

## Cruce de Caminos. Violencia de Género y VIH

Jornadas Estatales. Barcelona, 29 de Noviembre de 2005

### “Mujeres inmigrantes. Violencia de Género-VIH/SIDA”

Rafaela Martín Pérez

Si ya es dificultoso abordar el cruce de los caminos de la violencia de género y la infección por el VIH, todavía se complica más si en esa encrucijada incorporamos otro elemento: el de las mujeres inmigrantes, ya que **la emigración** es una de las circunstancias que **puede** contribuir a empeorar esas situaciones, al **augmentar la vulnerabilidad, y por tanto los riesgos, en esas mujeres.**

Para hablar de mujeres inmigrantes, comenzaré señalando algunas **distinciones entre las mujeres extranjeras** a partir de claves como:

- la mayor o menor **distancia cultural** con las autóctonas,
- en relación con el **campo lingüístico**,
- el tipo de **vínculos históricos** existentes entre la sociedad de origen y la de destino,
- o también por **criterios jurídico-administrativos**, en función de la situación “legal”, encontrándose un amplio arco que va desde las personas nacionalizadas a las irregulares, pasando por las comunitarias, no comunitarias, con permiso de residencia o trabajo, etc.

Resultando obvio que las cuestiones relacionadas con la ciudadanía y la integración social están, fuertemente, condicionadas por el lugar que se ocupa en esta escala.

Pero quizás han sido los **criterios socioeconómicos** los que han dado lugar a las clasificaciones más conocidas, pudiendo decirse que a España:

- una parte de la población extranjera ha venido acompañando a la **inversión de capital transnacional**, (en aumento constante desde los años 60),
- otra parte, **son rentistas y personas jubiladas** del norte de Europa que viven en zonas turísticas, que aprovechan las ventajas comparativas de las diferencias de rentas y clima,
- otro grupo es el formado por **personas trabajadoras cualificadas** que decidieron emigrar ante las ventajas de ofrecerse en un mercado necesitado de tales especializaciones, en el que encuentran acomodo suficiente y

- finalmente, **personas que vienen a nuestro país en busca de oportunidades o acuciadas por la pobreza, el hambre o la persecución política**, con o sin cualificación, y que se emplean, en muchas ocasiones, en trabajos precarios.

**Mujeres inmigrantes en España**  
(INE, 2005)

	Total personas extranjeras	% del total	% mujeres
<b>Total</b>	<b>3.034.326</b>	100,0	<b>47,1</b>
<b>Ecuador</b>	475.698	<b>15,7</b>	<b>51,6</b>
Marruecos	420.556	13,9	33,7
<b>Colombia</b>	248.894	<b>8,2</b>	<b>56,9</b>
Rumania	207.960	6,9	44,6
Reino Unido	174.810	5,8	49,5
Argentina	130.851	4,3	49,4
Alemania	117.250	3,9	49,7
Italia	77.130	2,5	40,2
Bulgaria	69.854	2,3	43,6
<b>Perú</b>	68.646	<b>2,3</b>	<b>55,0</b>
Francia	66.858	2,2	51,5
China	62.498	2,1	46,0
Portugal	55.769	1,8	44,8

**Al hablar de mujeres inmigrantes, me referiré no a esas mujeres de otros países que vienen al nuestro en busca de una "calidad de vida" asociada al buen clima, buenas playas, buena comida e incluso una cobertura sanitaria de buena calidad, sino a esas mujeres que dejando "lo suyo", su familia, su casa, su entorno,...se aventuran para conseguir "esa vida mejor" o simplemente, "poder vivir" y que, como medio de subsistencia, no ejercen la prostitución. Ellas forman un gran grupo heterogéneo, pues presentan importantes diferencias tanto por su origen, costumbres, religión, como por su manera de llegar, que suele ser bien por reagrupamiento familiar-grupal, o solas.**

En principio, para todas ellas, **el hecho de ser mujer inmigrante conlleva, intrínsecamente, una “vulnerabilidad”** añadida por:

-La **falta de redes de apoyo**

-Las **barreras lingüísticas**, y

-La **percepción**, en muchos aspectos, **sobre las instituciones públicas** más como amenaza que como fuente de protección,

Factores sociales que inciden en que este colectivo de mujeres se encuentre especialmente expuesto ante los abusos y que éstos, habitualmente, queden impunes; agravándose esta realidad cuando se suma:

-La **inseguridad ante su situación jurídico-administrativa**

Pero ninguna medida aborda la particular desprotección o las demandas de apoyo por parte de las mujeres inmigrantes “indocumentadas”. Y aunque “la máxima del derecho internacional es que las mujeres inmigrantes que son víctimas de violencia de género puedan librarse de la relación de abuso sin que su condición migratoria resulte afectada”, actualmente, no se cumplen estos compromisos adquiridos.

