



Violencia de Género y Salud Sexual y Reproductiva

Beatriz Ruffa . Silvia Chejter

Textos

Silvia Chejter
Beatriz Ruffa

Diseño Gráfico

Natalia Spadaro



Reino de los Países Bajos

Esta publicación se realiza en el marco del proyecto
"Violencia de género, sexualidad y reproducción. Derechos humanos, salud y políticas públicas",
que cuenta con el apoyo de la Embajada del Reino de los Países Bajos.
Buenos Aires, Argentina, 2010

Este dossier, destinado especialmente a integrantes de equipos de salud y de trabajo comunitario, focaliza la articulación entre la violencia de género y la salud sexual y reproductiva de las mujeres, sin desconocer que algunas de estas problemáticas también afectan a otras poblaciones vulnerables. También puede ser útil para comunicadores sociales y decisores de políticas públicas.

Violencia de Género y Salud Sexual y Reproductiva

Beatriz Ruffa
Silvia Chejter

Salud Sexual y Reproductiva y Violencia de Género

Los contextos y las prácticas de violencia de género que afectan la salud sexual y reproductiva de las mujeres son muy heterogéneos. También son muy diferentes los abordajes para la intervención: en algunos casos existen protocolos específicos y equipos especializados; en otros, este paso aún no se ha alcanzado.

Los objetivos de este dossier son:

- Aportar información y resumir algunos datos que empíricamente demuestran la relación entre ambas problemáticas.
- Resumir algunas de las características o particularidades de las diferentes situaciones que llegan al sistema de salud.
- Contribuir a definir algunos lineamientos o criterios para una intervención desde una perspectiva de género y derechos humanos y alertar sobre la conveniencia de protocolizar la intervención del sistema de salud.

Emergencia del tema

Desde el muy conocido y precursor texto de Lori Heisi “Violencia contra la mujer. La carga oculta de la salud” de 1994, publicado por la OPS, hasta el presente, hay una proliferación de informes, artículos, estudios estadísticos y cualitativos, protocolos y guías de intervención, propuestas de políticas públicas, estudios de casos, etc., realizados por organismos internacionales (OMS, OPS), gubernamentales, instituciones de la sociedad civil (internacionales como la IPPF e IPAS), ONGS de distintos países, institutos académicos, etc.

Aunque el tipo de información, la calidad y el alcance de los datos resultan muy dispares, muestran con claridad el impacto de la violencia de género

sobre la salud de las mujeres, y en particular, sobre la salud sexual y reproductiva.

Para la elaboración de este dossier se revisó una amplia bibliografía, de la cual se han extraído datos que permiten exemplificar o documentar algunas de las principales problemáticas. Es necesario aclarar sin embargo, que dadas las diferencias de las fuentes, ya sea en cuanto al tipo de datos, la amplitud de las muestras de población estudiadas, la representatividad de las mismas, la variedad o amplitud geográfica, el número de años que abarcan, el número de variables tomadas en consideración o las definiciones utilizadas, no es posible establecer generalizaciones ni afirmaciones que tengan validez estadística. Sin embargo los datos, utilizados con fines ilustrativos, proporcionan múltiples evidencias y permiten afirmar la magnitud y gravedad de estos temas.

Salud sexual y reproductiva: Un tema de salud pública y derechos humanos

A partir de los '90, los dos temas, la violencia de género y la salud sexual y reproductiva, han sido incorporados a las agendas de los Estados y los organismos internacionales. Hoy, en nuestro país, existen leyes que incorporan la violencia de género como un tema de salud pública y el acceso a la salud como un tema de derechos humanos.

Con la ratificación de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, conocida como “Convención de Belem do Para” (Ley 24632/ 1996) que por primera vez introduce un concepto amplio de violencia, quedan definidas como tales, prácticas del ámbito público y privado. Asimismo esta ley enmarca dichas prácticas en relaciones sociales de género, estructuralmente asimétricas.

La Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en los que desarrollen sus relaciones interpersonales (Ley 26485), sancionada en 2009, define como violencia hacia las mujeres a “toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal” (Art.4). Ambas normativas se enmarcan en un enfoque de género y de derechos humanos, que se adecuan a las conceptualizaciones más contemporáneas que explican la violencia hacia las mujeres como una problemática social, superando las teorías psicologistas, que las consideraban perversiones o patologías individuales, y mostrando vinculación con las relaciones instituidas entre mujeres y varones, tanto en el marco de la familia como en otros ámbitos.

La Ley 26485 introduce conceptos que tienen especial importancia para el tema de este dossier, ya que tipifica como formas o figuras de violencia la “violencia contra la libertad reproductiva” y la “violencia obstétrica”: toda acción u omisión que afecte el derecho de las mujeres a decidir sobre su vida reproductiva o el maltrato con relación a los procesos reproductivos son considerados actos de violencia. De este modo, la Ley 26485 reitera un derecho ya reconocido por la Ley de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (Ley 25673/ 2003), que garantiza a las mujeres su salud reproductiva, entendida como “un estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos” (Decreto Reglamentario de la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable 25673)

Otra normativa que atañe al tema es la Ley de Educación Sexual (Ley 26150/ 2006) en cuya definición de objetivos para el Programa Nacional de Educación Sexual Integral, destaca, entre otras cuestiones: “Procurar igualdad de trato y oportunidades para varones y mujeres”; “Prevenir los problemas relacionados con la salud en general y con la salud sexual y reproductiva en particular”.

La no violencia, así como la libertad reproductiva, ya sea desde un concepto de salud integral, ya sea desde un enfoque de derechos humanos, son derechos fundamentales de las mujeres, que si bien están

garantizados por legislaciones específicas y políticas públicas, no siempre ni en todos los lugares cuentan con los recursos necesarios para la cobertura requerida.

Por otra parte, una política de equidad de género con perspectiva transformadora tiene que incluir a los varones, potenciando los cambios favorables que se observan en los últimos años y tratando de distender las reticencias y posturas dominantes que aún persisten. El objetivo es que mujeres y varones comparten derechos y responsabilidades.

En cuanto a las políticas públicas que los puedan hacer efectivos, el sistema de salud cumple un rol fundamental.

El rol del sistema público de salud

Si bien la violencia de género es un problema complejo que requiere abordajes interdisciplinarios e intersectoriales en los que participan sectores diversos (salud, justicia, educación, desarrollo social, áreas Mujer -provinciales y municipales- oficinas de atención a víctimas, organizaciones de mujeres y otros sectores de la sociedad civil) el sistema de salud tiene una función estratégica.

Dicho sector cumple un rol esencial en el abordaje integral y es el que puede desarrollar estrategias que disminuyan los costos no sólo económicos, sino sobre todo humanos, ocasionados por las altas tasas de morbilidad asociadas a la violencia.

Pero también hay otras razones que le confieren importancia al sistema de salud, entre las cuales cabe destacar:

- Dispone de tratamientos preventivos para reducir riesgos específicos asociados a la violencia, sobre todo, los riesgos de embarazo y de transmisión de VIH Sida y otras ITS.
- Cumple una función legitimadora y facilitadora, en el sentido de que un problema avalado por la salud pública merece el reconocimiento social, y facilita el pedido de ayuda, al poner al alcance de las víctimas un dispositivo público, conocido, gratuito e incorporado a los hábitos de consulta de grandes sectores de la comunidad.
- La consulta con profesionales de la salud, cuando se logra un clima de confianza, privacidad y confidencialidad, puede ser la única o una de las pocas instancias en las cuales una mujer puede contar o dejar entrever un problema de violencia.

- El sistema de salud cuenta con profesionales de las más diversas disciplinas que –con adecuada capacitación- pueden contribuir al abordaje integral de la problemática.
- La estructura descentralizada y en red del sistema de salud -que, con particularidades en provincias y distritos incluye hospitales zonales, generales, materno infantiles, áreas programáticas, centros de salud y salas de salud barriales- logra una amplia llegada a la comunidad, incluso a sectores aislados. Esto permite llevar a cabo estrategias de atención primaria, tales como información, concientización y detección precoz de problemas de violencia.
- Asimismo los equipos de salud comienzan a ser conscientes de que problemáticas como la violencia de género requieren la articulación con otros sectores institucionales con los que deberían establecer relaciones y formas de derivación.

