o trueque del cuerpo y de la integridad sexual de la víctima o que se desarrolle a través de un tipo de privación de la libertad o autonomía.
- Prostitución forzada debe ser entendida como una forma de esclavitud sexual, que cuenta con un elemento diferenciador representado en el beneficio que recibe el agresor. En este orden, la prostitución forzada en el marco del Derecho Internacional Humanitario es definida como el acto a través del cual el agresor obliga a una o más personas a realizar actos de naturaleza sexual por la fuerza o mediante la amenaza de la fuerza o mediante coacción, como la causada por temor a la violencia, la intimidación, la detención, la opresión psicológica o el abuso de poder o aprovechando un entorno coercitivo o la incapacidad de las víctimas de dar su libre consentimiento, para de ésta manera obtener o esperar obtener ventajas pecuniarias o de otro tipo a cambio de los actos de naturaleza sexual o en relación con ellos.
- Embarazo Forzado: Se entiende el confinamiento ilícito de una mujer a la que se ha dejado embarazada por la fuerza, con la intención de modificar la composición étnica de una población o de cometer otras violaciones graves del derecho internacional humanitario.

¹⁴ Otro de los tipos de violencia sexual que no se abordarán en esta investigación tiene que ver con la Explotación sexual de niñas, niños y adolescentes. En tanto se centrará el análisis en mujeres mayor de edad no se profundiza en este aspecto.

- Tortura en persona protegida: Cuando se inflige a una persona dolores o sufrimientos, físicos o síquicos, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o confesión, a través de actos de violencia sexual,
- Regulación de la vida social: se considera el acto o conjunto de actos por los cuales, y mediante el uso de la fuerza o la amenaza de su uso se controla la sexualidad y la regula la vida afectiva.
- Servicios domésticos forzados: se entiende el conjunto de acciones mediante el cual generalmente un grupo que detenta la fuerza obliga a un grupo de personas o a una persona a realizar para ellos labores domésticas que pueden trascender incluso a actos sexuales.

Aunque la definición del Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual incluye la esclavitud sexual, el embarazo forzado, la regulación de la vida social y los servicios domésticos forzados en el marco del conflicto armado, en el desarrollo de esta **investigación se presta especial atención en la posibilidad que se haya dado en el marco de las relaciones de pareja y puedan ser relacionadas como causa probable de la infección por VIH.**

Precisamente y relacionado con la anterior afirmación, como marco conceptual que guía este proceso se enfatiza en entender el determinante social de la violencia basada en género enlazada con la comprensión del continuum de violencias y la comprensión de estas en el marco de relaciones que desarrollan el ciclo de violencia. Entendiendo que las divisiones de las violencias son insuficientes y pueden llevar a pensar que son problemáticas, que no se conectan. A continuación detallamos un poco más estas categorías conceptuales.

Continuum de violencia

Para Liz Kelly (1988), las diferentes manifestaciones de violencia hacia las mujeres, son el reflejo de una estructura más compleja que está presente en el cotidiano de todas las mujeres, regida por el patriarcado, y las normas de género. Está presente en las experiencias de vida cada mujer alrededor del mundo, se manifiesta en todos los escenarios y bajo diferentes formas, tanto en lo público como en lo privado. Por tanto, la autora señala que, la violencia no es desviada ni episódica; es normativa y funcional, es una serie continua, un “continuum” de elementos o eventos que pasan unos a otros y no pueden ser fácilmente distinguidos.

Por tanto, en este sentido, la autora advierte que si bien la investigación, la política y la práctica han tendido a categorizar y mantener distinciones entre muchos "eventos" diferentes y diversos, en el estudio y la comprensión de las violencias hacia las mujeres, es vital reconocer sus puntos en común: las formas de coerción, el abuso y el asalto que se utilizan para controlar, restringir y limitar las vidas, la movilidad y oportunidades de las mujeres, y facilitar el privilegio y el derecho de los hombres.

Para la autora, las violencias contra las mujeres son interseccionales. Los efectos de las intersecciones de opresión y de las circunstancias como la discapacidad, la edad, clase, la etnia, la pobreza, son diferentes a nivel individual, que en las estructuras sociales. Ello, continua señalado, no es sólo una acumulación de discriminaciones; sino que las formas de dominación no solo determinan la experiencia del abuso, sino también los recursos, apoyo y oportunidades para sobrevivir o acabar con él. Por tanto, cualquier comprensión de la violencia contra las mujeres debe tener en cuenta lo importante de los elementos comunes, pero también los contextuales, los aspectos distintivos de esta experiencia en la vida real.

Ciclo de violencia

Lenore E. A. Walker (1979), tras entrevistar a 1.500 mujeres que habían experimentado relaciones de abuso, identificó un patrón, que se actúa inconscientemente por parte de los miembros de la pareja, que denominó “el ciclo de abuso”. Este modelo entrega elementos para identificar diferentes situaciones que perpetúan la

violencia al interior de las relaciones erótico/afectivas. El ciclo se compone de tres fases: una de acumulación de tensiones; la segunda, de estallido de violencia y la tercera, de manipulación afectiva.

Durante la primera fase, se presentan las expresiones comportamientos y actitudes hostiles, que el agresor manifiesta hacia su pareja, tales como descalificaciones, menosprecio, insultos que se presentan como “correctores de situaciones indeseables” al interior de la relación. La mujer intenta amortiguar la tensión para evitar que se descargue sobre ella la violencia.

Durante el estallido de la violencia, se manifiesta la descarga violenta hacia la mujer, como castigo a las conductas no deseadas que responden a la demanda esperada. Posteriormente, liberadas las tensiones, se presenta una fase en la que se intenta justificar la agresión, se minimizan los efectos de este comportamiento, se busca recuperar la confianza de la víctima, para continuar con un nuevo ciclo; la persistencia de esta estructura de relación, produce desgaste emocional, mengua progresivamente la capacidad y recursos de respuesta de la víctima quien justifica la agresión, se culpabiliza por la misma y naturaliza los comportamientos violentos del agresor, con lo cual se perpetúa el círculo de abuso.

Vale señalar que lo descrito en “el ciclo de abuso” se ve sustentado por una estructura patriarcal, que produce identidades de lo masculino y de lo femenino afines a las necesidades de este patrón de relacionamiento. En este sentido, las prescripciones que determinan la identidad femenina establecen una dicotomía entre ser “buenas” y “malas” mujeres. De esta forma, ser “buena mujer” demanda el altruismo, ser para y de los otros (Basaglia, 1983), la entrega, la docilidad, la sumisión; y un fuerte anclaje en la maternidad como bien supremo, que da a las mujeres un lugar en el mundo; por lo que salirse de este prescripción implica ser “mala”, por lo tanto ser castigada.

Este patrón, como lo señala Patricia Gil (2007), en su libro *Violencia de género*, sustenta a su vez, el rol masculino tradicional de poder y control, bajo el ejercicio de la fuerza y de la dominación, “a costa de ejercer control en la exteriorización y expresión de sentimientos y emociones, que lo haría ver vulnerable; por tanto utiliza la violencia para aliviar la tensión y marcar el poder sobre su pareja”.

Las relaciones que se ponen en juego en las relaciones de abuso, a su vez son afines con el ideal del amor romántico. En este sentido, de acuerdo con Gil (2007): “estas construcciones identitarias que se ponen en juego en una relación de abuso, se sustentan además en la ideal de amor romántico, que tiene una fuerte influencia en la configuración del psiquismo femenino y en la construcción de relaciones de pareja. La sobrevaloración de éste vínculo por parte de la mujer, y la necesidad de salvarlo a cualquier precio, favorece la vulnerabilidad de la mujer a sufrir violencia”.

Entendiendo el continuum y el ciclo de violencia, es fundamental asumir que hacen parte del entramado de la sociedad, de la forma en que configuramos nuestras relaciones y que por ello se debe analizar cómo estas operan en la ocurrencia de la violencia sexual en este caso de investigación en particular y que relación tienen con la posibilidad de adquirir el virus o cuando se vive con él.

Para concluir este apartado, consideramos pertinente ubicar la epidemia del VIH y su relación con datos contextuales provenientes de diversas fuentes oficiales. La Encuesta de Demografía y Salud de 2015 señala que las mayores afectadas por las violencias de género son las mujeres, las niñas y las personas con identidades de género y orientaciones sexuales no normativas¹⁵.

La Encuesta de Demografía y Salud de 2015 presenta cifras para las diferentes modalidades de la violencia, de acuerdo con lo establecido por la Ley 1257 de 2008. En cuanto a la violencia física en las relaciones de

¹⁵ PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2015. Bogotá, p. 395

pareja, el fenómeno se concentra en las mujeres, se agudiza en el quintil de riqueza más bajo, entre quienes han alcanzado la secundaria y a medida que la edad aumenta¹⁶. De acuerdo con Forensis, para 2017, Del total de valoraciones realizadas, el 86% (43.176) se practicaron a mujeres. En nuestro país por cada hombre que denuncia ser víctima de violencia por parte de su pareja, seis mujeres lo hacen¹⁷.

El 31.9% de las mujeres, actualmente o alguna vez unidas, reportó que su pareja o ex pareja había ejercido violencia física contra ellas; el empujón o zarandeo, seguido de los golpes con la mano, fueron las modalidades más utilizadas; el 8.7% de las mujeres ha sido pateada o arrastrada por parte de su pareja, a diferencia de los hombres que reportan en un 1.8% este tipo de violencia. El intento de estrangulamiento o quemar a la pareja también es mayor contra las mujeres: al 4.4 % de ellas su pareja ha tratado de estrangularla o quemarla, mientras que en el caso de los hombres este tipo de violencia se presentó en un 1.1%¹⁸.

La ENDS, señala que la violencia sexual se dirige en mayor medida hacia las mujeres, 7.6%, en comparación con la ejercida contra los hombres que representa un 1.1%, fenómeno que aumenta con la edad de las mujeres, y es inversamente proporcional al nivel de riqueza y de educación¹⁹. De acuerdo con el Informe Forensis de 2017, este fenómeno se ha agudizado profundamente durante la última década. En este sentido, en promedio, durante el periodo entre 2008 y 2016, el INMLCF atendió 21.385 casos anualmente, mientras que en el año 2017 se elevó la cifra a 23.798. Para 2017 hay un aumento del 11,21% respecto al año 2016²⁰.

El 85,4% de las víctimas fueron mujeres, el 86,65% de los abusos se cometieron presuntamente por personas cercanas a la víctima (familiar, conocido, amigo(a), pareja o ex pareja) y el lugar que concentra el mayor número de casos es la vivienda, donde se perpetró el 76,56% de los casos registrados durante el año 2017. Bogotá con 4.147 casos encabeza la lista, seguido de Antioquia con 2.929 casos²¹.

Por su parte, las mujeres representan el 31,1% de los casos de violencia económica, frente al 25.2% de los hombres. El 16.2% de las mujeres manifestó que su pareja se gastó el dinero necesario para la casa, frente al 4.6% de los hombres; el 14% de las mujeres manifestó que su pareja le prohibió trabajar o estudiar, frente al 1.5% de los hombres, y el 10.5% de ellas manifestó que su pareja amenazó con quitarle el apoyo económico, frente al 2% de los hombres²². El informe Forensis retoma los hallazgos de la Corte Suprema de Justicia y señala: *“La violencia económica, es considerada en la sentencia T-012/16, por la Corte Suprema de Justicia, como causa para que exista violencia física y psicológica, que con relación a la violencia sexual es un factor de coacción para que se acceda a otra persona, se violen su intimidad y sus derechos”*²³.

Frente a la violencia psicológica, la ENDS muestra que la subvaloración o descalificación en el ámbito de la pareja (39% de mujeres y 35.7% de los hombres), así como la intimidación y las amenazas (23.9% mujeres y el 19.8% hombres) recae mayormente entre las mujeres; aunque con diferencias menos marcadas con los hombres; es tipo de violencia se concentra en mayor medida en las mujeres más jóvenes²⁴.

Vale señalar, que los efectos de las violencias tanto físicas como psicológicas se reflejan en todos los aspectos de la vida, son mayores en las mujeres que en los hombres, los cuales tienen manifestaciones directas en la limitación de su autonomía para ejercer sus derechos sexuales reproductivos; en este sentido, la encuesta

¹⁶ Ibid., p. 397

¹⁷ INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES- Informe Forensis. Bogotá. D.C. p. 257

¹⁸ PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2015. Bogotá, p. 400

¹⁹ Ibid., p. 402

²⁰ INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES – INMLCF. Informe Forensis. Bogotá. D.C. p. 303

²¹ Ibid., p. 311 - 345

²² PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2015. Bogotá, p. 402

²³ INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES – INMLCF. Informe Forensis. Bogotá. D.C. p. 344

²⁴ PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2015. Bogotá, p. 402

muestra además que el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que nunca ha pedido ayuda con ocasión de la violencia ha aumentado 72.7% en 2010 a 76.1% en 2015²⁵.

Al igual que la ENDS 2015, el informe Forensis, 2017 señala que la violencia intrafamiliar se concentra en las mujeres; el cálculo de tasas para la variable sexo arrojaron un resultado de 65,97 casos por cada 100.000 habitantes y los hombres de 45,51. En términos estadísticos, la ciudad de Bogotá cuenta con el mayor número de casos (7.122), seguido de Antioquia con 3.593 casos. Los factores desencadenantes de este tipo de violencia fueron la intolerancia y el machismo, 83,05% (7.484 casos); los celos, desconfianza e infidelidad, con el 9,19% (828 casos); y el alcoholismo o drogadicción²⁶.

Así mismo, señala que los datos analizados en torno a la valoración del riesgo de violencia mortal contra mujeres por parte de su pareja o ex pareja muestran un incremento del riesgo extremo de 413 casos, que para el año 2017 cerró con 2.626 y el año 2016 con 2.213. De igual forma, el riesgo grave, con incremento de 244 casos, que para el año 2017 reportó 1.445 y el año 2016 1.201 valoraciones. El 9,16% de las personas valoradas manifestó tener algún factor de vulnerabilidad que las hace víctimas de agresión por parte de su pareja; predomina el consumo de sustancias psicoactivas para ambos sexos; ser mujer cabeza de hogar es el segundo y ser mujer campesina o trabajadora del campo ocupa el tercer lugar. Entre los departamentos/distritos con mayor número de casos Bogotá, con 12.583 casos ocupa el primer puesto, seguido de Antioquia con 5.395 casos²⁷.

Estado del arte de la investigación sobre VIH y Violencia sexual

En los últimos diez años se han producido numerosas investigaciones sobre la relación entre VIH y violencia sexual contra las mujeres, en adelante queremos resaltar algunas que permiten ampliar la comprensión de los resultados de esta investigación. Para su detalle y comprensión hemos optado por presentarlas en relación al año de producción y las principales conclusiones que abordan, se relacionan a continuación:

2004

Nombre: *Gender inequality and domestic violence: implications for human immunodeficiency virus (HIV) prevention.*

Objeto: Analizar la relación entre la inequidad de género, la violencia doméstica y la infección por VIH

Autoría: Kaye Dan K. Departamento de Obstetricia and Ginecología de la Universidad de Makerere, Facultad de Medicina.

Lugar: Uganda

Población y métodos: Revisión de literatura, publicada en inglés.

Conclusiones: “La violencia doméstica puede aumentar el riesgo de que las mujeres adquieran el VIH a través del sexo forzado, las prácticas sexuales coercitivas y la limitación de la capacidad de las mujeres para negociar prácticas sexuales más seguras. La violencia sexual a menudo implica un trauma en los tejidos genitales o el sexo anal, lo que aumenta el riesgo de infección. Para muchas mujeres, el inicio del coito implica coerción sexual. La violencia física y sexual en la infancia se asocia con conductas sexuales de alto riesgo en la adolescencia o en la edad adulta”²⁸.

2007

²⁵ *Ibíd.*, pp. 414- 436

²⁶ INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES – INMLCF. Informe Forensis. Bogotá. D.C. pp. 177- 180

²⁷ *Ibíd.*, pp. 257- 295

²⁸ Kaye, Dan K. Departamento de Obstetricia and Ginecología de la Universidad de Makerere. African Health Sciences Vol 4 No. 1 Abril 2004.. p. 67

Nombre: Explorando intersecciones entre empoderamiento, VIH y violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe

Autoría: Luciano, D. Development conexions – conectando recursos para el desarrollo sostenible

Objeto: Explorar las intersecciones entre empoderamiento, VIH y violencia contra las mujeres en América Latina el Caribe

Lugar: Diferentes países de América Latina y el Caribe

Población y métodos: Revisión de estudios

Conclusiones:

“La feminización del VIH se observa en todos los países de la región. Se vincula con la vulnerabilidad al virus que generan las desigualdades de género y, en particular, la violencia contra las mujeres. Los datos disponibles indican que un 25 y 69 por ciento de las mujeres en América Latina y el Caribe reporta haber vivido violencia en su relación de pareja. Distintas formas de violencia sexual, tales como: las relaciones sexuales bajo coacción en el matrimonio y en las citas, las violaciones por parte de extraños, las violaciones sistemáticas durante conflictos armados y en situaciones de emergencia por desastres naturales, el acoso sexual (incluida la petición de favores sexuales a cambio de trabajo o calificaciones escolares), el sexo recompensado, los abusos sexuales de menores, la prostitución forzada y la trata de personas, y los matrimonios precoces; incrementan la vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH. El abuso sexual afecta entre un 5 y 46 por ciento de las niñas y el sexo recompensado es una situación muy común en mujeres adolescentes y jóvenes, usuarias de drogas, y mujeres pobres; lo que acentúa la dificultad para negociar sexo protegido, en incrementa su exposición a ITS/VIH. El VIH y la violencia contra las mujeres se refuerzan mutuamente y sus complejos vínculos están asociados a factores sociales, económicos y biológicos”²⁹.

Nombre: Vulnerabilidad de la Mujer Víctima de la Violencia ante el VIH/Sida en Venezuela

Autoría: AVESA - Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa

Objeto: Visibilizar la relación entre violencia contra las mujeres y la infección por VIH

Lugar: Venezuela

Población y métodos: Metodología cuantitativa y cualitativa. Para la primera se utilizaron datos provenientes de registros de las instituciones que trabajan con Violencia o VIH/Sida en el país y de las mujeres actoras clave del proyecto. Para la segunda, se obtuvo información de las mismas mujeres con la técnica de grupos focales.

Conclusiones:

“La Violencia contra las mujeres es reconocida por los grupos que participaron en la investigación en sus diversas manifestaciones y a lo largo de la vida. Reconocen en mayor medida la violencia de pareja y la violencia sexual, así como las huellas que éstas dejan en sus vínculos familiares, sexualidad e incluso embarazo e hijos. A las mujeres les cuesta asociar Violencia y VIH, ya que reconocen o identifican la violencia sólo cuando hay manifestaciones graves y fundamentalmente reconocen la violencia física y sexual. El salir de la violencia constituye un proceso lento con gran cantidad de obstáculos que están asociados a la construcción de la sexualidad y cómo se maneja el problema desde las diversas instituciones. Aunque las mujeres reconocen la violencia vivida, no la asocian con el riesgo de infección por VIH, hablan del efecto de la violencia en la toma de decisión a la hora de mantener relaciones sexuales, pero no conectan esto con la posibilidad de infección y si lo hacen, lo ven de manera muy remota. En la mayoría de las mujeres, la asociación apunta más a la conexión con la Inequidad de género e incluso con la educación sexual recibida y su construcción de la

²⁹ Luciano, D. (2007). Explorando las intersecciones entre empoderamiento, VIH y violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe. *Washington: Development Connections.*, p. 3

sexualidad. Al no percibirse en riesgo de infección, las mujeres no utilizan métodos de protección, consideran que el mantener una sola pareja las protege del VIH”³⁰.

2008

Nombre: *Las múltiples caras de las intersecciones entre el VIH y la violencia contra las mujeres*

Autoría: Luciano D. (2007) Development Connections, UNIFEM, Organización Panamericana de la Salud, Comisión Interamericana de Mujeres y la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe

Objeto: Contribuir al diálogo intersectorial para avanzar en la integración de las políticas, programas y proyectos sobre ambos temas (VIH y Violencia contra las mujeres) en los niveles local, nacional y regional.

Población y métodos: Compilación de artículos

Conclusiones artículos:

Rapid Analysis of HIV Epidemiology and HIV Response Data on Vulnerable Populations – Great Lake Region

“El análisis del Banco Mundial sobre respuesta rápida en población vulnerable en la región de los Grandes lagos señala que en Soweto, África del Sur, la violencia (física y sexual) por parte de la pareja ha sido identificada con una prevalencia de VIH 1,4 veces más elevada. En Rakai, Uganda, la prevalencia del VIH incrementó significativamente cuando las mujeres reportaron coerción sexual y uso del alcohol antes de tener relaciones sexuales. En Kigali, Rwanda, mujeres en relaciones de pareja estables con VIH tenían mayores probabilidades de reportar historia de violencia física o coerción sexual”³¹.

Multi-country Study on Women’s Health and Domestic Violence against Women.

“El estudio multipaís sobre la violencia en contra de las mujeres de la Organización Mundial de la Salud, plantea que el hogar no constituye el refugio seguro para las mujeres porque ellas están en riesgo de experimentar mayor violencia en sus relaciones íntimas con la pareja que en ningún otro lugar”³².

Nombre: *The intersection of intimate partner violence against women and HIV/AIDS: a review. La intersección entre la violencia contra la mujer y el VIH, una revisión*

Autoría: J.C. Campbell, M.L. Batya, R.M. Ghandourb, J.K. Stockman, L. Francisco, and J. Wagman
Johns Hopkins University School of Nursing, Baltimore, Maryland, USA

Department of Population, Family, and Reproductive Health, Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Baltimore, Maryland, USA

Department of Epidemiology, Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Baltimore, Maryland, USA

Department of International Health, Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Baltimore, Maryland, USA

Objeto: El objetivo de este estudio fue revisar la investigación original sobre la intersección de la violencia contra las mujeres por parte de parejas íntimas y el riesgo de infección por VIH y destacar las oportunidades para nuevas investigaciones y desarrollo de programas.

³⁰ AVESA - Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa. 2007. Vulnerabilidad de la Mujer Víctima de la Violencia ante el VIH/Sida en Venezuela., Caracas., pp. 83- 84

³¹ Development Connections, UNIFEM. 2008. Las múltiples caras de las intersecciones entre el VIH y la violencia contra las mujeres., p. 3

³² *Ibid.*, p. 4

Población y métodos: Se revisaron setenta y un artículos que presentan investigaciones originales revisadas por pares realizadas con mujeres de 12 años y más en relaciones heterosexuales durante (1998-2007). Los estudios fueron elegibles para su inclusión si abordaron la violencia de pareja (IPV) contra las mujeres y el VIH / SIDA como factores de riesgo mutuos.

Conclusiones:

“La investigación revisada indica relaciones complejas pero reales entre dos epidemias, que amenazan la salud y la seguridad de las mujeres en los EE. UU, y en todo el mundo, especialmente en los países de ingresos bajos y medios: el mayor riesgo de contraer el VIH / SIDA relacionado con la violencia contra la mujer y, en particular la violencia por parte de la pareja, afecta tanto a mujeres adultas como a adolescentes. Las relaciones sexuales forzadas con una pareja infectada; negociación limitada o comprometida de prácticas sexuales más seguras; y mayores conductas sexuales de riesgo; así como el aumento de otras ITS que acompañan el abuso, facilitan la transmisión del VIH”³³.

2009

Nombre: Factores de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres

Autoría: Fondo de Población de las Naciones Unidas

Objeto: identificar y analizar los factores de vulnerabilidad a la infección por VIH entre las mujeres

Población y métodos: se centró en el análisis cualitativo de grupos focales, y entrevistas semi estructuradas en Barranquilla, Bogotá Bucaramanga, Cali y Medellín, análisis etnográfico, entrevistas interpretativas, análisis de documentos y material sobre políticas de prevención de VIH/Sida.

Conclusiones:

“A pesar de las diferencias encontradas en cada ciudad, el factor común a la valoración de la familia y lo conyugal es que se relega el bienestar individual, lo cual hace más factible que se toleren situaciones de vulneración. En todas las ciudades fueron las mujeres jóvenes solteras las que se pronunciaron en contra de esta voluntad de sacrificio, expresando su intención de no permanecer al lado de un posible compañero que las maltrate o de no tolerar situaciones de violencia en caso de que se presentaran. Es probable que la difícil situación económica, el bajo nivel educativo, el desconocimiento de los derechos, la dificultad para reivindicarlos y la falta de redes de apoyo sean factores de vulnerabilidad a la violencia intrafamiliar. Aun cuando las leyes colombianas intentan proteger y promover los derechos de todas y todos contra el maltrato y otras formas de violencia, existen todavía numerosos casos que no se denuncian, debido al desconocimiento de los derechos o a la imposibilidad de ejercerlos de manera efectiva. En cuanto al aumento en la incidencia del VIH/sida en mujeres, infectadas en su mayoría por sus compañeros permanentes, es interesante resaltar que en todas las ciudades la infidelidad masculina es aceptada y asumida como una conducta “natural” de los hombres. La femenina, en cambio, es difícilmente mencionada y se asume como un comportamiento censurado socialmente”³⁴.

2010

Nombre: Vulnerabilidad a infecciones de transmisión sexual y SIDA en mujeres en situación de desplazamiento forzado. Medellín, Colombia

³³ Campbell ,J.C., Batya, M.L.y otros. (2008). The intersection of intimate partner violence against women and HIV/AIDS: a review. nternational Journal of Injury Control & Safety Promotion;15(4)., p.1

³⁴ Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Ministerio de la Protección Social. 2009. Factores de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres. Bogotá., p. 63-69

Autoría: Zulima López Torres, Sandra Catalina Ochoa Marín, Gloria Alcaraz López, René Leyva Flores, Myriam Ruiz Rodríguez. Comité para el Desarrollo de la Investigación –CODI– de la Universidad de Antioquia. Objeto: analizar las condiciones de vulnerabilidad social a las infecciones de transmisión sexual y SIDA (ITS/VIH/SIDA), en un grupo de mujeres en situación de desplazamiento forzado, que llegan a la ciudad de Medellín (Colombia).

Lugar: Medellín

Población y métodos: estudio cualitativo etnográfico, realizado de abril a agosto de 2008 en la ciudad de Medellín. Se entrevistaron 23 mujeres en diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud.

Conclusiones:

“Las condiciones de vulnerabilidad a este grupo de enfermedades en las mujeres del estudio se inician antes del momento de la expulsión y están presentes durante y después del desplazamiento. En este estudio, las relaciones hegemónicas se evidencian, entre otras cosas, en la manera cómo viven su sexualidad, la cual no sólo tiene un carácter de obligatoriedad, sino también de estar al servicio de los deseos del hombre. Las estructuras de poder, presentes en sus contextos culturales previos al desplazamiento, se materializa en el ejercicio de la sexualidad, y limita su capacidad de decisión frente a los propios comportamientos sexuales, generalmente impuestos por su pareja. Llama la atención que, además de esta obligatoriedad, algunas mujeres del estudio, relatan haber sufrido abuso sexual previo al desplazamiento por parte de sus parejas u otras personas, lo que las puso en situación de vulnerabilidad frente a ITS/VIH/SIDA”³⁵.

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

Autoría: FEIM. Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer

Objeto: **1.** Conocer la frecuencia con que las MVVS vivieron situaciones de violencia antes y después del diagnóstico del VIH; **2.** Cuantificar esta relación y su impacto para promover respuestas a la infección con el VIH/sida tendientes a disminuir la epidemia; **3.** Conocer las creencias, percepciones, experiencias y actitudes de las MVVS sobre la relación entre las situaciones de violencia que vivieron y su condición de vivir con el VIH. Población y métodos: Estudio de carácter exploratorio, utilización de métodos cuantitativos y cualitativos. Los sujetos de la investigación fueron mujeres viviendo con VIH, mayores de dieciocho años y que se atienden en servicios públicos de salud. Participaron de la investigación un total de 399 MVVS (mujeres que viven con VIH o Sida).

Conclusiones:

“Las historias de vida de las mujeres de los cuatro países del Mercosur evidenciaron la forma como la presencia de violencia previa al diagnóstico del VIH y su impacto sobre la salud y vida de las mujeres es un importante factor de riesgo para la infección. Las entrevistas en profundidad ratificaron los resultados obtenidos en la fase cuantitativa y revelaron que la mayoría de las mujeres entrevistadas experimentaron diversas formas de violencia anteriores al diagnóstico del VIH, ya sea en su infancia, adolescencia, juventud y/o adultez. En este estudio se observa que una elevada proporción de las mujeres encuestadas (78,4%) experimentaron distintas situaciones de violencia a lo largo de sus vidas. Las formas más habituales son violencia psicológica, 68,9%; violencia física, 55,6%; violencia sexual, 36,3%, abuso sexual en la niñez, 32,8%. En general han experimentado más de una forma de violencia, indicando como se asocian a lo largo de la vida de estas mujeres. Predominó la presencia de violencia padecida antes del diagnóstico del VIH. Estos datos, sumados al

³⁵ LÓPEZ, Z. OCHOA, S y otras. 2010. Vulnerabilidad a infecciones de transmisión sexual y SIDA en mujeres en situación de desplazamiento forzado. Medellín, Colombia. En. Investigación y Educación en Enfermería. Medellín, Vol. 28 No.1., pp. 12-20

alto porcentaje de mujeres que sufrieron violencia, permiten entender la cuestión de la violencia y el VIH/sida como una interacción sumamente compleja e importante a modo de factor que aumenta la vulnerabilidad de las mujeres víctimas de violencia a la infección con el VIH. Es importante señalar que todas las formas de violencia son factores que aumentan la vulnerabilidad, no sólo la violencia sexual”³⁶.

Nombre: *Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: Análisis de datos secundarios.*

Autoría: Contreras, J. M.; Bott, S.; Guedes, A.; Dartnall, E.

Objeto: explorar la magnitud, los patrones y factores de riesgo asociados con la violencia sexual, así como los marcos jurídico y político, las respuestas de las mujeres a la violencia sexual, el acceso a los servicios y las respuestas de estos, las intervenciones prometedoras, las brechas en la investigación y las prioridades para futuras investigaciones.

Lugar: países de Latinoamérica y el Caribe

Población y métodos: análisis documental de investigaciones entre 2000 y 2010 realizadas en Latinoamérica y el Caribe.

Conclusiones: “los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud de la región indican que el porcentaje de mujeres que informan tener una ITS es más alto entre las mujeres que han sufrido violencia sexual que entre otras mujeres, incluido el 3% de las mujeres que informan violencia sexual frente al 1% de las mujeres que no declaran haber sufrido violencia sexual en Colombia; el 4% frente al 1% en la República Dominicana; el 18% frente al 10% en Haití; y el 5.4% frente al 3.7% en Perú (OPS, 2006). Asimismo, en Jamaica, Waszak y colegas (2006) encontraron que las mujeres cuya primera experiencia sexual fue forzada eran más propensas a declarar que presentaban secreción genital. En un estudio realizado en Haití, se encontró que las víctimas de violencia sexual eran considerablemente más propensas a haber presentado recientes síntomas de ITS que otras mujeres que no se declararon como víctimas de violencia sexual (Gómez et al., 2009)”³⁷.

2011

Nombre: «¿dónde vas a ir tú con sida?». intersecciones entre la infección por VIH y la violencia del compañero íntimo

Autoría: Alberto Martín-Pérez Rodríguez

Objeto: prospección cualitativa sobre la intersección entre la violencia del compañero íntimo hacia las mujeres y la infección por VIH a través de la percepción de siete profesionales de atención sanitaria y de ONG que trabajan con mujeres con VIH y/o con mujeres que sufren Violencia del compañero íntimo en Madrid

Lugar: Madrid

Población y métodos: Se realizó una prospección cualitativa empleando como marco epistemológico de género el enfoque integrado de género en salud en sus tres líneas⁹: la de salud de las mujeres; la de las desigualdades de género en salud y la línea del género como determinante de salud. Se realizaron entrevistas semi-estructuradas y se analizaron los datos a través de procedimientos basados en la teoría fundamentada

Conclusiones: “Se identificó que la infección por VIH multiplica la violencia psicológica (chantaje, amenaza, desvalorización, etc.) por el estigma asociado a la infección y por algunos efectos secundarios de su tratamiento (lipodistrofia). Los discursos mostraron una visión disociada de los dos problemas de salud pública, lo que indica la necesidad de re conceptualizar la atención y planificación estratégica de ambos”³⁸.