En estas mujeres, tanto por carecer de un entorno familiar cercano que las proteja, como por la necesidad de contar con una situación “legal”, asociada en muchos casos con el matrimonio, implicando ello **una mayor dependencia de la pareja**, se **agrava el hecho de que no se atrevan a denunciar** cualquiera de las situaciones de violencia a las que estén sometidas, y mucho menos la sufrida por parte del compañero.

La **“violencia de género”** es una **construcción social**, no una **derivación espontánea de la naturaleza**, siendo en el año **1993** cuando **la ONU reconoció** “los derechos de las mujeres como derechos humanos”, y declaró que **la violencia contra las mujeres** era una **violación de estos derechos**, que afectando por igual a países del Norte y del Sur, presenta diversas formas de manifestarse.

En 1995 **la ONU la definió** como: **“Todo acto de violencia sexista que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psíquico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada”**.

Es muy importante tener en cuenta que **la violencia sexista es una forma cultural de definir identidades y las relaciones entre hombres y mujeres**, estando íntimamente relacionada con el patriarcado, del que una de sus características, entre otras muchas, es la creencia de que los hombres “tienen derecho” a “acceder carnalmente” a las mujeres sin

considerar los deseos y las preferencias de ellas, por lo que, consecuentemente, la sexualidad femenina está controlada y reprimida.

**Estas creencias patriarcales, han “preparado” a las mujeres durante cientos de años, para la aceptación del dominio masculino y su violencia.** El patriarcado hace equivaler el matrimonio estable y la unión familiar con el éxito personal de la mujer, por lo que, la mujer, puede llegar a creer que ser una buena madre y una buena esposa significa soportar todas las agresiones posibles antes de romper la unidad familiar “La buena esposa ha sido siempre la que se resignaba”.

Pero, una vez más, hay que resaltar que **cualquiera de las distintas manifestaciones de violencia pone en peligro la vida, la dignidad y la integridad de la mujer, repercutiendo en su salud bio-psico-social y en concreto, sobre la salud sexual y la salud reproductiva, con las siguientes consecuencias:**

- Derivado de las relaciones sexuales impuestas, vividas con miedo y con dolor: **pérdida del deseo sexual, desarrollo de fobias y dificultades para disfrutar de la sexualidad en el futuro**
- Problemas ginecológicos: **trastornos menstruales, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) recurrentes, dolor pélvico, problemas urinarios**
- Al no existir la posibilidad de negociar la anticoncepción y la prevención: **embarazos no deseados, abortos, ITS-VIH**
- Durante el embarazo: **hemorragias vaginales, infecciones, anemia, amenazas de aborto**
- Parto prematuro, bajo peso de la criatura al nacer

#### **Denuncias por malos tratos del hombre a su pareja o ex pareja <sup>1</sup> Delitos y faltas. España, 2004**

<b>Delitos:</b>	40.518
Contra las personas:	31.901
Contra la libertad:	8.007
<b>Contra la libertad sexual:</b>	<b>560</b>
Resto:	50
<b>Faltas:</b>	17.009
Contra las personas:	9.117
Resto:	848
<b>Total delitos y faltas:</b>	<b>57.527</b>

---

<sup>1</sup> Fuente: Elaboración del Instituto de la Mujer a partir de las noticias de prensa y datos del Consejo del Poder Judicial y del Ministerio del Interior

<b>Delitos contra la libertad sexual:</b>	<b>560</b>
Agresión sexual:	193
<b>Ag. sex. con penetración:</b>	<b>271</b>
Abuso sexual:	39
<b>Abuso Sex. con penetración:</b>	<b>26</b>
Corrupción menores/incap:	2
Coacción/lucro sobre prostit.:	27