Pero no se puede desconocer que, además de las ventajas, existen obstáculos de distinto tipo, que restan eficacia a la intervención del sector o muestran la dificultad de traducir en políticas de salud los principios que las leyes establecen:

- Falta de protocolos de atención o falencias en la implementación de los existentes.
- Interpretaciones dispares del marco legal.
- Problemas en la disponibilidad de insumos.
- Dificultades para la implementación de registros.
- Falta de capacitación y/o de compromiso de algunos profesionales.
- Desconocimiento de la perspectiva de las víctimas.
- Objeciones de conciencia y otras trabas ideológicas más sutiles.

Impacto de la violencia de género en la salud sexual y reproductiva

La violencia de género puede causar o agravar problemas vinculados a la salud de las mujeres, tanto en lo físico como en lo psíquico, y en particular, en la salud sexual y reproductiva. Los trastornos pueden ser desde leves hasta letales, como el caso del femicidio o el suicidio como epílogo de una situación de maltrato conyugal.

Es difícil establecer cuál es la incidencia de las distintas manifestaciones o saber cuáles dan lugar a mayor cantidad de consultas en el sistema de salud por la falta de estadísticas y registros. De hecho, la

violencia marital, las violaciones, el abuso sexual comenzaron a ser identificados como motivos de consulta cuando se crearon servicios o equipos de atención especializados. Durante muchos años, estas consultas existían, pero no siempre eran identificadas y los equipos de salud atendían sus consecuencias sin incluir en el registro sus causas ni brindaban siempre una atención especializada. En los últimos años se ha comenzado a incluir y a tomar en consideración la necesidad de identificar la existencia de experiencias de violencia de las consultantes -experiencias únicas, esporádicas o sistemáticas- a fin de definir intervenciones más adecuadas y acordes con el respeto y reconocimiento de la autonomía y los derechos de las mujeres, usuarias de los servicios de salud.

No es posible establecer una relación unívoca entre las múltiples manifestaciones de la violencia de género y las consecuencias sobre la salud sexual y reproductiva. De todos modos, en la práctica cotidiana de los servicios de salud, hay algunas situaciones que son más claramente reconocidas, como el riesgo de embarazos o infecciones de transmisión sexual como producto de una violación y el embarazo de una niña de 12 o 13 años como resultado de una violación incestuosa. Otras son intuidas, pero no siempre nombradas o identificadas como problemáticas de la consulta, como es el caso de una mujer con reiterados embarazos que no desea, dado que está sometida al control y violencia del marido, y aún otras, mucho menos visibilizadas, como es la consulta reiterada por infecciones o lesiones de mujeres prostitutas. Lo que se quiere subrayar es que ante lesiones, infecciones reiteradas, embarazos en edades muy tempranas, embarazos muy seguidos y no buscados, etc., debe encenderse una alerta. Es decir, más allá de la consulta puntual, debe analizarse el contexto y las causas para un diagnóstico diferencial de la violencia.

Para desarrollar estas dimensiones, este dossier está organizado en los siguientes apartados:

- Salud sexual y reproductiva y violencia marital.
- Salud sexual y reproductiva y violaciones.
- Salud sexual y reproductiva y violencia sexual en la adolescencia.
- Salud sexual y reproductiva y prostitución.

El abordaje desde el sistema de salud

Como se ha dicho, el sistema de salud tiene una función y una responsabilidad esenciales en el abordaje de las problemáticas descritas.

Esto es percibido por muchos de los operadores que integran el sector y de hecho, algunas de las sugerencias y propuestas de este material, recogen la experiencia y observaciones de integrantes de distintos equipos de salud.

El sistema de salud, por tanto, tiene que construir las estrategias e instrumentos que garanticen una respuesta adecuada a estas problemáticas. Esto no es un proceso sencillo y en él influyen muchos factores, entre los más importantes, está la responsabilidad de los niveles decisarios, de los que depende la jerarquización de los programas especializados, la elaboración de protocolos e instructivos, la asignación presupuestaria, los convenios intersectoriales y las campañas públicas de difusión.

A niveles más operativos, se pueden subrayar dos conjuntos de factores: los institucionales y los relacionados con los equipos profesionales.

Con relación a los factores institucionales, el respaldo de las autoridades es esencial para la implementación de protocolos, registros sistemáticos y fluogramas; la conformación de equipos o referen-

tes sensibilizados y capacitados; la disponibilidad de insumos y la llegada a la comunidad.

Por parte de los equipos profesionales, es importante revalorizar el espacio de confianza de la consulta y la relevancia de la palabra profesional. Cada entrevista puede constituirse en una oportunidad privilegiada para prevenir y detectar de forma temprana situaciones de violencia de género.

Además de los protocolos -cuando existen-, las mejores herramientas que tienen los profesionales de la salud frente a estas situaciones son sus conocimientos y experiencia, el intercambio con colegas, y sobre todo, no desoír las sospechas, una vez que se ha comprendido que algunos de los signos o complicaciones que aparecen en la consulta, pueden estar relacionados con la violencia de género.

Junto a esta actitud de alerta, también el convencimiento de que su intervención no es intrusiva, sino legítima e, incluso, que puede llegar a ser crucial, no en el sentido de lograr resultados plenamente satisfactorios e inmediatos, pero sí en el sentido de marcar una inflexión favorable, de contribuir a poner palabras, datos útiles y contención, allí donde tal vez, por mucho tiempo, sólo ha habido temor, desinformación y silencio.

Salud Sexual y Reproductiva y Violencia Marital

Es sabido que en el marco de las relaciones de pareja, las mujeres sufren violencia: física, psicológica y sexual, por citar sólo tres de las formas que inciden directamente sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Son justamente la sexualidad y la reproducción dos áreas de la vida en las que muchos varones se imponen contra los deseos o decisiones de sus parejas, impidiendo el uso de anticonceptivos o imponiendo prácticas sexuales sin métodos de protección de posibles contagios de ITS.

Cuando esto ocurre, se pueden producir:

- Embarazos no deseados;
- Embarazos de riesgo;
- Abortos provocados;
- Muerte materna;
- Transmisión de VIH Sida y otras ITS
- Trastornos ginecológicos.

Embarazo y violencia marital

En el marco de la violencia marital, uno de los aspectos en los que las mujeres pueden verse particularmente afectadas es en el de las decisiones acerca de cuándo tener relaciones sexuales y cómo cuidarse, para evitar un embarazo si no lo desean.

En algunos casos, las negativas del marido violento con respecto a la anticoncepción son rotundas, ya que obligar a la mujer a maternidades sucesivas resulta un mecanismo presuntamente “lícito” de control.

En otros, las decisiones de cuántos hijos tener y cuándo tenerlos se mantienen en un clima de ambigüedad y poco diálogo, que debilita las decisiones autónomas de las mujeres. En el intento de evitar embarazos no deseados, estas mujeres utilizan métodos anticonceptivos a espaldas de sus parejas, muchas veces sin el debido asesoramiento y de manera

no sistemática, lo cual hace que dichos métodos no resulten efectivos.

Sea por la imposición rotunda o por el temor a provocar la desaprobación y la violencia del marido, las mujeres maltratadas son un grupo particularmente expuesto a los embarazos no deseados o no planificados.

Asimismo, una situación particularmente compleja que pueden experimentar las mujeres maltratadas es la de un embarazo imprevisto y rechazado por el marido. Como se sabe, en el perfil de los hombres violentos son frecuentes las obsesiones celotípicas, de manera que ante un embarazo imprevisto, independientemente de que el hombre haya o no compartido las decisiones y la responsabilidad de las medidas anticonceptivas, es altamente probable que su reacción sea la de considerar a la mujer como la única responsable o incluso acusarla de que el embarazo es fruto de una infidelidad, con la consiguiente escalada de violencia. Por otra parte, los embarazos –deseados o no, planificados o imprevistos- no siempre “protegen” a las mujeres del maltrato. Estudios de diversos países –con tradiciones culturales diferentes en cuanto a los roles femeninos y masculinos frente a la procreación- muestran resultados que podrían parecer incongruentes, pero no lo son: ya que los estudios demuestran que el embarazo puede ser tanto el disparador de la violencia, como puede actuar como relativo factor de protección, sobre todo, de la violencia física. La violencia ya instalada puede persistir o aún incrementarse durante el embarazo. Se han recogido testimonios de abortos provocados por una golpiza.