³⁶ FEIM. 2010. Dos caras de una misma realidad: Violencia hacia las mujeres y VIH/Sida en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay. Buenos Aires., p. 81

³⁷ Contreras, J. M.; Bott, S.; Guedes, A.; Dartnall, E. (2010) Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: análisis de datos secundarios., p. 39

³⁸ Pérez Rodríguez, A. (2011). «¿dónde vas a ir tú con sida?». intersecciones entre la infección por VIH y la violencia del compañero íntimo.”. Feminismo/s. N. 18 (dic. 2011)., p. 113

2013

Nombre: *A Systematic Review of the Relationships between Intimate Partner Violence and HIV/AIDS. Revisión sistemática de las relaciones entre la violencia por parte del compañero íntimo y el VIH/Sida.*

Autoría: Fiona G. Kouyoumdjian, Nicole Findlay, Michael Schwandt, Liviana M. Calzavara

Objeto: revisar sistemáticamente la literatura sobre las relaciones entre la violencia por parte del compañero íntimo (VCI) y el VIH para describir la prevalencia de este tipo de violencia en personas con VIH, la prevalencia del VIH en personas que experimentan la violencia por parte del compañero íntimo, la asociación entre la (VCI) y el VIH y la evidencia sobre los mecanismos de riesgo e intervenciones.

Población y métodos: Las fuentes de datos fueron 10 bases de datos electrónicas y listas de referencias. Se incluyeron estudios si informaban datos sobre la relación entre la IPV y el VIH. Todos los registros fueron revisados de forma independiente por dos autores en las etapas del título, la revisión del resumen y la revisión del texto completo. Cualquier resumen considerado como elegible por cualquiera de los revisores se revisó en su totalidad, y cualquier desacuerdo con respecto a la elegibilidad de los textos completos o los datos extraídos se resolvió mediante discusión.

Conclusiones: “La experiencia de la violencia del compañero íntimo contra las mujeres (VCI) y el VIH tienden a asociarse en análisis no ajustados, lo que sugiere que la detección de la VCI y la vinculación con programas y servicios relevantes pueden ser valiosos. No está claro si existe una asociación causal entre la experiencia de VCI y la infección por VIH. La investigación debe centrarse en definir los parámetros de VCI que son relevantes para la infección por VIH, incluido el tipo de VCI y el período de exposición y riesgo, en la evaluación de los mecanismos potenciales y en el desarrollo y evaluación de intervenciones que se basan en los puntos fuertes de los estudios existentes”³⁹.

2014

Nombre: *Efecto de la violencia sexual en la infección por VIH.*

Autoría: Centro Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica.

Objeto: Analizar el rol que juega la violencia sexual en los factores de riesgo para la infección por VIH, para identificar si las personas que han sido víctimas de ella muestran mayor propensión a presentar conductas de riesgo de infección.

Lugar: Costa Rica

Población y métodos: Se analizaron 2.140 casos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de 2010 (53,% hombres y 47% mujeres), mayoritariamente de zona urbana. Se analizó la violencia sexual desde tres perspectivas: la verbal y gestual y la física y la violencia por sumisión.

Conclusiones: “La violencia verbal y gestual afecta más a las mujeres, al igual que la violencia física. El hecho de haber sido víctima de violencia sexual, duplica el riesgo de presentar prácticas altamente riesgosas. En síntesis se encontró una asociación entre el grado de riesgo en las prácticas sexuales y la violencia sexual en el plano físico y verbal”⁴⁰.

2016

Nombre: *Double Vulnerabilities: Violence Against Women and HIV in South And Southeastern Brazil*

³⁹ KOUYOUMDJIAN, F. G., FINDLAY, N., SCHWANDT, M., y CALZAVARA, L. M. (2013). A systematic review of the relationships between intimate partner violence and HIV/AIDS. *PLoS One*, 8(11), e81044., p. 1

⁴⁰ CENTRO CENTROAMERICANO DE POBLACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA. (2014). Efecto de la violencia sexual en la infección por VIH. San José. CR., pp. 12-13

Doble Vulnerabilidad: Violencia contra la mujer y VIH en el sur y sureste de Brasil.

Autoría: Jamila K. Stockman, PhD MPH; Daniela Knauth, MD PhD; Kristin K. Gundersen, MSW; Noor A. Al-Alusi, MS; Regina M. Barbosa, MD PhD. Universidad de California; Universidad Federal do Rio Grande do Sur

Objeto: 1. Clasificar las tipologías de violencia experimentadas por mujeres a lo largo de su vida en Brasil. 2) Entender cómo se asocia el estado de VIH y la violencia 3) Identificar los factores asociados de riesgo / protección en cada nivel social ecológico para cada tipología de violencia.

Lugar: São Paulo y Porto Alegre, Brasil

Población y métodos: En la investigación se combinaron dos estudios poblacionales realizados en São Paulo y Porto Alegre y en los que se utilizaron metodologías de muestreo idénticas. Se seleccionaron mujeres de entre 18 y 49 años de edad en centros de salud pública, incluidas 2000 mujeres de São Paulo y 1326 de Porto Alegre. A estas mujeres se les consultó sobre la victimización y los factores socio ecológicos en el acceso a servicios de salud preventiva, con el fin de recopilar datos exhaustivos acerca de estas materias.

Conclusiones: es de aclarar, que los resultados finales de este estudio aún no han sido publicados, por tanto, se presentan las conclusiones preliminares del mismo, que están disponibles en el blog de la investigación, disponible en en la pagina de SVRI Sexual Violence Research Initiative del Banco Mundial, entidad financiadora: <http://www.svri.org/blog/gender-based-violence-and-hiv-infection-overlapping-epidemics-brazil>

“Las mujeres que fueron víctimas de:

- Cualquier tipo de violencia durante algún periodo de su vida: tienen 1,63 veces más probabilidades de infectarse con el VIH
- Violencia física durante algún periodo de su vida: tienen 1,47 veces más probabilidades de infectarse con el VIH
- Violencia sexual durante algún periodo de su vida: tienen 2,13 veces más probabilidades de infectarse con el VIH
- Violencia sexual durante la primera experiencia sexual: tienen 2,57 veces más probabilidades de infectarse con el VIH.

La conclusión más destacada es que las mujeres tenían cada vez más probabilidades de ser VIH positivas si sufrían con mayor frecuencia violencia física y violencia sexual durante algún periodo de su vida”⁴¹.

2018**Nombre: Violencia de pareja en la mujer que vive con VIH**

Autoría: Leonardo Arévalo-Mora

Objeto: Obtener datos recientes con respecto a la relación entre el VIH y la violencia de pareja contra la mujer, para conocer en profundidad esta problemática y llevar al lector a una comprensión de la realidad que afecta a las pacientes que viven con el virus.

Población y métodos: Revisión de literatura científica. Se realizó una estrategia de búsqueda sin límite de fecha utilizando como palabras clave: *violence, domestic violence, violence against women, intimate partner violence, HIV infections, HIV y acquired immunodeficiency syndrome.*

⁴¹ Tomado del blog de la investigación: disponible en: <http://www.svri.org/blog/gender-based-violence-and-hiv-infection-overlapping-epidemics-brazil>, (consultado el 1 de noviembre de 2018).

Conclusiones: “En esta revisión de literatura se ha logrado identificar que existe una relación entre los actos de violencia de género y el vivir con infección por el VIH, que junto con las disparidades que se presentan entre hombres y mujeres y el ejercicio de poder en sometimiento a la mujer de la cultura machista latinoamericana no permiten un adecuado desarrollo del enfoque de género (entendido como las oportunidades que tienen hombres y mujeres y las interrelaciones que se generan en los distintos roles que socialmente se les asignan)”⁴².

Nombre: La violencia sexual contra las mujeres: consecuencias sobre la salud sexual de las víctimas

Autoría: Maite Kefauver Silva

Objeto: explorar cómo afecta la violencia sexual ejercida por la pareja sobre la salud sexual de las víctimas

Lugar: Islas Baleares, España.

Población y métodos: investigación cualitativa. Estudio descriptivo transversal. La muestra es intencional debido a la selección deliberada de las participantes en base a sus características. La muestra final del estudio consta de 19 mujeres provenientes de diferentes servicios de acogida o asistencia a víctimas de violencia contra la mujer localizados en Mallorca, España.

Conclusiones: En general, destaca la alta coexistencia de distintas formas de maltrato y la variedad y cantidad de conductas sexuales no deseadas, formas de coacción y reacciones de las víctimas. También resalta el control ejercido por el agresor sobre el uso de métodos anticonceptivos, la cantidad de embarazos no planificados y problemas ginecológicos, y los indicios de disfunción sexual femenina hallados en la muestra. Los resultados ofrecen una valiosa descripción de la realidad que viven estas mujeres y contribuyen a la visibilización de esta problemática.

⁴² Kefauver Silva, Maite. (2018). La violencia sexual contra las mujeres: consecuencias sobre la salud sexual de las víctimas. Islas Baleares, España.

¿CÓMO SE DESARROLLÓ LEER LA RELACIÓN ENTRE VIOLENCIA SEXUAL CONTRA LAS MUJERES Y EL VIH/SIDA?

Como se mencionó anteriormente la investigación planteada acoge los aportes conceptuales del modelo político económico y el enfoque de vulnerabilidad a la epidemia del VIH. Estas miradas se complementan desde una propuesta de investigación cualitativa que se sustentan en el paradigma emergente.

Siguiendo la propuesta de Khun existen tres dimensiones constitutivas de los paradigmas: ontológica, epistemológica y metodológica (Carcamo, 2010). Con relación a ello el posicionamiento desde el paradigma emergente para el desarrollo de esta investigación reconoce que: la relación con lo investigado se configura desde una visión sujeto - sujeto (epistemológico); que la realidad que se comprende será apenas una versión de lo que ocurre al respecto, pero que esta versión permite tener un acercamiento a aquello que pasa para transformarlo, no hay una verdad estática o estable sobre el hecho investigado (ontológico) y que las formas en que nos acercamos a comprender esta versión de la realidad implica el uso de metodologías que no busquen explicaciones causales del fenómeno, sino analíticas.

Igualmente, se reconoce que la investigación está apuntalada, en tanto que posicionamiento político, en la investigación feminista, reconociendo con ello que la producción de conocimiento no es un proceso neutro y que en consonancia con los planteamientos anteriores la objetividad no está dada desde el distanciamiento del fenómeno social estudiado, sino del reconocimiento de la construcción del conocimiento desde una perspectiva de conocimiento situado. Esta perspectiva implica reconocer que la objetividad es una presunción patriarcal, reconociendo la necesidad de abrazar una parcialidad asumida y autocrítica (Haraway, 1995).

Herramientas de Investigación a utilizar

Análisis de Historias Clínicas

Para adelantar la investigación se desarrollaron dos caminos, una primera mirada descriptiva al informe cuantitativo de cruce suministrado por la Secretaría Distrital de Salud, en las que se cruzan la identificación de mujeres diagnosticadas con el virus y aquellas que se reportaban en el El sistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual (SIVIM). A su vez se procedió con el análisis cualitativo de 8 de estas historias clínicas.

Para ello se realizaron reuniones de articulación con la Secretaria de Salud de la ciudad de Bogotá, quienes realizaron el cruce de estas dos condiciones y permitieron el acceso a los registros para su análisis.

En total se obtuvo del cruce de variables 20 historias clínicas correspondientes a la identificación del año 2018, de las cuales solo se pudo tener acceso a 8 debido a factores de carácter administrativo, que se describen en el “Informe de acercamiento a las historias clínicas”, contenido en los anexos de este documento.

Para el análisis cualitativo de las historias se tuvieron en cuenta los contenidos de las categorías de diagnóstico principal, diagnósticos clínicos relativos a otras formas de violencia ejercidas de manera concomitante con la

Código CIE – 10	Nombre del Diagnóstico
T74.2	Abuso sexual.
Y05	Agresión sexual con fuerza corporal.
Y05.0	Agresión sexual con fuerza corporal, en vivienda
Y05.1	Agresión sexual con fuerza corporal, en institución residencial.
Y05.2	Agresión sexual con fuerza corporal, en escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas.
Y05.3	Agresión sexual con fuerza corporal, en áreas de deporte y atletismo.
Y05.4	Agresión sexual con fuerza corporal, en calles y carreteras.
Y05.5	Agresión sexual con fuerza corporal, en comercio y áreas de servicios.
Y05.6	Agresión sexual con fuerza corporal, en área industrial y de la construcción.
Y05.7	Agresión sexual con fuerza corporal, en granja.
Y05.8	Agresión sexual con fuerza corporal, en otro lugar especificado.
Y05.9	Agresión sexual con fuerza corporal, en otro lugar no especificado.
Z08.8	Examen y observación consecutivos a denuncia de violación y seducción.

Código CIE – 10	Nombre del Diagnóstico
Y07.0	Otros síndromes de maltrato por esposo o pareja.
Y07.1	Otros síndromes de maltrato por padre o madre.
Y07.2	Otros síndromes de maltrato por conocido o amigo.
Y07.3	Otros síndromes de maltrato por autoridades oficiales.
Z60.4	Problemas relacionados con exclusión y rechazo social.
Z65.1	Problemas relacionados con prisión y otro encarcelamiento.
Z65.5	Problemas relacionados con la exposición a desastre, guerra u otras hostilidades

1. 9 sospecha de maltrato físico.
2. 10 sospecha de abuso sexual.
3. 11 sospecha de violencia sexual.
4. 12 sospecha de maltrato emocional.

Fuente. Decreto 459 de 2012

agresión sexual, diagnóstico de lesiones de causa externa del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud establecidas por el Decreto 459 de 2012

En la lectura de las historias, se procuró establecer aquellas relaciones entre la violencia sexual como causa probable de la infección por VIH, así como la relación con la ocurrencia de otros tipos de violencias basadas en género y las rutas de atención en salud que vivieron las mujeres.

Como se mencionó anteriormente, se analizaron 8 historias clínicas, de las 20 seleccionadas por la Secretaría Distrital de salud, con base en el cruce de variables de Violencia Sexual y Notificación de VIH. Las 8 analizadas corresponden 2 a la Subred Norte, y 6 a la Subred Centro Oriente que respondieron positivamente ante la solicitud de apoyo formulada por parte de la investigación. Las 12 historias restantes que no pudieron ser analizadas corresponden: la primera, a una historia clínica de una paciente ya reportada en la base de datos; la segunda, a una historia clínica reportada por el Hospital San Francisco de Asís, entidad privada, a la que no se pudo contactar porque no fue suministrada la carta de presentación por parte de la Secretaría de Salud; la tercera, a una historia clínica de la Subred Norte que no existía en la unidad de atención referida en la base de datos. Las 9 restantes corresponden 5 la a Subred Sur y 4 a la Subred Suroccidente, de éstas dos últimas Subredes no se obtuvo respuesta alguna.

Historias clínicas preseleccionadas

No.	Subred crece Registro	Ciclo Vital
1	Centro Oriente	De 18 - 26 años

2 Centro Oriente De 27 - 44 años

3 Centro Oriente De 14 - 17 años

4 Centro Oriente De 18 - 26 años

5 Centro Oriente De 27 - 44 años

6 Centro Oriente De 18 - 26 años

7 Centro Oriente De 27 - 44 años

8 Centro Oriente Menor 1 año

9 Norte De 27 - 44 años

10 Norte De 45 - 59 años

11 Norte De 18 - 26 años

12 Sur Menor 1 año

13 Sur De 27 - 44 años

14 Sur De 18 - 26 años

15 Sur De 60 - 69 años

16 Sur De 27 - 44 años

17	Sur Occidente	De 14 - 17 años
18	Sur Occidente	De 45 - 59 años
19	Sur Occidente	De 18 - 26 años
20	Sur Occidente	De 18 - 26 años

Fuente creación propia con base en la información disponible

Entrevistas Semiestructuradas

Se realizaron 11 entrevistas semi estructuradas a informantes claves. Para obtener una visión triangular de la información estas entrevistas se realizarán a tres grupos objetivo:

6 Mujeres que viven con VIH y cuya causa probable de infección haya sido la ocurrencia de violencia sexual. El acercamiento a las mujeres se realizó a través de la Red Nacional de Mujeres Populares Tejiendo VHIDA - Huellas de Arte,- con sede en Bogotá quienes nos pusieron en contacto con las participantes.

Participante	Rango de edad	Ocupación	Trabajo del cuidado no remunerado	
			Tiempo diario estimado dedicado a las labores de cuidado	Tiempo semanal
1	45- 59 años	Comercio informal	5 horas	35 horas
2	27- 44 años	Gestora comunitaria	8 horas	56 horas
3	27-44 años	Gestora comunitaria	8 horas	56 horas
4	27-44 años	Trabajo doméstico	8 horas	56 horas
5	27 – 44 años	Comerciante	10 horas	70 horas
6	27- 44 años	Desempleada	16 horas	112 horas
Promedio				73,5 horas semanales

Fuente: elaboración propia, con información suministrada por las participantes

Las temáticas a profundizar en el desarrollo de la entrevista fueron:

Temática
Sexualidad Información educación, toma de decisiones
VIH
Violencia Sexual y VBG
Maternidad
Redes sociales de apoyo
Estigma y discriminación
Acceso a servicios

El segundo grupo objetivo de la investigación fueron las/os Prestadores/as de servicios de salud, en total se determinó el desarrollo de 3 entrevistas, con diferentes perfiles profesionales de la medicina, psicólogas/os y enfermeras/os; para abordarlos se estableció contacto a través de la Secretaría de Salud de Bogotá en los hospitales en los que se tenía conocimiento de mayores prevalencia del virus en Bogotá, Meissen y Pablo Sexto. Las temáticas abordadas con estos fueron:

Temática
Idea de vulnerabilidad de los prestadores/as de servicios de salud
Análisis realizado por el personal de salud de la vulnerabilidad de las mujeres que han atendido (VBG)
Planes o programadas desarrollados para la prevención o atención del VIH/Sida
Particularidades de los programas cobertura, atención diferencial, grupos focalizados
Integración con otros programas VIH/Sida- SSR/ VBG.

Como tercer grupo de participantes se optó por indagar sobre la mirada el hecho investigativo con mujeres que representan organizaciones de mujeres que viven con VIH o trabajan con ellas, en total se realizarán 2 entrevistas. Las temáticas abordadas fueron:

Temática

Vulnerabilidad de las mujeres a la infección por VIH
Acceso a servicios
Interlocución con el Estado
Estigma y discriminación
Violencia

Análisis de la información

El análisis de la información se realizó mediante análisis de contenido por categorización partiendo de las categorías conceptuales propuestas anteriormente y reconociendo aquellas que emergían durante el proceso.

Consideraciones éticas

Para el desarrollo de la investigación con referencia a la participación de las mujeres que viven con VIH, las mujeres de las organizaciones sociales y el personal de salud se consideró primordial la participación voluntaria e informada en el proceso⁴³. Para ello se presentó la investigación, los alcances y condiciones de esta, así como el compromiso de confidencialidad, la aceptación de la voluntariedad en la participación y se constituyó una firma de consentimiento informado.

La investigación se realizó entre los meses de Octubre de 2018 y Enero de 2019.

⁴³ El equipo de investigación conoce lo planteado por el Código de Nuremberg el cuál establece que el consentimiento voluntario las personas es esencial en los proyectos de investigación. Teniendo como centro a la persona, reconociendo la necesidad de que se encuentre clara su capacidad legal para dar su consentimiento libremente, que no este sometida a ningún tipo de engaño o coacción por lo que es necesario que las participantes cuenten con suficiente conocimiento y comprensión de la investigación en sus distintos aspectos, para que pueda tomar una decisión informada.

CONTINUUM DE VIOLENCIA, CICLO DE VIOLENCIA EN LA INFECCION POR VIH

Acercarse a la lectura de la relación entre VIH y Violencias basadas en Género implica reconocer que las relaciones de género están atravesadas por relaciones de poder, en el sentido que lo señala Foucault (2001)⁴⁴, para quien el poder no es algo que alguien detenta, sino que circula por las relaciones entre los sujetos, por tanto puede ser ejercida desde diferentes lugares

El autor también señala que ese poder puede devenir en dominación, situación que hace que alguna de las partes no pueda invertir los términos de la relación, porque subvertir ese orden amenazaría la existencia de sí misma, ya que “necesita” la subordinación para garantizar su existencia. En el contexto patriarcal, la manifestación más profunda de esta dominación se refleja en la violencia ejercida hacia las mujeres o hacia lo femenino para mantener la hegemonía y control sobre ellas.

Durante el proceso de análisis de los testimonios de las participantes, fueron apareciendo elementos comunes que de una u otra manera marcaron sus vidas y sus relaciones erótico afectivas. En sus relatos, se encuentran rasgos de afectaciones de violencia que se dan a lo largo de la vida, en diferentes contextos: privados y públicos; así mismo, se pudo evidenciar **que las situaciones de infección han tenido lugar en relaciones de pareja no casual** (esposo, novio o compañero habitual), y en las que a su vez han tenido lugar diferentes manifestaciones de violencia.

Se consideró que estos elementos pueden ser rastreados mediante dos conceptos: “Contínium de violencia” Liz Kelly (1988) y “Ciclo de Violencia⁴⁵” Lenore E. A. Walker (1979). En este sentido, y bajo el propósito de esta investigación, se han propuesto cuatro ejes de análisis: i) Contínium de violencia y VIH; ii) Ciclo de Violencia y VIH; iii) VIH, estigma, ciclo de violencia; iv) Contínium de Violencia, VIH y Violencia institucional; alrededor de los cuales se estructuran los testimonios y contextos de vulnerabilidad a la infección por VIH, entre las participantes, los cuales resultan útiles para describir las relaciones que han llevado a la infección por VIH en estos casos.

Contínium de violencia

Para Kelly (1988), las diferentes manifestaciones de violencia hacia las mujeres, son el reflejo de una estructura más compleja que está presente en el cotidiano de todas las mujeres, regida por el patriarcado, y las normas de género. Está presente en las experiencias de vida cada mujer alrededor del mundo, se manifiesta en todos los escenarios y bajo diferentes formas, tanto en lo público como en lo privado. Por tanto, la autora señala que, la violencia no es desviada ni episódica; es normativa y funcional, es una serie continua, un “contínium” de elementos o eventos que pasan unos a otros y no pueden ser fácilmente distinguidos.

Por tanto, en este sentido, la autora advierte que si bien la investigación, la política y la práctica han tendido a categorizar y mantener distinciones entre muchos “eventos” diferentes y diversos, en el estudio y la comprensión de las violencias hacia las mujeres, es vital reconocer sus puntos en común: las formas de coerción, el abuso y el asalto que se utilizan para controlar, restringir y limitar las vidas, la movilidad y oportunidades de las mujeres, y facilitar el privilegio y el derecho de los hombres.

Para la autora, las violencias contra las mujeres son interseccionales. Los efectos de las intersecciones de opresión y de las circunstancias como la discapacidad, la edad, clase, la etnia, la pobreza, son diferentes a nivel individual, que en las estructuras sociales. Ello, continua señalado, no es sólo una acumulación de discriminaciones; sino que las formas de dominación no solo determinan la experiencia del abuso, sino también los recursos, apoyo y

⁴⁴ Foucault. M. (2001). Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones. Primera edición con nueva introducción. Alianza Editorial S. A. Madrid, España.

⁴⁵ Originalmente la autora lo denominó Ciclo de Abuso, su uso en el análisis ha sido como ciclo de violencia.

oportunidades para sobrevivir o acabar con él. Por tanto, cualquier comprensión de la violencia contra las mujeres debe tener en cuenta lo importante de los elementos comunes, pero también los contextuales, los aspectos distintivos de esta experiencia en la vida real. Esta relación es clave, como lo desarrollaremos más adelante, para comprender la ocurrencia de la infección por VIH en el marco del continuum.

Ciclo de violencia

Lenore E. A. Walker (1979), tras entrevistar a 1.500 mujeres que habían experimentado relaciones de abuso, identificó un patrón, que se actúa inconscientemente por parte de los miembros de la pareja, que denominó “el ciclo de abuso”. Este modelo entrega elementos para identificar diferentes situaciones que perpetúan la violencia al interior de las relaciones erótico/afectivas. El ciclo se compone de tres fases: una de acumulación de tensiones; la segunda, de estallido de violencia y la tercera, de manipulación afectiva.

Durante la primera fase, se presentan las expresiones comportamientos y actitudes hostiles, que el agresor manifiesta hacia su pareja, tales como descalificaciones, menosprecio, insultos que se presentan como “correctores de situaciones indeseables” al interior de la relación. La mujer intenta amortiguar la tensión para evitar que se descargue sobre ella la violencia.

Durante el estallido de la violencia, se manifiesta la descarga violenta hacia la mujer, como castigo a las conductas no deseadas que responden a la demanda esperada. Posteriormente, liberadas las tensiones, se presenta una fase en la que se intenta justificar la agresión, se minimizan los efectos de este comportamiento, se busca recuperar la confianza de la víctima, para continuar con un nuevo ciclo; la persistencia de esta estructura de relación, produce desgaste emocional, mengua progresivamente la capacidad y recursos de respuesta de la víctima quien justifica la agresión, se culpabiliza por la misma y naturaliza los comportamientos violentos del agresor, con lo cual se perpetúa el círculo de violencia.

Vale señalar que lo descrito en el ciclo de violencia se ve sustentado por una estructura patriarcal, que produce identidades de lo masculino y de lo femenino afines a las necesidades de este patrón de relacionamiento. En este sentido, las prescripciones que determinan la identidad femenina establecen una dicotomía entre ser “buenas” y “malas” mujeres. De esta forma, ser “buena mujer” demanda el altruismo, ser para y de los otros Basaglia, (1983), la entrega, la docilidad, la sumisión; y un fuerte anclaje en la maternidad como bien supremo, que da a las mujeres un lugar en el mundo; por lo que salirse de este prescripción implica ser “mala”, por lo tanto ser castigada.

Este patrón, como lo señala Patricia Gil (2007), en su libro *Violencia de género*, sustenta a su vez, el rol masculino tradicional de poder y control, bajo el ejercicio de la fuerza y de la dominación, *“a costa de ejercer control en la exteriorización y expresión de sentimientos y emociones, que lo haría ver vulnerable; por tanto utiliza la violencia para aliviar la tensión y marcar el poder sobre su pareja”*.

Las relaciones que se ponen en juego en las relaciones de violencia, a su vez son afines con el ideal del amor romántico. En este sentido, de acuerdo con Gil (2007): *“estas construcciones identitarias que se ponen en juego en una relación de abuso, se sustentan además en la ideal de amor romántico, que tiene una fuerte influencia en la configuración del psiquismo femenino y en la construcción de relaciones de pareja. La sobrevaloración de éste vínculo por parte de la mujer, y la necesidad de salvarlo a cualquier precio, favorece la vulnerabilidad de la mujer a sufrir violencia”*⁴⁶.

Continuum de violencia en la infección por VIH

La violencia es una realidad para las mujeres a lo largo de sus vidas. Tiene como fin efectuar un disciplinamiento de sus vidas, con el objetivo de mantener estructuras de poder en el contexto de una cultura patriarcal, que pretende presentar como naturales las desigualdades e inequidades entre hombres y mujeres; por tanto, es un

⁴⁶ Gil Rodríguez, E, Lloret Ayter, (2007). *Violencia de género*. Editorial UOC. Barcelona. 2007., p. 48

dispositivo⁴⁷ de dominación. Este dispositivo, que emplea como principal mecanismo el miedo, busca minar las capacidades de afrontamiento de las mujeres y la confianza en sí mismas; lo cual, en últimas afecta el ejercicio de la autonomía en todos los aspectos de su vida, en especial en la esfera sexual y reproductiva. Como se mencionó anteriormente, todas las entrevistadas han mencionado eventos a lo largo de su vida, que las han expuesto a algún tipo de violencia; ya sea en el espacio público o privado.

Una de las conclusiones más importantes de esta investigación evidencia cómo el continuum de violencia configura condiciones sociales para la infección por VIH y a su vez aquellas mujeres que son infectadas y viven con el virus están expuestas a mayores condiciones de violencia provenientes del estigma y la discriminación, así pues el continuum parece encerrar la experiencia de vida de estas mujeres.

Violencia psicológica: Opresiones desde el ideal: mujeres buenas y bellas

La recriminación por salirse de los mandatos estéticos preestablecidos es otra forma de violencia, que se ha manifestado en algunos testimonios de las participantes. La belleza, se plantea en palabras de Naomi Wolf, en su libro, “el Mito de la belleza”, como una estrategia de subordinación de las mujeres a lo largo de la historia:

“...es un modelo cambiario, como el patrón oro. Como cualquier economía, está determinado por la política, y en la era moderna occidental es el último y mejor de los sistemas de creencias que mantienen intacta la dominación masculina, al asignar valor a las mujeres en una jerarquía vertical de acuerdo con una norma física impuesta culturalmente, se expresan relaciones de poder en las cuales las mujeres deben competir por los recursos que los hombres se han apropiado”⁴⁸

Para las participantes, el ser señaladas como “poco atractivas” o “feas”, ha sido una de las prácticas utilizadas los hombres para insultarlas, inferiorizarlas, o restarles valor como personas, como mujeres o como parejas, y de esta manera justificar su violencia. Así mismo, estas formas de “depreciación”, han tenido efecto directo en su autoestima y en la autoeficacia para ejercer de prácticas de protección con sus parejas, en las cuales han adquirido la infección por VIH. Estas expresiones han estado presentes en contextos públicos y privados, como se señala a continuación:

“...Desde el colegio, desde que era muy pequeña, tengo un recuerdo de un muchacho que me decía en el colegio “hamburguesa” y me ofendía y me trataba súper mal y me decía oiga hamburguesa venga! Que por ser gorda!! Porque yo antes era más gorda. Esa era discriminación por ser mujer y por ser gorda...”

“...Siempre me sentí acomplejada, tal vez por lo que me decía el papá de mi hija la mayor, yo nunca me quité el brassier, porque cuando yo estaba con mi pareja, siempre me quitaba de la cintura para abajo. El papá de mi hija la mayor siempre me decía que yo era revejada, que era una peladita insípida, que no tenía cuerpo de mujer que a veces parecía que estuviera con un hombre, que no sabía si yo le estaba dando el pecho o la espalda, era muy ofensivo...”

“...Me exponía a enfermedades, a veces me decía que no era tan bonita como otras personas, me exigía que me vistiera de cierta forma, tenía que ponerme algo que llenara sus expectativas...”

“---Yo decía: en mi propio apartamento me humilla, me hace sentir mal. Qué no me decía: que yo era gorda. Yo antes era más gorda de lo que soy ahora. Entonces me decía: usted es una gorda inmundada, ¿a usted quién la va a querer?...”

Así mismo, las expresiones muestran la confluencia de discursos médicos, religiosos estéticos y económicos, que han construido el ideal inalcanzable de la feminidad (bellas, y buenas), y por ende determina su valoración social como sujeta, como forma de control de identidad. Como lo señala Marcela Largarde: “Las características de la feminidad son patriarcalmente asignadas como atributos naturales, eternos y ahistóricos, inherentes al género y a cada mujer.

⁴⁷ En este contexto el concepto “dispositivo” se entiende desde la perspectiva de Fanlo: régimen social productor de subjetividad, es decir, productor de sujetos-sujetados a un orden del discurso cuya estructura sostiene un régimen de verdad, que tiene la función de ordenar una serie de prácticas con el objetivo de garantizar un adecuado funcionamiento de un sistema mayor del que forman parte. Dispositivo sería aquello que produce la disposición de una serie de prácticas y mecanismos que ante una urgencia tienen como objetivo conseguir un determinado efecto que la cancele, la neutralice o la normalice. Fanlo, L. G. (2011). ¿Qué es un dispositivo?: Foucault, Deleuze, Agamben., p. 7

⁴⁸ Wolf, Naomi. (1991) El Mito de la Belleza. William Morrow and Co., Nueva York., p. 217

Contrasta la afirmación de lo natural con que cada minuto de sus vidas, las mujeres deben realizar actividades, tener comportamientos, actitudes, sentimientos, creencias, formas de pensamiento, mentalidades, lenguajes y relaciones específicas en cuyo cumplimiento deben demostrar que en verdad son mujeres”⁴⁹

El agresor, confronta así a la víctima contra representaciones inalcanzables del ideal femenino: “estar por fuera” del ideal significa que “no tiene valor”, nadie las va a querer”, por tanto “sujetas de “lastima”, con lo cual se erige como un “redentor”.

Usted es una gorda toda fea, usted nadie la va a querer, usted no va a conseguir a nadie, yo estoy con usted por lástima... y yo era tan boba, tan güeva que seguía ahí...”

