

# VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN EL ÁMBITO DE LA INFECCIÓN POR VIH



## REDACCIÓN

- **Gabriela Fagúndez.** Técnica Superior de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Madrid

## REVISIÓN

- **Rosa Polo.** Jefa del Área Asistencial y de Investigación. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Madrid



## INTRODUCCIÓN

La violencia contra las mujeres y las niñas constituye una barrera importante no sólo para su salud sino también para el ejercicio pleno de sus derechos sexuales y reproductivos<sup>(1,2)</sup>.

Su erradicación a nivel mundial es de vital importancia, y así lo han entendido y se han comprometido con ello los 187 países que, desde su adopción en 1979, han ratificado la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW)<sup>(3)</sup>.

Este compromiso se ha reiterado además, en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), de la Agenda 2030, donde por primera vez se reconoce la necesidad de erradicar la violencia contra las mujeres y niñas en el ODS N°5. Este objetivo está enfocado en la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres<sup>(2)</sup> y sus metas son; 1) *“Poner fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas en todo el mundo”*. 2) *“Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación”*<sup>(4)(5)</sup>.

A pesar de estos compromisos, la violencia contra las mujeres sigue siendo generalizada y, según estimaciones globales, el 35% de las mujeres y las niñas experimentarán violencia física y / o sexual por parte de una pareja íntima o violencia sexual por parte de alguien que no es su pareja íntima, en el transcurso de su vida<sup>(1)</sup>.

## DEFINICIÓN

La Asamblea General de las Naciones Unidas ha definido la violencia contra la mujer (VCM), como *“todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”*<sup>(3)</sup>.

En España de acuerdo con el artículo 1 de la LO1/2004, de 28 de diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de género (VG), se define ésta como: *“aquellos malos tratos en la pareja, así como sobre otras formas de violencia contra la mujer, como la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual o la mutilación genital femenina”*<sup>(6)</sup>

La VG hace referencia a una violencia específica contra las mujeres, utilizada como instrumento para mantener la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres. Comprende violencia física, sexual y psicológica, incluidas las amenazas, la coacción o la privación arbitraria de libertad que ocurre en la vida pública o privada y cuyo principal factor de riesgo lo constituye el hecho de ser mujer<sup>i</sup>.

La violencia contra las mujeres no sólo es un grave problema de salud pública, es también un impedimento para el desarrollo sostenible, y es además, una violación de los derechos humanos, profundamente enraizada en la desigualdad de género con graves repercusiones a nivel social y sanitario<sup>(4)</sup>.

---

<sup>i</sup> <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/violencia/violenciaSalud/home.htm>

## VIOLENCIA CONTRA LA MUJER Y SALUD

Diversos factores que se han asociado aunque no de forma excluyente, a la VG; aumentan el riesgo de experimentar episodios de violencia: un bajo nivel de educación, la exposición a la violencia durante la infancia, la desigualdad de poder en la relación de pareja, las actitudes y normas sociales que toleran la violencia y la desigualdad de género. El deterioro de la salud de la mujer que padece VG no involucra solo la acción directa de violencia verbal, psicológica o física; que puede prolongarse en el tiempo y aumentar su intensidad, sino que la VG es, en sí misma, un factor de riesgo para enfermar <sup>(7)</sup>. Se suman además, los efectos perjudiciales en su entorno, que también afectan al bienestar de la mujer, en particular en los/as hijos/as menores de edad, que pueden ver comprometida su integridad física y psicológica <sup>(8)</sup>.

Las consecuencias de la VG en la salud de la mujer pueden manifestarse a diferentes niveles que se resumen en la tabla 1. <sup>(8-9)</sup>.

**Tabla 1. Consecuencias de la Violencia de Género en la salud de la mujer**

<b>CONSECUENCIAS FATALES</b>
Muerte (por homicidio, suicidio etc)
<b>CONSECUENCIAS PARA LA SALUD FISICA</b>
Lesiones diversas: contusiones , traumatismos, heridas, quemaduras, etc
Deterioro funcional
Síntomas físicos inespecíficos (por ejemplo cefaleas)
Peor salud
<b>CONSECUENCIAS EN CONDICIONES CRONICAS DE SALUD</b>
Dolor crónico
Síndrome de intestino irritable
Otros trastornos gastrointestinales
Trastornos del sueño
Discapacidades
<b>CONSECUENCIAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA</b>
Por relaciones sexuales forzadas: pérdida de deseo sexual, trastornos menstruales, enfermedades de transmisión sexual incluida la infección por el VIH, sangrado, y fibrosis vaginal, dispareunia, dolor pélvico crónico, infección urinaria, cáncer de cérvix (asociado a infección por VPH), embarazo no deseado
Por maltrato durante el embarazo: embarazo de alto riesgo, mayor mortalidad materna, anemia, hemorragia vaginal, amenaza de aborto, aborto, muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer, mayor mortalidad perinatal
<b>CONSECUENCIAS EN LA SALUD PSIQUICA</b>
Depresión
Ansiedad
Trastorno de eses postraumático
Trastorno de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia)
Trastornos psicopatológicos
Intento de suicidio autolesiones
Abuso de alcohol, drogas y psicofármacos
Dependencia psicológica del agresor