Cuando, en ocasiones, no se entiende la reacción de la mujer y se cuestiona por qué no se resiste más enérgicamente contra la violencia masculina, o asombra que “permita” la agresión y se resigne al “sometimiento” en su mundo privado, o ante la pregunta de “por qué no se marcha”, hay que señalar que estas interrogaciones ponen de manifiesto el olvido de los **aspectos ideológicos de la violencia: la importancia de la dependencia psicológica que, además de la económica-estructural, también vincula a la mujer con su agresor.**

**La falta de asertividad** que presentan muchas de las mujeres maltratadas es, frecuentemente, una **respuesta adaptativa** ante esta situación, ya que ser asertivas, con sus compañeros, puede ponerlas en peligro de sufrir maltrato aún más severo, puesto que las **conductas asertivas pueden resultar un factor desencadenante.**

Esta creencia lleva a situaciones como la de que **un alto porcentaje de mujeres que padecen malos tratos** los sufren y los “consienten”, aún estando embarazadas, **considerándolos “un mal menor” ante uno “mayor”: la muerte.**

#### Mujeres muertas a manos de su pareja o ex pareja, según nacionalidad<sup>2</sup> España 2004

Mujeres españolas:	53	(Víctimas por millón	2,59)
Mujeres extranjeras:	19	(Víctimas por millón	13,61)
U.E:	2		
Resto de Europa:	1		
<b>África:</b>	<b>4</b>		
<b>América Latina:</b>	<b>6</b>		
Otras:	4		
N/S	2		
<b>Total:</b>	<b>72</b>		

<sup>2</sup> Elaboración del Instituto de la Mujer a partir de las noticias de prensa y datos del Consejo del Poder Judicial y del Ministerio del Interior

**Las mujeres que han sufrido maltrato sexual** suelen mostrar una disminución del deseo sexual, ya que la asociación de "sexo" con una pareja que arremete y humilla de forma intermitente, **condiciona** lo suficiente como **para que se produzca un trastorno en la vivencia sexual en futuras relaciones**, aunque éstas no sean violentas. La depresión y las respuestas emocionales producidas por los malos tratos pueden ser también responsables de la disminución de interés o del deseo sexual de las mujeres maltratadas.

Aunque **gran parte de estas mujeres, en principio, viven en la negación de "relaciones sexuales íntimas"** por falta de interés sexual o estrés o por miedo a establecer vínculos, **en algunos casos no descartan relaciones puntuales** que puedan presentarse, **ante las que no se plantean** los posibles riesgos físicos y, por tanto, **la necesidad de protegerse**.

**Si acaso**, se preocupan **-“se cuidan”-** por **la prevención del embarazo**, adoptando medidas no seguras, como lavados vaginales, "marcha atrás", o la utilización de determinados fármacos, ante los retrasos o faltas menstruales.

**Cuando se aceptan nuevas relaciones más estables**, aunque inicialmente, en muchas ocasiones, responden ante su nueva pareja con rabia o miedo, como si fuera la pareja que las maltrató, posteriormente, **por lo general, tienen dificultades en poner límites** (a tener un espacio personal, utilizar su propio tiempo, a adoptar medidas preventivas,...), **creándose, por ello, problemas en el desarrollo de nuevas relaciones no abusivas**.

Según datos de un **estudio realizado, con 395 mujeres** -no solo inmigrantes- (332 con relaciones estables y 63 con relaciones ocasionales) que acudieron a interrumpir el embarazo, en una clínica acreditada para la realización de IVEs (Madrid):

- Manteniendo relaciones estables, **un 49,38%** de las mujeres **confesaba sentirse coaccionada con argumentos encubiertos, y un 34,57% con argumentos evidentes**
- **Un 31,33% de varones** no solo no pone en marcha medidas anticonceptivas, ni se responsabiliza de la prevención de la transmisión de ITS, sino que se opone al uso de las mismas e **impone a la mujer relaciones de riesgo**
- En caso de **relaciones ocasionales, los varones, para la negativa de utilizar preservativos, esgrimían:**
  - el **priorizar el propio placer**, en primer lugar
  - seguido por el de tratar de **convencerla de la ausencia de riesgo**, ya que él "sabe retirarse a tiempo"

**La profilaxis post-exposición** tras mantener relaciones sexuales sin protección, incluyendo la violencia sexual, como medida para reducir el riesgo de infección por el VIH, **no es ni conocida ni fácilmente, accesible**, ya que no se encuentra integrada -"normalizada"- en los servicios de salud.