Los efectos de estas violencias, se reflejan directamente en la relación de las mujeres con su propio cuerpo, elemento esencial en las practicas de auto cuidado, y en la forma en que son asumidas sus relaciones erótico afectivas. Al minar la autoestima y el re- conocimiento ocasionan efectos sobre la salud y el cuerpo como síntomas de un malestar producido bajo los controles de relaciones interpersonales desiguales. En algunos casos desarrollan prácticas de auto agresión, no permiten que sus parejas las vean sin ropa, o en la aceptación pasiva del hecho mismo, como una suerte de resignación: “..eso es así y además pues yo no podía pedir nada más...” “... y yo era tan boba, tan güeva que seguía ahí...” . La efectividad de esta violencia radica, como mecanismo de dominación, en que cala de manera sutil en el imaginario de la víctima, minando sus propias defensas, su propio valor, no se cuestiona: se naturaliza, por lo que se asume dócilmente, como verdad, la agresión dirigida hacia ellas; lo cual les resta poder y las expone a nuevas violencias.

Como lo señala, Pierre Bourdieu (2000)

“Los dominados aplican a las relaciones de dominación unas categorías construidas desde el punto de vista de los dominadores, haciéndolas aparecer de ese modo como naturales. Eso puede llevar a una especie de autodepreciación, o sea de autodenigración sistemáticas, especialmente visible, como se ha comentado, en la imagen que las mujeres de la Cabilia tienen de su sexo como algo deficiente y feo, por no decir repugnante (o, en nuestro universo, en la visión que muchas mujeres tienen de su cuerpo como inadecuado a los cánones estéticos impuestos por la moda), y, más generalmente, en su adhesión a una imagen desvalorizada de la mujer”⁵⁰

Por otra parte, el efecto de la imposición del “ideal femenino” como mecanismo de dominación y control sobre las mujeres puede rastrearse igualmente, cuando se contrapone a la vida real de las mujeres el ideal de “la buena mujer” como imaginario que contribuye a perpetuar el continuum de violencia que hace parte del disciplinamiento que busca la violencia. Ser “buena mujer” es un ideal prescriptivo en las sociedades patriarcales como la nuestra, altamente valorado y premiado, profundamente arraigado en la identidad femenina. Por oposición, “ser mala” es una condición que le resta valor y la hace proclive a castigos o correctivos, o quedar expuesta a relaciones abusivas o la misma infección por VIH, como se verá más adelante en el relato de la participante, quien fue abusada durante su infancia y, para quien la marca de “mala” ha sido un significante en su vida: Se retoman algunos apartes de su relato, por considerarse significativos en este análisis:

“Cuando se descubrió (abuso sexual) todo nunca tuve apoyo de nadie tampoco, fui culpabilizada; o sea la mujer de él me pegó porque yo era la mala y yo era la que se estaba metiendo en su hogar... nunca me vi como un ser humano con ellos: ni con mi mamá, ni con ese tipo (agresor), ni con el juez, ni con el médico, señalada en todo el barrio, por que en todo el barrio se encargaron de que todos supieran, entonces yo decía realmente yo soy mala y mucho tiempo duré pensando eso... Yo no me permitía pensar en relaciones sexuales como algo placentero, porque era malo, o sea si hacia algo me iba a ir peor porque ya era el castigo que iba a tener por ser mala..., yo me proponía a no ser mala, pero por todo me juzgaba (la madre), entonces yo no puedo, yo soy mala... entonces dije: ya estoy bien porque ya no estoy con un noviecito, sino que estoy ya en mi hogar. Entonces ahí ya dejé de pensar que era mala... Él (esposo, con quien contrajo la infección por VIH) fue muy infiel, creo que nunca... yo esperaba que él me diera mi lugar como su pareja estable, pero creo que nunca lo hizo... él (médico) le contó seguro a la enfermera (diagnóstico de VIH), ... ella se quedó mirándome, se pusieron a hablar juntos y nos miraban. Y me miraban como bicho raro, y otra vez tuve por ese momento ese tema de que yo soy mala y que me lo gané. Porque la mirada era de ... ésta... de juzgar, nada más con la mirada,...o sea yo me sentí atravesada, cuando salí de ese consultorio...”

⁴⁹ Lagarde, M. (1990). Identidad femenina. CIDHAL (Comunicación, Intercambio y Desarrollo Humano en América Latina), A. C. - México, p. 3

⁵⁰ Bourdieu. P.F. (2000). La dominación masculina. Anagrama. Barcelona. 2000., pp. 50- 51

Violencia sexual: Acoso sexual callejero y exhibicionismo:

Para muchas personas el acoso callejero hacia las mujeres pasa desapercibido, como una consecuencia “natural” del tránsito de las mujeres en la vía pública. Con lo que se refleja la creencia que las mujeres deben cuidarse, protegerse y no exponerse; en este sentido, la violación sería el castigo por no hacerlo, por incumplir el mandato. Weiss (2010) y en consecuencia, el acoso sería la advertencia de esta realidad. Contrariamente la mujer que lo vive, experimenta el constreñimiento de su libertad, es otra de las manifestaciones del continuo de la violencia cotidiana ejercido sobre ella, por el solo hecho de ser mujer, donde la violación es la forma más extrema de la misma:

“...una vez cuando venía del colegio, de hecho me quedé donde una amiga haciendo unas tareas y se me hizo un poco tarde, yo estudiaba de tarde, y se me hizo de noche. Y yo iba para el camino para la casa, ahí si... me paso que me persiguió un hombre y debido a que yo era una niña muy despierta, muy ágil, no le di la oportunidad porque en el momento de que él me viene persiguiendo yo me doy cuenta, y yo empecé como a caminar un poco más rápido, y me día cuenta de que él se iba a meter por un callejón muy oscuro y yo no crucé por ahí sino por el otro lado, fui como más inteligente que esa persona. Y cuando él se mete en el callejón y sale, yo le salí por otra parte y alcancé a mirar de que él se había metido ahí. Entonces gracias a que fui una persona muy despierta, inteligente, pues no me sucedió nada...”. (Participante 3)

En el caso del acoso callejero, la experiencia contada por la participante, señala cómo el salirse de los límites de tiempo, en el uso de espacio público, en el tránsito nocturno, representó para ella, la persecución por parte de un hombre, del cual escapó debido a su agilidad e inteligencia. Esta situación nos muestra que las formas de apropiación de espacio público son diferentes para mujeres y hombres. Como lo señala Rodríguez, (2011) para las mujeres la calle significa un lugar de tránsito, para desplazarse de un sitio a otro; su presencia es momentánea, no un destino para realizar actividades de disfrute y convivencia.

Al no constituir un espacio que se hayan apropiado, las mujeres sólo pasan por la calle, la atraviesan como cuerpos móviles que desfilan ante la mirada y el escrutinio de los hombres, quienes al estar en la calle como lugar propio, pueden contemplar, escudriñar, abordar, atracar o expropiar⁵¹⁵². Ante otras situaciones, la violencia sexual irrumpen en la cotidianidad de la víctima, y su espacio personal:

“...Un día tendría como 16 o 15 años, estaba adolescente, él era del barrio, vivía por donde yo vivía y de hecho yo lo conocía, ...ese día empezó a masturbarse delante de mí al frente de mi casa, llegó a la terraza de mi casa y empezó a masturbarse, pero como en mi casa teníamos la costumbre que si mi mamá no estaba, la puerta mantenía cerrada, nunca podía mantener abierta, porque esa era una de las sugerencias de mi mamá cuando no estaba en la casa: que nunca la casa podía estar abierta y no le podíamos abrir a nadie. Entonces ese día llega a la puerta y empieza a masturbarse y yo lo veo pero por la ventana. Entonces yo le gritaba desde la ventana, sin abrirla, le dije que si no quitaba le echaba una olla de agua caliente y era capaz de hacerlo. Porque él estaba en mi casa y me estaba agrediendo a mí. Entonces de una u otra manera me sentí agredida, porque él me estaba mostrando su miembro”. (Participante 3)

Esta situación, pone en evidencia la clara demarcación sobre el uso del espacio público y el privado para las mujeres, que se imponen a las mujeres por medio de la violencia en la cultura patriarcal. El mandato sobre el deber de mantener la puerta cerrada en ausencia de la madre, es claramente una medida y norma de protección frente a las posibles riesgos que pueden ocurrir en el espacio público o provenientes de él por ser mujer. El reto anteriormente presentado muestra cómo las mujeres son visibles como cuerpos de deseo o ultraje, e invisibles como sujetos de derechos (Gaytán, 2007)⁵³.

⁵¹ Rodríguez, M. (2011). Espacio público, centralidades y experiencias de género: desafíos actuales para “hacer ciudad” en Ciudad Juárez, Chihuahua. En *Espacio público y género en Ciudad Juárez, Chi-huahua. Accesibilidad, sociabilidad, participación y seguridad*, coordinado por César Fuentes, Luis Cervera, Julia Monárrez y Sergio Peña, 63-89. Ciudad Juárez: COLEF/UACJ.

⁵² González Avilez, Yhaira. (2011). En escenario violencia, la incorporación del peligro a partir del cuerpo dañado. Percepción y experiencia al margen en la ciudad de Tijuana. En *Ciudades seguras. Cultura ciudadana, eficacia colectiva y control social del espacio*, coordinado por Alfonso Valenzuela Aguilera, 207-223. México: Miguel Ángel Porrúa.

⁵³ Gaytán Sánchez, Patricia. (2007). El acoso sexual en lugares públicos: un estudio desde la Grounded Theory. *El Cotidiano* 22 (143): 5-17.

Violencia sexual: abuso y violación

El abuso sexual, la violación, y el feminicidio, son tres de las expresiones más visibles de la violencia ejercida sobre las mujeres, en la cultura patriarcal, que pone de manifiesto la brutal despersonalización ejercida sobre su cuerpo y su identidad. Como lo señala Rosa Pastor Carballo, dichas expresiones representan “*el desalojo del sujeto, su alienación en el deseo de otro y por ende su conversión en objeto*”⁵⁴. En ellas, el agresor fractura los límites del espacio personal y privado de cada mujer, en el que construye su identidad propia, su sentido de pertenencia a sí misma, su cuerpo físico, y su cuerpo simbólico; es decir, donde residen los diversos significados que se construyen de su ser y su lugar en el mundo. En ella, el agresor impone sobre el cuerpo de la mujer su propio significado, y anula las posibilidades de ser, y de existir, por fuera de su propio mandato, es “un cuerpo para otros” Basaglia (1983), “cuerpo de otros” y no “de sí y “para sí misma”. Como lo señala Carballo (2001):

*“En la variedad de agresiones subyacen varios elementos: la inscripción en el cuerpo de las mujeres del sentido de la propiedad de sus cuerpos; un ejercicio de control; y una clara explicitación del lugar de su subordinación a la decisión y poder masculino. Todo ello pone de manifiesto no sólo la asimetría en las relaciones interpersonales, sino también la omnipotencia narcisista contenida en el estereotipo de la masculinidad, legalizada a través de los diversos ritos y culturas”*⁵⁵.

La violación, es un ejercicio de poder sobre la víctima, que expresa su hostilidad y desvalorización hacia ella, con el fin de someterla y humillarla en lo más profundo de su identidad. Entre los posibles efectos que se pueden presentar, según Echeburúa y Corral (2004) están: **la pérdida progresiva de confianza personal**, como consecuencia de los **sentimientos de indefensión** y desesperanza experimentados; **disminución de la autoestima, dependencia emocional, aislamiento**, sentimientos de **odio** y los **deseos de venganza**, que de no ser bien canalizados pueden volverse contra la propia víctima, tomando la forma de síntomas autodestructivos como la **anorexia**, las **conductas sexuales de riesgo**, las **automutilaciones** o las ideas y/o **intentos de suicidio**⁵⁶; aspectos que coinciden con lo señalado en la ENDS (2015).

En este sentido, una de las entrevistadas señala haber sufrido abusos repetidos durante su infancia, abuso y violación durante su edad adulta, quedando embarazada en uno de ellos, igualmente ha manifestado ideaciones de suicidio y prácticas auto-agresivas. En la actualidad, recibe tratamiento médico:

“...Fui abusada tres veces ...(primera vez) cuando estaba chiquita un padrastro me tocaba y yo le conté a mi mamá y mi mamá no me creyó... (segunda vez) cuando yo reaccioné había un tipo encima de mí y pues no pude hacer nada. Busqué a mi prima, la busqué, lo único que decía esta persona es que me callara o que me totaba ese revólver en la cabeza”...(tercera vez) fue en el consultorio de Saludcoop de la Policarpa fui a llevar al papá de mis hijas, porque estaba enfermo... y el médico en el consultorio se quedó preguntándome cosas, me preguntó que si yo practicaba el sexo anal... era la primera vez que un médico me preguntaba una cosa de esas, me dijo que si yo sufría de algún problema. Le dije que: sufro de epilepsia, sufro del colon; me dijo: ¿qué te da en el colon? Yo le dije: siento dolor, tengo una pequeña hemorroides. El tipo me hizo poner un pie, así parada estando yo parada me hizo poner una pierna en una camilla, cuando yo sentí es que esa persona me estaba haciendo daño...”

Así mismo, de los relatos de las participantes remiten a abusos y violaciones que corroboran lo señalado por la literatura existente, incluido el INMLCF*: “fueron perpetrados por personas cercanas a la familia, o por alguien a quien que le tenían confianza, perpetrados en su mayoría el hogar, en relaciones asimétricas”; tres de las cinco entrevistadas reportan abusos y violación durante la infancia.

“yo fui abusada como a los 4 años, no mentiras, como a los seis años, como de 6 a 8 años fui abusada, después fui y volví y fui abusada como de 12 a 13 años” (participante 1)

⁵⁴ Carballo, Rosa. P. (2001). Violencia de género: construcción del cuerpo e identidad. Dossiers feministas, (5)., p. 5

⁵⁵ *Ibíd.*, 9

⁵⁶ Echeburúa, E., de Corral, P. (2004). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. En: *Psicopatología Clínica, Legal y Forense, Vol. 4, 2004.*, p. 229

* Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

“...cuando yo tenía 6 años me violó un tío. Varias veces, como un año. Y mi mamá pues se dio cuenta, y bueno lo echaron de la casa, y ahí yo paso... Pero eso marca, se dieron cuenta, y ya lo sacaron de la casa y ya. No se habló más del tema...” (Participante 5)

“...Cuando estaba chiquita un padrastro me tocaba y yo le conté a mi mamá y mi mamá no me creyó. Me decía que no lo iba a dejar, pues que si yo quería que ella estuviera sola, pues que me jodía, pero que no lo iba a dejar... siempre me tocaba, me tocaba, nunca hubo penetración pero siempre me tocaba... un tío también cuando mi mamá nos llevaba a pasear por acá, que yo me sentaba en la cama ya para dormir o algo, mi tío me metía la mano debajo de la cobija, entonces...” (participante 4)

El abuso y la violación durante la infancia es una de las manifestaciones más frecuentes de violencia sexual y una de las peores formas de vulneración de los derechos de los niños y de las niñas; se caracteriza por un desequilibrio de poder en el que el agresor controla y manipula y la víctima queda en indefensión y falta de libertad, como se señala a continuación:

“...yo tenía 12 años, no tenía la conciencia como muy desarrollada y cuando pasaba creo que como crecí como tan sola, sentí que en medio de todo eso tan malo que me estaba pasando, sentía que esa persona por lo menos me... estaba cercana a mí. Me hablaba bien y me hacía sentir como que no estaba sola, en medio de lo que me estaba pasando, ya después entendí que no era así...era un hombre mucho mayor que yo (treinta y tantos) ya estaba casado...”

Dentro de los posibles efectos que pueden generarse en la víctima de abuso sexual infantil, Salazar y Bruno (2007) en su documento “causas del abuso infantil: herramientas para su detección y para la respuesta inicial”, indican que los más comunes son los siguientes:⁵⁷

Baja autoestima, el niño o la niña al haber sido tratado como objeto, sienten que no tienen valor para sí mismos, no para otros; **depresión**: sentimientos de malestar consigo mismos/as, sienten que no vale la pena vivir; **ansiedad**: sensación permanente de ansiedad generalizada; **inseguridad**: el haber crecido dudando de su capacidad de evaluar la realidad los lleva a seguir dudando de sí mismos/as y de su capacidad de moverse en el mundo; **culpase a sí mismo/a**: así como las víctimas de abuso sexual aprendieron en su momento a culpase de la situación, de la misma manera continúan culpándose se todo lo que les sucede; **sensación de impotencia**: sienten que no pueden cambiar sus circunstancias, así como en la infancia no pudieron detener el abuso; **dificultad para establecer relaciones**: les es difícil vincularse con otras personas debido a la dificultad para confiar en los demás; **dificultades sexuales**: van desde la extrema sexualización de la mayoría de sus relaciones y la disponibilidad para satisfacer a los demás, hasta la presencia de bajo deseo sexual, anorgasmia, dolor en las relaciones sexuales, impotencia, etc.; **tendencia a sacrificarse y a proteger a otros**: así como en su niñez las víctimas de abuso sexual se acostumbraron a sacrificarse por su familia no descubriendo el abuso, cuando son adultos/as siguen sacrificándose por los otros/as, quedando las suyas siempre en el último lugar.

Además de lo mencionado, las sobrevivientes de este tipo de abuso suelen desarrollar mecanismos de defensa, para tramitar los sentimientos negativos que esta violencia causa, entre ellos, Salazar y Bruno (2007) identifican: **la negación**, en la que se tiende a “olvidar el abuso”; **la disociación**, por medio del cual separan el afecto de aquello que les estaba sucediendo, por lo cual pueden tener dificultades para conectarse con sus propias emociones, tales como: dolor o tristeza; y **uso inadecuado el humor**: en la que se puede desarrollar el sarcasmo o la burla como una estrategia de comunicación para defenderse de tales sentimientos.

Dichos mecanismos pueden no ser eficientes en el afrontamiento de los sentimientos negativos ocasionados por esta situación. La rabia, la tristeza, la impotencia pueden permanecer en las sobrevivientes y llevarles al suicidio, depresiones, o vincularse en prácticas o relaciones autodestructivas. Salazar y Bruno (2007):

“...Entonces no, nunca hice nada, siempre me quedé callada, pero si empezaron las agresiones contra mí, los intentos a quitarme la vida, mi cuerpo lo señalé de muchas maneras, lo corté con cuchillas, quebraba los vasos y me rayaba la barriga, los senos, me cortaba mi cabello... porque me llenaba de odio, rabia. La única salida que encontraba era desquitarme conmigo misma”

⁵⁷ Tomado de: Salazar, M. Bruno, G y otras. (2007). Causas del abuso infantil: herramientas para su detección y la respuesta inicial. Fundación Plan. Bogotá., p.29

Salazar y Bruno, (2007) señalan además que “en otras ocasiones, las víctimas buscan su seguridad a cualquier precio con lo cual pueden terminar involucrados en relaciones amorosas dañinas a cambio de sentirse protegidas y seguras”⁵⁸; lo cual es particularmente relevante para el análisis de las relaciones erótico afectivas de las participantes de este estudio, donde han adquirido la infección por VIH, en ellas se puede rastrear lo que se ha denominado por L. Walker como “ciclo de abuso” o “ciclo de violencia”. Como lo ilustra la participante:

“yo como que me había entregado a él demasiado, y yo le dije que si nos íbamos, porque a mi me gusta tener mi casa limpia. Me gusta cocinar, y yo quería eso. Yo quería tener un hogar, donde yo pudiera atender a esa persona y que esa persona también estuviera pendiente de mí. Y el me dijo que no; que los hijos, ya resultó la mujer embarazada, ya después se consiguió una persona de la misma casa donde yo vivía, se consiguió una muchacha, entonces yo de pronto le hacia un reclamo y no se si era para justificarse o qué, pero ya empezaron las agresiones, solo quiero sentirme querida... , yo siempre, he querido tener un hogar bonito. Yo sueño con tener un hogar bonito. Yo quiero que me quieran y me brinden y yo brindar, pero no se me da nada. Esperar”. (Participante 4)

“...lo conocí por la barra, me lo presentó un amigo, y yo no se... uno que es como bobo... se fija en lo peorcito que hay por ahí...viajamos juntos a ver al equipo de fútbol y así fue que lo conocí. El vino de Medellín a Bogotá, no tenía dónde quedarse, no tenía nada. Entonces lo metí a la casa en contra de mi mamá, y mi mamá por no verme mal accedía. Ahí fue cuando se fue a vivir en el apartamento. Yo decía: en mi propio apartamento me humilla, me hace sentir mal. Qué no me decía: que yo era gorda. Yo antes era más gorda de lo que soy ahora. Entonces me decía: usted es una gorda inmundada, ¿a usted quién la va a querer? Usted es una gorda toda fea, usted nadie la va a querer, usted no va a conseguir a nadie, yo estoy con usted por lástima... y yo era tan bobo, tan güeva que seguía ahí... Yo no se porque seguía... bobo que uno es. Hasta que uno toma la decisión y dice noo, y no más y no más...” (participante 6)

“Mi esposo decía..., yo soy el que traigo, yo soy el que doy, se hace lo que yo digo, nunca me dejó ser... Yo era joven, yo podía estudiar, yo podía trabajar, pero nunca me dejó. El decía: yo soy el hombre, yo traigo la plata, usted se está acá, usted no necesita ir a nada, y nunca me dejó ser y yo también permití eso... entonces yo digo que uno debe luchar por lo que uno quiere. Entonces yo me quedé ahí, que lavando, cocinando, cuidando mis hijas, y no hice nada...” (Participante 5)

Ciclo de violencia en la infección por VIH

Para Lenore Walker (1979) el ciclo de violencia es un mecanismo que describe la dinámica de las estructuras de las relaciones abusivas al interior de las relaciones erótico afectivas en el marco de las cuales, para el caso de las participantes en esta investigación, han adquirido la infección por VIH Kaye, D (2004); Luciano, D (2007), Campbell, (2008). Esta dinámica, produce un efecto de desgaste en la víctima, que impide reconocer la situación de la que está siendo víctima, dado que el patrón establecido, naturaliza la agresión haciéndola parte de la forma de relacionamiento cotidiano, donde inclusive la víctima puede sentirse culpable de su propia agresión. Vale señalar que aunque se reconoce la violencia de la que está siendo víctima, ninguna lo asoció con el riesgo de infección lo cual coincide con estudios relacionados con la vulnerabilidad a la infección en mujeres víctimas de violencia sexual AVESA, (2007),

El ciclo comienza con un incremento de la tensión, donde tienen lugar diferentes tipos de agresiones en forma de reclamos, quejas, insultos, mentiras o chantajes (emocionales o económicos) que son seguidas por agresiones más intensas, donde tienen lugar diferentes tipos de violencia; la víctima, por su parte, trata de “aliviar la tensión” cediendo ante los reclamos, por lo general a realizar prácticas sexuales no deseadas; y finalmente continúa una fase “manipulación afectiva” por parte del agresor, quien recurre a falsas justificaciones en el actuar de su víctima, con afirmaciones como: tú me provocas, me sacas de control o no sabía lo que hacia”.

El ciclo de violencia está antecedido por el continuum de violencia, y es, de cierta forma, una manifestación del mismo, que adquiere una dinámica particular al interior de las relaciones erótico efectivas; vale recordar, que el continuum de violencia naturaliza la violencia, la vuelve invisible para la víctima; por tanto, las experiencias previas de violencia ejercida sobre ellas y sus efectos, preparan el advenimiento del ciclo de violencia en las vidas de sus víctimas FEIM, (2010); por tanto, para evitar repetir el abandono vividos durante la infancia, sentirse amadas, protegidas, seguras, evitar que se les haga daño a ella o a alguien más, dependencia económica, o por el imperativo patriarcal de “ser buena esposa” que obliga complacer al esposo y cumplir con el “debito conyugal”

⁵⁸ Ibid., p. 31

(López, 2003), en el marco de esta comprensión se puede evidenciar las entrevistadas se someten a relaciones abusivas con altos costos físicos y emocionales, que en ocasiones no son reconocidos como hechos de violencia sexual.

Un elemento común en las historias de las participantes es el **bajo o nulo acceso a educación sexual**, la cual describieron como superficial, caracterizada por tabúes sobre el sexo, la sexualidad o como “algo de lo que no se hablaba”; en sus relatos se evidencian falsas creencias frente a la protección asociadas con tener una sola pareja o la fidelidad, y no percibirse en riesgo de infección como se señala en estudios previos (AVESA, 2007) solo una entrevistada reportó contar conocimiento previo sobre el VIH, las demás indicaron haberse acercado a información sobre el VIH/Sida después del diagnóstico. Así mismo, todas las participantes expresan limitaciones para el acceso o control de recursos económicos. En sus relatos se observan evidencias de haber vivido ciclos de violencia en la relación en la cual adquieren la infección por VIH, se sintetizan a continuación.

Caso	Incremento de la tensión	Violencia ejercida	Respuesta de la víctima para disminuir la tensión
1	Chantaj emocional “buscar otra” insultos	Psicológica (subvaloración) (amenaza hacerle daño a ella o alguien más), económica	Ceder a tener relaciones sexuales, sin querer, para evitar que enteren y afecten a sus hijos, dependencia económica con el agresor.
2	Obliga a consumir bebidas alcohólicas, coacción	Psicológica (amenaza de hacerle daño)	Ceder a tener relaciones sexuales, sin protección, para evitar que le haga daño. Uso del alcohol
3	Chantaj emocional “buscar otra”	Psicológica (control sobre ella), económica	Ceder a tener relaciones sexuales, sin querer. Mandato de esposa; relación de dependencia económica con el agresor.
4	Insultos, amenazas	Física, sexual y económica	Ceder a tener relaciones sexuales, sin querer, para evitar que la agrede a ella o a familia, dependencia emocional con el agresor
5	Insultos.	Física, psicología, sexual	Ceder a tener relaciones sexuales, para no ser abandonada. Dependencia emocional.
	Mentiras.	Violencia psicológica y física	Cede a tener relaciones sexuales, esperanza de establecer un hogar, protección. Dependencia emocional.

Fuente: Creación propia, con base en la información de las participantes.

En el primer caso, la fase de incremento de la tensión se expresa a través de los insultos de la pareja permanente y la inferiorización de la participante: “Me hacía sentir que estaba conmigo porque me estaba haciendo un favor...si somos pareja como me viene a decir que no (negativa a sostener relaciones sexuales)...después no quiere que yo busque a alguien más, si usted no, yo busco afuera...”; a estas situaciones se suman dos tipos de violencia: **psicológica y económica**.

Violencia psicológica: “...Una vez recuerdo que él estaba borracho porque tomaba mucho y llegó como a las 2 de la mañana y puso la música a todo volumen y empezó a seguir tomando ahí, estaba mi hija mayor muy pequeña todavía, y tenía él una pistola de esas de fulminantes, y empezó a hacerme así (amenaza) a señalarme con la pistola, y me abrazaba y me la ponía en la cabeza, esa noche se me hizo eterna, me decía que si yo lo dejaba iba a saber quién era él; entonces eso arraigó más mi temor a dejar esa relación...”; **violencia económica** “...cuando peleábamos me decía: yo me voy, le paso 50.000 y usted verá qué hace con eso ... usted decide, muchas veces se iba y no dejaba ni para el diario; entonces, por el miedo de que yo me quedara con mis hijos sola, me quedaba callada...”

Frente a estas situaciones de intimidación, la víctima accede a tener relaciones sexuales con su pareja, sin desearlas, para evitar que sus hijos se vean afectados por estas violencias: “Lo asumía como parte de una relación y que así era, yo viví casi nueve años de estar en un vaya y venga, sufría callada, en que eso es así y además pues yo no podía pedir nada más,

pues era lo que me tocaba a mi, al final y porque mis hijos estaban ya presentes. Eso ayudó mucho a que yo aguantara tanto, lo que tuve que aguantar con él. Violencia física no, pero creo que las demás violencias estaban haciendo más daño... dependía económicamente de él y eso es terrible, era lo que él quisiera, como él quisiera, si quería dejarme para el diario me dejaba, las infidelidades, exponerme a todo lo que podía exponerme, como en lo que terminé viviendo con VIH...”.

En el segundo caso, la participante es obligada a consumir bebidas alcohólicas por parte de su pareja, quien está infectada de VIH, que previamente ha generado violencia hacia ella; entre ellas: **violencia psicológica** “ hecho que se ha corroborado en diferentes estudios como Luciano D (2007)..tuve abuso por parte de esa persona, porque empezando porque no le gusta usar condón. Bajo presión, me hacía tomar a mí también, así yo no quisiera, cuando yo no quería, me decía pues “tome”,... el me daba miedo a veces, que me pudiera hacer algo si no accedía a sus deseos, a sus placeres a sus requerimientos sexuales. Así mismo, en su relato se advierte que también se ejercía **violencia física**, como forma de persuasión para coaccionarle sexualmente, con lo que se configura **violencia sexual**: “...pues si le temía. También ejercía violencia física, pues más que todo el que decidía era esa persona, era agresivo, con palabras y expresiones físicas, más que todo...”. Ante el temor, la participante accede a tener relaciones sexuales sin protección y bajo el efecto del alcohol: “Yo accedía, porque no tenía los cinco sentidos o los diez sentidos,... pues si no tiene uno los 5 sentidos cuando no tiene alcohol en su cabeza, mucho menos cuando una tiene el alcohol en su cabeza...siento culpa de no haberle preguntado al alguien o que alguien me hubiera explicado: mire usted está en contexto de vulneración a que la infecte de VIH, o una persona que toma”.

En el tercer caso, el incremento de tensión, se presenta asociado con el ejercicio de control hacia ella: *Era muy especial conmigo y todo, el iba siempre por mí al trabajo, me absorbía mucho... pero yo pensaba que eso era bueno, que él me quería, pero no me daba cuenta que eso era malo...* y con amenazas de buscar a alguien más, y me culpabilizarla por ello: “...me decía: ay, entonces yo me consigo una persona, por eso es que yo busco otras mujeres, porque ellas si me dan. Siempre la culpa era mía, porque como ya no le daba lo que él quería,...” durante el relato, se señalan prácticas cada vez más evidentes de **violencia psicológica**, dirigidas a ejercer control sobre ella: “a él no le gustaba que yo fuera a dónde mi mamá, o sea: nada. A él no le gustaba nada, solo que yo estuviera ahí en la casa e hiciera lo que él dijera... llegaba 5 o 10 minutos después y me decía: que ¿porqué llegué tarde?; ¿qué estaba haciendo? Era fastidioso...”; y de **violencia económica**, para limitarles acceso a recursos y autonomía: “...Yo era joven, yo podía estudiar, yo podía trabajar, pero nunca me dejó. El decía: yo soy el hombre, yo traigo la plata, usted se está acá, usted no necesita ir a nada, y nunca me dejó ser...”. Frente a estas presiones, y la dependencia económica instaurada, unidas al mandato de ser “buena mujer” y complacer a su marido, la participante accedía sexualmente: “Yo siempre era en la casa, no pensaba en mí, solo en mi esposo y en mis hijas... accedía porque lo quería, él era mi esposo, por hacerlo sentir bien a él. Pero yo no me sentía bien..”.

En el cuarto caso, la relación surge como resultado del albergue que la víctima le ofreció al agresor, quien al parecer es un delincuente, quien la humillaba en su propia casa: *Yo decía: en mi propio apartamento me humilla, me hace sentir mal. Qué no me decía: que yo era gorda. Yo antes era más gorda de lo que soy ahora. Entonces me decía: usted es una gorda inmundada, ¿a usted quién la va a querer? Usted es una gorda toda fea, usted nadie la va a querer, usted no va a conseguir a nadie, yo estoy con usted por lástima...* y la amenazaba de muerte a ella y a su familia. “él me decía: si usted deja de ayudarme, yo la mato a usted, tiraba como también a decirme que se metía con mi mamá; entonces yo pues noo, obviamente, con mi mamá, ni con mi familia...” Las agresiones verbales y los insultos preceden a **violencia física** y, que tiene como fin persuadirla de tener relaciones sexuales: “Por lo general le llegaba a la casa borracho, trabado, empedado, cada vez que llegaba era a estar conmigo y yo le decía que no; porque así todo pepo todo borracho, eso no... eso es feo. Me obligaba, que si no, se formaba un caos ahí en la casa...me mechoneaba, una vez me pegó un puño y me dislocó la mandíbula. Me intentó varias veces apuñalar... yo le tenía miedo, una vez un diciembre, me tocó encerrarme en un cuarto, debajo de las cobijas porque estaba como loco a matarme, fue terrible...”. Ante el miedo, y para evitar que le haga más daño ella o a su familia, la participante accede sexualmente.