Lo cierto es que, más allá del momento de inicio de la violencia o de sus ciclos, hay sustento empírico más que suficiente para confirmar un porcentaje significativo de mujeres que sufren violencia durante el proceso de gestación y esos casos deben ser considerados como embarazos de riesgo.

» En un estudio realizado a una muestra de 468 mujeres atendidas en consultorios de la Secretaría de Salud del Estado de Morelos, México, se constató que el 32% sufrió violencia durante el embarazo y el 33 % durante el año previo al embarazo, aunque no son exactamente las mismas mujeres. El 24 % de mujeres que sufrió violencia antes del embarazo dejó de padecerla durante el embarazo. Y otras que no había sufrido violencia antes, comenzaron a ser violentadas durante el embarazo. Estos datos dan cuenta por un lado de la magnitud de la violencia antes y durante el embarazo y también que éste puede ser tanto un factor de riesgo, como de protección.

(Castro Roberto y Agustín Ruiz, Prevalencia y severidad de la violencia contra las mujeres embarazadas en México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Autónoma de México, Cuernavaca, México, publicado en la revista de Salud Pública, 2004, 38: 62-70) www.fsp.usp.br/rsp

» En un estudio realizado por Family Health International, de entre 300 mujeres entrevistadas en Bolivia, el 5% era objeto de abuso físico y 155 de abuso verbal por parte del compañero a causa del uso de anticonceptivos. (Quiroga M y otros, Uso de anticonceptivos orales en Santa Cruz, El Alto y La Paz, Bolivia, 1997) www.fhi.org/sp/rh/pubs/network/v18_4/nw184ch4.htm

» En un estudio realizado en 19 estados de los Estados Unidos, se ha constatado que entre 3 y 7 % de mujeres han sufrido violencia durante el embarazo en el año 2000. (Las muestras en cada caso son de entre 1300 y 2500 mujeres) Estas cifras son semejantes a las obtenidas en los años 1996, 1997, 1998 y 1999.

(US Department of Health and Human Services, Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, PRAMS 2000 Surveillance Report, USA, 2005)

» Un estudio realizado en Inglaterra determina que el embarazo es un verdadero factor de riesgo de violencia y que las mujeres embarazadas tienen un riesgo de ser maltratadas dos veces más alto que cualquier otro grupo de mujeres. (Richardson J., Coid J., Petruckevich A., Cheng W.S., Moorey S., Feder G., "Identifying domestic: cross sectorial study in primary care". BMJ 2002, 324: 271-276)

» Un estudio realizado en cuatro maternidades en Francia muestra que el 4, 1 % de las mujeres encuestadas sufrió violencia por parte de su pareja después del parto.

(Encuesta Nacional Perinatal, 1998, INSERMU, abril 2000)

» En un estudio realizado en base a una muestra sobre 12300 mujeres, el 51 % respondió haber sufrido alguna situación de violencia por parte de varones. Un 29% sufrió violencia por parte de su pareja –maridos o convivientes. De ese 29%, un 21% expresó haber sufrido violencia durante el embarazo.

(Lent B., Morris P. y Rechner S., Comprendre les répercussions de la violence conjugale sur la grossesse, le travail et l'accouchement, Canadian Family Physiande, Canadá) www.pubmedcentral.nih.gov/pagerender.fcgi

Embarazo de riesgo

Un embarazo de riesgo lo es tanto para la madre como para el niño por nacer. Consecuencias de la violencia que han sido observadas en el embarazo:

- Alteraciones en la curva ponderal;
- Infecciones ginecológicas;
- Sangrado vaginal;
- Trauma abdominal;
- Hemorragia;
- Exacerbación de enfermedades crónicas;
- Complicaciones durante el parto;
- Control prenatal tardío y/o insuficiente;
- Aborto espontáneo;
- Bajo peso del/a niño/a al nacer;
- Ruptura de membranas;
- Magulladuras del feto, fracturas y hematomas
- Muerte materna.

Tal como se observa en la lista precedente, en algunos casos el riesgo puede tener un desenlace letal, es decir la **muerte materna**.

Muerte materna

Muertes de mujeres que ocurren a causa de complicaciones del embarazo, parto o puerperio (hasta los 42 días), que no pueden atribuirse a causas accidentales.

El impacto de la violencia marital sobre la muerte materna es un tema aún poco estudiado. En algunos estudios sobre asesinatos de mujeres durante el embarazo o luego del embarazo, se comenzó a investigar sobre las relaciones entre la víctima y el vic-

timario; en el caso en el que hubiera relación, sobre la existencia de violencia previa, sobre si se habían realizado denuncias o consultas por motivo de violencia, etc. No todos los estudios son comparables, tanto por el tipo de fuentes, la metodología y las definiciones utilizadas, por ejemplo, en torno al período de tiempo que se toma para considerarlo asesinato relacionado con el parto. Independientemente de los criterios, varios de esos estudios mostraron que en muchos casos, las mujeres asesinadas durante el embarazo lo habían sido por sus parejas, muchas tenían una historia de violencia conyugal e incluso habían realizado consultas en el sistema de salud.

Si bien los datos todavía no son concluyentes, lo que se puede decir es que la mortalidad materna en el contexto de la violencia marital puede producirse:

- De forma directa: cuando la escalada de violencia del marido culmina en el asesinato de la mujer durante el embarazo o el puerperio.
- Por el suicidio de la víctima. Con frecuencia las mujeres expuestas a violencia marital durante tiempos prolongados, son afectadas por angustia, depresión e ideas de suicidio. El embarazo puede aumentar la tensión emocional y por ende la vulnerabilidad.
- Como desenlace de un aborto inseguro: las mujeres maltratadas son justamente uno de los grupos más vulnerables frente a la decisión de un aborto indu-

cido, ya que en la mayor parte de los casos, dichas intervenciones tienen que realizarlas sin apoyo y en condiciones inseguras. Asimismo, cuando se producen complicaciones, tienen muchas dificultades para acceder a una atención oportuna, por lo cual el riesgo de morir es alto.

VIH-SIDA, otras ITS y violencia marital

En cuanto al riesgo de transmisión de VIH-SIDA y otras ITS, los datos de nuestro país nos llevan a una posición de alerta.

Si bien no cabe un análisis simplista -ya que sabemos que algunas mujeres (y algunos varones) no están informados, o si lo están, desafían el riesgo-, es innegable que para muchas mujeres este problema está relacionado con situaciones de pareja estable en las cuales está naturalizada la “doble moral” y, sobre todo, en las que no hay relaciones paritarias.

Es decir, las mujeres no pueden protegerse porque no se atreven a plantear el tema: su pedido podría ser considerado “sospechoso” o abiertamente, sus compañeros les niegan la posibilidad. Esto aumenta la vulnerabilidad de las mujeres ante la transmisión del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual.