## CONSECUENCIAS EN LA SALUD SOCIAL

Aislamiento social

Pérdida de empleo

Absentismo laboral

Disminución del número de días de vida saludable

Cambio de domicilio y/o ciudad forzado por la necesidad de protegerse

Adaptado de:

<https://violenciagenero.igualdad.gob.es/profesionales/Investigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf>

Además, se ha encontrado una asociación entre la violencia sufrida en la infancia, y un aumento de las prácticas sexuales de riesgo en la adolescencia <sup>(10-11)</sup>. Las mujeres que viven bajo alguna forma de violencia basada en el género presentan dificultades para ejercer sus derechos, para tomar decisiones de forma autónoma sobre su cuerpo y su salud sexual y reproductiva, y por ello están más expuestas a embarazos no deseados y a la infección por el VIH y/u otras ITS <sup>(8-9)(11)</sup>. Una revisión sistemática realizada por la OMS encontró que en las mujeres y niñas que sufren violencia de género, el riesgo de contraer infección por el VIH aumenta un 50% y el riesgo de contraer sífilis un 60% en comparación con aquellas que no sufren violencia de pareja <sup>(12)</sup>.

## VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, VIOLENCIA SEXUAL Y VIH

Existe una intersección entre la VCM y el VIH que potencia la gravedad de estos dos importantes problemas de salud pública. Como se ha comentado anteriormente, en los últimos años ha habido un reconocimiento creciente de que la violencia de pareja contribuye de manera importante a la vulnerabilidad de las mujeres al VIH y otras ITS. Diversos estudios encuentran que la VCM, puede ser causa y también consecuencia del VIH tal y como se expone a continuación <sup>(10), (12,13)</sup>.

El vínculo entre la VCM y la infección por VIH implica múltiples vías, directamente a través de la violación/agresión sexual o indirectamente a través del miedo a la violencia y las dificultades para que las mujeres controlen y negocien el sexo seguro y el uso del preservativo <sup>(14)</sup>.

La violencia sexual es una forma de violencia de género y su enfoque debe ser multidisciplinar ya que su impacto sobre la salud engloba aspectos médicos, legales y psicológicos e implica la necesidad de establecer protocolos de actuación <sup>(15,16)</sup>. (Tabla 3)

**Tabla 3. Comportamientos relacionados con la violencia sexual contra las mujeres**

- Obligar a la mujer a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad.
- Consentimiento de la mujer a tener relaciones sexuales por miedo a las represalias que pueda sufrir si no accede a ello.
- Realizar algún acto sexual que la mujer pueda considerar degradante o humillante en contra de su deseo.

Debido a factores biológicos, las mujeres son más vulnerables a la infección, tienen más probabilidades que los hombres de contraer infección por el VIH a través de un coito no protegido, ya que la mucosa vaginal presenta más fragilidad y el semen tiene mayor capacidad infectiva que los fluidos vaginales<sup>ii</sup>.

<sup>ii</sup><https://www.msccbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/mujeres/mujerSidaEspa.htm>

### **Cuadro 1. Aspectos que determinan la vulnerabilidad de la mujer que sufre violencia sexual frente a la infección por el VIH <sup>(17,18)</sup>:**

- El coito anal y / o vaginal, violento o forzado puede aumentar el riesgo de transmisión del VIH, ya que en esta situación es fácil el que se produzcan abrasiones y cortes en la mucosa anal o vaginal y éstas actúen como puerta de entrada del virus al organismo.
- La mayor susceptibilidad de las adolescentes a la infección por el VIH en los casos de coito forzado, por las características del epitelio de sus mucosas genitales.
- La adopción de conductas sexuales de riesgo por parte de las mujeres que han sido víctimas de violencia sexual, aún más probable si la agresión sexual sucedió en la infancia o la adolescencia.
- La dificultad de muchas mujeres para negociar el uso del preservativo después de la experiencia de un coito forzado por parte de su pareja, posiblemente por el miedo a una reacción violenta o por sospecha de infidelidad etc.