El quinto caso es un ejemplo de la continuidad de los ciclos de violencia. En este, la participante es víctima permanente de violencia en la relación, que comienza desde los 11 años de edad con un hombre mayor que ella, cuando se va a vivir con él, buscando escapar de la violencia física y sexual recibida en su hogar: “...a mi me llamó mucho la atención el a pesar de que era muy niña. Yo misma, de pronto sería de lo aburrida que vivía en mi casa, yo fui la que lo busqué me le declaré, le dije que me gustaba, me dijo que no que él tenía su novia, y a los días, pasando los días, me faltaban como 6 meses para cumplir los 12 años, nosotros nos fuimos...” es insultada por parte de su pareja por no ser atractiva para él **violencia psicológica**: “...siempre me decía que yo no tenía busto, que yo no tenía cuerpo de mujer, que yo era una niña insípida, que no le llamaba la atención...”; que viene acompañada por **violencia física, sexual (abuso y violación)**: “...ya empezó el maltrato a pegarme... me maltrataba, me decía que no me deseaba, que sólo me utilizaba para desarrollarse,... siempre me decía que a mi no me comía ni el oxido, que yo no le gustaba, muchas cosas... me hizo bastante daño; de hecho, me introdujo un cepillo de peinar en la vagina; ... siempre me metía la cabeza dentro de bolsas, se me montaba encima y me daba mucho golpe, hasta que viera la bolsa con sangre, me soltaba...”. La participante se somete

al abuso, y expresa un profundo temor a quedarse sola; lo que coincide con los efectos del abuso sexual infantil descritos en el apartado anterior: “...yo lo quise así, yo me sometí a eso, porque yo tenía miedo a quedarme sola...”

Al ciclo descrito anteriormente, le sigue otro con la persona con la que adquirió la infección por VIH. La nueva relación inicia con una persona que le ofrece mejorar sus condiciones de vida actual, al lado de su pareja: “...yo siempre quería tener un abrazo, yo quería que me dijeran algo bonito, y no. Entonces ahí fue donde me metí con él. Ahorita está en la Modelo me dice muchas cosas pero yo ya no le creo. No, porque igual, porqué no me dijo que estaba infectado, me lo hubiera dicho...”. La relación, armónica al comienzo, da lugar a mentiras, infidelidad celos y prácticas de control hacia ella (**violencia psicológica**): “...él se alcanzó a ganar un poco mi corazón claro, porque era especial con ms hijas... siempre fue muy respetuoso. Siempre nos invitaba a salir..., después era posesivo, celoso, o sea... no se si celoso o de pronto el querer justificar lo que él hacía; de pronto yo lo veía con alguien. Cuando él me mintió la primera vez, el siempre supo de mí que tenía un esposo, así no tuviéramos vida de pareja, pero estaba él ahí. Entonces me dijo que era separado, resultó que vivía con su esposa...”. Este relato evidencia la vulnerabilidad a la que se ven expuestas las mujeres que sufren de manera continua las violencias y que las ponen en mayor riesgo frente al virus.

Posteriormente, comienza la **violencia física**. “entonces yo de pronto le hacia un reclamo y no se si era para justificarse o qué, pero ya empezaron las agresiones... hace muchos años por la orilla del rio, tuvimos una discusión y me recordó lo que me pasó con la violación de mi hija, cogió y me voltió, ahí al borde del andén y me dijo: ¿a usted como que le gusta es la mala vida cierto? Porque yo estoy bien con usted, la trato bien, y a usted le gusta es esto, me voltió así boca abajo, yo quedé como en una posición en cuatro y no... se quitó, yo pensé que me iba a hacer algo pero no, se cogió la cabeza y me abrazó y me dijo perdón. Pero igual pasó...”, En ese contexto, bajo la esperanza de construir un hogar y ser amada, la participante accede sexualmente sin saber que esta pareja vive con VIH: “...Me gusta cocinar, y yo quería eso. Yo quería tener un hogar, donde yo pudiera atender a esa persona y que esa persona también estuviera pendiente de mí...”

Infección por VIH, estigma y ciclo de violencia

Los factores de incremento de tensión en el círculo de violencia, también pueden estar asociados al diagnóstico de VIH y el estigma que lleva consigo, cuando devela su diagnóstico. En este sentido, la mujer es culpabilizada y señalada de “traer la infección a su hogar”, elemento que es utilizado por el agresor para justificar la violencia Pérez, A (2011), Arévalo, L (218). El relato de la participante, quien fue estigmatizada, y víctima de diversas formas de **violencia psicológica y física**, a manos de su pareja, ilustra lo dicho. Se retoman diferentes apartes de su relato:

Chantaje: “...Cuando yo me entero del diagnóstico yo inmediatamente le digo, ...uno debe ser honesto así sea que la vida de uno esté en peligro, porque eso llegó a ser arma de doble filo para mí, porque él lo tomó como para chantajearme porque la única persona que sabía del diagnóstico era él y en la que yo me apoyé fue en él. Entonces eso se volvió para mí como un arma de doble filo; porque al momento que estábamos bien pues sí, ... pero cuando discutíamos, se volvía agresivo...”

Culpabilización: “...él alguna vez había tenido situaciones de riesgo, pero como los hombres no admiten las cosas; sino siempre ... no se si es un tema social le echan la culpa a la mujer cuando sucede algo.. me decía que yo no más llegue a contagiarlo a transmitírselo a él,... que le había dañado la vida...”

Violencia física y amenaza: “Entonces yo le manifesté que yo me quería ir de su casa, que yo no me sentía bien, y dijo que yo de su casa solamente salía muerta... entró enfurecido y lo primero que hizo fue cogerme y ahorcarme... a ponerme un destornillador el la garganta... después del episodio de esa noche- madrugada violenta, porque eso fue tipo 11 de la noche como hasta las 5 de la mañana que me pegó la última cachetada y bien duro, porque me hincho la mejilla... dije: yo no puedo más, mi vida es un infierno al lado de este hombre.”

Por temor a ser estigmatizada, la participante vive lejos de su familia como forma de evitar poner en evidencia su diagnóstico ella; lo cual agrava su vulnerabilidad. Este es un antecedente que el agresor conoce y utiliza en contra de ella, para atemorizarla y someterla, lo cual se ilustra con lo presentado continuación: Ella: ¿y si tú me matas, que piensas hacer con el cuerpo, tú crees que a ti no te lo van a encontrar? Él: pues eso es muy fácil, yo te pico, te echo en bolsas negras, te tiro y te recoge la basura, ¿y quién va a saber que fui yo?... dijo: no importa porque igual si ella desaparece ¿quién la va a preguntar? o a ella nadie la visita, entonces no interesa...”

En este contexto de agresión y violencia psicológica, ejercido por su pareja, la víctima experimenta, el desgaste emocional propio del ciclo de violencia, que ella misma reconoce: “si, llegó a hacerme sentir muy mal como ser humano,

de hecho llegó a hacerme sentir insegura yo nunca he sido una persona insegura jamás, y él si logró eso...”. Así mismo, la participante llega a sentirse culpable de dañar a su pareja, por lo que accedía a tener prácticas sexuales no deseadas: “... Hubo ocasiones en las que me obligada a tener relaciones sexuales así no quisiera. Yo al sentirme culpable del diagnostico me sentía muy mal... y si mi dejé agredir, por eso porque me sentía que era culpable que yo a él si le había jodido la vida como él decía...”, situaciones que estaban acompañadas de violencia entre ellas la **económica** y la **patrimonial**:

“...me decía que si yo no estaba con él pues si tenía que ir a algún lado que yo buscara el pasaje quién sabe a dónde, porque él no me iba a dar nada, o si no me humillaba, me decía que yo me tenía que ir de su casa, que él no iba a tener una mujer en su casa para no tener relaciones, que si no tenía que buscar para dónde irme; porque la verdad él necesitaba el espacio para meter otra que si quisiera estar con él sexualmente ...”

Los casos presentados muestran de diferentes formas la acción violenta de la pareja íntima, entre las que sobresalen la económica, la patrimonial y la sexual, que son usadas para coaccionar a la víctima y obligarle a mantener relaciones sexuales no consentidas. En este contexto, la negociación del uso de algún mecanismo de protección como el condón masculino resultan nulas; con lo que la víctima queda expuesta a la infección por VIH. Ante la violencia, disminuye la capacidad de la víctima para decidir, con lo cual se incrementa su vulnerabilidad frente a la infección por VIH, lo cual concuerda con lo señalado por UNFPA, (2009), López (2010).

Continuum, violencia Institucional y la infección por VIH

Las expresiones de este continuum tal como lo señala (Kelly, 1988), se manifiestan en diferentes ámbitos, como cuando las mujeres acuden a instituciones en busca de ayuda y reciben respuestas inadecuadas o cargadas de estigmas, estereotipos mitos culturales que legitiman la violencia; por norma, la violencia de los hombres contra las mujeres se justifica en la medida en que hay culturalmente una permisividad de ella (Lorente, 2010). De acuerdo con Sau (1998), su propia institucionalización “hace que pasen inadvertidos y circulen como un material obvio respecto del que no hay que dar explicaciones ni justificarse”⁵⁹.

Las narraciones de las participantes, evidencian un gran número de situaciones en las que han sido víctimas de este tipo de violencia; como se señala a continuación:

“...Me lastimó, yo creo que me lastimó, yo no sabía qué me iban a hacer, estaba tensa por la situación que estaba viviendo, porque estaba muy adolorida, porque era un hombre el que me estaba atendiendo, y porque no tenía,... es que no sabía que me iban a hacer, ni siquiera me habló, no recuerdo que me haya saludado, ni siquiera o haya dicho, solo me dijo, pase y acuéstese en la camilla y ponga las piernas así. Eso es lo único que yo me acuerdo que me haya dicho. Cuando acabó me dijo: párese y vístase, era como estar en otra violación...” (participante 2)

“...a él se lo llevaron supuestamente porque le iban a hacer un lavado estomacal no sé, ... y el médico en el consultorio se quedó preguntándome cosas, me preguntó que si yo practicaba el sexo anal... era la primera vez que un médico me preguntaba una cosa de esas, me dijo que si yo sufría de algún problema. Le dije que: sufro de epilepsia, sufro del colon; me dijo: ¿qué te da en el colon? Yo le dije: siento dolor, tengo una pequeña hemorroides. El tipo me hizo poner un pie, así parada estando yo parada me hizo poner una pierna en una camilla, cuando yo sentí es que esa persona me estaba haciendo daño, por eso no creo en nadie. Por eso vivo llena de odio con todo el mundo...”

Como lo señala Kelly (1988), citando a Miriam Hirsch, (1981), quien se refiere al ejercicio del control masculino de la profesión médica, lo describe como una negación de la autonomía de las mujeres, lo que resulta en particulares formas de abuso, daño físico y emocional para éstas:

“... En VIH con ese médico, cuando me empezaron a atender, uno de los médicos que dijo: con qué planifica; yo le dije: yo me hice el pomey, y el dijo: ahh bueno ya nos podemos saltar ese paso. Pues yo no sabía nada tampoco pero dije bueno ya, por lo menos algo ya adelanté, pero después yo dije: Ya después de que uno se entera de todo, pensaba: si yo no hubiera tenido el pomey, me hubiera mandado de una vez a esterilizar. Yo decía: terrible, el primer paso a hacer era esterilizarme. Yo decía, pues menos mal fue iniciativa mía y no fue iniciativa de alguien que vino a decidir sobre mi...”

⁵⁹ Sau, Victoria. (1998). De la violencia estructural a los micromachismos. En *El sexo de la violencia. Género y cultura de la violencia*, editado por Vicenç Fisas, 165-173. Barcelona: Icaria, Atrazyt., p. 166

“Algo que me dolió es que a mi me gustan los niños, y resulta que cuando yo tuve mi hija, la menor, ellos me dijeron que había que hacerme una cirugía. Me dijeron: tienes que operarte porque estás muy mal; o sea ellos me dijeron, fue tanto el este... que me metieron que yo me tenía que operar, que yo tenía que buscar quien se quedara con mis hijas, ... que me hiciera el pomey, para que ya no tuviera más hijos... ¿y sí yo quería tener un bebé, si yo tenía la ilusión de tener un bebé más adelante?. Eso es algo que me dolió pero pues ni modo, ya estamos en la edad que estamos, pues ni modo. Si, me la hice...”

Lo señalado por las participantes, es una muestra de lo que se ha señalado como la “esterilización coercitiva o forzada”, en la que el personal médico persuade o presiona a la mujer que vive con VIH para esterilizarse. La esterilización forzada implica la violación de una serie de derechos protegidos internacionalmente, incluyendo el derecho a la integridad física y mental y a estar libre de tratos crueles, inhumanos o degradantes: artículo 5° de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, el artículo 7° del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículo 16° de la Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, artículo 6 de la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura. En este sentido, vale señalar que el Comité de la CEDAW, durante 2013 en su informe correspondiente a Colombia, expresa su preocupación sobre dicha práctica y recomienda al Estado Colombiano, en el numeral 29, literal e: “Modifique y perfeccione el marco reglamentario, así como la orientación proporcionada al personal médico, a fin de garantizar que la esterilización se realice con el consentimiento libre e informado de las mujeres, incluidas las mujeres con discapacidad y aquellas que viven con el VIH/SIDA”⁶⁰.

Así mismo, en los procesos de atención al interior de las instituciones, las participantes señalan diferentes formas de estigma y discriminación, que reconocen como formas de violencia, de violación a sus derechos, como a la confidencialidad y el recibir un trato digno libre de discriminaciones y violencia, tal como lo establece la Ley 1543 de 1997, arts. 31° y 32°.

“...o sea cuando yo fui diagnosticada, ... una jefe de enfermería en el Hospital Simón Bolívar, pues yo no sabía de deberes y de derechos, yo no tenía ni la más remota idea de qué sería eso.... yo venía con una cefalea y con una diarrea y no podía hablar porque me habían salido hongos en la boca, no podía comer, no podía hablar, y entonces me cogió toda desprevenida porque yo... estaba en etapa SIDA, y la verdad me cogió indefensa... O sea ...me juzgó y me cuestionó la enfermera, me dijo: “¡Usted por que no usaba condón, para eso están los condones!” me dijo la jefe de enfermería, del Hospital Simón Bolívar, recuerdo que se llamaba Bety.... yo estaba como un esqueleto, estaba en etapa SIDA, y entonces va y me responde así, eso fue lo que me contestó ella... en esos momentos se le reúne a uno todo...” (Participante 1)

“...Ahh cuando salí de que me dieran la prueba, ... el médico salió un momento, él le contó seguro a la enfermera que estaba afuera, de eso yo estoy más que segura porque cuando salí, ella se quedó mirándome, nos miraba a juntos (esposo y ella)... y se pusieron a hablar juntos y nos miraban. Y me miraban como bicho raro, y otra vez tuve por ese momento ese tema de que yo soy mala y que me lo ganó. Porque la mirada era de ... ésta... de juzgar, nada más con la mirada,...o sea yo me sentí atravesada, cuando salí de ese consultorio...”. (participante 2)

Una de las entrevistadas, reportó ser recriminada por el personal de salud, durante su hospitalización, por desear continuar con su embarazo, después de conocer su diagnóstico de VIH: “Bueno ahí me diagnosticaron y llegó una doctora, ..., podía tener como unos 20 años ejerciendo, y ella si me hizo sentir como lo peor de lo peor, cuando entró a la habitación en el hospital de Bosa (Pablo VI); porque ella empezó a juzgarme: que porqué yo quería quedarme con mi embarazo si yo ya conocía el diagnóstico,... que cómo yo me había infectado, o sea una cosa, un morbo terrible...”

Otros relatos de las entrevistadas reportan prácticas discriminatorias por parte del personal médico, al ser obligadas a ser atendidas de último lugar:

“...También el servicio de salud ha tratado a uno de discriminarlo, o sea por parte de odontología a mi me discriminaban mucho, me dejaban siempre se últimas, por el diagnóstico de VIH, y también llevaba a mi hija a la EPS y también me la dejaban de últimas y me pedía que tenía que llevarle la prueba de VIH de ella, me decían: “si la próxima vez no nos trae la prueba, no la podemos atender”... la cita siempre me la daban de último, o sea no le respetaban a uno la hora en la que le daban la cita, le daban a uno a una cita siempre de últimas... yo sabía que era por el diagnóstico de VIH...”

⁶⁰ ONUMUJERES (s.f.) Recomendaciones Generales realizadas por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer (Comité CEDAW), p. 24

Todas estas expresiones muestran prácticas discriminatorias, que como se ha dicho, vulneran los derechos de las mujeres, que configuran barreras que alejan a las mujeres de los servicios médicos y a los servicios para la prevención del VIH y a otras infecciones de transmisión sexual.

Si bien, los testimonios de los/las profesionales entrevistados muestran conocimiento y observancia de los pasos establecidos por el Protocolo de atención para víctimas de violencia sexual, (Resolución 459 de 2012) se señalan algunos aspectos, que pueden convertirse en barreras para la atención a las víctimas de violencia sexual, tales como: la imposibilidad de elegir el sexo del facultativo, en casos de violación; la invisibilidad de este tipo de violencia por parte del/la profesional tratante; y las dificultades para acceder a citas médicas, en especial de psicología.

Si bien la elección del sexo del facultativo la atención en casos de violencia sexual, está limitado por las posibilidades del servicio, ser atendida por una de su mismo género, le permite a la víctima mayor confianza, y cercanía durante la atención, facilitándose establecer contacto y vínculo de apoyo; no obstante lo anterior, se reconoce también la limitación de recursos económicos con los que cuentan las entidades estatales.

Lo identificado por esta investigación permite observar que los procesos de asignación de cita para este tipo de atención, está determinado por un sistema electrónico, y no por la solicitud de la paciente. *“...como es una atención inicial de urgencias, nosotros los miramos allí por la lista de espera, entonces aquí nos aparece el paciente, pero no nos aparece el diagnóstico. Entonces nosotros vamos llamando a cada paciente y ya, pero no he visto como una exclusividad, de que el usuario diga, no, yo quiero que me atienda un doctor, o una doctora.* Si bien los testimonios de los profesionales indican que no se es demandado este tipo de asignación, este factor puede dar lugar a re-victimizaciones durante la consulta; y puede constituir otra barrera para la atención de este tipo de pacientes.

De otra parte, las violencias ejercidas en contra de las mujeres, no solo son invisibles para ellas, y pueden serlo también para el personal que les presta atención, lo cual puede impedir la detección de factores de riesgo a nuevas victimizaciones o a infecciones por transmisión sexual incluyendo el VIH. En este sentido, se señala que durante el proceso de la consulta inicial de urgencias, las pacientes no siempre “cuentan” aspectos claves para su atención y que tienen que ser desentrañados e indagados de manera más amplia, para saber un poco más acerca de la situación de la paciente, que depende más de una decisión voluntaria del/la profesional de turno, que de una práctica sistemática: *“hay unos imaginarios en el paciente que a veces, ellos no se atreven, o sea si uno no les escucha en la consulta...ellos muchas veces ni se atreven a comentar de entrada...”.* En este contexto el/la profesional puede quedarse solo con los hechos visibles, y no profundizar en estos factores, si la paciente no los cuenta. Por tanto, información clave puede quedar supeditada a factores individuales, y silenciada, en ausencia de un elemento formal, como una herramienta, que permita identificar aspectos clave en la consulta.

Otro aspecto que contribuye la invisibilización por parte del profesional, de factores de vulnerabilidad de las mujeres a la violencia sexual y a la infección por VIH, son los propios imaginarios y estereotipos culturales y morales sobre la sexualidad, los cuales se ponen en juego durante la atención, y pueden limitar su mirada frente a factores claves de prevención; así mismo, la falta de formación sobre estos temas, puede limitar o hacerles invisibles estos factores y abordarlos: *“aunque hemos recibido formación todos hay unos que abordan de una manera diferente, otros lo abordan de una manera más como cualquier consulta, y uno sabe que en el contexto, son pacientes que vienen tocados, tienen una problemática detrás: social, emocional, y a veces no todo el mundo está formado para atender es tipo de situaciones...”*

Otro aspecto que se reconoce como barrera para la prevención y atención integral de las violencias sexuales es que las citas de psicología son consideradas como especialidades que requieren la autorización previa por parte del médico tratante, aún cuando, ésta haya sido ordenada por el/la psicólogo/a tratante; con lo cual el acceso a este tipo de cita, queda supeditado a la valoración sobre la pertinencia que determine el primero. Vale decir, que la consulta en psicología reviste especial interés, ya que puede ser la puerta de entrada a la atención y detección de factores de vulnerabilidad, asociados a la infección por VIH, la prevención o atención a las violencias basadas en género, entre ellas la sexual; así como la facilitación de procesos de denuncia y apoyo a las víctimas de violencia sexual.

Respuesta institucional ante la detección de casos de violencia sexual

Si bien a lo largo del documento, las entrevistas a realizadas al equipo de profesionales, así como los testimonios aportados por las participantes, dan cuenta de la respuesta institucional ante la detección de casos de violencia sexual, a continuación se señala el resultado de la indagación al interior de la Secretaría de Salud, y del análisis de las historias clínicas que aportan elementos en el sentido de evidenciar la respuesta dada al fenómeno desde el ámbito institucional.

Con el fin de documentar la *“la respuesta institucional ante la detección de casos de violencia sexual como causa probable de infección del VIH en Mujeres de la ciudad de Bogotá”* la investigación estableció contacto con la Dirección de Calidad de Servicios de Salud, a través del Subdirección de Inspección Vigilancia y Control y el Área encargada de Provisión de Servicios de Salud de la Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud de la Secretaría Distrital.

En este sentido, se elevó consulta a la Subdirección de Inspección Vigilancia y Control de la Secretaría Distrital de Salud, para tener información relacionada con hallazgos dentro de los procesos adelantados por esta dependencia que dieran cuenta de posibles fallas o debilidades en la atención ante casos de violencia sexual, que hubiesen dado lugar a investigaciones; sin embargo esta dependencia señala que: *“en los sistemas de información, y en los archivos de esta subdirección no se guarda información por tipificación específica de cada uno de los temas a investigar; lo que se guarda son los temas generales objeto de investigación con los respectivos sujetos objeto de esta”*.

Valga decir, que si bien no se logró acceder a la información por la vía de la dependencia encargada de ejercer la Inspección Vigilancia y Control, este hecho si nos permite identificar la necesidad de sistemas de información que posibiliten individualizar los eventos por violencia sexual, donde se identifiquen las fallas en la atención y con lo cual se puedan diseñar estrategias para fortalecer la atención en esta materia y prevenir su ocurrencia.

Asimismo, se estableció se contactó el Área encargada de la Provisión de Servicios, de la Subdirección de Calidad donde, al indagar sobre la forma en que se fortalece desde el Área la implementación del Protocolo para la Atención de las Víctimas de Violencia Sexual, por parte de los prestadores de servicios, -a través de un encuentro conversacional-, se señala que se hace a través de procesos de capacitación y asistencia técnica en esta temática específica, como respuesta a la solicitud de éstos últimos; sin embargo, se nos informa que el área en mención no cuenta con una herramienta técnica que permita identificar y monitorear el grado de observancia a los procesos establecidos en el Protocolo, cuya existencia fortalecería tanto los procesos de asistencia técnica entregados por esta entidad, como los realizados en materia de atención a las víctimas de estos hechos.

En este sentido, la aplicación de una herramienta de monitoreo a la implementación del Protocolo para la Atención de las Víctimas de Violencia Sexual, podría contribuir al desarrollo de las funciones de la dependencia, de conformidad con lo establecido en el Artículo 21 del Decreto 507 de 2013⁶¹, específicamente con:

- 1) Los procesos de planeación, promoción, implementación y evaluación de mecanismos, estrategias, instrumentos y estándares que contribuyan a la mejora de la calidad de los servicios de salud, en esta temática;
- 2) La medición, análisis y evaluación de la calidad en la prestación de servicios, consolidación de la información, definición y priorización de acciones de acuerdo a los resultados obtenidos;
- 3) La definición y desarrollo de líneas de investigación, relacionadas con la calidad en la prestación de los servicios de salud en el marco de la Ruta Integral de Atención a Víctimas de acuerdo con el Protocolo;
- 4) La realización de acciones destinadas a la promoción en los prestadores y usuarios de servicios de salud la seguridad en la atención en esta materia.

De otra parte, se señala que, a partir de la observación de los procesos de asistencia técnica que realizan a las Unidades de Atención cuando son solicitados en materia de la implementación del Protocolo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual y de su participación en las Mesas Interinstitucionales entorno a la Violencia Sexual, donde se detecta mayor debilidad en la aplicación de dicho Protocolo, es el momento de la valoración inicial, que se presume, puede haber influido en el acceso a la atención especializada y a la prevención de eventos más graves de violencia como el feminicidio. Vale señalar, que la funcionaria hace énfasis en que no cuenta con

⁶¹ Art. 21. Decreto 507 de 2013, por medio del cual se modifica la Estructura Organizacional de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C.

suficiente evidencia documental, física o formal que permita certificar su afirmación a ciencia cierta; lo hace deseable el desarrollo de una herramienta de monitoreo en el sentido de lo mencionado anteriormente.

Es de observar que lo indicado por la funcionaria, coincide con los hallazgos de esta investigación en esta materia, logrados a través de las entrevistas realizadas a profesionales de salud, que también identificaron debilidades en este aspecto, y que adicionalmente es corroborada, en el análisis de las historias clínicas, como se verá más adelante, en el apartado *“Detección de factores de vulnerabilidad y consulta inicial diferencial”*.

A continuación se hará referencia a dos etapas de este momento, por un lado un análisis cuantitativo y descriptivo de los cruces entre diagnóstico por VIH y reporte en el SIVIM y en un segundo momento a los hallazgos resultado del proceso de análisis de las ocho historias clínicas, que permiten evidenciar la respuesta institucional ante la detección de casos de violencia sexual como causa probable de infección del VIH en Mujeres de la ciudad de Bogotá.

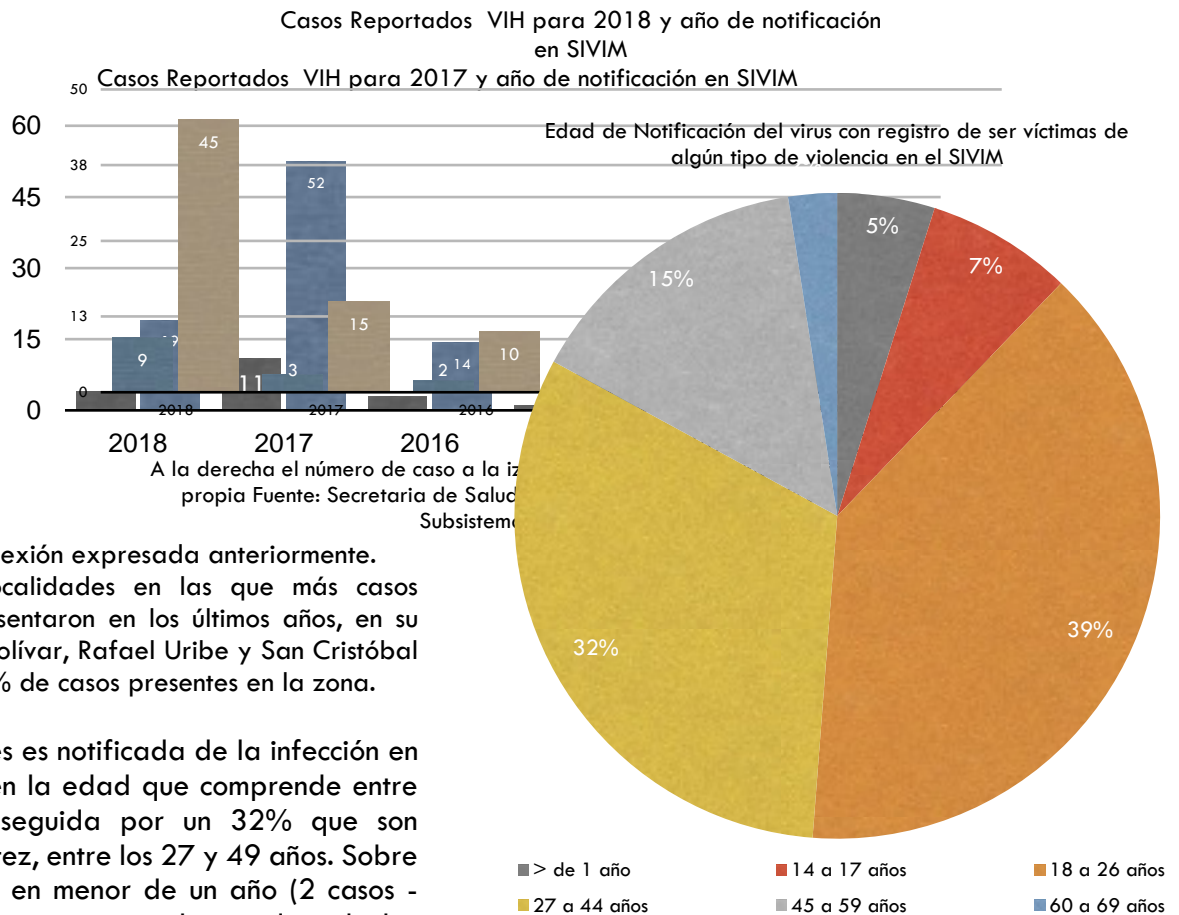
Análisis de historias clínicas

Lo Descriptivo

Según el reporte de la Secretaría de Salud de Bogotá para 2017 el 6% de los casos (21) que se notificaron con virus correspondían a Mujeres que también tenían algún reporte en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual (SIVIM).

De estos veintiún reportes, en el 71% de los casos el hecho de violencia fue registrado durante el mismo año de notificación del virus o el año inmediatamente después (52% para 2017 y 19% para 2018), aunque no puede establecerse una correlación directa entre la notificación del virus y los hechos de violencia, este dato llama especialmente la atención, para pensar en la posible correlación que como se ha expresado anteriormente ocurre entre la adquisición del virus y la mayor vulnerabilidad de las mujeres a la violencia al interior de la pareja. El restante 29% se evidenció mayor reporte en 2016 con 3 casos.

Por su parte, para 2018 en el 60% de los casos el hecho de violencia fue registrado durante el mismo año de notificación del virus o el año inmediatamente anterior (45% para 2017 y 15% para 2017), este dato hace el



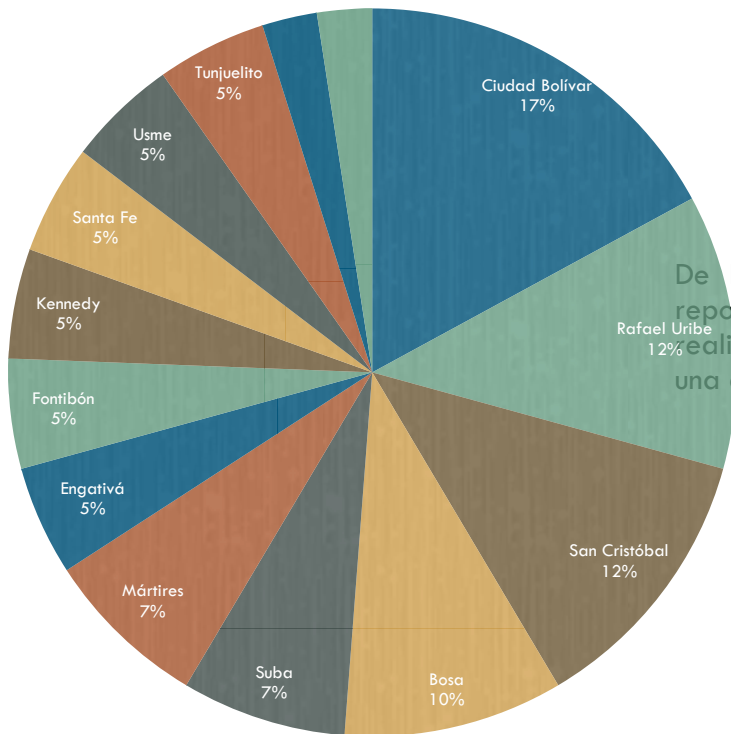
llamado a la misma reflexión expresada anteriormente. Con relación a las localidades en las que más casos correlacionados se presentaron en los últimos años, en su orden fueron, Ciudad Bolívar, Rafael Uribe y San Cristóbal superando todas el 10% de casos presentes en la zona.