» *En varios estudios sobre asesinatos de mujeres embarazadas, la relación con el agresor, la existencia de denuncias o consultas por violencia previa en la pareja, si bien difieren en los valores, muestran una relación entre dichas variables. En un estudio del Estado de Carolina del Norte se constató que más de la mitad de las mujeres embarazadas asesinadas, lo fueron por sus parejas y que existían antecedentes de violencia conyugal. En Inglaterra se constató que casi la mitad de los homicidios asociados al embarazo fueron cometidos por las parejas.* (Martin Sandra, Rebecca Macy, Kristen Sullivan y Melissa Magee, "Pregnancy-associated violent deaths. The role of intimate partner violence", Universeridad de Carolina del Norte, en: Trauma, violence & abuse, Vol 8, Nº 2: 135-148, Sage, 2007)

» *Sobre 232 muertes de mujeres embarazadas, 80 (34%) fueron asesinatos. Son datos de un estudio realizado en Massachusetts para el período 1990-1999.*

(Nannini, Oelschig & Weix, 2002, citado por Martin Sandra, Rebecca Macy, Kristen Sullivan y Melissa Magee, 2007)

» *La tasa de infección por VIH por 100.000 habitantes según sexo para el período 2001-2007 disminuyó de 15,3 en 2001 a 11,2 en 2007. Pero si se observan las tasas diferenciadas por sexo, se constata que la tasa correspondiente a varones disminuyó de 20,0 a 14,3 (o sea 5,7%) mientras que la tasa de mujeres sólo disminuyó de 10,6 a 8,3 (un 2,3%).*

(Boletín sobre VIH Sida en Argentina. Año XII, noviembre 2009, Ministerio de Salud de la Nación)

» *Con relación a las vías de transmisión hay diferencias para varones y mujeres. Las principales vías de transmisión son: relaciones heterosexuales, homosexuales, hemoderivados y transfusiones y desconocidas. Si se observa solamente la primera, es decir, las relaciones heterosexuales, la proporción de mujeres que se infeca por esta vía es mucho mayor que la de los varones y además con una tendencia en aumento. En el 2001-2002 representaba el 77,6% y en 2007-2008 el 87,1 % frente a 34,8% para varones en 2001-2002, y 48,5% en 2007-2008.*

El abordaje de problemáticas derivadas de la violencia marital en los servicios de salud sexual y reproductiva

Detección

En general, todas las mujeres tienen numerosos contactos con distintos integrantes de los equipos de salud durante sus diferentes períodos vitales y en particular, con los especialistas de ginecología, obstetricia y los profesionales de procreación responsable durante su edad fértil. Sin embargo, este hecho no garantiza por sí mismo que puedan detectarse fácilmente las situaciones de violencia marital, ya que esto depende por una parte de las reticencias de las mujeres afectadas -que, como se sabe, son un efecto propio de la dinámica del maltrato- y de la mayor o menor receptividad de los profesionales que las atienden.

Por lo general, en la mayor parte de las instituciones de salud, existen instructivos o prácticas instituidas para la derivación cuando estas situaciones se detectan. En cambio, la elaboración e implementación de protocolos específicos para la detección están todavía en una etapa incipiente de desarrollo de propuestas y experiencias piloto.

Una de las áreas en las cuales sería más interesante desarrollar iniciativas al respecto es justamente la de salud sexual y reproductiva, ya que la periodicidad de consultas de las mujeres durante las distintas etapas de su vida daría a esta medida un alcance prácticamente universal.

El protocolo puede ser una herramienta útil si se uti-

liza en un marco de cuidado, privacidad, generando confianza y con una modalidad flexible y no intrusiva, dando lugar a una expresión lo más respetuosa posible de las características particulares de cada mujer.

Los componentes principales de un protocolo de detección son:

- Breve información acerca de la problemática;
- Importancia de la detección en el sector salud;
- Preguntas directamente relacionadas con el tema (no más de cuatro o cinco);
- Indicadores de riesgo;
- Recursos y procedimientos de derivación.

Otras ventajas de la implementación de los protocolos son: dan lugar a registros sistemáticos, que permiten acercarse a cifras reales del problema y contribuyen a una mejor concientización por parte de la comunidad sanitaria. Permiten comprender que un problema social como la violencia marital puede tener efectos sobre la salud sexual y reproductiva, del mismo modo que la afectan los factores biológicos, los psicológicos, los de estilo de vida o las conductas de riesgo.

Aún cuando no se hayan implementado estos pro-

Algunos antecedentes

En el año 2000, como resultado de una iniciativa conjunta del Ministerio de Salud, el Consejo Nacional de la Mujer y el Programa Regional Piloto de Protección y Atención de la Violencia Intrafamiliar del BID se elaboró y publicó la guía Violencia en la pareja. Elementos básicos para su atención en el sector Salud (Paggi, P., Viar J.P. y Chejter, S.)

En el 2005, Majdalani M., Alemán M., Fayanas R., Guedes A., Mejía R. validaron un cuestionario propuesto por IPPF-OPS, para detectar violencia de género en la consulta clínica (Revista Panamericana de Salud Pública, N° 5: pp.79-83)

tocolos de manera sistemática, en el ámbito de la consulta pueden presentarse signos relativamente evidentes o indicios indirectos, que deben poner en alerta a los profesionales. Las observaciones que hayan podido recoger los profesionales, se pueden complementar con los indicadores sistematizados en la bibliografía especializada.

También deben tenerse en cuenta indicios más sutiles que sólo podrán detectarse a través de la observación cuidadosa de los comportamientos de la propia mujer o de su marido.

Algunos de ellos son: actitud temerosa de la mujer, reticencia a brindar respuestas, argumentaciones rápidas y poco congruentes, llanto incontrolable, minimización de las lesiones, miradas ansiosas a su pareja frente a las preguntas, actitud de control del marido e intentos de evitar que la mujer pueda estar a solas con los profesionales, tanto en las consultas prenatales como en el posparto.

Derivación

Es importante que los profesionales cuenten con una información amplia de los recursos disponibles en su comunidad y en lo posible, contactos personalizados con integrantes o referentes de dichos recursos.

En los últimos años se ha avanzado bastante en el tema: los recursos son variados e intervienen distintos sectores gubernamentales y no gubernamentales.

Entre los primeros, se puede mencionar los programas de las Áreas Mujer, provinciales o municipales, sectores de la Justicia, el Ministerio Público y las Fuerzas de Seguridad, los hospitales y otras instituciones de salud. Entre las no gubernamentales, principalmente, las ONGs especializadas, iglesias y asociaciones profesionales y sindicales. El desarrollo de estos dispositivos es heterogéneo, según provincias y localidades.

En algunos casos, los recursos son escasos, con lo cual, los profesionales tienen que desarrollar respuestas casi artesanales, muchas de ellas innovadoras. Es importante destacar y valorizar estas últimas, dado que una intervención bien enfocada, aunque sea puntual, puede tener ya en sí misma un efecto de contención y fortalecimiento.

Por otra parte, aún cuando haya varias alternativas para la derivación, es conveniente que la mujer reciba indicaciones claras y concisas, por ejemplo, un número telefónico que atienda 24 horas o una dirección cercana, de fácil acceso, y el nombre de la persona que la va a atender.

En la instancia de detección- derivación, un punto primordial es la evaluación de riesgos. Esto requiere de la participación de expertos; aunque un equipo de salud no esté en condiciones de hacer un diagnóstico fino al respecto, *ante la presunción, debe advertir a la mujer del riesgo que corren tanto ella como sus hijos.*

INDICADORES DE SOSPECHA

Existen distintos signos y síntomas que permiten pensar que una mujer sufre violencia marital. Específicamente y en lo que concierne al proceso de gestación:

- Retraso en acudir a la consulta prenatal, sin razones obvias que lo justifiquen.
- Historia previa de abortos y complicaciones durante el parto.
- Historia previa de partos prematuros y bebés de bajo peso al nacer.
- Amenazas de aborto espontáneo en el presente embarazo.
- Embarazos no deseados o no aceptados; muchos embarazos.
- Angustia ante la noticia de un nuevo embarazo.
- Indicios de que un aborto no ha sido espontáneo ni producto de una caída, sino por golpes en el abdomen.
- Lesiones genitales, anales, en los senos y/o abdomen.
- Infecciones ginecológicas repetidas.

BUENA PRAXIS Y RESPONSABILIDAD LEGAL Y ÉTICA

Cuando se construye la sospecha de una situación de violencia marital, no existe el imperativo legal a actuar "de oficio" ni de avanzar en la recolección de datos que avalen la sospecha de algún tipo de maltrato, salvo cuando la magnitud de las lesiones así lo dictaminen. Esto es porque se trata de una persona adulta, que no requiere tutela, pero sí resguardo de sus derechos. Sin embargo, las condiciones de buena praxis obligan a algo más que la identificación del "cuadro" y cuidados médicos.

Por una parte, sea por pedido de la mujer o por iniciativa del profesional que ha detectado indicios, corresponde derivar y advertir a la mujer acerca de los riesgos. Por otra parte, es preciso consignar, en la historia clínica la mayor cantidad de datos que permitan dar consistencia a ese diagnóstico presuntivo.

