

## **Jornadas Estatales**

Cruce de Caminos: Violencia de Género y VIH  
Barcelona, 29 de Noviembre 2005

Mesa Redonda: Atenciones Específicas

Cristina Martínez Bueno

Responsable del Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva. Barcelona Ciudad  
Institut Català de la Salut  
e-mail: cmartinez.pbcn@ics.scs.es

### **Intersecciones: Violencia y VIH- Propuestas desde acciones específicas de los circuitos y la atención sanitaria**

En Barcelona, desde el año 2001, se realizan una serie de acciones que a través del circuito Barcelona contra la violencia hacia las mujeres abordan la prevención, la detección, atención y acogida de mujeres en situación de violencia de género. Se trata de una experiencia innovadora ya que implica la coordinación entre múltiples instituciones, organizaciones y profesionales de disciplinas y ámbitos de actuación diferentes.

La violencia de género ha sido definida por la Asamblea Mundial de la Salud como un problema de salud pública que requiere una intervención interdisciplinaria. Es por este motivo que en Barcelona se creyó conveniente trabajar desde esta perspectiva con el objetivo de dar una respuesta articulada y homogénea a la atención de las víctimas de violencia de género. En el 2002 se constituyó una comisión técnica de coordinación del Circuito Barcelona contra la Violencia hacia las mujeres liderada por la Corporación Sanitaria de Barcelona (CSB-CatSalut) y el Ayuntamiento de Barcelona. Esta comisión está formada por representantes de diversas instituciones y servicios del ámbito de la salud, social, jurídico y de entidades especializadas y tienen como finalidad impulsar e implantar estrategias de coordinación entre ámbitos y profesionales diferentes. En esta propuesta proactiva, la atención primaria de salud tiene un papel fundamental ya que permite la detección, prevención y atención de las mujeres que sufren violencia.

Además, la violencia hacia las mujeres puede producirse en diferentes momentos del ciclo reproductivo, y por tanto, los profesionales que integren los programas de atención a la salud sexual y reproductiva deben ser capaces de detectar, prevenir y atender estos casos, y ser más sensibles a la intersección que en muchos casos se produce entre violencia y VIH, ya que se trata de programas que trabajan aspectos relacionados con la mayor vulnerabilidad de las mujeres a la infección del VIH, además de tener que elaborar estrategias que permitan la negociación de las relaciones sexuales más seguras y, en este sentido, las mujeres que sufren violencia tienen una menor capacidad para desarrollar habilidades relacionadas con la negociación de sus relaciones sexuales.

Por tanto, la infección por el VIH puede estar asociada con la violencia de género de manera directa a través de la violencia sexual, y de manera indirecta, debido a la incapacidad de las mujeres de negociar el uso de preservativos o las condiciones bajo las cuales las relaciones sexuales ocurren.

El abuso sexual y el acto sexual forzado, incluye la violación en el matrimonio o durante una relación de pareja, pero también debe incluir la prohibición del uso de anticonceptivos u otros métodos para protegerse en dicha coacción, aunque este tipo de relaciones y prohibiciones pueda considerarse, bajo el prisma de muchas culturas, como una parte “normal” de una relación. Por tanto, el abuso sexual, desde una amplia perspectiva, no debe limitarse a las situaciones en las que las mujeres sufren una violación sexual por parte de un extraño.

La violencia en general tiene efectos profundos en la salud física y mental. Además de las lesiones físicas, se asocia con un mayor riesgo de experimentar diversos problemas de salud sexual y reproductiva, cuyas consecuencias pueden ser inmediatas o a largo plazo (embarazos no deseados, infección por el VIH, abortos repetitivos, etc) Un estudio realizado en EEUU muestra que el 20,5% de las mujeres infectadas por el VIH comentaron haber padecido abusos físicos.

Varios factores psicosociales también aumentan la vulnerabilidad de la mujer tanto a la violencia sexual como la infección por VIH. Estos incluyen la edad, el consumo de alcohol o drogas, antecedentes de abuso, número de parejas sexuales, participación en trabajo sexual, nivel educativo y estatus socioeconómico. Varios estudios también establecen una relación entre antecedentes de abuso sexual en la niñez, con un aumento de comportamiento sexual de riesgo (para la infección por el VIH); incluyendo: abusos de drogas, mantener una pareja masculina en riesgo de contraer VIH, tener múltiples parejas e intercambiar sexo por drogas, dinero, etc.

### **Circuitos: Lo general invisibiliza lo particular**

En general, cuando se implementan circuitos como el de Barcelona, estos tienen un carácter generalista y poco particular, ya que se intenta abordar lo general del problema, donde queden claramente definidos aspectos de coordinación para la mayor parte de las mujeres que se encuentran en una situación de violencia. Normalmente es difícil, en un primer momento, determinar actuaciones específicas en grupos de mayor vulnerabilidad o con necesidades específicas como pueden ser las mujeres no estándares o mujeres donde las desigualdades sociales son más intensas y que por ello pueden ser más vulnerables a situaciones de violencia i/o contagio del VIH. En este sentido, las estrategias de detección, prevención, atención, que plantean los circuitos tiene que partir de una amplia gama de factores sociales, económicos, culturales y políticos.