La mayoría de mujeres es notificada de la infección en la juventud, el 39% en la edad que comprende entre los 18 y 26 años, seguida por un 32% que son notificadas en la adultez, entre los 27 y 49 años. Sobre aquellos casos dados en menor de un año (2 casos - 2%), se reportan como agresoras las madres de las menores, relacionando este proceso con negligencia, este aspecto deberá ser profundizado en mejor

A la derecha el número de caso a la izquierda el porcentaje. Elaboración propia Fuente: Secretaría de Salud, Subdirección de Salud Pública, Subsistema SIVIM

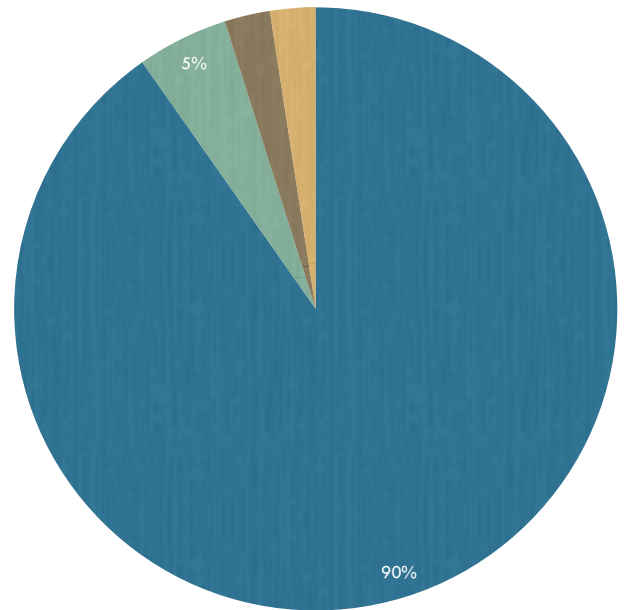
medida, dado que allí está también involucrada los procesos de atención en salud que permiten la detección temprana del virus. Por su parte, el 7% de los casos (3 casos) que corresponde a mujeres entre los 14 y 17 años, uno parece tener relación directa con violencia sexual, los otros dos casos la persona agresora se reporta como mujer gestante.

Localidades de vivienda de las mujeres diagnosticadas con el virus y con registro de ser víctimas de algún tipo de violencia



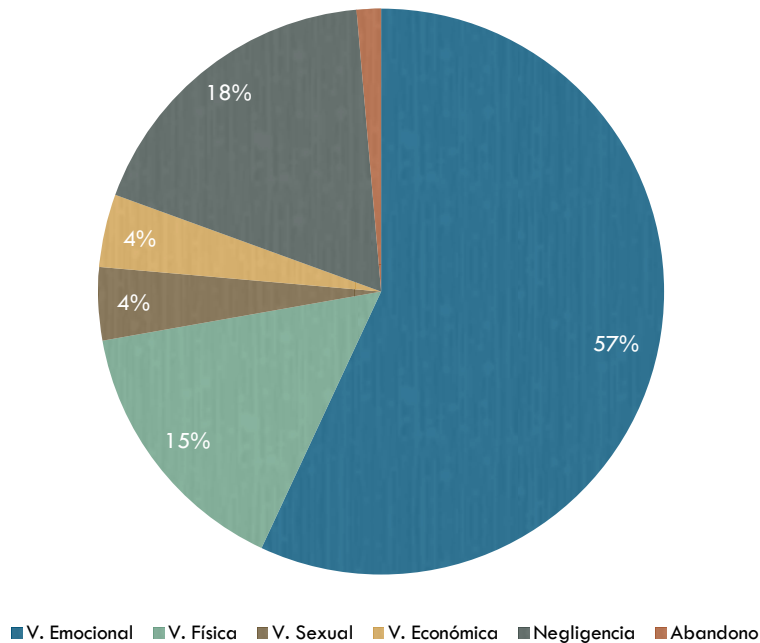
De los 41 casos relacionados, solo tres se reportan asociados a violencia sexual, dos realizadas por hombres desconocidos y una por una ex pareja. Aunque este dato esta presente

Elaboración propia Fuente: Secretaría de Salud, Subdirección de Salud Pública, Subsistema SIVIM



■ Vivienda ■ Vía Pública ■ Institución de salud ■ Otro

no es posible determinar si la infección es producto de estas violencias.

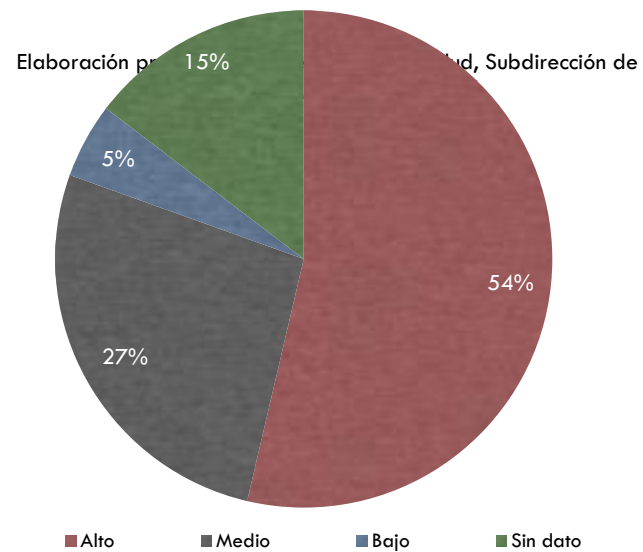


Elaboración propia Fuente: Secretaría de Salud, Subdirección de Salud Pública, Subsistema SIVIM

Con relación al repertorio de violencias evidenciado en el cruce, el 57% esta relacionado con violencia emocional, seguido de negligencia con un 18% y de violencia física con un 15%. El 90% de las violencias ocurrieron en el lugar de vivienda.

Finalmente con relación al riesgo de una nueva ocurrencia de nuevos episodios violentos, se identificó que de las mujeres diagnósticas con VIH y víctimas de algún tipo de violencia reportadas en el SIVIM, se identifico que el 54% de ellas estaban en un riesgo alto de estar ante un nuevo episodio de violencia y un 27% en riesgo medio. Este dato evidencia la importancia de trabajar en prevención combinada en donde la categoría de análisis e intervención del continuum de violencia sea relevante.

Riesgo de ocurrencia de nuevos episodios de Violencia.



En segundo lugar, con relación al análisis cualitativo de las historias clínicas, la expectativa inicial con la que se llegó a las historias era encontrar el proceso de atención de violencia sexual de acuerdo con el protocolo respectivo; no obstante, lo hallado en la información disponible nos mostró que en ningún caso hubo demanda por atención inicial de urgencias por este concepto, los motivos de consulta estuvieron asociados a eventos diferentes a violencia sexual o de otro tipo de violencia basada en género. En la mayoría de los casos, los motivos de atención por urgencias, fueron aspectos relacionados con la gestación y dolencias gastro-intestinales, lo cual puede estar

asociado a que algunos registros previos no habían sido digitalizados y reposaban en la carpeta física, los cuales no estaban disponibles al momento de la revisión de las historias clínicas. En este sentido, se procedió a abordar las historias, teniendo en cuenta la información disponible contenida en los registros de los procesos de atención. En este sentido los análisis se agrupan en cuatro categorías: 1) Acciones dirigidas a contrarrestar, prevenir o atender la violencia sexual; 2) Detección de la infección por VIH, asesoría pre y postest, entrega de insumos; 3) Acompañamiento psicología y trabajo social; 4) Detección de factores de vulnerabilidad y consulta inicial diferencial.

Acciones dirigidas a contrarrestar, prevenir o atender la violencia sexual

En 6 de las 8 historias clínicas analizadas, se indaga durante la consulta de ginecología y de asesoría para VIH sobre violencia sexual o intrafamiliar. En 3 de ellas, hay referencias a algún tipo de violencia ejercida sobre la paciente, que señalan presuntamente a la pareja como agresor. Una, por la pareja anterior, otra por la pareja actual; y en el tercer caso, se evidencian indicios de un posible caso de violencia física en contexto de pareja, pero son negados por la paciente⁶². En los dos últimos casos, el personal de atención diligencia la ficha de notificación, explica ruta de atención para casos de violencia; sensibiliza sobre el tema de derechos. En cuanto al seguimiento posterior a estos reportes, se registra que en el primer, caso se dio vía telefónica, pero no en medio familiar y en el segundo caso, la paciente fue remitida a asesoría legal y orientación para interponer denuncia por maltrato, pero no se evidencian registros de otros seguimientos. En los otros tres casos restantes, las consultantes señalan no haber sido víctimas de violencia sexual.

Se resalta la indagación por la violencia sexual en la mayoría de los registros de la asesoría para VIH en 6 de los 8 analizados, y la inclusión del tamizaje de violencia sexual durante la consulta de ginecología, a través de varias preguntas que permitirían acceder a información sobre la exposición o vulnerabilidad a situaciones de violencia, tales como:

- *¿Durante el último año fue golpeada, bofetada, pateada o lastimada físicamente o de otra manera?*
- *¿Desde que está embarazada ha sido golpeada, bofetada, pateada o lastimada físicamente o de alguna manera?*
- *¿Durante el último año fue forzada a tener relaciones sexuales?*
- *¿Tiene buenas relaciones con su pareja y familiares?*
- *¿Su pareja y familiares están en mutuo acuerdo con el embarazo?*

Sin embargo, no se evidencia el abordaje con las consultantes de otros tipos de violencias cuya manifestación puede ser más sutil, como lo son la violencia psicológica o emocional, y la violencia económica, las cuales están intrínsecamente ligadas a la violencia sexual en el contexto de pareja.

De acuerdo con lo encontrado en estas las historias, se puede evidenciar a lo largo de los registros que cuando se aborda la violencia en los casos de mujeres que además están gestando, el evento de violencia queda subsumido en la atención prenatal y del parto. En uno de los casos analizados, hay evidencia de un posible caso de maltrato físico, que fue negado por la paciente, que al parecer de los registros, tuvo un corto seguimiento, y la atención continuó centrada en la atención prenatal y el diagnóstico; en otro caso, de una mujer de 18 años, con un hijo y un embarazo cada uno de pareja diferente, que refiere haber sido víctima de violencia física en repetidas ocasiones por parte de su primera pareja, que no fueron denunciadas; sin embargo, no se encuentran registros de acciones de soporte dada la pobre red de apoyo; trabajo social entrega información sobre cuidado prenatal, planificación; psiquiatría: afrontamiento del diagnóstico, pero no sobre prevención de nuevas violencias, o referencia a redes sociales o comunitarias de soporte social.

De otra parte, registros acerca de acciones de educación para el reconocimiento y detección de la violencia por parte de las propias mujeres no fueron identificados durante la lectura de las historias clínicas, y la ruta de atención para las víctimas de violencia sexual solo fue socializada entre las que expresaron ser víctimas de algún tipo de violencia. En este sentido, es importante indicar que si bien las consultantes no se identifican como víctimas de violencias, este hecho puede estar asociado a múltiples factores; entre ellos, la naturalización del hecho mismo, la vergüenza y el temor al agresor, o a las consecuencias que esta revelación pueda traer a sus vidas. Por tanto

⁶² La paciente refiere un accidente casero en la que se golpeó su ojo al caer de una escalera y haber sido golpeada por una mujer, durante una riña en su barrio.

resulta importante, socializar y sensibilizar a todas las consultantes sobre las formas de identificar, prevenir y afrontar posibles violencias que puedan ser ejercidas sobre ellas.

Detección de la infección por VIH, asesoría pre y pos test, entrega de insumos de prevención

La asesoría previa a la prueba para la prueba voluntaria es un derecho que debe ser garantizada por el prestador de este servicio tanto instituciones y como profesionales encargados llevarla a cabo, que le entrega elementos a la persona consultante para decidir si hacerse o no la prueba para la detección de la infección por VIH, y suscribir el documento en el que se registra su consentimiento o desistimiento de la misma. Este proceso, de carácter confidencial, acceder a información sobre el VIH/Sida, el proceso diagnóstico, las alternativas frente al tratamiento en caso de ser necesario, abordar factores de vulnerabilidad a la infección que pueden ser abordados y fortalecidos, entre ellos la exposición a diferentes formas de violencia basada en género que puede experimentar la consultante. Proceso que además debe culminar con herramientas e insumos para la prevención frente a las ITS, VIH/Sida, como la entrega de condones, estrategias para su uso adecuado y la negociación de prácticas sexuales protegidas.

La infección por VIH fue descubierta en su mayoría durante los procesos de hospitalización registrados en las historias clínicas, y solo una de ellas, reporta haber tenido un diagnóstico que data de 7 años atrás, cuya confirmación ha solicitado desde ese tiempo; razón por lo cual no ha tenido terapia antiretroviral. Al rastrear la forma en que las consultantes han llegado a la prueba diagnóstica para VIH, se evidencia que ésta ha sido solicitada por el o la profesional de atención, mediante “prueba rápida”, no se evidencia una solicitud de la misma por parte de las consultantes. Al respecto, no se evidencian registros o referencia al consentimiento informado en las historias clínicas diligenciados electrónicamente, en la única historia clínica diligenciada manualmente se evidencia un registro de asesoría pre test, para realizar la prueba confirmatoria pero no está firmada por la consultante. Al solicitar información sobre este hecho al personal a cargo, se explica frente a los registros electrónicos, que “los formatos de consentimiento son estándar y reposan en las capetas físicas”. Vale señalar, que para otros exámenes o procedimientos como transfusiones de sangre, o de urología, si se han hallado fichas o referencia al consentimiento informado.

Los registros muestran que no siempre el acceso a la prueba se da en el marco de una asesoría previa, y que algunos casos la asesoría para VIH se da luego de que a la consultante le ha sido develado el diagnóstico por parte del /la profesional a cargo de la atención; tal como se evidencia en nota de consulta de psicología, de historia clínica sin evidencia de consentimiento informado, ni asesoría pre test: *“paciente alto riesgo social y psicosocial: multi-gestante, parto pre-término, con diagnóstico de VIH+ a la espera de carga viral. Se perciben síntomas de labilidad emocional y ansiedad. La madre refiere no haber recibido asesoría para VIH, por ende presenta desconocimiento de información”*. De otra parte, los registros no dan cuenta del estímulo a la pareja para la asesoría en VIH y prueba voluntaria, donde además se pueda fortalecer el acompañamiento mutuo para afrontar el diagnóstico y prevenir posibles violencias ejercidas hacia las mujeres, derivadas de la develación del diagnóstico a sus parejas.

De otra parte, vale decir que si bien se evidencian registros de asesoría en VIH, en el marco de la prueba, no siempre los campos son diligenciados en su totalidad, de esta forma, no se puede conocer con certeza el tipo de asesoría suministrada, las reacciones emocionales manifestadas ante la prueba y posible resultado, el plan de acción a seguir, entre otras. Frente a la entrega del preservativo, los registros muestran que no se entregan a todas las consultantes, ni en la periodicidad mensual que indica la norma; así mismo, no se evidencia una acción permanente de estímulo al uso del preservativo como doble protección.

Acompañamiento psicología y trabajo social

El acompañamiento de psicología, referido en las historias clínicas, así como el de trabajo social, es derivado de la interconsulta; por ello, solo se da en los casos en los que el/ la profesional de la salud lo solicita. En este sentido, la atención psicológica, está enfocada principalmente en brindar contención e identificar el estado emocional de la paciente frente al diagnóstico, o fortalecer la importancia del control prenatal, pero no encontraron registros o evidencia de procesos psicológicos de más larga data que den cuenta del fortalecimiento de capacidades o estrategias individuales para detectar o afrontar posibles violencias derivadas de la develación de su diagnóstico a su pareja grupo familiar.

Así mismo, frente a la atención desde trabajo social, en el caso de las mujeres gestantes, se evidencian acciones enfocadas a fortalecer la crianza, y su ejercicio de maternidad, viviendo con el virus, pero muy pocas acciones en información sobre atención y prevención de violencias basadas en género, en materia de derechos humanos, sexuales o reproductivos, y en aquellas enfocadas a derivar a la consultante a otros servicios de apoyo, como el jurídico, ONGs, redes de apoyo, entre otras.

DetECCIÓN DE FACTORES DE VULNERABILIDAD Y CONSULTA INICIAL DIFERENCIAL

Un aspecto que llama la atención durante el análisis de las historias clínicas, es la forma en que se detectan o no, factores de vulnerabilidad, durante la consulta. Al respecto, se refieren las notas tomadas de registro de una historia clínica que ilustra las debilidades que pueden darse en este proceso, referidas a una paciente habitante de calle, trabajadora sexual desde hace tres años, con diagnóstico de cáncer de piel en cara, VIH sin tratamiento, y pomey, sin redes de apoyo, alto riesgo social, que fue hospitalizada por diferentes diagnósticos, ninguno refiere a eventos asociados a violencias basadas en género, entre ellas sexual. En cada una de las hospitalizaciones se evidencia deterioro de su condición médica. En ninguno de los registros hay indagación por violencia sexual, entrega de condones, o educación en salud sexual o reproductiva, ruta de atención, denuncia o protección. En algunas interconsultas, la paciente no es reconocida como habitante de calle, en una de ellas se registra su atención como:

“paciente femenina de 38 años de edad, sin antecedentes de importancia, quien ingresa por cuadro clínico de tres días de evolución..., a la que se le recomienda dieta: 1) rica en fibra; 2) consumir dos porciones de verduras al día; 3) consumir tres porciones de fruta al día; 4) tomar de 6 a 8 vasos de agua al día; se explica la importancia de realizar actividad física por lo menos 30 minutos al día. La importancia de una dieta balanceada para prevenir enfermedades cardio vasculares y metabólicas. Se insiste en la importancia de una vida sexual segura y responsable, por lo que se explican métodos de planificación familiar para prevenir embarazos no deseados” (HC. (53084688).

Lo cual muestra desconocimiento por parte del personal de atención sobre el contexto de riesgo social y vulnerabilidad contenido en los antecedentes de la paciente en la historia clínica, que permitirían orientar la atención diferencial acorde con las necesidades, dados todos los factores de vulnerabilidad que pudieron haberse detectado a través de la entrevista con la consultante, tales como: la falta de una red de apoyo, bajo acceso material a alimentos, dificultad para desplazarse, limitado acceso a agua potable, entre otras; y, de esta forma generar una atención diferencial; aspecto que ha sido identificado como necesario por parte del personal asistencial entrevistado, y en las entrevistas de las participantes de esta investigación.

Este ejemplo pone en evidencia deficiencias en la relación entre el profesional asistencial y quien consulta, que impiden la detección inicial de situaciones claves en la atención, como en nuestro caso la violencia basadas en género. A este respecto, Moreno (2000) médico investigador de la escuela cubana de medicina, al referirse al valor central del interrogatorio, lo señala como el elemento más importante en el proceso del diagnóstico, dentro del método clínico, sin embargo el que más deficiencias presenta, frente a lo cual expresa: “A pesar de disponer de un recurso tan eficiente, se ha señalado que la mayoría de los médicos no interrogan de forma adecuada a los enfermos y que a los residentes les faltan habilidades fundamentales en la entrevista”⁶³; lo que asocia con la crisis del método clínico”; que vincula entre otros aspectos, con “el deterioro de la relación médico-paciente, el menosprecio del valor del interrogatorio y del examen físico, y la sobrevaloración de la función de la tecnología”⁶⁴

Denuncia, búsqueda de ayuda - ruta de atención

La denuncia implica que la persona reconozca el acto de su victimización como algo injusto e inaceptable; decida pedir ayuda y finalmente, defina qué fuente de ayuda y acuda a ella, la cual está determinada por factores individuales, interpersonales y socio culturales (Liang, 2005)⁶⁵. Los procesos de denuncia en el caso de violencia

⁶³ Moreno Rodríguez MA. (1998). Crisis del método clínico. Revista cubana de medicina, 37, 123-8.

⁶⁴ Moreno Rodríguez, M. A. (2000). Deficiencias en la entrevista médica: un aspecto del método clínico. *Revista cubana de medicina*, 39(2), 106-114.

⁶⁵ Liang, B., L. Goodman, A., Tummla-Narra, P. y Weintraub, S., 2005, “A theoretical framework for understanding help-seeking processes among survivors of intimate partner violence”, en *American Journal of Community Psychology*, 36(1- 2), 71-84.

sexual en Colombia son limitados. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2015 “el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que nunca ha pedido ayuda con ocasión de la violencia ha aumentado 72.7 por ciento en 2010 y 76.4 por ciento en 2015”⁶⁶; lo cual entre otras causas, puede estar relacionado el panorama de impunidad frente a este tipo de delitos.

El Boletín especial No. 16 sobre violencia contra mujeres y niñas Colombia 2017- 2018, elaborado por la Corporación “Sisma Mujer”, señala que: “en materia de acceso a la justicia, en caso de delitos de violencia hacia las mujeres por el hecho de serlo, resulta preocupante; los datos estadísticos de la Fiscalía General de la Nación –FGN, señalan en cuanto al **acoso sexual** entre julio de 2016 y junio de 2018, el 95,48% de los casos se encontraban en etapa de indagación, situación que se replica para los demás delitos, en los delitos contra **la libertad integridad y formación sexuales** (sin incluir acoso), esta cifra ascendía a 87,01% y en **violencia intrafamiliar** a 86,25%. En referencia al delito de **feminicidio** la situación cambia un poco, para el periodo de referencia, el 29,92% de los casos se encontraban en etapa de juicio y el 25,57% en ejecución de penas”⁶⁷.

Además de la impunidad evidente, que denota la fragilidad institucional y su silenciamiento por parte del Estado, otros factores por los cuales se silencia este tipo de violencia, están asociados de manera estructural a factores culturales que reflejan el estigma sobre el sexo y la sexualidad, y los tabúes construidos en torno a ella. En la mayoría de las sociedades ancladas en la familia, -como es el caso de Colombia-, las experiencias de abuso sexual tienden a ocultarse (Fontes y Plummer, 2010) o a negarse, con lo cual se le niega a la víctima a reconocerse como tal y a reparación física y mental a la que tiene derecho; de esta forma, el silenciamiento se vuelve parte del continuum de violencia ejercido sobre las mujeres y los profundos efectos nocivos en la vida y la salud física y mental de las mujeres, que podrían haberse controlado o reducido, quedan intactos; pues la posibilidad de búsqueda de ayuda también se elimina.

De acuerdo los pasos señalados por Liang (2005), la búsqueda de ayuda, implica el reconocimiento del evento como algo inaceptable; sin embargo, no siempre la víctima lo identifica; lo que corrobora el efecto del continuum de violencia. Al naturalizar las agresiones, se las hace invisibles, presentándolas como un hecho inherente a la situación y no como una violación a sus derechos; y si lo reconoce, puede considerarse como algo que “no es lo suficiente grave” para pedir ayuda a otros, ni mucho menos recurrir a una instancia formal. En muchos de los casos la víctima vive en silencio la violencia, o comenta superficialmente el hecho a instancias informales como familiares cercanos o amigos.

Es frecuente que las violaciones durante la infancia se les reste importancia y resulten silenciadas por la familia, que ya resulta un tema incómodo del que no se quiere hablar; lo cual contribuye a naturalizar el hecho, y a fomentar esta idea en la propia víctima, quien experimenta efectos a largo plazo, que le dificultarán en su vida adulta reconocer la violencia ejercida sobre ella. En el caso de las participantes de esta investigación, algunos de los abusos fueron objeto de denuncia ante autoridades por parte de los padres/madres/cuidador*s; no obstante, ellas nunca recibieron apoyo psicológico o médico, posterior al hecho; en otros casos, no se le creyó. En todos los casos, los eventos fueron silenciados, y nunca más abordados por la familia; en uno de ellos, se reporta haber sido culpabilizada del hecho victimizante:

“Cuando se descubrió todo nunca tuve apoyo de nadie tampoco, fui culpabilizada; o sea la mujer de él me pegó porque yo era la mala y yo era la que se estaba metiendo en su hogar... nunca se volvió a hablar del tema, se sepultó, y ahí quedé. Y eso es algo de lo que no se ... es algo de lo que no se quiere hablar.”

“...Cuando estaba chiquita un padrastro me tocaba y yo le conté a mi mamá y mi mamá no me creyó. Me decía que no lo iba a dejar, pues que si yo quería que ella estuviera sola, pues que me jodía, pero que no lo iba a dejar...”

“...cuando yo tenía 6 años me violó un tío. Varias veces, como un año. Y mi mamá pues se dio cuenta, y bueno lo echaron de la casa, y ahí ya paso... Pero eso marca, se dieron cuenta, y ya lo sacaron de la casa y ya. No se habló más del tema...”

⁶⁶ PROFAMILA. (2015). Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá., D.C., p. 436

⁶⁷ Corporación Sisma Mujer. (2018). Comportamiento de las violencias contra las mujeres y niñas en Colombia durante 2017 y 2018. Boletín No. 16. Informe Especial Corporación Sisma Mujer Noviembre 25 de 2018. Bogotá., C.C., pp. 7-8

En casos así, resulta poco probable que en la edad adulta, frente a una situación de violencia la víctima recurra a la denuncia, o a solicitar ayuda. Tales antecedentes dificultan su reconocimiento. En efecto, algunas participantes indican que soportaron abusos y malos tratos por sus parejas incluso hasta por más de 20 años, antes de remitirse ante alguna autoridad, pues consideraban que estos actos eran “naturales” o “parte de la vida en pareja”. Tales denuncias fueron posteriores a la decisión de separarse definitivamente y estuvieron ligadas a la “demanda de alimentos para sus hijos” o de “separación”, solo dos de ellas acudieron por ayuda para abordar específicamente alguna violencia de género dirigida hacia ellas.

Las demás participantes nunca las denunciaron las violencias de las que fueron objeto, por diferentes motivos; tales como: culpa, miedo o desconfianza en las instituciones: Una de ellas que sufrió abuso de su pareja bajo los efectos del alcohol expresa que no lo denunció; al contrario, señala que se sintió culpable por no saber que se podía infectar: *“Siento culpa de no haberle preguntado al alguien o que alguien me hubiera explicado: mire usted está en contexto de vulneración a que la infecte de VIH, o una persona que toma”*.

El miedo es otro factor que desestimula la denuncia. Como lo señala Frias (2018) el **miedo a las consecuencias** o a las **amenazas** es el principal factor que socava la búsqueda de ayuda. En temor a que el agresor les haga daño a ellas o a su familia es uno de los argumentos señalados: *“...¿quién no se va amedrentar? que le pongan a usted una pistola en la cabeza, uno piensa que en ese momento lo van a matar a uno; igual así salgamos de ahí, él viene, va por mis hijas...”* *“Yo nunca lo denuncié por miedo a que me hiciera algo; porque igualmente, cuando uno denuncia algo, tiene que verse con el victimario. Y yo dije, noo allá me coge y ahí mismo me mata! Y a él no le importa que se metan los policías ni nada...”* Así mismo, se señala el **miedo a la humillación**: *“...Simplemente callar y no decir nada, por miedo. Al maltrato, a la humillación, de pronto a esos tabúes y esos prejuicios de que si tu denuncias una violencia sexual, de pronto, que como tal no fue violencia sexual en la calle, de que me cogieron así,... un desconocido, es peor porque yo conocía a la persona, era mi pareja...”* Otros aspectos señalados son: el **miedo a la revelación del diagnóstico** durante el proceso, dado que consideran que esta información podría salir a flote durante los descargos ante las autoridades; de igual forma, y se teme **a quedarse sin el sustento**, o a **perjudicarlo** dada la existencia de relaciones de dependencia económica o afectivas con el agresor

El desconocimiento de los lugares a dónde acudir, también ha sido señalado por algunos estudios (Frias, 2018) como factores que desestiman los procesos de denuncia o búsqueda de ayuda, así lo señala también unas de las lideresas entrevistadas, quien analiza esta situación y la relaciona con la incapacidad de la víctima de identificar el hecho victimizante debido a su naturalización: *“hoy, las mujeres, no todas saben cuál es la ruta, cuando una habla con ellas, hace talleres y hablamos de las violencias; primero, no reconocen cuáles son las violencias, entonces no saben que hay una que se llama patrimonial, ...una es la económica, no las reconocen, y pasa como todo: como yo no reconozco, pues lo veo naturalizado...”*. En efecto, las participantes en su mayoría, desconocen la ruta de atención a víctimas de violencia sexual; sin embargo, a lo largo de sus relatos identifican instancias a las que han acudido o acudirían en caso de necesitarlo: La Fiscalía General de la Nación, la Comisaría de Familia, la Policía Nacional, las Casas de Justicia y la Secretaría de la Mujer - Línea púrpura. No obstante, su experiencia de denuncia, no ha sido del todo satisfactoria, con lo cual se refuerza la desconfianza en este tipo de instancias.

En este sentido, otra de las razones para no denunciar es la **desconfianza en las autoridades** (Frias, 2018). A este respecto, algunas participantes señalaron que evitaron la denuncia en razón a que las autoridades no les prestaban atención, o que los tramites les re-victimizaban, al obligarles a encontrarse con el agresor: *“...Uno va a una demanda y hoy en día no le ponen a uno cuidado, y lo digo por experiencia propia; porque, en algún momento que el papá de mi hija me maltrató, yo fui y lo denuncié, la menor, yo fui y lo denuncié allí a la Comisaría Sexta, y él como si nada dijo que no me dejaba: [yo se lo dije a ella, que no la voy a dejar, si quieren agárrenme de una vez]. No hicieron nada. Puse un denuncia una caución para que lo alejaran de mí, cada vez que él llegaba a la casa, él me hacía escándalos en la casa, llegaba la Policía y yo les decía que mire que llegó, el papá de mi hija, a este ¿fulanito del tal? Yo les decía si, y entonces que ¡ya vamos!,... pero no le decían nada...”; “...Yo lo hacía más por eso, porque yo: denunciar y tener que verme con él para... noo, para que después saliera; porque aquí en Colombia la ley yo no sé... uno denuncia y ya no pasa nada, lo ponen ahí a que uno salga con el mismo victimario, al ladito!!, tiene que coger el mismo bus con él. Entonces yo decía: no, prefiero callar y dejar así...”*

A este respecto, vale señalar que las participantes que decidieron denunciar, recibieron respuestas por parte del Estado para atender la situación inmediata, que fueron poco eficientes en solucionar de fondo o a largo plazo la situación de victimización. En este sentido, una de ellas, tuvo de que desistir de su demanda, pues tenía que notificar al agresor en su lugar de residencia, con lo cual se ponía nuevamente en riesgo: *“...por más que lo demandé en la Fiscalía era yo quien tenía que ir a buscarlo, era yo quien tenía que averiguar dónde vivía, para llevarle yo misma la citación, y someterme a que ese hombre me insultara si quería... Entonces en ese momento sentí que arriesgué mi vida y dije no, yo no vuelvo*

a hacer esto porque si me pasa algo a mí ¿mis hijos qué?. Entonces decliné la demanda, porque era lo más viable: pierdo tiempo, pierdo plata, no estoy haciendo nada persiguiendo a este tipo; pues mejor me pongo a trabajar y eso es lo que he hecho estos años...”

En otro testimonio se muestra cómo, después de recibir atención en una Casa de Acogida, la participante tuvo que regresar a vivir con el agresor, por falta de recursos económicos para el sostenimiento de ella y de su hijo: “...Tenía una orden de restricción y sin embargo estaba con él, ya en la Comisaría lo sabían porque yo lo expuse, de que como no tenía empleo, cuando comencé mi embarazo, y no tenía fuerza económica para pagar un arriendo, me debí someter a esa persona, porque yo pensaba más que en mí, en mi bebé que venía en camino y no tenía ni siquiera para los alimentos, pues debido a eso me sometí...”. Lo cual es corroborado desde las organizaciones de mujeres: “...pero algunas su gran problema es que no tienen una fuente ni un recurso de ingreso, entonces su dependencia económica es el mayor factor que incide en ellas, entonces no hay una respuesta efectiva, o que la institucionalidad las tiene un tiempo pero ¿luego...? Porque además las aparta de su familia, eso está bien hasta esa medida de protección, pero luego no hay una incorporación de nuevo de esta mujer en un ejercicio autónomo para vincularse económicamente o tener un sustento económico posterior...”