**En la mayoría de las ocasiones, la mujer no dispone de la libertad necesaria para decidir sobre su salud** en general, y más concretamente sobre la salud sexual y reproductiva, **siendo muchos los factores que inciden** en esta situación de no libertad, entre los que se encuentran **las dependencias económica, afectiva y familiar**, todas ellas, imbuidas en unos parámetros socio-culturales determinantes.

Para estas mujeres, **"tener salud, significa no tener ninguna enfermedad que les impida trabajar o llevar su vida cotidiana"**, **no sintiéndolo como un tema prioritario**, ya que una "vivienda en condiciones" (independiente de otras personas, con agua, aseo, sin humedades, sin frío...), regularizar su situación, la búsqueda de un trabajo "digno", el ingreso de dinero..., son los temas que acaparan su atención ante cualquier otro.

**El "Síndrome de Ulises"** -los esfuerzos/costes que les supone el vivir y adaptarse a otro país diferente al suyo, para alcanzar lo que se han propuesto-, **se vive como un proceso**, aunque muy duro, **necesario para la "adaptación"**, que han que superar y, a pesar de reconocer que influye en su estado anímico y, en ocasiones, en "síntomas de malestar", no lo sienten como un problema de salud, pues no suele llegar a incapacitarlas para trabajar.

Acostumbradas **la mayoría de ellas**, en sus países, a acudir a los servicios sanitarios cuando es imprescindible por su "mal estado físico-de enfermedad" casi límite, a priori, **no se plantean las consultas "preventivas"**, **al no considerarlas importantes** -"no necesarias para su vida"- **y sentirlas como una "pérdida" del tiempo** que tienen para dedicar a otros asuntos, que consideran "más necesarios".

Sus percepciones **sobre su salud-enfermedad** son vividas **como "urgentes"** -aún no siéndolo según nuestros criterios-, **demandando, e incluso "exigiendo", atención inmediata**, tanto en la primera consulta como en las pruebas diagnósticas.

**Muchas mujeres indican "sus" impedimentos para el acceso a la red socio-sanitaria: exigencia de documentación, horarios rígidos, postura de diferentes profesionales, dificultades en el entendimiento de los conceptos, falta de respeto por sus creencias y conocimientos...**, además de las diversas, y en muchos casos, no positivas, reacciones de

la población autóctona, motivos que inciden negativamente en la asistencia a las consultas, en general, y mucho más si no se consideran imprescindibles (preventivas, revisiones).

Todo ello, **se complica más si se le añade la situación de "irregular"**, ya que el miedo a ser "descubierta" incide negativamente en la asistencia a los servicios socio-sanitarios.

**Aún presentando historias de ITS recurrentes**, consideradas "normales" dentro de las relaciones de pareja, aunque sea estable y duradera, y que suelen resolver "de manera casera", **la percepción de no vulnerabilidad ante el VIH, se vive de manera diferente según el país de origen.**

Mientras que **las mujeres procedentes de África, asocian "sida" con las relaciones sexuales**, pero no las establecidas si no **las "agresivas" que se dan fuera de la pareja** (violación, abusos), no teniendo percepción de riesgo al mantener una misma pareja desde hace años, **las mujeres procedentes de países latinoamericanos, lo relacionan con determinados "grupos"** con los que no se identifican: **prostitución, homosexualidad y personas drogadictas**, por lo que, tanto unas como otras, no se plantean la necesidad de realizar pruebas de diagnóstico de ITS-VIH. Esto lleva a que sólo en los casos en que se produce un embarazo se realiza el diagnóstico, de la infección por el VIH, si es que se hace seguimiento de la gestación, al aplicar los protocolos existentes.

Ante el "deseo" de embarazo por presión sociocultural-familiar (riesgo de abandono por parte del marido o rechazo familiar, parejas jóvenes, "reconciliación"...), **si se presentan problemas de fertilidad**, derivados, en muchos casos, de ITS recurrentes no curadas, **demandan estudios específicos, así como en casos de ligaduras de trompas, solicitan la "reversibilidad"**.