Esto significa avanzar en la búsqueda "etiológica", conforme a una postura eminentemente médica, pero también es de un inestimable valor a la hora de las evaluaciones y el aporte de pruebas, si la mujer necesita una intervención judicial. Finalmente, es una obligación ética, si se considera que la historia clínica no es más que un documento que le pertenece a quien consulta.

Un tema particularmente sensible para la intervención es el de las muertes maternas ocasionadas por la violencia en la pareja. Éste es un tema nuevo, que se está planteando como un verdadero desafío en la actualidad, habiendo sido tomado por distintos organismos nacionales e internacionales de salud.

El problema reside en que este tipo de muertes maternas no se registran en su especificidad, sino que se dejan pasar sin mayores averiguaciones, tal vez por la impotencia que generan los hechos consumados. En los últimos años se han realizado investigaciones al respecto, ya que contar con datos precisos es el primer paso para poner en alerta a los profesionales, tanto para no dejar pasar muertes maternas "sospechosas", como –tal vez lo más importante– actuar antes de que la violencia resulte letal.

Para su investigación se utiliza la "autopsia verbal", que consiste en entrevistas a personas del entorno que permiten reconstruir la historia de cómo falleció una mujer embarazada o en puerperio e identificar posibles antecedentes de violencia marital.

Salud Sexual y Reproductiva y Violaciones

Es sabido que las violaciones son frecuentes y pueden ocurrir en los más diversos contextos de la vida cotidiana de las mujeres y en cualquier etapa de sus vidas, tanto en el ámbito público como en el privado. Es sabido también que una agresión sexual afecta o puede afectar diversas esferas de la vida: la integridad física y emocional, la libertad e integridad sexual, las relaciones de pareja, la vida familiar, laboral y social y, sobre todo, el sentido de dignidad personal y de justicia.

Desde el punto de vista de la salud sexual y reproductiva, hay que remarcar el riesgo de embarazo, el riesgo de transmisión de VIH Sida y otras ITS y lesiones genitales, anales o en otras partes del cuerpo, si la violencia física ha sido severa. Tanto el riesgo de embarazo como el de transmisión de infecciones -que suelen ser preocupaciones serias de las mujeres que sufren agresiones sexuales-, pueden ser actualmente abordados por medidas preventivas y de tratamiento precoz muy eficaces, si se aplican de manera inmediata.

Cuando una mujer que ha sufrido una violación no ha tenido acceso a estos cuidados preventivos, el riesgo en ambos aspectos está presente.

Un grupo especialmente vulnerable a las violaciones es el de las niñas y mujeres discapacitadas. Dado que estas personas muy probablemente también estarán en una situación de desventaja en cuanto a la información y el acceso a la anticoncepción de emergencia, el riesgo de embarazo es alto. Si bien no hay cifras al respecto, las/os profesionales que trabajan en programas dedicados a esta problemática disponen de suficientes evidencias empíricas.

La mayor parte de los abortos que se realizan en el país se llevan a cabo en condiciones inseguras. Si esta decisión tiene que tomarla una mujer que ha quedado embarazada a causa de una violación, lo cual ya da indicios de que en el momento del abuso no tuvo ni la información, ni el apoyo ni los recursos para evitar el embarazo, podemos deducir que la situación de vulnerabilidad es muy severa. Probablemente, se trata de una mujer que ha ocultado la violación o no ha podido hablar de ella, o, si lo ha hecho, no ha encontrado los apoyos adecuados, lo cual hace prever que tampoco podrá encontrarlos para abordar el aborto, agravando los riesgos de complicaciones.

Embarazo y Violaciones

El embarazo producto de una violación coloca a la mujer en la disyuntiva de “optar” entre decisiones problemáticas -que pueden tener serias consecuencias para su salud mental-, y sus proyectos de vida: aceptar un hijo proveniente de una situación abusiva; dar ese hijo en adopción; realizar la interrupción del embarazo, sin la debida protección legal. Los profesionales deben enfrentar en estos casos un problema de gran complejidad, no sólo psicológica, sino también porque involucra dimensiones ideológicas y éticas.

» *En un estudio realizado en Estados Unidos en el que participaron más de 4000 mujeres a las que se les realizó un seguimiento de tres años, se comprobó que para las víctimas de 12 a 45 años de edad, la tasa nacional de embarazos asociados con una violación era de 5%, lo que significa que todos los años, más de 32000 mujeres quedan embarazadas como resultado de una violación.*

(Holmes M. y otras, "Rape-related pregnancy: Estimates and descriptive characteristics, from a national sample of women", en: American Journal of Obstetrics and Gynecology, 1996, 175 y 320-324) (citado por Krug, E, Linda Dahberg, Mercy James, Zwi A., Lozano R, Informe mundial sobre la violencia y la salud, OMS-OPS, USA, 2003, p. 177)

» *El riesgo promedio de infección de VIH después de un solo acto de penetración vaginal sin protección es entre el 1 y el 2% si el hombre es el que está infectado y de 0,5% a 1% si es la mujer la que está infectada. El riesgo promedio de infección por el VIH en el caso de coito anal sin protección es de entre 5 y 30%. En casos de violación es probable que se produzcan desgarramientos macroscópicos o microscópicos de la mucosa vaginal que aumenta enormemente la probabilidad de transmisión del VIH.*

(Krug, E, Linda Dahberg, Mercy James, Zwi A., Lozano R., Informe mundial sobre la violencia y la salud, OMS-OPS, USA, 2003)

Protocolos de atención a víctimas de violaciones en el ámbito hospitalario

En los últimos años se han implementado, en la ciudad de Buenos Aires y algunas provincias, protocolos de atención a víctimas de violaciones en el ámbito hospitalario. Asimismo está próximo a su publicación el Protocolo del Ministerio de Salud de la Nación.

La importancia de procedimientos normatizados es que la intervención no queda librada a la decisión o discrecionalidad de los profesionales. La ventaja de los protocolos se incrementa cuando se puede contar, entre otros, con los siguientes factores favorables: apoyo de las autoridades, consolidación de un equipo interdisciplinario, o al menos, referentes en las distintas especialidades involucradas; disponibilidad del kit de medicamentos y atención las 24 horas. También es importante la información a todo el personal del hospital –médico, técnico y administrativo- a fin de que las víctimas que pueden llegar a cualquier servicio y a cualquier hora, reciban la orientación precisa. Y además, la comunidad debe estar informada de la necesidad de la consulta inmediata.

Una parte esencial de estos protocolos está destinada a la prevención del embarazo, del VIH-Sida y otras ITS.

Prevención del riesgo de embarazo en casos de violaciones. Anticoncepción de emergencia (AE)

La anticoncepción de emergencia de tipo hormonal, conocida como “píldora del día después”, es un excelente método preventivo contra el riesgo de embarazo en los casos de violaciones, de alta efectividad.

La principal ventaja de la AE es que permite evitar un embarazo en la última línea posible de preventión, después de una fuerte exposición al riesgo de embarazo, producto de una violación o de cualquier situación de embarazo no deseado. Por lo tanto, se debería tener en cuenta este recurso en otras situa-

ciones en las que por ejercicio de violencia o presiones, las mujeres no pudieron utilizar métodos anticonceptivos.

La aplicación de este tratamiento es relativamente sencilla y por lo general es bien tolerado, salvo molestias que desaparecen pronto.

A los 15 días de aplicado el tratamiento conviene realizar un test para confirmar que no se ha producido embarazo. Aunque es un método que no produce efectos secundarios sobre la salud o la fecundidad futura, debe ser utilizado como tratamiento de emergencia y no como un método anticonceptivo de rutina, principalmente por dos motivos:

a) porque usado reiteradamente no pueden excluirse efectos no deseados para la salud; y b) porque no es un método adecuado para la prevención de ITS. El método que reúne los dos objetivos –prevención del embarazo y de ITS- es el preservativo.

Actualmente se recomienda el uso de AE hasta el quinto día posterior a la exposición. Se debe comenzar con la primera toma lo antes posible, ya que la eficacia disminuye paulatinamente a medida que pasan las horas.