El incremento de las situaciones de violencia de género y el incremento de infecciones por el VIH, no debe ser un aspecto anecdótico cuando nos planteamos una intervención específica sobre la violencia de género sino que debe ser considerado también como una posible intersección.

La creciente feminización de la epidemia es un reflejo de las desigualdades culturales, sociales, económicas y jurídicas que exponen a las mujeres a un mayor riesgo de infección por el VIH, parámetros similares a los que determinen el mayor riesgo de las mujeres a sufrir situaciones de maltrato físico o psíquico. Y aunque estas situaciones sean conocidas desde los servicios y los circuitos establecidos, no siempre somos capaces de hacer un paralelismo y abordar todos estos aspectos al mismo tiempo.

Desde los servicios como el PASSIR y la atención primaria de salud falta establecer, posiblemente, de forma protocolizada un asesoramiento respecto al VIH cuando la mujer maltratada parte de una situación familiar de pareja estable o de matrimonio, cuando hay estudios que nos ponen de manifiesto que un porcentaje de mujeres infectadas por el VIH lo han sido con su pareja estable, y demuestran que esta situación no siempre es protectora: en algunos países gravemente afectados, las mujeres casadas tienen tasas de infección por el VIH superiores a las mujeres solteras que llevan una vida sexual activa. En tal medida, el riesgo de la infección está determinado por el comportamiento sexual de su pareja. En ocasiones pensamos que estos estudios reflejan una situación mundial que no es la propia, pero no siempre es cierto y, por otra parte, cada vez tenemos en nuestro contexto un mayor número de mujeres inmigrantes procedentes de otras culturas donde las relaciones de poder, sentimentales y sexuales tienen otras connotaciones.

Lo cierto es que en todo el mundo las mujeres viven relaciones de género desiguales que inciden en su vida afectiva y sexual, impidiéndoles tomar sus propias decisiones para protegerse contra las ITS, en particular del VIH. Además el miedo a la violencia impide a las mujeres buscar información sobre el VIH/SIDA, hacerse los test, asistir a los servicios de salud para prevenir la infección y recibir tratamiento y apoyo.

La comisión técnica del Circuito Barcelona contra la violencia hacia las mujeres de Barcelona, ha puesto en marcha un grupo de trabajo para poder elaborar un protocolo específico en el ámbito de la salud sobre detección, prevención y atención a la violencia sexual, tanto en la infancia y adolescencia como en mujeres adultas. Este protocolo debe recoger aspectos relacionados con la violencia y el VIH donde deben discutirse aspectos como: la intersección violencia y VIH, la posibilidad de establecer un tratamiento antiretroviral post-exposición, el asesoramiento de la mujer en estos casos, el papel y las habilidades del profesional en la detección de riesgo de VIH en una situación de violencia, actuaciones específicas respecto al VIH en los casos no sólo agudos sino también crónicos (valoración de riesgo, incluso en las mujeres monógamas), así como las actuaciones en mujeres de especial vulnerabilidad.

## **Nuevos retos: mejora, formación y compromiso**

Estamos ante una situación que, inevitablemente, nos debe hacer pensar en puntos de mejora dentro de los circuitos y atención que estamos prestando en los diferentes servicios por lo que respecta a la violencia y el VIH. En este sentido tiene que haber compromiso social respecto a los siguientes aspectos:

- Cuestionar la violencia como vía válida para la resolución de conflictos entre las personas. Esto implica intervenciones comunitarias donde se manifieste esta actitud.
- Generar actividades educativas, preventivas y de sensibilización.
- Promover dentro de la educación para la salud comportamientos igualitarios y respetuosos, así como el aprendizaje de formas alternativas a la violencia para la resolución de conflictos entre hombres y mujeres.
- Contribuir en el desarrollo de estrategias para la sensibilización y el compromiso de los hombres
- Capacitar a los profesionales para colocarse en el lugar del otro, manteniendo la capacidad de pensar, discernir, predecir y utilizar los instrumentos teóricos y prácticos de los que disponemos.

Respecto a la formación de los profesionales, estos deben estar capacitados para:

- Aspectos sociológicos que hacen establecer las relaciones de poder entre hombres y mujeres: construcción-deconstrucción de lo masculino y lo femenino.
- La detección, prevención y atención de la violencia de género.
- La detección de otros factores de riesgo ligados con la violencia, abordaje global de la atención, counselling.
- La intervención en población con mayor vulnerabilidad no sólo a la violencia sino también a otras situaciones que conllevarán posiblemente a la violencia.
- La atención específica a población inmigrante con otros patrones culturales y de construcción de las relaciones entre hombres y mujeres.