Todo esto, pone de manifiesto que los parámetros socio-culturales determinantes influyen, directamente, en **que en la mayoría de las ocasiones, la mujer no disponga de la libertad necesaria para decidir sobre su salud**, por lo que mientras que no se trabaje desde la perspectiva socio-cultural y el empoderamiento de la mujer, cualquier información, por muy correcta que sea, no producirá el impacto suficiente para el preciso cambio de actitudes y comportamientos ante el riesgo y la prevención.



### **VIH/sida e inmigración:**

- Hasta 1997 la proporción de casos de sida en personas con un país de origen distinto de España se mantuvo por debajo del 3%. A partir de 1998 se inició una tendencia ascendente, alcanzando el 14,5% de los diagnósticos de sida de 2004 y el 17,8% de los notificados hasta junio en 2005.
- El número de casos diagnosticado al año es mayor en hombres que en mujeres, manteniéndose la razón H/M por encima de 3. La tendencia de la incidencia de sida es ascendente en ambos sexos
- El 66,2% de estos casos son personas procedentes de países en "desarrollo", principalmente de África y Latinoamérica.
- Las relaciones heterosexuales constituyen la principal categoría de transmisión entre las personas de África, agrupando al 64,6% de los casos diagnosticados hasta junio de 2005.
- Entre personas latinoamericanas el mecanismo de transmisión más frecuente fueron las relaciones sexuales de riesgo entre hombres, concentrando el 45,5% de los casos diagnosticados.
- Entre las mujeres, la región de origen más frecuente es África (39%), seguida de Latinoamérica (31%) y la principal vía de transmisión entre los casos de sida son las relaciones heterosexuales de riesgo (64%).
- Entre los diagnósticos de vih/sida realizados en personas originarias de otros países, la proporción de casos diagnosticados de VIH y de sida en un periodo igual o menor a 2 meses también fue alta, identificándose proporciones importantes de diagnóstico tardío de VIH tanto en hombres como en mujeres.
- En el periodo 2000-2003, las prevalencias de VIH en mujeres originarias de otros países fueron variables según el área de origen. Las mayores prevalencias se encontraron en mujeres procedentes de África Subsahariana.

## CONCLUSIONES:

La **Coalición Mundial sobre la Mujer y el SIDA** de ONUSIDA ha reconocido que la **vulnerabilidad de las mujeres y niñas** a infectarse por el VIH y al impacto del SIDA está **estrechamente asociada con las desigualdades de género y los patrones sociales** que, en muchas ocasiones, propician y toleran la violencia de género.

La **violencia de género supone una amenaza para todas las mujeres**. Los incidentes concretos y particulares de violencia contra una mujer **afectan colectivamente a todas las mujeres** en cuanto **influyen con su ejemplo en el conjunto de la sociedad y refuerzan el poder simbólico de los hombres**.

Las **mujeres y niñas que sufren violencia sexual**, tanto dentro como fuera del matrimonio o relaciones de convivencia, **están en riesgo de infección por ITS-VIH, de re-infección de los mismos y de embarazo no deseado**.

Muchas **mujeres y niñas** en todo el mundo **son vulnerables a la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS)** debido a que **tienen muy poco poder de decisión sobre si mantener, y cuándo, relaciones sexuales** como consecuencia de las desigualdades de género en las relaciones de pareja.

Los **parámetros socio-culturales, influyen directamente en que en la mayoría de las ocasiones, la mujer no disponga de la libertad necesaria para decidir sobre su salud** en general, y más concretamente sobre su salud sexual y reproductiva.

La **gran mayoría de mujeres a nivel mundial no tienen ni conocimiento, ni acceso a profilaxis post-exposición** tras mantener relaciones sexuales sin protección, **por lo que se vulneran, una vez más, los derechos de las mujeres**.

Se evidencia la **necesidad de trabajar la vulnerabilidad** de las mujeres, no solamente desde los aspectos biológicos, sino que es imprescindible abordar, por su gran repercusión e incidencia, **los aspectos socio-culturales de ellas, revisando y analizando los roles establecidos, para impulsar el empoderamiento de todas mujeres**.