La anticoncepción de emergencia no es efectiva si ya existe un embarazo y no altera su curso. No se conocen efectos teratogénicos sobre el feto, en caso de uso durante la fase folicular temprana del embarazo.

Aborto post violación

Cuando surge una consulta por un embarazo reciente producto de una violación y la mujer está decidida a interrumpir el embarazo, su expectativa es recibir una respuesta efectiva del hospital público.

En estos casos debe aplicarse la Guía Técnica de Atención Integral de los Abortos no Punibles (Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ministerio de Salud Pública de la Nación.)

Enfrentar la interrupción del embarazo producto de una violación es un hecho que, al sumarse al impacto propio de la violación, representa un proceso de alto costo emocional. Sin embargo, las experiencias recogidas en los centros de atención de mujeres violadas en países en los cuales está despenalizado el aborto en casos de violaciones, muestran que las mujeres que eligen esta opción cuando está legalizado y cuentan con la contención de los equipos profesionales, tienen mejores posibilidades de elaborar este trance, dándole un sentido de reparación y de justicia.

Riesgo de transmisión de VIH Sida y otras ITS en casos de violaciones

Otros riesgos asociados a las violaciones y abusos sexuales son la transmisión de VIH-Sida y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

En la actualidad, existe un tratamiento altamente eficaz para prevenir una posible transmisión de VIH-SIDA, que debe comenzar a aplicarse durante las primeras horas de producido el episodio de violación.

El mayor o menor riesgo de transmisión de VIH-SIDA depende del tipo de contacto que se haya producido durante el ataque sexual.

Sin embargo, aunque no haya habido eyaculación o penetración completa, no se pueden descartar los riesgos de contagio.

Esta decisión debe ser evaluada por medicas/os del servicio de infectología. Este tratamiento tiene una duración aproximada de 30 días. Sólo es efectivo si se cumple en su totalidad. Dado que en algunos casos produce molestias, algunas mujeres dudan en continuarlo. Por eso es muy importante darles una información clara desde el principio, sugerencias para una mejor tolerancia y seguimiento de apoyo.

Asimismo, actualmente existen métodos muy efectivos para la prevención y/o detección y tratamiento

precoz, según los casos, de la mayor parte de ITS (sífilis, gonorrea, HPV, hepatitis B, herpes, tricomoniasis, chlamydia).

Lo más conveniente es concurrir cuanto antes a un servicio hospitalario especializado, en el cual el personal de salud pueda evaluar los riesgos según las características del ataque y tomar las medidas que considere oportunas.

Además de las medidas preventivas los protocolos contemplan la curación de lesiones si las hubiera. Los protocolos no se circunscriben a los aspectos médicos, sino que, respondiendo a la necesidad de un enfoque integral incluyen: abordaje psicológico, atención por parte del servicio social e información sobre la denuncia.

Por lo general, el abordaje psicológico incluye la contención inicial, la evaluación de riesgos y la interconsulta psiquiátrica si se consideran necesarias. En las semanas siguientes, se planifica un tratamiento breve y focalizado (6-8 entrevistas), destinado a elaborar los síntomas post traumáticos y reorganizar la vida cotidiana, dejando abierta la posibilidad de prolongar el tratamiento si el caso lo requiere, por derivación intra o extra hospitalaria.

Asimismo, los protocolos establecen cronogramas de seguimiento médico y psicosocial.

LA DENUNCIA

En nuestro país las violaciones son delitos de instancia privada. Cuando la víctima es mayor de 18 años, solamente ella puede denunciar.

Cuando se trata de niñas/os y adolescentes menores de 18 años podrán denunciar en primer lugar los adultos responsables (padres, tutores, guardadores). En caso de que existan indicios o sospechas de que la niña/o haya sido abusada/o por personas encargadas de su cuidado, los profesionales de salud están obligados a denunciar para asegurar su integridad.

Cuando la víctima es adulta pero no tiene capacidad de discernimiento se debe actuar como en los casos de menores.

En el caso de personas adultas -en las que la ley no exige una denuncia por parte del o de la profesional-, éstas pueden necesitar tiempo para reflexionar y decidir qué hacer. Muchas mujeres necesitan compartir con familiares, amigas/os o profesionales lo sucedido, antes de tomar decisiones. Por otra parte, es importante que se prevea que en el futuro, la persona adulta puede decidir efectuar la denuncia y por lo tanto, es fundamental que se elaboren registros médicos.

Los protocolos no indican los procedimientos para la conservación de pruebas, ya que esto es atribución de médicos forenses o legistas, una vez que la mujer ha presentado la denuncia. Ahora bien, si un equipo considera que están dadas las condiciones para obtener y conservar pruebas, así como para consignar datos en la historia clínica, esto es una práctica muy beneficiosa si la mujer decide presentar la denuncia más adelante.

Salud sexual y reproductiva y Violencia sexual en la adolescencia

En la actualidad, en diversos sectores sociales, son frecuentes en el inicio sexual, conductas que no han incorporado valores de afecto, respeto y cuidado recíprocos. Se trata de conductas que ponen en escena ideas falaces acerca de la “igualdad” e “iniciativa femenina” y que comportan riesgos para ambos sexos.

Dentro de este panorama complejo focalizaremos las situaciones en las que el inicio sexual se produce en un contexto de violencia, en el cual prevalecen los estereotipos de dominancia masculina.

Por un lado, se observa un alto porcentaje de violaciones en esa etapa y por el otro, hay situaciones de coacción y presión, que hacen que las relaciones sexuales no siempre se realicen con consentimiento libre o que se tomen las medidas de cuidado y protección.

De modo que los embarazos tempranos, forzados, no deseados y el riesgo de ITS es mayor que en otras edades.

La violencia no siempre es explícita o se manifiesta como violencia física; esto, sumado al hecho de una falta de lenguaje para dar cuenta de las diferencias, a veces sutiles, en que la violencia se ejerce, dificulta la escucha de los profesionales del sistema de salud que atienden a las adolescentes.

Hay situaciones a las cuales es difícil para la niña afectada ponerle el nombre de violación, aunque tenga la clara vivencia de haber experimentado una situación contraria a su voluntad.

Puede incluso que haya “aceptado” la situación; cuando en realidad su deseo era lo contrario y no encontró el modo de oponerse.

En estos casos podemos usar el concepto de sexo bajo coerción.

En estas situaciones, muy frecuentes en el inicio sexual cuando hay una diferencia de edad significativa entre el varón y la niña o la joven, lo que gravita son los comentarios manipuladores o las voces interiores de la propia joven, tales como “acceder al mundo adulto”, “disfrutar de una sexualidad libre”, “atreverse a una experiencia transgresora”.

El sexo bajo coerción suele ser, muchas veces, sexo inseguro, porque así como la joven no se ha sentido fuerte para “decir un No”, o “esperemos un poco más”, tampoco suele tener la firmeza para poner como condición el uso de preservativo, con los riesgos consiguientes de embarazo y de transmisión (para ambos) de ITS.

En cuanto a la mayor vulnerabilidad de las chicas en relación al VIH-SIDA, las cifras son concluyentes.

» *La razón hombre/mujer a nivel nacional entre los años 2001 y 2007 descendió levemente de 1,9 a 1,7, indicando una tendencia a la feminización de la epidemia. Aunque la región Centro muestra una leve tendencia global decreciente, su comportamiento es heterogéneo ya que la provincia de Córdoba presenta un patrón similar a la CABA, mientras que en Entre Ríos se registra un descenso importante de la razón que indica una feminización de la epidemia en esa provincia. La razón hombre/mujer varía según los grupos de edad, siendo, en general, más baja entre los más jóvenes. Por ejemplo, en el período 2001-2007, entre los jóvenes de 14 a 24 años del GBA, por cada 2 hombres notificados hay 3 mujeres notificadas, mientras que entre los adultos de 35 a 44 años del GBA, por cada 2 varones hay una mujer notificada.*

(Boletín sobre VIH Sida en Argentina. Año XII, Noviembre 2009, Ministerio de Salud de la Nación)

Embarazo temprano y violencia de género

Si bien no existen todavía estudios estadísticos, e incluso estudios cualitativos que permitan establecer exactamente la verdadera dimensión de la problemática y la importancia relativa de las distintas situaciones de violencia, algunas investigaciones realizadas en nuestro país, así como también estimaciones y observaciones de las/os operadoras/es de salud permiten establecer sin lugar a dudas, que muchos embarazos adolescentes son el resultado de distintas formas de ejercicio de la violencia masculina.