Otros factores que también desincentivan la denuncia pero que no fueron expresados en los relatos de las entrevistadas son señalados por la Corporación Sisma Mujer en su documento “Obstáculos para el acceso a la justicia de las mujeres víctimas de violencia sexual en Colombia”(2011), se retoman aquí por considerarse pertinentes para los fines de este estudio⁶⁸, y pueden contribuir a la detección inicial, y al acompañamiento a la víctima, durante el proceso de atención, los cuales se sugieren ser tenidos en cuenta por parte del personal asistencial o primer respondiente:

- La desestructuración emocional o el grave impacto en la vida de las mujeres.
- El temor a la estigmatización.
- El miedo a que los hijos e hijas producto de las violaciones sexuales se enteren.
- La naturalización de la violencia sexual, es decir, que en las comunidades se sigue considerando que la violencia sexual es un hecho normal que le debe pasar a las mujeres y que no constituye un delito.
- La falsa creencia – que a veces es reforzada por el aparato de justicia – de que si no se conoce al autor de los hechos o la víctima no tiene pruebas, no es posible investigar.
- La falta de acompañamiento jurídico y psicosocial especializado.
- La ausencia de representación judicial para las víctimas.
- Cuando las víctimas son o han sido desplazadas forzosamente, el desarraigo y la desadaptación al nuevo entorno dificultan la denuncia, en tanto no cuentan con redes sociales que puedan apoyar su decisión.
- En el caso del desplazamiento forzado, el aumento en la violencia conyugal y los cambios de roles hacen que las mujeres no prioricen la justicia.
- Cuando las mujeres son desplazadas forzosamente, la renuencia del Estado a suministrar el apoyo humanitario y condiciones de vida dignas, hacen que las mujeres prioricen la satisfacción de sus necesidades básicas sobre la justicia.
- En muchos casos, las mujeres deciden no denunciar porque no cuentan con el respaldo de sus compañeros sentimentales, es decir, supeditan sus decisiones a la aprobación de ellos.

⁶⁸ Corporación Sisma Mujer (2011). Obstáculos para el acceso a la justicia de las mujeres víctimas de violencia sexual en Colombia., pp. 6-7

Conclusiones y recomendaciones

El contínuum de violencia es una realidad para las mujeres a lo largo de sus vidas, que puede tomar la forma de un espiral, en el caso de las relaciones erótico/afectivas violentas, y manifestarse en cualquier contexto, sea este familiar, laboral, médico, social o comunitario; privado o público. En cualquier caso, los efectos de este continuum afectan la vida y la salud de las mujeres, limitan su autonomía, particularmente reflejadas en la vida sexual y reproductiva.

Una de las conclusiones más importantes de esta investigación evidencia cómo el continuum de violencia configura condiciones sociales para la infección por VIH y a su vez aquellas mujeres que son infectadas y viven con el virus están expuestas a mayores condiciones de violencia provenientes del estigma y la discriminación, así pues el continuum parece encerrar la experiencia de vida de estas mujeres.

Los dos conceptos: contínuum y ciclo de violencia, muestran que la violencia sexual es la expresión de una estructura configurada por diferentes prácticas tendientes a disciplinar y controlar los cuerpos de las mujeres, para el servicio del poder masculino, de la cultura patriarcal; muchas veces sin que ellas mismas lo noten. ***En este sentido, los diferentes relatos muestran cómo dichas prácticas las han expuesto a la infección por VIH.*** En todos los casos, la infección por VIH fue contraída en el marco de una relación con parejas permanentes, esposos o compañeros.

Los relatos han permitido captar determinantes sociales asociados con la infección por VIH y la violencia sexual, entre ellos se identifican: i) acceso limitado a educación sexual; iii) abuso sexual infantil; iv) acceso y uso limitado a recursos económicos; v) acceso limitado a atención integral (integración VIH y VS) y diferencial en los servicios de salud; v) Impunidad y acceso limitado a la justicia; vi) tolerancia social a la violencia ejercida sobre las mujeres y las niñas. Tales determinantes, reflejan a su vez prácticas patriarcales que imponen, instauran, promueven y naturalizan la violencia hacia las mujeres.

Aceso limitado a educación sexual.

El acceso a información y conocimiento sobre sexualidad y derechos desde la infancia puede hacer que las niñas y adolescentes se protejan a si mismas, y cuenten con herramientas para identificar posibles abusos desde temprana edad; o evitar la infección por VIH. No obstante, lo evidenciado da cuenta del bajo o nulo conocimiento sobre estos temas por parte de las participantes; quiéenes además señalan que la información obtenida generalmente durante la adolescencia en el colegio, no les fue útil y les hubiera gustado contar mayor información sobre la prevención del VIH, o temas relacionados con la vulnerabilidad a este tipo de infección.

La mayoría de las entrevistadas obtuvo información sobre el VIH/ Sida posterior a su diagnóstico. Lo manifestado por las participantes no resulta una excepción, y más bien corrobora lo informado por la ENDS (2015) en esta materia, donde se señala que la edad promedio de acceso a este tipo de educación para las mujeres es de 16,2 años y poco se aborda información sobre asuntos que implican los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos o temas como el placer y el erotismo y que cada dos de cinco encuestados reconoce la necesidad de acceder a más información y educación sobre asuntos relacionados con la sexualidad.

La educación sexual con una perspectiva de género contribuye a potenciar el empoderamiento de las mujeres, y a generar reflexiones entre hombres y mujeres tendientes a replantear roles y prácticas tradicionales que fomentan las violencias basadas en género; de igual forma, al abrir espacios para el diálogo y la comunicación promueve el auto conocimiento y la detección temprana de comportamientos abusivos durante la infancia o la adolescencia (incesto, la violación sexual, la pedofilia y la explotación sexual); con lo cual podría abrirse espacio a un mayor reconocimiento y e incremento de la denuncia de estos casos que generalmente quedan silenciados por temor, vergüenza, o por desconocimiento.

Uno de los elementos que se recomendaría al proceso determinado en la ruta de atención a las víctimas de violencias sexuales es la inclusión un componente de educación en salud, por medio del cual los/las profesionales a cargo, desarrollen actividades que les permitan a las mujeres reevaluar falsas creencias en que la hacen vulnerable a la infección por VIH; y reconocer posibles violencias de las que pueden estar siendo víctimas, y de esta manera prevenir las o atenderlas de manera temprana. Como lo señala García (2010) *“las y los profesionales*

debemos tener un papel activo en la reestructuración de los estereotipos que constituyen un sistema encubierto y silenciador que coloca a las mujeres en una situación de vulnerabilidad por el mero hecho de ser mujer. Si ellas que lo sienten no lo ven, debemos los profesionales esforzarnos en sensibilizarlos, conocerlos y visibilizarlos al máximo”⁶⁹

Acceso y uso limitado a recursos económicos y educación

Los niveles bajos de educación y la carencia de ingresos o el limitado acceso a éstos, condicionan la subordinación de las mujeres que deriva en su dependencia económica. Se pudo observar que la mayoría de las participantes contaban con secundaria, secundaria incompleta, y durante la convivencia con sus parejas no estaban trabajando, o contaban con empleos de baja remuneración, que incluye actividades de autoempleo, servicio comunitario, servicio doméstico y trabajo de cuidado no remunerado, -que reportan realizar más de 8 horas diarias 56 a la semana o más en promedio-; por lo cual, dependían económicamente de sus parejas.

La falta de ingresos propios restringen sus posibilidades de decisión y control sobre los recursos monetarios del hogar, e influye en las decisiones y autonomía de las mujeres, incluyendo la autonomía sexual y reproductiva en el marco de sus relaciones erótico/afectivas establecidas con la pareja. En contextos patriarcales, los hombres ven la autonomía económica de las mujeres como una amenaza a su autoridad, de ahí que se quiera controlar el acceso a recursos a sus parejas, por medio de uso de la violencia. Como se evidencia en los ciclos de violencia presentados en esta investigación, **las participantes experimentaron dependencia y violencia económica, que conllevó a la violencia sexual**. La dependencia económica, fue un factor determinante que impidió a estas mujeres cortar el ciclo. Si bien la ENDS (2015) indica que este tipo de violencia es mayormente reportado en hombres, los efectos sobre las mujeres, tiene efectos profundos en su vida y salud. Como lo señaló, el informe Forensis de INML-CF “*La violencia económica, que además ha sido tratada por la Corte Suprema de Justicia, es considerada en la sentencia T-012/16 como causa para que exista violencia física y psicológica, que con relación a la violencia sexual es un factor de coacción para que se acceda a otra persona, se violen su intimidad y sus derechos*”.

Lo mencionado anteriormente y los testimonios dados por las participantes permiten señalar que es necesario fortalecer en la atención por violencia sexual, aquellos que vinculen a las víctimas a procesos de fomenten su educación y formación para el trabajo, o iniciativas productivas, que promuevan la autonomía y empoderamiento económico; lo cual contribuiría a romper los ciclos de violencia que experimentan, los cuales las hacen vulnerables a la infección por VIH u otras ITS, o a nuevas violencias hacia ellas y a sus familias; y evitar que por falta de ingresos económicos se vean sometidas a convivir nuevamente con el agresor. Así mismo, se sugiere el establecimiento de contacto de la víctima con redes y organizaciones comunitarias de mujeres que tienen presencia en la ciudad y pueden ofrecer apoyo y orientación en temas como derechos sexuales y reproductivos y equidad de género, participación ciudadana, servicios psicosociales, o generación de ingresos, entre otros.

Una interesante clasificación contenida en el informe de ONUMJERES 2018, “El progreso de las mujeres en Colombia 2018: Transformar la economía para realizar los derechos” establece tres escenarios de empoderamiento económico para las mujeres en Colombia, de acuerdo con el peso que variables como el acceso a ingresos propios, el trabajo en el hogar no remunerado y el embarazo adolescente tienen en sus vidas; estos son: “*mujeres en pisos pegajosos*”; “*mujeres en escaleras rotas*” y “*mujeres enfrentando techos de cristal*” siendo las primeras, las que están en “*pisos pegajosos*” las que experimentan el mayor peso de estos factores: “*maternidad temprana, menores oportunidades educativas y laborales, aunadas al trabajo doméstico y de cuidado no remunerado como centro de las actividades diarias. Con menor participación en el mercado laboral y, por ende, con una mayor brecha frente a los hombres; con mayor participación en el empleo informal y precarizado, en el trabajo doméstico y en las tareas propias del hogar. A razón a ello, un poco más de la tercera parte de las mujeres en el escenario de “pisos pegajosos carece” de ingresos propios*”⁷⁰. Comparando estos tres escenarios con la situación de las participantes de este estudio, se puede afirmar que se encuentran en esta categoría.

Para cada escenario el informe ha propuesto una serie de acciones estratégicas tendientes a corregir brechas; se retoman algunas acciones por considerarse útiles en la transformación de estos escenarios que, como se ha visto

⁶⁹ García, M. (2010). Aspectos psicológicos sobre la violencia de género. En N. Menchal (Eds.). *Manual de lucha contra la violencia de género* (pp. 479-497). Navarra: Editorial Aranzadi., p. 487

⁷⁰ ONUMJERES. (2018). El progreso de las mujeres en Colombia 2018: Transformar la economía para realizar los derechos. Resumen ejecutivo., p. 16

son proclives a ciclos de violencia, determinados por la dependencia económica. Las recomendaciones señalan la importancia de la implementación de “políticas públicas enfocadas a generar o mejorar capacidades para afrontar crisis económicas y que a largo plazo las empoderen para sacar réditos del crecimiento económico. Tales políticas deben enfocarse a su vez en brindar oportunidades efectivas de acceso a la educación secundaria, técnica y universitaria de calidad, acceso a tecnologías que le permitan ahorrar tiempo, como lavadoras, y establecimiento de sistemas de cuidado para sus hijos y familiares mayores o enfermos, lo que aumentaría las oportunidades de incorporarse laboralmente al sector formal de la economía”⁷¹.

Aceso limitado a atención integral, integrada (integración VIH y VS) y diferencial en los servicios de salud

El acceso a los servicios de forma inicial por urgencias, así como los entregados por medio de la consulta externa resulta vital para romper los ciclos de violencia y hacer frente al continuum de violencias ejercidas sobre las mujeres. En este sentido los testimonios de las personas entrevistadas muestran en general conocimiento y aplicación del Protocolo de atención a víctimas de violencia sexual, sin embargo, se pueden identificar también deferentes aspectos que constituyen barreras, o que deben mejorarse para garantizar la atención integral e integrada que permitan prevenir, atender o mitigar los efectos de este tipo de violencias, que como se ha visto, expone a las mujeres a la infección por VIH. Dichos aspectos están relacionados con diferentes momentos de la atención inicial

Un aspecto mencionado es la necesidad de contar con un equipo específico permanente para la atención de casos de violencia sexual, que permitiría una atención más especializada para este tipo de pacientes; lo cual fortalecería el trabajo interdisciplinario para su abordaje, favorecería la cualificación profesional en estos temas al fomentar el intercambio y estudio de casos en forma permanente, y en últimas fortalecería la atención integral e integrada, en aspectos como la violencia sexual y el VIH/Sida. Al respecto se señala: “si creo que debería haber un equipo como más exclusivo, que esté más sensible a este tipo de pacientes...” en la actualidad, la atención se presta por los profesiones de turno, que brindan una atención puntual de acuerdo con su especialidad, pero en la que no existe el espacio para el estudio o análisis de casos de forma interdisciplinaria. Como se señala a continuación:

“...Que uno tuviera la posibilidad de reunirse al final de la atención, para reunirse con el equipo de psicología, psiquiatría, trabajo social, el medico, el ginecólogo, y hacer como un análisis del caso y unas conclusiones. Porque eso queda como fragmentado. Realmente la atención se hace, pero queda fragmentada. Cada quien interviene, y eso creo que podría enriquecer la atención de los grupos. Como experiencia presentar a los otros grupos lo atendido, y presentar lo que se detectó, y sería bueno que cuando se presenta lo enfoquemos más de esta manera, evitar la re-victimización, que se sigue sucediendo, en mayor o menor grado se sigue presentando. Como una parte más de retroalimentación dentro del equipo...”

La detección inicial de factores de riesgo y vulnerabilidad a la violencia sexual, resulta vital para prevenir, atender o mitigar el impacto del VIH y evitar futuras victimizaciones, y de manera fundamental activar la ruta. Al respecto, se manifiesta la necesidad de fortalecer los procesos para la detección de posibles casos de violencia sexual durante la consulta inicial, por parte del personal asistencial; que en ocasiones no indaga, por diferentes factores; los cuales pueden estar asociadas a falta de tiempo, falta de entrenamiento o sensibilización en el tema, o reticencias personales a abordar estas este tipo de temáticas por considerarse un tema incómodo o problemático, o la rutina propia del área de urgencias, Martínez, S (2015). Vale señalar, que se evidencia aún desconocimiento en ciertos temas claves para la detección temprana de la violencia sexual, entre alguna/os profesionales.

Así mismo se expresó la necesidad de realizar una consulta diferenciada, de acuerdo con las necesidades presentes en el contexto de la consultante, que permita evidenciar las particularidades de los efectos que la violencia tiene sobre la poblaciones acuerdo como aspectos como el desplazamiento, estatus migratorio, discapacidad, edad, pertenencia étnica, escolaridad, entre otras, y les permita generar estrategias para su prevención, atención y mitigación de sus efectos.

En este sentido, los procesos de formación adelantados por el área de psicología, representan una valioso aporte para el fortalecimiento de la atención integral de conformidad con el protocolo de atención y la detección temprana de la violencia sexual. De acuerdo con lo informado por la funcionaria a cargo de estos procesos, está

⁷¹ *Ibid.*, p. 16

dirigida a personal asistencial, administrativo, salud pública y gestión del riesgo, y aborda temáticas como: sexualidad; derechos sexuales, violencia sexual, tipos de violencia, factores de riesgo, y orientaciones para la realización de la atención desde cualquier perfil profesional, en lo manifestado por la funcionaria entrevistada, no se mencionan los enfoques o perspectivas que la articulan.

Frente a los procesos de formación resulta importante señalar que pueden fortalecerse con la transversalización de la perspectiva de género y la inclusión del enfoque diferencial. La primera, aportaría en la comprensión por parte del personal médico y asistencial, de los factores asociados al continuum de violencia (entre ellos, la violencia por estigma hacia las mujeres que viven con VIH y al interior de la pareja) que viven las mujeres por el hecho de serlo y los mecanismos que lo perpetúan, que resultan frecuentemente poco exploradas, facilitando su detección; así como la manera de enfrentarlos en la vida cotidiana, a partir del análisis y re significación de las propias prácticas individuales e institucionales, que promueven el estigma, la discriminación o la invisibilización de tales factores.

El segundo, el enfoque diferencial, aportaría como ya se mencionó, en el mejoramiento de la pertinencia de las acciones definidas por el protocolo. Adicionalmente, dicha inclusión, permitiría al personal asistencial identificar y reconocer las especiales condiciones de vulnerabilidad de las víctimas, que pueden sufrir las mujeres por su pertenencia étnica, migración, edad, discapacidad, situación de salud, entre otras, y evidenciar la relación intrínseca de las violencias basadas en género y el estigma asociado a la infección por VIH, y el efecto particular de éste sobre las mujeres; con lo cual se puede mejorar la capacidad instalada para brindar atención en salud integral y diferenciada a las mujeres víctimas de violencia sexual y/o a las mujeres que viven con VIH.

Vale decir también que este tipo de procesos pueden brindar herramientas de afrontamiento para el personal médico asistencial. La atención inicial para las víctimas de violencia sexual es un proceso que genera estrés a corto y mediano plazo, y desgaste emocional para el personal médico asistencial, quienes muchas veces tienen que enfrentar la carga emocional de la víctima, con pocas herramientas para hacerlo; en estos casos, resulta necesario el acompañamiento profesional en psicología de forma continua, el cual puede hacer parte de los procesos de formación en el marco de la ruta de atención a víctimas de violencia sexual o “código blanco, y de la consulta especializada en psicología para este tipo de profesionales”. En este sentido se señala:

“...ante algunos casos uno no puede evitar derrumbarse, entonces uno tiene que respirar y hacer catarsis, y hacerle la atención para evitar que hayan más lapsos y alargar más el proceso, también necesitamos esa ayuda y ese apoyo psicológico, porque una llega a su casa y hace catarsis, pero siempre quedan los pacientes en el pensamiento y realmente muchas veces uno no puede trabajar bien, y más en ese sentido de los niños, que son más vulnerables...eso sería importante, apoyo del equipo de psicología al personal que hace la atención inicial...”

Se recomienda facilitar los procesos de asignación de citas, en especial las de psicología, como componente esencial para la prevención de violencia sexual, infección por VIH, activación de la ruta, para la atención integral a las víctimas de violencia sexual. En este sentido, otro aspecto mencionado por el equipo profesional entrevistado, son las barreras para el acceso a las citas de psicología, en especial para el régimen contributivo. Como lo señala García Peña (2015) “el área psicosocial es una rama de aplicación profesional que presta orientación y acompañamiento permanente, ofrece la atención en crisis y de urgencias psicológicas; también se encarga de asesorar y gestionar el acceso a servicios y programas estatales que permitan restablecer los derechos vulnerados, desde cualquiera de los sectores de intervención que atiende la ruta”⁷². Los servicios de esta área son una puerta de entrada indispensable para garantizar el adecuado funcionamiento de la ruta de atención, una instancia articuladora entre los servicios de salud y la comunidad usuaria. Sin embargo, este tipo de atención no siempre se le otorga la importancia que reviste.

Dado que la consulta de psicología es considerada como una especialidad dentro del sistema, su asignación depende del médico, quien valora o no la pertinencia, dado que la atención en psicología no siempre es vista como algo importante por parte del personal médico, resulta frecuentemente que las citas sean desestimadas, con lo que se pierde la oportunidad de atención o detección de las violencias, así como las posibilidades de denuncia y búsqueda de ayuda por parte de la víctima, y la consecuente activación de la ruta de atención. En este sentido,

⁷² García Peña, J. (2015). Propuesta efectiva de ruta de atención intersectorial para violencias sexuales. Universidad Luis Amigó. Medellín., p. 55.

las personas entrevistadas, señalan la importancia de fortalecer el seguimiento que se da por parte de psicología, en casos de violencia sexual y de VIH:

“Se les diagnostica y no se le hace un seguimiento, llega después de un mes en condiciones precarias porque no se tomó los retrovirales: nos pasó con una paciente la semana pasada: paciente de 29 años con diagnóstico de VIH, falleció acá porque no seguía adherencia al tratamiento, porque nunca se le hizo seguimiento y el VIH fue diagnosticado acá, pero no se le hizo esa verificación de condiciones de aseguramiento, para contar con los medicamentos, entonces ya llegó con neumonía, y la paciente falleció...”

“...que cuando ya está el diagnosticado de VIH se pueda garantizar el servicio de psicología y toda la parte de seguimiento médico, incluyendo también los medicamentos; yo le mandé 6 sesiones de psicología por consulta externa y de esas 6 sólo quisieron autorizar una, o entonces se le pide la historia clínica para autorizar una cita de psicología, ... piden la justificación de porqué se necesitan las sesiones de psicología, piden un informe... son barreras de acceso, que hacen que la persona se canse, y no asista al servicio. Entonces detectamos el VIH de manera oportuna, pero nunca se hizo el seguimiento, miles de barreras de acceso..., entonces cuando vamos a ver la persona tiene afectaciones complicadas por VIH, son cosas que se pueden prevenir mucho. Los casos también de un intento suicida, o es una conducta como tal, a raíz de una huella psicológica por abuso sexual, que jamás nunca se atendió. Entonces lo mismo, si es un “código blanco” y tiene una orden por psicología tienen que darle el servicio...”

Así mismo, vale señalar que la consulta en psicología, facilitaría los procesos de re significación del impacto que la infección por VIH tiene sobre las mujeres, y que han sido manifestadas en sus testimonios; tales como la culpa, la auto discriminación, los efectos en su imagen corporal, su autoestima y su sexualidad, y el correspondiente impacto en su calidad de vida y la adherencia al tratamiento; de la misma forma que permitiría abordar traumas y huellas psicológicas generadas por los ciclos de violencias, y el continuum de violencia a lo largo de sus vidas, y contar con herramientas para cortar con estos ciclos, y optar por posibilidades constructivas en sus proyectos de vida.

Se recomienda además, la necesidad de retomar procesos que mejoren la detección no solo durante la consulta inicial de urgencias; sino a través de la detección “in situ”, a través de las acciones de promoción y prevención de la salud adelantadas en los territorios, las cuales permitan que el equipo profesional, llegue hasta las comunidades y los hogares para adelantar acciones de educación en salud. Con lo cual problemáticas como la violencia sexual o el abuso de sustancias psicoactivas, podrían ser detectadas e intervenidas oportunamente, antes de convertirse en una urgencia médica:

“...Se perdió mucho tiempo y espacio de un programa, que eran los de médicos de territorio y los equipos de territorio saludable, es la única manera que llegar con promoción y prevención en salud. Habría que fortalecer muchísimo eso. Aquí llegan casos que no deberían llegar; hablo de la víctima del abuso sexual, de consumo de spa, de intento de suicidio, porque deberían detectar en el territorio, e intervenirlas. Pero se perdió mucho. Entonces nos llegan esos casos acá desgraciadamente a la atención de urgencia. Entonces hay que fortalecer como política pública en salud, la promoción y prevención, bajo el esquema que se quiera llamar. En un país de estas características no existe, y atender lo que realmente toda atender aquí en urgencias...”

En este sentido, se recomienda la vinculación del sector comunitario, en particular de las organizaciones de mujeres especializadas en violencia sexual y VIH/Sida, quienes pueden apoyar de forma complementaria, acciones pedagógicas y de movilización social, en la prevención, generación de alertas tempranas, la activación de la ruta, sus procesos de eficacia y articulación, veeduría y control social, así como acompañamiento comunitario a las víctimas de las violencias sexuales, o que viven con VIH/Sida, y en el desarrollo de acciones contra el estigma y la discriminación en el contexto del VIH/Sida, especialmente dirigido a mujeres, por parte de sus parejas.

Así mismo se manifiesta la importancia de profundizar los análisis de los casos, a la luz de los contextos presentes en cada uno de ellos, detectar factores de riesgo, y lograr interpretaciones más integrales que contribuyan a la atención y la remisión oportunas a servicios especializados, que complementen las acciones que por la dinámica propia, no es posible realizar desde los servicios de urgencias:

“...Que cuando se presentan los casos en la reunión de Red, quedan los casos como anecdóticos, y como una cifra, fría ahí, pero no miramos como el otro contexto de la atención. Pero hay otras cosas que se nos salen, del contexto de la atención. A una ama e casa que viene por una infección urinaria, se le debería profundizar un poquito más...aunque, claro está, la consulta de urgencias no se presta para eso, pero debería manejar como los grupos focales, como las salas de paciente hipertenso: si yo le detecto aquí en la consulta que tiene algún factor de riesgo, yo de una vez la

direcciono a un grupo focal; y podría ser una manera de prevención, porque en la consulta de urgencias no hay el tiempo para eso...”.

De igual forma resulta importante que desde la secretaría de salud se diseñen e implementen herramientas y procesos de monitoreo a que permitan evidenciar la observancia del Protocolo para la Atención de las Víctimas de Violencia Sexual, lo cual podría contribuir al desarrollo de las funciones de la dependencia, de conformidad con lo establecido en el Artículo 21 del Decreto 507 de 2013, específicamente con:

1. Los procesos de planeación, promoción, implementación y evaluación de mecanismos, estrategias, instrumentos y estándares que contribuyan a la mejora de la calidad de los servicios de salud, en esta temática;
2. La medición, análisis y evaluación de la calidad en la prestación de servicios, consolidación de la información, definición y priorización de acciones de acuerdo a los resultados obtenidos;
3. La definición y desarrollo de líneas de investigación, relacionadas con la calidad en la prestación de los servicios de salud en el marco de la Ruta Integral de Atención a Víctimas de acuerdo con el Protocolo;
4. La realización de acciones destinadas a la promoción en los prestadores y usuarios de servicios de salud la seguridad en la atención en esta materia.

De igual forma, se recomienda a la Secretaría Distrital de Salud, evaluar la posibilidad para que la información producida por áreas estratégicas como: Inspección Vigilancia y Control, guardando la debida confidencialidad, pueda entregar datos derivados de los hallazgos de los procesos de investigación, que permitan identificar las fallas en los procesos de atención, que sirvan para el análisis de la calidad del servicio de atención a las víctimas de violencias sexuales, con la cual se puedan diseñar estrategias para fortalecer la atención en esta materia y prevenir su ocurrencia.

Frente a los procesos técnicos realizados desde el ámbito de la prestación de servicios, analizados a través de las historias clínicas las conclusiones y recomendaciones se agruparon en cuatro categorías: 1) Acciones dirigidas a contrarrestar, prevenir o atender la violencia sexual; 2) Detección de la infección por VIH, asesoría pre y pos test, entrega de insumos; 3) Acompañamiento psicología y trabajo social; 4) Detección de factores de vulnerabilidad y consulta inicial diferencial.

Frente a las acciones dirigidas a contrarrestar, prevenir o atender la violencia sexual, se resalta el tamizaje de la violencia sexual realizada en algunas de las historias durante la consulta de ginecología y en la asesoría para VIH. Sin embargo, no se evidencia el abordaje con las consultantes de otros tipos de violencias cuya manifestación puede ser más sutil, como lo son la violencia psicológica o emocional, y la violencia económica, las cuales están intrínsecamente ligadas a la violencia sexual en el contexto de pareja. Por tanto, se recomienda que este tipo de tamizaje y e indagaciones se hagan en todas las consultas relacionadas con la salud sexual y reproductiva y VIH y que estén acompañadas de estrategias básicas de auto cuidado, que le ayuden a una mujer a identificar o reconocer rápidamente una situación de violencia que puede estar viviendo e identificar cuándo deben alejarse de una relación o situación que pueda llevar a violencia basada en género.

Sobre la detección de la infección por VIH, asesoría pre y pos test, entrega de insumos de prevención (condones), no se evidencia que su realización de forma sistemática, como ya se ha mencionado y no se evidencian consentimientos informados en los registros electrónicos. Al respecto, resulta importante señalar que su importancia radica en la posibilidad de estos procesos en la generación o fortalecimiento de capacidades en las personas para hacer frente a la infección, desde la prevención y el cuidado autónomo; por tanto en ausencia de estos procesos, las consultantes quedan expuestas al desconocimiento, y a la espera del resultado, lo cual puede tener graves consecuencias psicológicas y psicosociales en ella. Por tanto, se recomienda, el fortalecimiento estos dos procesos (asesoría pre y entrega de condones) para la detección del VIH.

Frente a la ausencia de consentimientos informados en las historias diligenciadas electrónicamente o digitalizadas, esta investigación establecer que dicha ausencia obedezca a: i) que no se encuentran relacionadas o incluidas en los registros electrónicos, o ii) si esta ausencia obedece a que no se contó con el consentimiento de la paciente al momento de hacer la prueba. Si esta situación obedece al primer escenario se recomienda incluir en el formato electrónico un aparte que refiera a que ésta fue realizada y reposa en el archivo físico; y si es el segundo escenario,

se recomienda revisar este proceso, y realizar los correctivos del necesarios para garantizar el acceso voluntario a la prueba para VIH, dado que su omisión es una falta que vulnera los derechos de las consultantes.

Acompañamiento psicología y trabajo social, frente a este aspecto, vale reiterar la importancia que estos procesos revisten en la prevención, detección, prevención de las violencias basadas en género y atención a las mujeres que la han experimentado, así como afrontar el posible diagnóstico de VIH. La importancia, como se ha mencionado, permite a la consultante generar o fortalecer elementos personales y colectivos, para identificar, reconocer y hacer frente a la violencia que experimenta o puede experimentar por el hecho de ser mujer, vivir con VIH, estar en estado de gestación, entre otros factores; sin embargo, lo que se evidencia en estas historias es que, las consultas se concentran en estos dos últimos aspectos (VIH y gestación), y se descuidan la prevención de violencias, y el abordaje de elementos para su detección o denuncia. Por tanto, ante la alta probabilidad de que cualquier mujer experimente violencia a lo largo de su vida, se recomienda, que en la consultas de psicología y trabajo social, de forma rutinaria se indague, y promuevan acciones para la prevención, detección, atención y denuncia a las violencias basadas en género, a todas las mujeres, así estas expresen que no ha sido sus víctimas.

Frente a la detección de factores de vulnerabilidad y consulta inicial diferencial, resulta importante decir que es uno de los elementos más débiles, en la cadena de atención frente a las violencias dirigidas a las mujeres. Ello puede estar asociado a diferentes factores que van desde los asociados a la esfera personal del/la profesional de atención, o a elementos propios de la dinámica de la atención medica que limita el tiempo o disponibilidad de/la profesional para indagar sobre esta temática durante la consulta. Lo que se recomienda en este aspecto es fortalecer las capacidades de los equipos profesionales para el desarrollo de la consulta y la entrevista inicial, a fin de obtener durante este momento elementos claves para la detección de posibles casos de violencia, y factores de vulnerabilidad que pueden ser abordados por la Ruta de Atención a Víctimas de la Violencia Sexual, y el Protocolo respectivo.

Como se ha señalado a lo largo de este documento, la violencia sexual en contra de las mujeres hace parte de un continuo de violencias más amplio que ellas enfrentan. Es pertinente indagar no solo por hechos de violencia sexual, sino también por otro tipo de violencias presentes en su vida cotidiana, que muchas veces son negados o ignorados por ellas por diversas razones. Por ejemplo, por miedo, vergüenza, o por desconocimiento, cuyos efectos deben valorarse de manera diferencial, de acuerdo con las condiciones específicas de cada mujer frente a factores como la pertenencia étnica, la orientación sexual, la expresión de género; la edad, las capacidades diversas, entre otros factores.

Impunidad y acceso limitado a la justicia

Aunque esta investigación no tuvo contacto directo con el personal del sector justicia, los testimonios obtenidos entregados por el personal asistencial, así como de las propias víctimas, nos dan elementos para generar las siguientes reflexiones y recomendaciones en esta materia.

La impunidad manifiesta frente a los casos de violencia hacia las mujeres, informadas por la fiscalía superan en más del 80% de los casos, y el incremento sin antecedentes de los casos de violencia sexual durante el último año, reportado por la INML-CF, evidencian la ineficacia del estado colombiano para prevenir estos crímenes, proteger a sus víctimas y sancionar a los culpables de su comisión y muestran un panorama desalentador para las víctimas quienes expresan falta de confianza en las autoridades, y deciden no denunciar. Cuando se decide hacerlo, durante el proceso de atención inicial de urgencias las víctimas reciben una atención que busca la estabilización y la reparación inicial del daño, en los cuales el equipo de profesionales demuestra interés y compromiso para su correcta ejecución; sin embargo cuando éstas acuden a los servicios de justicia, reparación y la garantía de no repetición, se hace evidente una serie de falencias que impiden a la víctima ejercer sus derechos y obtener el apoyo que necesita. En este sentido, los testimonios de las participantes muestran una serie de falencias que han sido ya descritas, y corroboradas por el personal asistencial: son juzgadas, o culpabilizadas del hecho por parte de las autoridades; sus denuncias ignoradas, o reciben una atención parcial que no responden a sus necesidades.