Aquí es necesario hacer una reflexión más general. En la pubertad y la adolescencia es elevado el número de embarazos no deseados o no planificados. Las causas por las cuales chicas muy jóvenes quedan embarazadas sin desearlo son múltiples: falta de información y orientación, dificultad de acceso a los anticonceptivos, pensar que por una vez o dos no va a pasar, despreocupación o fallo de los anticonceptivos.

El sexo bajo coerción connota de una forma particular el posible embarazo, ya que dicho embarazo no está asociado a causas relativamente frecuentes en la adolescencia -y hasta cierto punto compartidas entre varones y mujeres, como se ha dicho-, sino que es un embarazo producto de una situación asimétrica, que aumenta la vulnerabilidad de la adolescente.

Cuando el embarazo no sólo no es deseado o planificado, sino que se ha producido a causa de una situación coercitiva, la joven deberá enfrentar mayor costo emocional y mayores dificultades para aceptar positivamente la maternidad.

Esta circunstancia es mucho más severa cuando se trata de un embarazo forzado.

embarazo adolescente imprevisto, se suman los riesgos derivados del impacto emocional de la violencia: la culpabilización, el silenciamiento, la falta de contención y de apoyo. El embarazo es así es una continuidad de la situación de abuso que le dio origen. Si no pudo ser contada la violación o si fue silenciada por el entorno, el embarazo también estará rodeado de ocultamiento y estigma. Un embarazo temprano producto de una violación, unido a situaciones severas de indefensión puede provocar grave desestructuración psíquica, con desenlaces límites como fugas o abandonos de bebés y en los casos más graves, suicidio o infanticidio.

Embarazo forzado en edades tempranas

Es el embarazo producto de una violación, sea de un desconocido o, con mayor frecuencia en edades tempranas, por parte de familiares –padres biológicos, padrastros, abuelos, tíos, cuñados, primos- o allegados –vecinos, amigos de la familia, patrones u otras personas con autoridad o ascendencia sobre las adolescentes.

En el embarazo forzado, a los riesgos propios del

» Si consideramos al conjunto de las mujeres que se iniciaron tempranamente –antes de los 15 años- una cuarta parte declararon haber sido forzadas y más de la mitad dijeron que, aunque aceptaron la voluntad del varón, ellas no querían que sucediera en ese momento; es decir, que sólo una cuarta parte se inició en forma completamente voluntaria.

(Gelsdtein R. y Pantelides E, "Coerción, consentimiento y deseo en la 'primera vez' " en: Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia, comp. S Checa, Buenos Aires, Paidós, 2003, p.112) (Son datos de una encuesta realizada a 201 adolescentes de entre 15 y 18 años, que concurrieron por primera o segunda vez a un servicio hospitalario de la ciudad de Buenos Aires, pertenecientes a estratos bajos y medios)

» El 100 % de las niñas que tuvieron su primer coito antes de los 13 años habían sido forzadas y ninguna de las que se iniciaron entre los 17 y 18 años lo fueron. Datos de 1996 correspondientes a Brasil muestran algo semejante; mientras que el 4,9% de las mujeres que se iniciaron sexualmente antes de los 15 años fueron forzadas, solo un 0,4% de las que lo hicieron entre los 15 y 17 años y ninguna de las que se iniciaron entre los 18 y 24 años lo fue.

(BENFAM, -Sociedad civil de bem estar familiar no Brasil "Adolescentes jovens e a pesquisa nacional sobre demografia e saude", Rio de Janeiro, 1999 citado en Pantelides E.A., Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina)

» En Nueva Zelanda, una sobre cuatro adolescentes menores de 14 años fue forzada sexualmente, y en la mayoría de los casos por varones mucho mayores que ellas.

(Cickson N y otros, "First sexual intercourse, age, coercion and later regrets reported by a birth cohort, British Medical Journal 316: 29-33, 1998)

» En un estudio sobre adolescentes realizado en México se comprobó que entre el 15 y el 18 % de las adolescentes que habían sido violadas, quedaron embarazadas.

(Según información de centros de crisis para casos de violación, citado por Krug E, Linda Dahberg, Mercy James, Zwi A, Lozano R, Informe mundial sobre la violencia y la salud, OMS-OPS, USA, 2003, p. 164)

» En un estudio de 191 adolescentes embarazadas (con una edad promedio de 16,3 años) en Ciudad de Cabo, Sudáfrica, y de 353 adolescentes no embarazadas (grupo testigo), 31,9 % de las primeras y 18,1 % de las segundas informaron que en su iniciación sexual se había usado la fuerza.

(Jewkes R. y otros, "Relationship dynamics and adolescent pregnancy in South Africa", Social Science and Medicine, 2001, 5:733-582, citado por Krug, E., Linda Dahberg, Mercy James, Zwi A., Lozano R., Informe mundial sobre la violencia y la salud, OMS-OPS, USA, 2003, p. 164)

» Casi la mitad de las mujeres adolescentes sexualmente activas, que participaron en un estudio que incluyó varios países del Caribe declararon que sus primeras relaciones sexuales fueron forzadas.

(Halcón L, Beuhring T, Blue R., A portrait of adolescent health in the Caribbean, Minneápolis, MN, Universidad de Minesota y Organización Panamericana de la Salud, 2000. citado por Krug E, Linda Dahberg, Mercy James, Zwi A., Lozano R., Informe mundial sobre la violencia y la salud, OMS-OPS, USA, 2003, p. 164)

» En Lima, el porcentaje de mujeres jóvenes que decían haber sido iniciadas sexualmente por la fuerza fue casi cuatro veces mayor que el de varones jóvenes: 40% y 11% respectivamente.

(Cáceres C.F, Vanoss M., Sid Hudes E., "Sexual coercion among youth and young adolescents in Lima, Peru", Journal of adolescent Health, 2000, 27: 361-367, citado por (Krug, E., Linda Dahberg, Mercy James, Zwi A., Lozano R., Informe mundial sobre la violencia y la salud, OMS-OPS, USA, 2003, p. 164)

El abordaje de las problemáticas derivadas de la violencia sexual en la adolescencia en el sistema de salud

Los embarazos forzados en edades tempranas se presentan al sistema de salud como hechos consumados.

Las/os profesionales con experiencia hospitalaria -médicas/s, obstétricas, enfermeras, trabajadoras sociales- saben reconocerlos e incluso diferenciarlos de otros embarazos que se producen en la pubertad y la adolescencia, a través de ciertos indicios y sobre todo, por el clima de ocultamiento que los rodea.

A fin de dar mayor certidumbre a estas observaciones surgidas de la práctica, aportamos una lista de indicadores sistematizados:

INDICADORES DE SOSPECHA

Algunos signos o comportamientos que pueden fundamentar sospechas de un embarazo forzado en edades tempranas son:

- Edad de la niña embarazada por debajo de los 14 años;
- Consulta prenatal inexistente o muy tardía;
- Ocultamiento del embarazo hasta etapas avanzadas, incluso frente al entorno cercano;
- Negación y/o rechazo del embarazo;
- Ataques de angustia;
- Ocultamiento, ambigüedad y contradicciones acerca de la identidad del padre biológico, tanto por parte de la adolescente, como por parte del o los acompañantes;
- Rechazo del bebé o graves dificultades para establecer el vínculo;
- Insistente pedido de darlo en adopción.

Dado que se trata de una realidad social y humana compleja y dolorosa, genera sentimientos perturbadores e impotencia. Justamente por esto es crucial que lo antes posible se ponga en circulación en el equipo de atención, una corriente de apertura y cooperación,

de tal manera que pueda evitarse el tipo de intervención más prejudicial: ceñirse puramente al acto médico y no querer ver lo que se está viendo.

La intervención en estos casos implica tres niveles de responsabilidad: médica (dado que el parto de

una niña puede tener complicaciones), legal y psico-social.