La falta de prevención que se materializa en la continuidad de la ocurrencia de los hechos, el altísimo nivel de impunidad en que los crímenes sexuales se encuentran, la ausencia total de medidas de reparación para las víctimas y la carencia de un enfoque diferenciado respecto de las mujeres, dan cuenta del incumplimiento del Estado

colombiano de garantizar a las víctimas sus derechos, de actuar con la debida diligencia y, en general, de diseñar y ejecutar una política estatal integral para abordar el fenómeno.

En este sentido, las víctimas siguen quedando invisibles en una situación de re victimización institucional con lo cual se mantiene el contínuum de violencia, y perpetúan los ciclos de violencia, e impunidad frente al perpetrador, impidiéndoles la atención y la reparación integral y retomar sus proyectos de vida, lo cual claramente es una barrera para su empoderamiento y la superación de situaciones de vulneración. La poca respuesta institucional refleja la indiferencia y la tolerancia institucional y social hacia estos delitos; y la ausencia total de un enfoque diferenciado y con perspectiva de género que les permita reconocer y abordar, sin sesgos ni estereotipos las particulares condiciones de vulnerabilidad de las víctimas.

Por lo cual resulta necesario profundizar los procesos de sensibilización en los equipos institucionales actores de la ruta de atención, acerca del contínuum de violencia hacia las mujeres, los efectos para ellas, para la sociedad y para el desarrollo; así como los factores que lo perpetúan, y promover la reflexión sobre sus imaginarios creencias actitudes y practicas institucionales que legitiman y perpetúan este tipo de violencia; así como el conocimiento del cuerpo normativo, legal y jurisprudencial sobre estas materias que obliga a los representantes del Estado a actuar sin dilación. Así como, promover procesos de formación para la participación y ciudadanía tendientes a la exigibilidad de derechos de las mujeres y derechos de las víctimas, estos y últimos que pueden ser liderados por entidades como: la Defensoría del Pueblo, la Secretaria de Distrital de Salud en coordinación con la Secretaria Distrital de la mujer, la Personería Distrital entre otras.

Tolerancia social a la violencia ejercida sobre las mujeres y las niñas.

La creencia entre las comunidades acerca de que las violencias, en especial la sexual es un hecho normal, propio del hecho de ser mujer, legitima socialmente los crímenes hacia las mujeres y a las niñas, y las hace invisibles como víctimas. Este hecho como se ha señalado anteriormente, desincentiva la denuncia, y limita las posibilidades para que las víctimas puedan pedir ayuda, las entidades detecten el fenómeno y generen respuestas. Por ello el abordaje de la violencia sexual, en el marco de la ruta de atención integral a víctimas de violencia sexual debe implicar acciones que vinculen a la comunidad a través de acciones de movilización social, de tal forma que se posicionen en el imaginario como un intolerable social.

Para ello resultan útiles los medios de comunicación comunitarios, las organizaciones de jóvenes y mujeres, que pueden apoyar desde sus ámbitos de acciones que cuestionen estereotipos de género y de creencias y prácticas legitiman la violencia hacia las mujeres. Campañas informativas que entreguen información sobre las rutas de atención y los mecanismos de denuncia.

Ausencia de conocimiento en dinámicas de violencia en poblaciones específicas: Investigación y gestión de conocimiento

El desarrollo que aproximaciones diferenciales que den respuesta a la violencia ejercida sobre las mujeres requieren la construcción de una mirada interseccional, para lo cual se requiere ampliar el conocimiento de las realidades que viven las mujeres en diferentes contextos. En particular, los de las mujeres afro descendientes, mujeres indígenas y mujeres trans, sobre las cuales existe poco o nulo conocimiento sobre los factores sociales culturales, los estereotipos de género, las prácticas patriarcales, el contexto político y económicos que las determinan, y cómo estos factores interactúan entre si y las hacen vulnerables a la infección por VIH, valga señalar el especial impacto que ha tenido sobre estas poblaciones de mujeres, el conflicto armado interno, y el uso de la violencia sexual como arma de guerra; así mismo, comprender la dinámica que el contínuum de violencia toma en estos contextos y la formas en que han superado el contínuum o cortado los ciclos de violencia en el ámbito de las parejas erótico/afectivas

En esta vía, resulta importante resulta importante para la comprensión del contínuum abordar las intersecciones de diferentes factores que se toman del estudio de UNFPA “Brechas de Desigualdad: de los objetivos del milenio a los objetivos de desarrollo sostenible” (2017), estas son:

1. La relación entre pobreza (incluido el uso del tiempo como un indicador de pobreza), educación (calidad de la educación y estereotipos de género) y resultados en el empleo;
2. La violencia contra las mujeres y el conflicto como cargas ocultas que limitan su autonomía política y los resultados sobre la participación política;
3. La violencia de género, las desigualdades sociales, culturales y económicas, y los resultados en SSR. Estos abarcan las interrelaciones entre pobreza, embarazo no deseado, VBG y mortalidad materna. Así como entre embarazo no deseado/deseado, violencia basada en género y embarazo en la adolescencia (con énfasis en menor de 14 años y segundo embarazo)⁷³.

⁷³ ONUMUJERES – UNFPA. (2017). Brechas de Desigualdad: de los objetivos del milenio a los objetivos de desarrollo sostenible., Bogotá., p. 31

ANEXOS

Marco Normativo y programático VIH y Violencia Sexual en Colombia

A nivel internacional el país se ha comprometido para dar respuesta a la epidemia a partir de la suscripción de tratados y acuerdos internacionales de derechos humanos, entre los que se destacan:

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994

Objetivos de desarrollo sostenible: 3 y 5 relacionados con el propósito de esta investigación:

ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, y plantea que es fundamental garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos a cualquier edad, lo que resulta en que, para el 2030, se debería estar poniendo fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles

ODS 5: Lograr la igualdad de Género y autonomía de la mujer y las niñas, “Las mujeres y hombres practican y promueven normas saludables de género y trabajan juntos para poner fin a la violencia sexual y de pareja basada en el género para mitigar el riesgo y el impacto del VIH”

La declaración política del VIH y el SIDA del año 2016 que reafirma el trabajo en la lucha contra el VIH/SIDA del 2001 y las declaraciones políticas y sobre el VIH y el SIDA del 2006 y el 2011, como es reducir el número de personas que contraen el VIH a menos de 500.000 al año y el de personas que mueren por causas relacionadas con el SIDA a menos de 500.000 al año, así como eliminar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH

La estrategia mundial de acción acelerada o fast track propuesta por ONUSIDA, enfocada a lograr que a 2020, el 90% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico de la enfermedad; el 90% de las personas diagnosticadas con el VIH reciban terapia antirretroviral continuada y el 90% de las personas que reciben terapia antirretroviral, tengan supresión viral.

La Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH de la OMS. 2016- 2021 “hacia el fin del VIH”, incluye entre las orientaciones estratégicas “Reducir la vulnerabilidad al VIH, su transmisión e infección” mediante, entre otras acciones, la prevención y manejo de la violencia sexual y de género.

A nivel nacional

El Plan Nacional de Prevención y control de SIDA de 1988, da inicio a la respuesta de Colombia frente al VIH/Sida. Desde esta época hasta el momento actual, han tenido lugar una serie de desarrollos programáticos y jurídicos que vienen configurando las acciones de país frente a la epidemia de VIH/Sida, los cuales guardan coherencia con los compromisos internacionales y los desarrollos normativos nacionales; entre ellas, Constitución Política de Colombia que alude en su contenido, a los derechos sexuales y reproductivos, y establece la salud y seguridad social como servicios públicos a cargo del Estado.

En la actualidad, el país cuenta el Plan Nacional de Desarrollo 2014- 2018, en el marco de la cual se desarrolló la Ley Estatutaria de Salud, que reguló el derecho fundamental a la salud y estableció sus mecanismos de protección, y la definió como un derecho autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo

colectivo; por su parte, la Política de Atención Integral de Salud y, el Modelo Integral de Atención en Salud MIAS, que la operacionaliza, se fundamentan en la Atención Primaria en Salud (APS), con un enfoque de salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones. Estos instrumentos pretenden generar mejores condiciones de salud para la población a través de la regulación de la intervención sectorial e intersectorial.

Así mismo, el país cuenta con el Plan Decenal de Salud Pública - PDSP 2012- 2021 que apuesta por la equidad en salud. Reconoce la salud como un derecho humano interdependiente con otros y como dimensión central del desarrollo humano; por lo que se enfoca en avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; mejorar las condiciones de vida y salud de los habitantes, y mantener cero tolerancias con la mortalidad y discapacidad evitable. Por otra parte, presenta múltiples enfoques dentro de los que se encuentran: la salud como un derecho, el enfoque diferencial el enfoque poblacional y el modelo conceptual de determinantes sociales.

Para el abordaje de los distintos frentes, el Plan Decenal de Salud Pública cuenta con dos dimensiones transversales: la gestión diferencial de poblaciones vulnerables y el fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud, cuenta además con 8 dimensiones transversales; entre ellas, la número 5 de “sexualidad y derechos”, que busca promover las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que permiten el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad como un derecho humano, para el desarrollo de las potencialidades de las personas durante todo su ciclo vital, así como de los grupos y comunidades, desde un enfoque de género y diferencial y cuenta el “abordaje integral de las violencias de género y violencias sexuales”, como una de sus estrategias.

Por su parte, la Política Nacional de Sexualidad, Derechos sexuales y Derechos Reproductivos que desarrolla el componente 5 del PDSP, promueve el disfrute de la sexualidad y el ejercicio autónomo de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en forma digna, libre, e igualitaria y la transformación de los lugares, conceptos e imaginarios desde donde se piensa y vive la sexualidad, a fin de contribuir a que la ciudadanía alcance el más alto estándar de salud sexual, salud reproductiva. La política reconoce como entre las áreas de especial interés para la prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva, el abordaje integral de las violencias de género, entre ellas las sexuales, frente a las cuales señala que deben ser profundizadas, reflexionadas, actualizadas, potenciadas, sinergizadas, en los procesos de prevención y atención como parte de una visión ampliada de la sexualidad, de conformidad con lo establecido en la Ley 1257 de 2008 y con el protocolo y Modelo de atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia sexual, Resolución 459 de 2012 .

En coherencia con los instrumentos de política pública anteriormente señalados, se cuenta también con el Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH y co-infección Tuberculosis/VIH y las Hepatitis B y C, Colombia 2018- 2021, que tiene como fin fortalecer las capacidades institucionales y comunitarias para la reducción de la morbilidad y mortalidad por VIH, ITS, hepatitis B y C y co-infección TB/VIH, a través de acciones de promoción de la salud, gestión Integral del riesgo y gestión en salud pública, focalizadas en poblaciones clave entre las que se encuentran: Gestantes; Personas con diagnóstico de TB; hepatitis B. C; adolescentes y jóvenes; mujeres en situación de vulnerabilidad; víctimas del conflicto armado; desplazada o migrante; consumidores de sustancias psicoactivas (SPA); personas con diagnóstico de ITS; en condición de discapacidad, e indígena y afro descendiente.

Adicionalmente, en materia normativa, se cuenta con:

La Ley 100 de 1993, la cual estableció el actual SGSSS, que define las reglas de juego que garantizan la atención en salud a través de la vinculación de la población a uno de los dos regímenes de atención conocidos como régimen contributivo y subsidiado;

El Decreto 1543 de 1997 que reglamenta el manejo de la infección por VIH y el SIDA en relación con el diagnóstico, consejería para la prueba voluntaria, la obligación de atención, el derecho al consentimiento informado, la confidencialidad y el deber de no infectar.

La Ley 972 de 2005, que declaró como interés y prioridad para el país de la atención integral estatal a la lucha contra el VIH/Sida y especificó la garantía por parte del SGSSS del suministro de medicamentos, reactivos y dispositivos para el diagnóstico y tratamiento de la infección.

La Resolución 3442 de 2006, que adopta el “Modelo de gestión programática”, cuyo planteamiento esquemático incluye las acciones para el desarrollo de programas, planes y proyectos necesarios para dar respuesta a la epidemia de VIH/SIDA, por parte de todos los actores del SGSSS, según los recursos y competencias establecidos por la ley.

La Ley 1122 de 2007 que reformó parcialmente la Ley 100, al reducir los tiempos exigidos de cotización para los usuarios, facilitando el acceso a medicamentos no incluidos en el plan de beneficios para las enfermedades de alto costo.

La Ley 1482 de 2011, que otorgó garantías para la protección de los derechos de las personas o grupos que son vulnerados a través de actos de racismo o discriminación, herramienta que ha sido usada por las personas que viven con VIH/Sida para defender sus derechos.

La Resolución 2338 de 2013, que establece directrices para facilitar el acceso al diagnóstico de la infección por VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual - ITS y para el entrenamiento en pruebas rápidas de VIH, sífilis y otras ITS.

La Circular 031 de 2014 establece lineamientos para garantizar la vacunación contra la hepatitis B a las víctimas de violencia sexual.

La Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015 regula el derecho fundamental a la salud y establece sus mecanismos de protección, define este derecho como autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.

Violencia sexual

Internacional

La Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948

La Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas de 1979

La Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993.

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer de 1994 De Belem do Para, Brasil

La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing de 1995

El Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional, 1998

El Protocolo Facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, diciembre de 1999.

La Resolución 1325, Consejo de Seguridad Naciones Unidas, 31 de octubre de 2000.

Declaración del Milenio, Asamblea General de Naciones Unidas, 13 de septiembre de 2000.

El Consenso de Brasilia de julio de 2010

La XI Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, 16 de julio de 2010

Ley No. 985 del 26 de agosto de 2005, por medio de la cual se adoptan medidas contra la trata de personas y normas para la atención y protección de las víctimas de la misma.

La Ley 1257 de 2008 que promulgó una serie de medidas para garantizarle una vida libre de violencia en los ámbitos público y privado, y el ejercicio de los derechos de las mujeres. Estas medidas abarcan, entre otras, promoción, la prevención y la protección integral de los derechos de las víctimas de violencia y el correspondiente acceso a los servicios requeridos, desde los diferentes sectores, entre ellos el de salud.

La Resolución 0459 de 2012, por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual.

La Ley No. 1542 del 5 de julio de 2012, Por la cual se reforma el artículo 74 de la Ley 906 de 2004, Código de Procedimiento Penal.

El documento Conpes 161 de 2013. Lineamientos para la política pública nacional de equidad de género para las mujeres” y el “Plan para garantizar a las mujeres una vida libre de violencias”

El Decreto 1930 de 2013, por el cual se adopta la Política Pública Nacional de Equidad de género para las Mujeres y se crea una comisión intersectorial para coordinar y orientar la Política Pública Nacional de Equidad de género para las Mujeres

La Ley No. 1773 de 06 de enero de 2016, Por medio de la cual se crea el artículo 116a, se modifican los artículos 68a, 104, 113,359, y 374 de la ley 599 de 2000 y se modifica el artículo 351 de la ley 906 de 2004

Decretos:

- Decreto No. 4463 del 25 de noviembre de 2011, por medio del cual se reglamenta parcialmente la Ley 1257 de 2008.
- Decreto No. 2733 del 27 de diciembre de 2012, por medio del cual se reglamenta el artículo 23 de la Ley 1257 de 2008.
- Decreto No. 2734 del 27 de diciembre de 2012, por el cual se reglamentan las medidas de atención a las mujeres víctimas de violencia.
- Decreto No. 4796 del 20 de diciembre de 2011, Por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 8, 9, 13 Y 19 de la Ley 1257 de 2008 y se dictan otras disposiciones.
- Decreto No. 4798 del 20 de diciembre de 2011, por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1257 de 2008, "Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones".
- Decreto No. 4799 del 20 de diciembre de 2011, por el cual se reglamentan parcialmente las Leyes 294 de 1996, 575 de 2000 y 1257 de 2008.

- Decreto 164 Mesa Interinstitucional de 25 de enero de 2010, Por el cual se crea una Comisión Intersectorial denominada "Mesa Interinstitucional para Erradicar la Violencia contra las Mujeres"

MODELOS DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO (para las entrevistas con mujeres que viven con VIH)⁷⁴

Estimada Señora:

Usted ha sido invitada a participar en la investigación "VIOLENCIA SEXUAL Y VIH. Un análisis de la relación entre la ocurrencia de la violencia sexual y la infección por VIH/Sida en Mujeres en la Ciudad de Bogotá", desarrollada por las consultoras Liza García Reyes y Adriana Becerra, este proceso es promovido por ONUMujeres Colombia en el marco del proyecto interagencial desarrollado por ONU Mujeres, el Fondo de Población de Naciones Unidas – UNFPA - , el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD - y la Organización Panamericana de la Salud – OPS -, dicho proyecto busca disminuir la incidencia del VIH en población de 14 a 28 años de los grupos clave en la ciudad de Bogotá, a través de la oferta y utilización de intervenciones estructurales, comportamentales y biomédicas.

El objetivo de esta investigación es analizar la violencia sexual como determinante social y causa probable de la infección por VIH en Mujeres que viven con el Virus en la Ciudad de Bogotá.

Por intermedio de este documento se le está solicitando que participe en esta investigación, porque consideramos que la voz de las mujeres que viven con el virus es primordial para entender cómo podemos generar acciones y estrategias para mejorar la atención y la prevención del mismo.⁷⁵

Por intermedio de este documento se le está solicitando que participe en esta investigación, porque consideramos que su experiencia en el abordaje y atención a mujeres víctimas de violencia sexual es fundamental para comprender cómo podemos mejorar las acciones y estrategias para mejorar la atención y la prevención del mismo.⁷⁶

Por intermedio de este documento se le está solicitando que participe en esta investigación, porque consideramos que la experiencia de su organización en el trabajo con mujeres y/o con mujeres que viven con el virus es primordial para entender cómo podemos generar acciones y estrategias para mejorar la atención y la prevención del mismo.⁷⁷

Su participación es voluntaria, consistirá en brindarnos un espacio de entrevista que durará como máximo 2 horas y se realizará en el lugar que se acuerde con usted.

Su participación en esta investigación no involucra ningún daño o peligro para su salud física o mental y es voluntaria.

Usted puede negarse a participar o dejar de participar total o parcialmente en cualquier momento sin que deba dar razones para ello ni recibir ningún tipo de sanción.

Su participación en este estudio no contempla ningún tipo de compensación o beneficio.

⁷⁴ Este modelo de consentimiento informado ha sido adaptado para este propósito del trabajado en la Universidad de la Frontera - Chile- se puede consultar en <http://cec.ufro.cl/index.php/modelos-tipo?id=9>

⁷⁵ Este aspecto sólo estará en el modelo de consentimiento informado de las mujeres que viven con el virus.

⁷⁶ Este aspecto sólo estará en el modelo de consentimiento informado del equipo prestador de salud

⁷⁷ Este aspecto sólo estará en el modelo de consentimiento informado de las mujeres que pertenecen a las organizaciones sociales

Cabe destacar que la información obtenida en la investigación será confidencial y anónima, y será guardada por las investigadoras responsables y sólo se utilizará en los trabajos propios de este estudio.

Una vez finalizado la investigación usted como participante tendrá derecho a conocer los resultados del mismo para lo cual se compartirán con usted el informe final mediante el medio que desee.

La participación es totalmente confidencial, ni su nombre, ni ninguno de los datos personales que aquí suministre que pueda identificarla aparecerá en los registros del estudio, ya que se utilizarán códigos o nombres ficticios si fuese necesario.

La información que pueda obtenerse a partir de su participación será de utilidad para la construcción de recomendaciones a las instituciones del Estado encargadas de prevenir y atender la infección por VIH/Sida.

El participar en la investigación no tiene costos para Usted y no recibirá ningún pago por estar en este estudio.

Si tiene dudas o consultas respecto de la participación en la investigación, o preocupaciones relacionadas con la conducción de la investigación o preguntas sobre sus derechos al participar en el estudio puede contactar a las investigadoras al correo electrónico liza.garcia.reyes@gmail.com o adrianabecerracastro@yahoo.es

Parte del procedimiento normal en este tipo investigación es informar a las personas participantes y solicitar su autorización (consentimiento informado). Para ello le solicitamos diligenciar la siguiente hoja.

Agradecemos desde ya su colaboración,

ACTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, Cédula de Ciudadanía _____ acepto participar voluntaria y anónimamente acepto en la investigación participar en la investigación “VIOLENCIA SEXUAL Y VIH. Un análisis de la relación entre la ocurrencia de la violencia sexual y la infección por VIH/Sida en Mujeres en la Ciudad de Bogotá”, desarrollada por las consultoras Liza García Reyes y Adriana Becerra,.

Declaro haber sido informada/o de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación que se me solicita. En relación a ello, acepto participar en la entrevista que se realizará.

Declaro además haber sido informado/a que la participación en este estudio no involucra ningún daño o peligro para mi salud física o mental, que es voluntaria y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna.

Declaro saber que la información entregada será confidencial y anónima. Entiendo que la información será analizada por los investigadores en forma grupal y que no se podrán identificar las respuestas y opiniones de modo personal. La información sólo se utilizará en los trabajos propios de esta investigación.

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando uno en poder de cada una de las partes.

_____	_____
Nombre Participante	Nombre Investigadora
_____	_____
Firma	Firma
Fecha:	Fecha:

Si tiene dudas o consultas respecto de la participación en la investigación, o preocupaciones relacionadas con la conducción de la investigación o preguntas sobre sus derechos al participar en el estudio puede contactar a las investigadoras al correo electrónico liza.garcia.reyes@gmail.com o adrianabecerracastro@yahoo.es

Con relación al análisis de historias clínicas las investigadoras se comprometen a suscribir una carta de confidencialidad de la información, si la Secretaría Distrital de Salud no contara con un modelo, se propone la siguiente

CARTA DE CONFIDENCIALIDAD

Bogotá, Octubre 1 de 2018

Las investigadoras Liza Yomara García Reyes identificada con cédula de ciudadanía 52902315 y Adriana Becerra Castro identificada con cédula de ciudadanía 51954619, hacemos constar que nos comprometemos a resguardar, mantener la confidencialidad y a no hacer mal uso de los documentos, expedientes, reportes físicos y/o electrónicos o cualquier otro registro o información relacionado con la investigación “VIOLENCIA SEXUAL Y VIH. Un análisis de la relación entre la ocurrencia de la violencia sexual y la infección por VIH/Sida en Mujeres en la Ciudad de Bogotá” a nuestro cargo.

Nombre

Nombre



Firma

Firma

Fecha:

Fecha:

FORMATO PARA RECOLECCION DE INFORMACION DE HISTORIAS CLINICAS

 <p>BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>Un análisis de la relación entre la ocurrencia de la violencia sexual y la infección por VIH/Sida en Mujeres en la Ciudad de Bogotá</p>		
Nombre de la EPS	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Nombre de la IPS	DIRECCION: <input style="width: 100%;" type="text"/>		
	TELEFONO: <input style="width: 100%;" type="text"/>		
Hora de inicio	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Hora de finalizacion	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Fecha de visita	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
REVISION HISTORIA CLINICA			
Tipo de historia clinica	<input style="width: 50%;" type="text"/>	<input style="width: 50%;" type="text"/>	
Criterios a observar			
Se identifica valoración integral en salud sexual y salud reproductiva	SI	NO	OBSERVACION
Se identifican conductas de riesgo y se orienta frente a otras ITS			
Se registran las acciones de educación realizadas frente a los derechos sexuales y reproductivos			
Se encuentra soportada la prueba realizada para VIH			
Existe formato de consentimiento informado y disentimiento informado para prueba voluntaria de VIH			
Se registra la percepción del paciente respecto a su diagnóstico y conducta a seguir			
En historias de usuarios con diagnóstico confirmatorio de VIH existe soporte del proceso de notificación del caso a SIVIGILA			
Se realizó el procedimiento necesario para la notificación de los casos al subsistema de vigilancia en salud pública SIVIM.			
Se registra el estímulo a la pareja para la asesoría en VIH y prueba voluntaria			
Se registra el estímulo para el uso del preservativo			
Se hace entrega de preservativos dentro de la asesoría			
Se registra intervención terapéutica especializada en salud mental.			
En el caso de violencia intrafamiliar y sexual se evidencia derivación hacia otros sectores involucrados en la atención del caso.			
Se encuentra registro de los seguimientos rutinarios que requiere una víctima de VS atendida por el sector salud.			
Abuso sexual			
Agresión sexual con fuerza corporal			
agresión sexual con fuerza corporal en vivienda			
agresión sexual con fuerza corporal en institución residencial			
agresión sexual con fuerza corporal en escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas			
agresión sexual con fuerza corporal en áreas de deporte y atletismo			
agresión sexual con fuerza corporal en calles y carreteras			
agresión sexual con fuerza corporal en comercio y áreas de servicios			
agresión sexual con fuerza corporal en área industrial y de la construcción			
agresión sexual con fuerza corporal en granja			
agresión sexual con fuerza corporal en otro lugar especificado			
agresión sexual con fuerza corporal en otro lugar no especificado			
Examen y observación consecutivos a denuncia de violación y seducción			
Otros síndromes de maltrato por esposo o pareja			
Otros síndromes de maltrato por padre o madre			
Otros síndromes de maltrato por conocido o amigo			
Otros síndromes de maltrato por autoridades oficiales			
Problemas relacionados con prisión y otro encarcelamiento			
Problemas relacionados con la exposición a desastre, guerra u otras hostilidades			
Sospecha de maltrato físico			
Sospecha de abuso sexual			
Sospecha de violencia sexual			
Sospecha de maltrato emocional			
Firma profesional que asiste a la entidad a la revisión de las HCL:		Firma profesional de la entidad que facilita la revisión de las HCL:	
Nombre		Nombre	
Cargo		Cargo	

INFORME DEL PROCESO DE ACERCAMIENTO A LAS HISTORIA CLÍNICAS

El acercamiento a las historias clínicas, ha sido un proceso complejo, tanto por la información sensible de su contenido, como por el proceso administrativo que conlleva el acercamiento a este tipo de documento. En el primer caso, acercarse a los contenidos de las historias clínicas significa conocer de primera mano, los registros médicos, que dan cuenta del proceso de atención establecido entre el personal médico/asistencial y las mujeres que han sido víctimas de diferentes tipos de violencia, entre ellas la sexual, cuyos casos han podido ser detectados, y abordados a través de la ruta de atención prevista en estas circunstancias.

El análisis de las historias clínicas, aporta insumos fundamentales para la comprensión del proceso de atención, los retos que enfrentan los equipos de atención y aquellos aspectos que, de acuerdo con lo previsto en el Protocolo de Atención, pueden fortalecerse o mejorarse para la garantía del derecho a la vida y la salud de aquellas que experimentan este tipo de violencia, así como lecciones aprendidas para fortalecer procesos de prevención de la violencia sexual más eficientes y eficaces.

Arranca desde el momento en que es presentado el proyecto de investigación, al Comité de Investigación y ética de la Secretaría Distrital de Salud, contexto en el cual se indica la necesidad de acceder a la información de algunas historias clínicas de pacientes que hayan experimentado violencia sexual y a su vez, hayan sido diagnosticadas con la infección por VIH. En este espacio se plantea como riesgo, por parte del equipo investigador, la dificultad para acceder a los registros médicos, preocupación que compartió el Comité y frente a lo cual éste último planteó el desarrollo de acciones administrativas para la gestión de las historias clínicas para garantizar el sigilo, el anonimato, y la confidencialidad en el análisis del contenido de las mismas.

La investigación fue aprobada, el 17 de octubre de 2018, identificada como de “riesgo mínimo”, en la cual se indicó, que habría un referente para hacer el contacto directo entre la Secretaría de Salud y la Investigación, a través del cual se establecerían los mecanismos para el acceso a las historias clínicas. Así mismo, se indicó que algunos profesionales de la Secretaría no habían sido contratados, lo cual se planteaba como una dificultad para adelantar dichos trámites. Dos semanas después, esta investigación pudo establecer contacto con la referente designada, recientemente contratada, con la cual se comenzó el proceso de acercamiento a las historias clínicas.

El acceso a las historias requirió de dos tipos de procesos, que fueron identificados a medida que se fue dando la gestión: i) cruce de variables previamente definidas por la investigación, para definir qué historias serán analizadas y ii) acceso físico a cada una de las historias para su posterior análisis. El primer proceso tomó alrededor de dos (2) meses, contados desde el momento en que se presentó la investigación. Lo que esta investigación pudo detectar es la complejidad en el manejo de los sistemas de información implicados en el cruce de variables, y la poca disponibilidad y coordinación interinstitucional del equipo profesional, dadas las múltiples tareas que deben asumir, para adelantar este tipo de acciones.

El segundo proceso, de acceso a cada historia clínica, consistió en recibir de parte de la Secretaría de Salud, las historias clínicas anonimizadas, para ser analizadas, tomó aproximadamente 3 meses. Una vez elaborado el cruce de información, la Secretaría de Salud, pasadas dos semanas informa que no puede suministrar dichas historias, puesto que ha solicitado las mismas a cada Subred y que no han respondido; por lo tanto, es necesario que la investigación se desplace a cada una de las unidades de atención donde reposan las historias, para su consecución.

Para tal efecto, la investigación solicita a la Secretaría de Salud información de contacto de estas entidades, para adelantar dicha gestión, la cual recibe contenida en una base de datos en la que se detectan inconsistencias frente a las direcciones y nombres de las unidades donde reposan las historias a analizar, lo cual impide el desplazamiento a cada entidad.

Adicionalmente, la Secretaría de Salud elabora un oficio de presentación del equipo de investigación y solicitud de facilitar el acceso a las historias clínicas objeto de análisis, ante las cuatro (4) Subredes que aglutinan las Unidades de Prestación de Servicios que constituyen la red pública para Bogotá, y de esta forma facilitar la solicitud de las historias clínicas. Solo hasta este momento se le indica a la investigación que las historias clínicas no se entregarán anonimizadas, sino que deberán ser consultadas en cada IPS, sin que puedan ser escaneadas o fotografiadas y que estas entidades son autónomas para suministrar o no la información.

Inicialmente, el oficio en mención fue proyectado por el área de Provisión de Servicios y, posteriormente esta área trasladó esta tarea a Salud Pública por considerar que no era de su competencia. El oficio de presentación fue emitido finalmente, lo cual tomó aproximadamente un (1) mes, contado desde el momento en que la entidad señala que solicitará las historias clínicas mediante oficio, hasta la emisión de la comunicación a cada IPS.

Internamente, el equipo de investigación, intentó contactarse con las Unidades de Prestación de Servicios de Salud, pero dado que la información telefónica y de correos electrónicos estaba desactualizada, fue necesario desplazarse físicamente para acceder a los nuevos datos de contacto de cada Unidad o Subred. Después de múltiples visitas y contactos telefónicos, solo dos (2) de las cuatro (4) subredes respondió la solicitud: La subred Centro Oriente y la Subred Norte. Hasta la fecha de este informe la Subred Sur, ni la Subred Sur Occidente han respondido a la solicitud, vale señalar que estas dos subredes, están ubicadas en las localidades donde se concentra el mayor número de casos de violencia sexual en Bogotá, según las estadísticas del INMLCF.

Lo que se puede detectar, desde el proceso investigativo, nuevamente es la falta de coordinación interna, entre áreas encargadas, y de éstas con la red de prestadores de servicios de salud; lo cual ha generado re-procesos, e incrementado el tiempo en la gestión; de igual forma, se advierte nuevamente la debilidad en la articulación de los sistemas de información de la Secretaría, que dificulta el rastreo de datos; ya sea por desactualización, o falta de unidad o estandarización en el registro de tales sistemas.

Así mismo, llama la atención la falta de respuesta por parte de las Subredes Sur y Sur Occidente ante la petición originada por este proyecto de investigación, teniendo en cuenta que se busca fortalecer su accionar frente a los procesos de atención y de prevención de la violencia sexual, debería revestir especial interés, si se tiene en cuenta la frecuencia y alta probabilidad con que se presenta este fenómeno entre la población de mujeres que atienden la unidades de atención de estas dos subredes.

De esta forma, tal como se ha mencionado, el proceso administrativo para obtener la información de las historias clínicas resultó ser bastante largo y complejo, lo que limitó el acceso a una muestra más grande. Por esta razón solo se llegaron a conocer 8 de las 20 historias identificadas; es decir, el 40%. De ellas, 6 correspondientes a mujeres gestantes y 2 a mujeres no gestantes en edad fértil.

Análisis de historias clínicas

Como se ha señalado, se analizaron 8 historias clínicas, de las 20 seleccionadas por la Secretaría Distrital de salud, con base en el cruce de variables de Violencia Sexual y Notificación de VIH. Las 8 analizadas corresponden 2 a la Subred Norte, y 6 a la Subred Centro Oriente que respondieron positivamente ante la solicitud de apoyo formulada por parte de la investigación. Las 12 historias restantes que no pudieron ser analizadas corresponden: la primera, a una historia clínica de una paciente ya reportada en la base de datos; la segunda, a una historia clínica reportada por el Hospital San Francisco de Asís, entidad privada, a la que no se pudo contactar porque no fue suministrada la carta de presentación por parte de la Secretaría de Salud; la tercera, a una historia clínica que no existía en la unidad de atención referida en la base de datos. Las 9 restantes corresponden 5 a la Subred Sur y 4 a la Subred Suroccidente, de éstas dos últimas Subredes no se obtuvo respuesta alguna.

Historias clínicas preseleccionadas

No.	Subred crece Registro	No. Identificación	Ciclo Vital
1	Centro Oriente	1000004036	De 18 - 26 años
2	Centro Oriente	53084688	De 27 - 44 años
3	Centro Oriente	1000001612	De 14 - 17 años
4	Centro Oriente	27677128	De 18 - 26 años
5	Centro Oriente	19235434	De 27 - 44 años
6	Centro Oriente	1005085037	De 18 - 26 años
7	Centro Oriente	53070990	De 27 - 44 años
8	Centro Oriente	1000001612	Menor 1 año
9	Norte	23179714	De 27 - 44 años
10	Norte	52432318	De 45 - 59 años
11	Norte	23763658	De 18 - 26 años
12	Sur	1026584199	Menor 1 año
13	Sur	1077445840	De 27 - 44 años
14	Sur	1033728289	De 18 - 26 años
15	Sur	41699178	De 60 - 69 años
16	Sur	1033734394	De 27 - 44 años

17	Sur Occidente	1000330804	De 14 - 17 años
18	Sur Occidente	51833614	De 45 - 59 años
19	Sur Occidente	1005085037	De 18 - 26 años
20	Sur Occidente	1106713819	De 18 - 26 años

Fuente creación propia con base en la información disponible

La expectativa inicial con la que se llegó a las historias era encontrar el proceso de atención de violencia sexual de acuerdo con el protocolo respectivo; no obstante, lo hallado nos mostró que en ningún caso hubo demanda por atención inicial de urgencias por este concepto, los motivos de consulta estuvieron asociados a eventos diferentes a violencia sexual o de otro tipo de violencia basada en género. En la mayoría de los casos, los motivos de atención por urgencias, fueron aspectos relacionados con la gestación y dolencias gastro-intestinales. En este sentido, se procedió a abordar las historias, teniendo en cuenta la información disponible contenida en los registros de los procesos de atención.

Acciones dirigidas a contrarrestar, prevenir o atender la violencia sexual

En 6 de las 8 historias clínicas analizadas, se indaga durante la consulta de ginecología y de asesoría para VIH sobre violencia sexual o intrafamiliar. En 3 de ellas, hay referencias a algún tipo de violencia ejercida sobre la paciente, que señalan presuntamente a la pareja como agresor. Una, por la pareja anterior, otra por la pareja actual; y en el tercer caso, se evidencian indicios de un posible caso de violencia física en contexto de pareja, pero son negados por la paciente⁷⁸. En los dos últimos casos, el personal de atención diligencia la ficha de notificación, explica ruta de atención para casos de violencia; sensibiliza sobre el tema de derechos. En cuanto al seguimiento posterior a estos reportes, se registra que en el primer, caso se dio vía telefónica, pero no en medio familiar y en el segundo caso, la paciente fue remitida a asesoría legal y orientación para interponer denuncia por maltrato, pero no se evidencian registros de otros seguimientos. En los otros tres casos restantes, las consultantes señalan no haber sido víctimas de violencia sexual.

Se resalta la indagación por la violencia sexual en la mayoría de los registros de la asesoría para VIH en 6 de los 8 analizados, y la inclusión del tamizaje de violencia sexual durante la consulta de ginecología, a través de varias preguntas que permitirían acceder a información sobre la exposición o vulnerabilidad a situaciones de violencia, tales como:

- ¿Durante el último año fue golpeada, bofetada, pateada o lastimada físicamente o de otra manera?
- ¿Desde que está embarazada ha sido golpeada, bofetada, pateada o lastimada físicamente o de alguna manera?
- ¿Durante el último año fue forzada a tener relaciones sexuales?
- ¿Tiene buenas relaciones con su pareja y familiares?
- ¿Su pareja y familiares están en mutuo acuerdo con el embarazo?

⁷⁸ La paciente refiere un accidente casero en la que se golpeó su ojo al caer de una escalera y haber sido golpeada por una mujer, durante una riña en su barrio.

Sin embargo, no se evidencia el abordaje con las consultantes de otros tipos de violencias cuya manifestación puede ser más sutil, como lo son la violencia psicológica o emocional, y la violencia económica, las cuales están intrínsecamente ligadas a la violencia sexual en el contexto de pareja.

De acuerdo con lo encontrado en estas las historias, se puede evidenciar a lo largo de los registros que cuando se aborda la violencia en los casos de mujeres que además están gestando, el evento de violencia queda subsumido en la atención prenatal y del parto. En uno de los casos analizados, hay evidencia de un posible caso de maltrato físico, que fue negado por la paciente, que al parecer de los registros, tuvo un corto seguimiento, y la atención continuó centrada en la atención prenatal y el diagnóstico; en otro caso, de una mujer de 18 años, con un hijo y un embarazo cada uno de pareja diferente, que refiere haber sido víctima de violencia física en repetidas ocasiones por parte de su primera pareja, que no fueron denunciadas; sin embargo, no se encuentran registros de acciones de soporte dada la pobre red de apoyo; trabajo social entrega información sobre cuidado prenatal, planificación; psiquiatría: afrontamiento del diagnóstico, pero no sobre prevención de nuevas violencias, o referencia a redes sociales o comunitarias de soporte social.

De otra parte, registros acerca de acciones de educación para el reconocimiento y detección de la violencia por parte de las propias mujeres no fueron identificados durante la lectura de las historias clínicas, y la ruta de atención para las víctimas de violencia sexual solo fue socializada entre las que expresaron ser víctimas de algún tipo de violencia. En este sentido, es importante indicar que si bien las consultantes no se identifican como víctimas de violencias, este hecho puede estar asociado a múltiples factores; entre ellos, la naturalización del hecho mismo, la vergüenza y el temor al agresor, o a las consecuencias que esta revelación pueda traer a sus vidas. Por tanto resulta importante, socializar y sensibilizar a todas las consultantes sobre las formas de identificar, prevenir y afrontar posibles violencias que puedan ser ejercidas sobre ellas.

Detección de la infección por VIH, asesoría pre y pos test, entrega de insumos de prevención

La asesoría previa a la prueba para la prueba voluntaria es un derecho que debe ser garantizada por el prestador de este servicio tanto instituciones y como profesionales encargados llevarla a cabo, que le entrega elementos a la persona consultante para decidir si hacerse o no la prueba para la detección de la infección por VIH, y suscribir el documento en el que se registra su consentimiento o desistimiento de la misma. Este proceso, de carácter confidencial, acceder a información sobre el VIH/Sida, el proceso diagnóstico, las alternativas frente al tratamiento en caso de ser necesario, abordar factores de vulnerabilidad a la infección que pueden ser abordados y fortalecidos, entre ellos la exposición a diferentes formas de violencia basada en género que puede experimentar la consultante. Proceso que además debe culminar con herramientas e insumos para la prevención frente a las ITS, VIH/Sida, como la entrega de condones, estrategias para su uso adecuado y la negociación de prácticas sexuales protegidas.

La infección por VIH fue descubierta en su mayoría durante los procesos de hospitalización registrados en las historias clínicas, y solo una de ellas, reporta haber tenido un diagnóstico que data de 7 años atrás, cuya confirmación ha solicitado desde ese tiempo; razón por lo cual no ha tenido terapia antiretroviral. Al rastrear la forma en que las consultantes han llegado a la prueba diagnóstica para VIH, se evidencia que ésta ha sido solicitada por el o la profesional de atención, mediante “prueba rápida”, no se evidencia una solicitud de la misma por parte de las consultantes. Al respecto, no se evidencian registros o referencia al consentimiento informado en las historias clínicas diligenciados electrónicamente, en la única historia clínica diligenciada manualmente se evidencia un registro de asesoría pre test, para realizar la prueba confirmatoria pero no está firmada por la consultante. Al solicitar información sobre este hecho al personal a cargo, se explica frente a los registros electrónicos, que “los formatos de consentimiento son estándar y reposan en las capetas físicas”. Vale señalar, que para otros exámenes o procedimientos como transfusiones de sangre, o de urología, si se han hallado fichas o referencia al consentimiento informado.

Los registros muestran que no siempre el acceso a la prueba se da en el marco de una asesoría previa, y que algunos casos la asesoría para VIH se da luego de que a la consultante le ha sido revelado el diagnóstico por parte del /la profesional a cargo de la atención; tal como se evidencia en nota de consulta de psicología, de historia clínica sin evidencia de consentimiento informado, ni asesoría pre test: *“paciente alto riesgo social y psicosocial: multi-gestante, parto pre-término, con diagnóstico de VIH+ a la espera de carga viral. Se perciben síntomas de labilidad emocional*

y ansiedad. La madre refiere no haber recibido asesoría para VIH, por ende presenta desconocimiento de información". De otra parte, los registros no dan cuenta del estímulo a la pareja para la asesoría en VIH y prueba voluntaria, donde además se pueda fortalecer el acompañamiento mutuo para afrontar el diagnóstico y prevenir posibles violencias ejercidas hacia las mujeres, derivadas de la revelación del diagnóstico a sus parejas.

De otra parte, vale decir que si bien se evidencian registros de asesoría en VIH, en el marco de la prueba, no siempre los campos son diligenciados en su totalidad, de esta forma, no se puede conocer con certeza el tipo de asesoría suministrada, las reacciones emocionales manifestadas ante la prueba y posible resultado, el plan de acción a seguir, entre otras. Frente a la entrega del preservativo, los registros muestran que no se entregan a todas las consultantes, ni en la periodicidad mensual que indica la norma; así mismo, no se evidencia una acción permanente de estímulo al uso del preservativo como doble protección.

Acompañamiento psicología y trabajo social

El acompañamiento de psicología, referido en las historias clínicas, así como el de trabajo social, es derivado de la interconsulta; por ello, solo se da en los casos en los que el/ la profesional de la salud lo solicita. En este sentido, la atención psicológica, está enfocada principalmente en brindar contención e identificar el estado emocional de la paciente frente al diagnóstico, o fortalecer la importancia del control prenatal, pero no encontraron registros o evidencia de procesos psicológicos de más larga data que den cuenta del fortalecimiento de capacidades o estrategias individuales para detectar o afrontar posibles violencias derivadas de la revelación de su diagnóstico a su pareja grupo familiar.

Así mismo, frente a la atención desde trabajo social, en el caso de las mujeres gestantes, se evidencian acciones enfocadas a fortalecer la crianza, y su ejercicio de maternidad, viviendo con el virus, pero muy pocas acciones en información sobre atención y prevención de violencias basadas en género, en materia de derechos humanos, sexuales o reproductivos, y en aquellas enfocadas a derivar a la consultante a otros servicios de apoyo, como el jurídico, ONGs, redes de apoyo, entre otras.

DetECCIÓN DE FACTORES DE VULNERABILIDAD Y CONSULTA INICIAL DIFERENCIAL

Un aspecto que llama la atención durante el análisis de las historias clínicas, es la forma en que se detectan o no, factores de vulnerabilidad, durante la consulta. Al respecto, se refieren las notas tomadas de registro de una historia clínica que ilustra las debilidades que pueden darse en este proceso, referidas a una paciente habitante de calle, trabajadora sexual desde hace tres años, con diagnóstico de cáncer de piel en cara, VIH sin tratamiento, y pomey, sin redes de apoyo, alto riesgo social, que fue hospitalizada por diferentes diagnósticos, ninguno refiere a eventos asociados a violencias basadas en género, entre ellas sexual. En cada una de las hospitalizaciones se evidencia deterioro de su condición médica. En ninguno de los registros hay indagación por violencia sexual, entrega de condones, o educación en salud sexual o reproductiva, ruta de atención, denuncia o protección. En algunas interconsultas, la paciente no es reconocida como habitante de calle, en una de ellas se registra su atención como:

“paciente femenina de 38 años de edad, sin antecedentes de importancia, quien ingresa por cuadro clínico de tres días de evolución..., a la que se le recomienda dieta: 1) rica en fibra; 2) consumir dos porciones de verduras al día; 3) consumir tres porciones de fruta al día; 4) tomar de 6 a 8 vasos de agua al día; se explica la importancia de realizar actividad física por lo menos 30 minutos al día. La importancia de una dieta balanceada para prevenir enfermedades cardiovascular y metabólicas. Se insiste en la importancia de una vida sexual segura y responsable, por lo que se explican métodos de planificación familiar para prevenir embarazos no deseados” (HC. (53084688).

Lo cual muestra desconocimiento por parte del personal de atención sobre el contexto de riesgo social y vulnerabilidad contenido en los antecedentes de la paciente en la historia clínica, que permitirían orientar la atención diferencial acorde con las necesidades, dados todos los factores de vulnerabilidad que pudieron haberse detectado a través de la entrevista con la consultante, tales como: la falta de una red de apoyo, bajo acceso material a alimentos, dificultad para desplazarse, limitado acceso a agua potable, entre otras; y, de esta forma generar una atención diferencial; aspecto que ha sido identificado como necesario por parte del personal asistencial entrevistado, y en las entrevistas de las participantes de esta investigación.

Este ejemplo pone en evidencia deficiencias en la relación entre el profesional asistencial y quien consulta, que impiden la detección inicial de situaciones claves en la atención, como en nuestro caso la violencia basadas en género. A este respecto, Moreno (2000) médico investigador de la escuela cubana de medicina, al referirse al valor central del interrogatorio, lo señala como el elemento más importante en el proceso del diagnóstico, dentro del método clínico, sin embargo el que más deficiencias presenta, frente a lo cual expresa: “A pesar de disponer de un recurso tan eficiente, se ha señalado que la mayoría de los médicos no interrogan de forma adecuada a los enfermos y que a los residentes les faltan habilidades fundamentales en la entrevista”⁷⁹; lo que asocia con la crisis del método clínico”; que vincula entre otros aspectos, con “el deterioro de la relación médico-paciente, el menosprecio del valor del interrogatorio y del examen físico, y la sobrevaloración de la función de la tecnología”⁸⁰

Conclusiones y recomendaciones

Procesos administrativos para la obtención de las historias clínicas. Frente a los procesos administrativos para la obtención de las historias clínicas, se refleja falta de coordinación interna de la Secretaría de Salud, entre áreas encargadas, y de éstas con la red de prestadores de servicios de salud; lo cual ha generado re-procesos, e incrementado el tiempo en la gestión; de igual forma, se advierte nuevamente la debilidad en la articulación de los sistemas de información de la Secretaría, que dificulta el rastreo de datos; ya sea por desactualización, o falta de unidad o estandarización en el registro de tales sistemas. Lo que se puede advertir además, es que el proceso de obtención de este tipo de información no estaba claro para las áreas de la Secretaría de Salud encargadas de suministrar la información; por lo tanto, el proceso que se fue construyendo, por ensayo y error, con todos los re-procesos y tiempos que ello implica. Así mismo áreas claves como Vigilancia en Salud, y Salud Pública, no estuvieron presentes en la reunión del Comité de Ética e Investigación, donde tuvo lugar la presentación de proyecto, lo cual hubiera sido muy importante, en la medida que pudieran haber advertido la dificultad para el acceso a las historias clínicas, o sugerir alguna estrategia para la obtención de las mismas.

⁷⁹ Moreno Rodríguez MA. (1998). Crisis del método clínico. Revista cubana de medicina, 37, 123-8.

⁸⁰ Moreno Rodríguez, M. A. (2000). Deficiencias en la entrevista médica: un aspecto del método clínico. *Revista cubana de medicina*, 39(2), 106-114.

Frente a los procesos técnicos analizados en las historias clínicas se agruparon en cuatro categorías: 1) Acciones dirigidas a contrarrestar, prevenir o atender la violencia sexual; 2) Detección de la infección por VIH, asesoría pre y pos test, entrega de insumos; 3) Acompañamiento psicología y trabajo social; 4) Detección de factores de vulnerabilidad y consulta inicial diferencial.

Frente a las acciones dirigidas a contrarrestar, prevenir o atender la violencia sexual, se resalta el tamizaje de la violencia sexual realizada en algunas de las historias durante la consulta de ginecología y en la asesoría para VIH. Sin embargo, no se evidencia el abordaje con las consultantes de otros tipos de violencias cuya manifestación puede ser más sutil, como lo son la violencia psicológica o emocional, y la violencia económica, las cuales están intrínsecamente ligadas a la violencia sexual en el contexto de pareja. Por tanto, se recomienda que este tipo de tamizaje y e indagaciones se hagan en todas las consultas relacionadas con la salud sexual y reproductiva y VIH y que estén acompañadas de estrategias básicas de auto cuidado, que le ayuden a una mujer a identificar o reconocer rápidamente una situación de violencia que puede estar viviendo e identificar cuándo deben alejarse de una relación o situación que pueda llevar a violencia basada en género.

Sobre la detección de la infección por VIH, asesoría pre y pos test, entrega de insumos de prevención (condones), no se evidencia que su realización de forma sistemática, como ya se ha mencionado y no se evidencian consentimientos informados en los registros electrónicos. Al respecto, resulta importante señalar que su importancia radica en la posibilidad que éstos procesos tienen para la generación o fortalecimiento de capacidades en las personas para hacer frente a la infección, desde la prevención y el cuidado autónomo; por tanto en ausencia de estos procesos, las consultantes quedan expuestas al desconocimiento, y a la espera del resultado, lo cual puede tener graves consecuencias psicológicas y psicosociales en ella. Por tanto, se recomienda, el fortalecimiento estos dos procesos (asesoría pre y entrega de condones) para la detección del VIH.

Frente a la ausencia de consentimientos informados en las historias diligenciadas electrónicamente o digitalizadas, esta investigación establecer que dicha ausencia obedezca a: i) que no se encuentran relacionadas o incluidas en los registros electrónicos, o ii) si esta ausencia obedece a que no se contó con el consentimiento de la paciente al momento de hacer la prueba. Si esta situación obedece al primer escenario se recomienda incluir en el formato electrónico un aparte que refiera a que ésta fue realizada y reposa en el archivo físico; y si es el segundo escenario, se recomienda revisar este proceso, y realizar los correctivos del necesarios para garantizar el acceso voluntario a la prueba para VIH, dado que su omisión es una falta que vulnera los derechos de las consultantes.

Acompañamiento psicología y trabajo social, frente a este aspecto, vale reiterar la importancia que estos procesos revisten en la prevención, detección, prevención de las violencias basadas en género y atención a las mujeres que la han experimentado, así como afrontar el posible diagnóstico de VIH. La importancia, como se ha mencionado, permite a la consultante generar o fortalecer elementos personales y colectivos, para identificar, reconocer y hacer frente a la violencia que experimenta o puede experimentar por el hecho de ser mujer, vivir con VIH, estar en estado de gestación, entre otros factores; sin embargo, lo que se evidencia en estas historias es que, las consultas se concentran en estos dos últimos aspectos (VIH y gestación), y se descuidan la prevención de violencias, y el abordaje de elementos para su detección o denuncia. Por tanto, ante la alta probabilidad de que cualquier mujer experimente violencia a lo largo de su vida, se recomienda, que en la consultas de psicología y trabajo social, de forma rutinaria se indague, y promuevan acciones para la prevención, detección, atención y denuncia a las violencias basadas en género, a todas las mujeres, así estas expresen que no ha sido sus víctimas.

Frente a la detección de factores de vulnerabilidad y consulta inicial diferencial, resulta importante decir que es uno de los elementos más débiles, en la cadena de atención frente a las violencias dirigidas a las mujeres. Ello puede estar asociado a diferentes factores que van desde los asociados a la esfera personal del/la profesional de atención, o a elementos propios de la dinámica de la atención médica que limita el tiempo o disponibilidad de/la profesional para indagar sobre esta temática durante la consulta. Lo que se recomienda en este aspecto es fortalecer las capacidades de los equipos profesionales para el desarrollo de la consulta y la entrevista inicial, a fin de obtener durante este momento elementos claves para la detección de posibles casos de violencia, y factores de vulnerabilidad que pueden ser abordados por la Ruta de Atención a Víctimas de la Violencia Sexual, y el Protocolo respectivo.

Como se ha señalado a lo largo de este documento, la violencia sexual en contra de las mujeres hace parte de un continuo de violencias más amplio que ellas enfrentan. Es pertinente indagar no solo por hechos de violencia sexual,

sino también por otro tipo de violencias presentes en su vida cotidiana, que muchas veces son negados o ignorados por ellas por diversas razones. Por ejemplo, por miedo, vergüenza, o por desconocimiento, cuyos efectos deben valorarse de manera diferencial, de acuerdo con las condiciones específicas de cada mujer frente a factores como la pertenencia étnica, la orientación sexual, la expresión de género; la edad, las capacidades diversas, entre otros factores.

REFERENCIAS

- Asamblea General de las Naciones Unidas (1993). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993
- Calvez, M. (1998). Los usos sociales del riesgo. Elementos de análisis cultural del SIDA. San Martín: Editorial Universitaria. Bogotá
- Corte Constitucional de Colombia Sentencia T-967/14. Bogotá, D. C., quince (15) de diciembre de dos mil catorce (2014).
- Estrada, John H. .2006. Modelos de prevención en la lucha contra el VIH/Sida. INTERFASES Acta Bioethica, 12 (1), 99- 100
- Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Cuenta de Alto Costo. (2018). Situación del VIH Sida en Colombia 2017. Bogotá, D.C.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2011). Guía de prevención mujeres en VIH en mujeres en contextos de vulnerabilidad. Bogotá.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2009). Factores de vulnerabilidad al VIH en mujeres. Bogotá.
- García, Liza & Gallego Mar (2011) Experiencias Exitosas. Mujeres Que Han Roto El Ciclo De Violencia. Violencia Basada En Género En La Relación De Pareja. Programa Atención Integral Contra Las Violencias De Género. ONU Mujeres.
- Haraway, Donna (1995). Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza. Madrid: Cátedra.
- Impunity Watch (2015) Dónde está la justicia? El continuum de la violencia contra las mujeres. 2015. http://www.impunitywatch.org/docs/donde_esta_la_justicia_completo-SW.pdf
- Ley 1257 de 2008. "Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones".
- Organización Mundial de la Salud (2008). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud Informe de la Secretaría. (EB124/9)
- PAHO/WHO. (2002). Serie Género y Salud Pública, Violencia Sexual Basada en Género y Salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo.
- Pinilla M. (2009). Mujeres viviendo con VIH: más allá de una historia. [Tesis de Maestría]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá. Bogotá, D.C
- Téllez G. (2002). Pierre Bourdieu. Conceptos básicos y construcción socioeducativa. Claves para su lectura. Bogotá, D.C.,: Universidad Pedagógica Nacional.
- Useche, B., Arrivillaga, M. (2011). Sida y Sociedad. Crítica y desafíos sociales frente a la epidemia: Aurora.

Viveros, M. (1992). Las organizaciones populares femeninas y la salud de las mujeres: ¿auto explotación o promoción?. En: Defossez, A.C, *Mujeres de los Andes. Condiciones de vida y salud*. Pp. 289- 321, Bogotá: IFEA Universidad Externado de Colombia.

Foucault, M.(2001). *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones*. Primera edición con nueva introducción. Alianza Editorial S. A Madrid, España.

Walker, (2012). Lenore E. *El síndrome de la mujer maltratada*. Desclee de Brouwer.

Kelly, L. (1988). *Surviving Sexual Violence*. Polity press. Great Britain Dales Brewery Gwydir Street.

Gil Rodríguez, E, Lloret Ayter, (2007). *Violencia de género* . Editorial UOC, Barcelona.

Rodríguez, M. (2011). Espacio público, centralidades y experiencias de género: desafíos actuales para “hacer ciudad” en Ciudad Juárez, Chihuahua. En *Espacio público y género en Ciudad Juárez, Chi- huahua. Accesibilidad, sociabilidad, participación y seguridad*, coordinado por César Fuentes, Luis Cervera, Julia Monárrez y Sergio Peña, 63-89. Ciudad Juárez: COLEF/UACJ.

González Avilez, Yhaira. (2011). En escenario violencia, la incorporación del peligro a partir del cuerpo dañado. Percepción y experiencia al margen en la ciudad de Tijuana. En *Ciudades seguras. Cultura ciudadana, eficacia colectiva y control social del espacio*, coordinado por Alfonso Valenzuela Aguilera, 207-223. México: Miguel Ángel Porrúa.

Gaytán S, Patricia. (2007). El acoso sexual en lugares públicos: un estudio desde la Grounded Theory. *El Cotidiano* 22 (143): 5-17.

Sau, Victoria. (1998). De la violencia estructural a los micromachismos. En *El sexo de la violencia. Género y cultura de la violencia: Vicenç Fisas*, 165-173. Barcelona: Icaria, Atrazyt.

Lorente A., Miguel. (2010). Conceptos y tipos de violencia. En *Re- flexiones sobre la violencia*, compilado por J. San Martín, R. Gutiérrez, J. Martínez y J. L. Vera, 209-224. México: Instituto Centro Reina Sofía, Siglo XXI.

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses – INMLCF.(2017) Informe Forensis. Bogotá. D.C.

PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. (2015). Bogotá

WHO. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. Disponible en <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/es/>.

Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública - PDSP 2012- 2021

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014) Política Nacional de Sexualidad, Derechos sexuales y Derechos Reproductivos

Centro Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica. (2014). Efecto de la violencia sexual en la infección por VIH. San José. CR.

Departamento de Obstetricia and Ginecología de La Universidad de Makerere, Facultad de Medicina. (2004). Gender inequality and domestic violence: implications for human immunodeficiency virus (HIV) prevention. Uganda.

Development Conexions – Conectando Recursos para el Desarrollo Sostenible. (2007). Explorando intersecciones entre empoderamiento, VIH y violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe

AVESA - Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa. (2007). Vulnerabilidad de la Mujer Víctima de la Violencia ante el VIH/Sida en Venezuela. Caracas.

Development Connections, UNIFEM, Organización Panamericana de la Salud, Comisión Interamericana de Mujeres y la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. (2008). Las múltiples caras de las intersecciones entre el VIH y la violencia contra las mujeres

López T, Z Ochoa S, Alcaraz, G y otros. Comité para el Desarrollo de la Investigación –CODI– de la Universidad de Antioquia.(2008). Vulnerabilidad a infecciones de transmisión sexual y SIDA en mujeres en situación de desplazamiento forzado. Medellín, Colombia.

FEIM. Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer. (2010). Dos caras de una misma realidad: Violencia hacia las mujeres y VIH/Sida en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay.

Contreras, J. M.; Bott, S.; Guedes, A.; Dartnall, E. (2010) Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: análisis de datos secundarios. Iniciativa de Investigación sobre la Violencia Sexual.

Pérez Rodríguez, A. (2011). «¿dónde vas a ir tú con sida?». intersecciones entre la infección por VIH y la violencia del compañero íntimo.”. *Feminismo/s*. N. 18 (dic. 2011). ISSN 1696-8166, pp. 113-134

Stockman, J. K. PhD MPH; KNAUTH, Daniela MD PhD; GUNDERSEN, Kristin K MSW; Universidad de California; Universidad Federal do Rio Grande do Sur. (2016). Double Vulnerabilities: Violence Against Women and HIV in South And Southeastern Brazil.

Arévalo-Mora, L. (2018). Violencia de pareja en la mujer que vive con VIH. *Revista Colombiana de Enfermería*, 16, 52-63. Recuperado de: <http://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/> o <http://dx.doi.org/10.18270/rce.v16i13.2304>

J.C. Campbell, M.L. Batya, R.M. Ghandourb, y otros. (2008). The intersection of intimate partner violence against women and HIV/AIDS: a review. La intersección entre la violencia contra la mujer y el VIH, una revisión

Kouyoumdjian, F. G., Findlay, N., Schwandt, M., Y Calzavara, L. M. (2013). A systematic review of the relationships between intimate partner violence and HIV/AIDS. *PLoS One*, 8(11), e81044.

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. (2009). Factores de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres. Bogotá.

Kefauver Silva, Maite. (2018). La violencia sexual contra las mujeres: consecuencias sobre la salud sexual de las víctimas. Islas Baleares, España.

López, L. Pegarse/ des-pegarse. El vínculo amoroso de la violencia de género. (2003). En F. J. Coll y E. Fernández. Violencia y agresividad. Fundamento para la prevención psicosocial. Mancomunidad de Municipios del Valle de Ricote. Centro de estudios e investigación psicosocial (pp. 119- 135).

Frías, S. (2018). Violación e intento de violación de mujeres, patrones de búsqueda de ayuda y denuncia. Un análisis a partir de la ENDIREH 2016. *Papeles de Población*, 24(95).

Martínez Sanz, A. (2016). Estudio de la violencia sexual sobre las mujeres en la relación de pareja, y las repercusiones de la violencia en pareja sobre la sexualidad de las mujeres. Estudio realizado en servicios públicos de la Comunidad Valenciana.

Fanlo, L. G. (2011). ¿Qué es un dispositivo?: Foucault, Deleuze, Agamben

Wolf. Naomi. (1991) El Mito de la Belleza. William Morrow and Co., Nueva York

Lagarde, M. (1990). Identidad femenina. CIDHAL (Comunicación, Intercambio y Desarrollo Humano en América Latina), A. C. - México

Bourdieu. P.F. (2000). La dominación masculina. Anagrama. Barcelona.

Carballo, Rosa. P. (2001). Violencia de género: construcción del cuerpo e identidad. *Dossiers feministes*, (5)
Echeburúa, E., de Corral, P. (2004). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. En: *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, Vol. 4, 2004

Salazar, M. Bruno, G y otras. (2007). Causas del abuso infantil: herramientas para su detección y la respuesta inicial. Fundación Plan. Bogotá

ONUMUJERES (s.f.). Recomendaciones Generales realizadas por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer (Comité CEDAW) (2013).

Liang, B., L. Goodman, A., Tummala-Narra, P. y Weintraub, S., (2005), "A theoretical framework for understanding help-seeking processes among survivors of intimate partner violence", en *American Journal of Community Psychology*, 36(1- 2), 71-84.

Corporación Sisma Mujer. (2018). Comportamiento de las violencias contra las mujeres y niñas en Colombia durante 2017 y 2018. Boletín No. 16. Informe Especial Corporación Sisma Mujer Noviembre 25 de 2018. Bogotá., D.C

Corporación Sisma Mujer (2011). Obstáculos para el acceso a la justicia de las mujeres víctimas de violencia sexual en Colombia.

García, M. (2010). Aspectos psicológicos sobre la violencia de género. En N. Menchal (Eds.). *Manual de lucha contra la violencia de género* (pp. 479-497). Navarra: Editorial Aranzadi.

ONUMUJERES. (2018). El progreso de las mujeres en Colombia 2018: Transformar la economía para realizar los derechos. Resumen ejecutivo.

García Peña, J. (2015). Propuesta efectiva de ruta de atención intersectorial para violencias sexuales. Universidad Luis Amigó. Medellín.

ONUMUJERES – UNFPA. (2017). Brechas de Desigualdad: de los objetivos del milenio a los objetivos de desarrollo sostenible. Bogotá. D.C.

Moreno Rodríguez MA. (1998). Crisis del método clínico. *Revista cubana de medicina*, 37, 123-8.

Moreno Rodríguez, M. A. (2000). Deficiencias en la entrevista médica: un aspecto del método clínico. *Revista cubana de medicina*, 39(2), 106-114

Alcaldía Mayor de Bogotá. D.C. Decreto 507 de 2013. Por el cual se modifica la Estructura Organizacional de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C