El imperativo de la denuncia suele provocar preocupación y en algunos casos, resistencia en las/os profesionales. De ahí que cada vez más se establezcan procedimientos que evitan que la responsabilidad legal recaiga en un único equipo o en un profesional determinado. En la práctica, se da a conocer el caso a la autoridad de la institución y en conjunto se hace la presentación ante los organismos de defensa de los derechos de niñas, niños y adolescentes que corresponda.

La intervención jurídica no solamente es ineludible, sino que también es importante en varios aspectos, particularmente en los que se refieren a la protección de la niña; la identificación y procesamiento del violador, y cuando se logra, la sanción penal, la cual tiene un efecto reparador.

No conviene sin embargo poner todo el énfasis en la intervención judicial, ya que por sí sola, no puede abarcar la complejidad del problema. Es necesario por tanto, desarrollar estrategias de apoyo psicológico y social que contribuyan a restaurar una subjetividad severamente dañada por la violencia y la indefensión; que acompañe a la niña en “las decisiones” -abrumadoras para su edad- sobre qué hacer con la criatura que está por nacer y que procure evitar nuevas victimizaciones, como por ejemplo, los pactos de silencio, la culpabilización o las tendencias expulsivas del grupo familiar.

LA DENUNCIA

Frente a los delitos contra la integridad sexual, cuando las víctimas son niñas, niños o adolescentes la responsabilidad de tomar esa decisión recae en sus representantes legales, en la mayoría de los casos, el padre y la madre. Ahora bien, cuando la víctima fuere menor abandonado/a o el delito fuere cometido presumiblemente por sus padres o representantes legales, e incluso cuando hay algún tipo de complicidad por parte de éstos, se procederá de oficio; es decir, el delito deja de ser de instancia privada y rige la obligación de denunciar por parte de los profesionales de la salud y/o de los funcionarios públicos, ya que el estado de indefensión del niño o niña-victima justifica dicha resolución.

La normativa privilegia la denuncia ante los organismos judiciales protectores y tutelares que buscarán el amparo de la víctima por sobre la sanción del victimario.

Salud sexual y reproductiva y Prostitución

En los últimos años, investigaciones realizadas en distintos países han aportado evidencias acerca de: a) los impactos sobre la salud sexual y reproductiva y b) los niveles de violencia de género, en sus más diversas formas, que padecen las mujeres prostitutas, aunque estas violencias son en general invisibilizadas y consideradas algo normal de la vida prostitularia. A estas violencias hay que agregarle que también pueden sufrir violencia por parte de sus parejas.

No existen en nuestro país estadísticas sobre abortos para la población en general; menos aún existen datos sobre abortos para este sector específico, aunque sí hay múltiples evidencias -relatos y testimonios directos e indirectos- acerca de embarazos, prácticas abortivas frecuentes, muchas veces obligadas en esta población. Por otra parte, se asume sin mucho fundamento que las

mujeres prostitutas toman medidas de cuidado y protección, pero la realidad no es necesariamente así. De manera asidua, las mujeres prostitutas son reclutadas en edades muy tempranas y no siempre tienen el conocimiento adecuado sobre anticoncepción, ITS, VIH Sida. Además, las situaciones de encierro, la coacción, las presiones y la violencia que pueden sufrir por parte de los "clientes" y proxenetas, para no usar preservativos, convierten a este sector de población en uno de los más vulnerables en cuanto a su salud en general y su salud sexual y reproductiva en particular, que se traduce en altas tasas de infecciones de transmisión sexual y HIV Sida.

Estudios realizados en diversos países indican que el riesgo de cáncer cervical es mayor entre las mujeres prostitutas.

» *Una encuesta aplicada a mujeres prostitutas demostró que el conocimiento sobre cómo prevenir embarazos no es tan alto como muchas personas creen. Se encontró que el 61,2% refería tener información suficiente sobre métodos contraceptivos, aunque el conocimiento real es menor. En el 2,4% de las entrevistadas, el método utilizado no fue eficaz para prevenir el embarazo; y el 20,4% no pudo prevenirla en relaciones con sus parejas. El método más usado fue el preservativo y en caso de ruptura el 40% de las encuestadas no llevó a cabo ninguna acción eficaz para evitar el embarazo.*

(Cofiño, Rafa, Estudio sobre prostitución y métodos anticonceptivos, Oviedo, España, 2008, URL: www.medicinafamiliar.info/category/salud-sexual-y-reproductiva)

» *En un estudio realizado en 1998, se entrevistaron a 100 mujeres prostitutas y se les hicieron estudios médicos para determinar la presencia de ITS. Los datos obtenidos confirmaron que: La prevalencia de transmisión de ITS fue 11%, y la prevalencia de infecciones ginecológicas era del 39%.*

(Baltazar R., Rivera R., Cruz V., Hernández G., Prevalencia de infecciones de transmisión sexual y factores de riesgo concomitantes en sexo servidores de Cuautla, Morelos, Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México, enero 2005. URL: www.infodoctor.org)

» *Es mayor el número de violaciones entre las mujeres prostitutas que si se tomara una muestra general de mujeres.* (Efendov A. y Stermac L. (2003) Sexual assault of female sex trade workers in a urban population, American Psychological Association, Toronto, Canadá)

» *El 47 % de las mujeres entrevistadas en Estados Unidos expresaron que los "clientes" no quieren usar preservativos, y un 45 % de esas mujeres señalaron que estos hombres se ponen violentos si ellas insisten en su uso.* (Raymond J., Hugues D., Gomez C., Sex trafficking of women in the United States, CATW, 2001: action.web.ca/home/catw/readingroom.shtml)

» *En Kaliningrado, Rusia, 1 de cada 3 personas con HIV era mujeres y el 80 % de las mujeres infectadas era mujeres prostitutas.*

(Smoloskaya T., Momot O., y otros, Behavioral studies and HIV/AIDS prevention policy in Russia, 1998, citado por Melissa Farley, Bad for the body, Bad for the Heart: Prostitution Harms Women even if Legalized or Decriminalized: www.vaw.sagepub.com)

El abordaje de problemáticas asociadas a la prostitución en la consulta gineco-obstétrica

Las consultas en este caso se presentan al sistema de salud sin que necesariamente se explice la situación de prostitución de las consultantes.

Las/os profesionales con experiencia hospitalaria –médicas/s, obstétricas, enfermeras, trabajadoras sociales- saben reconocer estas situaciones, aunque no hay programas especializados. Si bien la ley establece claramente las situaciones en las que se debe efectuar una denuncia (en caso de ser víctimas de trata o menores de 18 años), en la práctica cotidiana se da respuesta a las cuestiones médicas y no se pregunta nada más. Por otra parte, no siempre las preguntas tienen respuestas claras.

El temor, las amenazas y la absoluta desprotección en la mayoría de los casos, contribuye a que las mujeres mismas silencien su situación. Para muchos profesionales, al igual que para una gran parte de la sociedad, estas situaciones están naturalizadas. Sin embargo, y en parte como consecuencia de que el tema ha comenzado a ser discutido a nivel público, hay muchos que comienzan a cuestionarse qué hacer y cómo.

Observaciones surgidas de la práctica permiten establecer, al igual que en las otras situaciones, algunos indicadores de sospecha.

INDICADORES DE SOSPECHA

Algunos signos o conductas que pueden fundamentar sospechas de que la consultante es una mujer prostituida:

- Consultas frecuentes, periódicas por ITS y VIH –Sida;
- Alto número de abortos;
- Lesiones genitales frecuentes y/o atípicas;
- Ocultamiento del origen de las distintos trastornos de su salud reproductiva y sexual;
- Inexistencia de familiares que acompañen a las consultantes aún en casos de situaciones de gravedad;
- Acompañamiento de personas que con mayor o menor claridad vigilan a las consultantes.

Las problemáticas identificadas en este texto son las que más frecuentemente llegan a la consulta. Sin embargo, pueden presentarse otras en las que igualmente se articulan la violencia hacia las mujeres y la salud sexual y reproductiva.

La información de los profesionales, su sensibilidad hacia estos temas y también la mayor conciencia de las mujeres y de la comunidad, pueden contribuir a que las respuestas institucionales sean más tempranas y efectivas.