Si bien existen pocos datos acerca de la prevalencia de infección por el VIH entre personas con cargos de violación, cuando esta exista se deben tomar tanto medidas legales como preventivas desde el punto de vista médico <sup>(17,19-20)</sup>.

### **VIOLENCIA SEXUAL Y PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN AL VIH**

No siempre es posible conocer si la persona agresora tiene infección por el VIH. Por esta razón la profilaxis postexposición al VIH (PPE) está recomendada en caso de agresión sexual, así como en aquellos casos de exposición por otras vías de transmisión en las que la fuente tiene alta probabilidad de estar infectada por el VIH <sup>(19,20)</sup>.

La PPE en los casos de agresión sexual, se recomienda tanto desde una perspectiva clínica como legal. Es fundamental en estos casos el acompañamiento y la derivación a servicios de atención psicológica especializados<sup>iii</sup>.

De todas formas, en caso de ser posible, siempre se debe evaluar el riesgo de transmisión del VIH: determinar el estado serológico y la capacidad infectiva del agresor, el tipo de agresión sexual y otras características que puedan contribuir a aumentar el riesgo (Tabla 4).

**Tabla 4. Factores que favorecen y aumentan el riesgo de la transmisión del VIH en las agresiones sexuales**

- El estado de la infección del individuo que causa la agresión:
- Carga viral elevada
  - Infección aguda o no
  - Estadío de la infección
- El tipo de práctica sexual y la frecuencia de la misma, realizada por un agresor infectado por el VIH, siendo la de mayor riesgo la penetración anal con eyaculación, seguida de la penetración vaginal con eyaculación y de la penetración anal sin eyaculación.
  - La violación y sus características (única, múltiple, repetida)
  - La edad de la mujer (riesgo mayor en la infancia y la adolescencia)
  - La presencia de otras ITS o de lesiones en el área genital expuesta del agresor y de la mujer agredida.
  - El sangrado genital en el transcurso de la agresión.

<sup>iii</sup>[https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/PPE\\_23Marzo2015.pdf](https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/PPE_23Marzo2015.pdf)

El riesgo de transmisión del VIH por vía sexual depende de la prevalencia de la infección por el VIH en la población a la que pertenece la persona fuente y del riesgo estimado para esta exposición <sup>(21,22)</sup>.

**Tabla 3. Riesgo estimado de infección tras exposición sexual con fuente VIH (+), sin uso de preservativo, rotura o mal uso del mismo**

Riesgo considerable (0,8 - 3%)	Riesgo bajo (0,05 - 0,8%)	Riesgo mínimo (0,01 - 0,05%)	Riesgo despreciable/nulo (<0,01%)
- Recepción anal con eyaculación	- Recepción vaginal con o sin eyaculación - Recepción anal sin eyaculación - Penetración anal - Penetración vaginal - Sexo orogenital con eyaculación	- Sexo orogenital sin eyaculación - Sexo orogenital femenino	- Besos - Caricias - Masturbación - Contacto con secreciones con piel integra

**Tabla 4. Riesgo estimado de infección tras exposición sexual con fuente VIH desconocido, sin uso de preservativo, rotura o mal uso del mismo**

Riesgo bajo* (0,05 - 0,8%)	Riesgo mínimo* (0,01-0,05%)	Riesgo despreciable/nulo (<0,01%)
- Recepción anal con eyaculación	- Recepción anal sin eyaculación - Recepción vaginal con o sin eyaculación - Penetración anal - Penetración vaginal - Sexo oral con o sin eyaculación - Sexo orogenital femenino	- Besos - Caricias - Masturbación - Contacto con secreciones con piel integra

\* El riesgo es mayor si la fuente tiene alta probabilidad de estar infectada por el VIH. En general el riesgo bajo pasa a ser considerable y el riesgo mínimo pasa a ser bajo

Fuente:

[https://www.msrebs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/PPE\\_23Marzo2015.pdf](https://www.msrebs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/PPE_23Marzo2015.pdf)

Sin embargo, durante una violación, como hemos comentado anteriormente, el riesgo aumenta, ya que es frecuente que la violencia de la agresión sexual provoque lesiones macroscópicas o microscópicas de las mucosas genitales, que facilitan la probabilidad de transmisión del VIH <sup>(17)</sup>.

Las pautas y tiempos de inicio de la PPE deben seguir los mismos criterios que en otros contactos sexuales de riesgo <sup>(19)</sup>. Debe prescribirse preferentemente en el intervalo de las 6 primeras horas de la agresión y antes de que las 72 horas post exposición, ya que su eficacia disminuye con el tiempo<sup>iv</sup>. El tratamiento está recomendado durante cuatro semanas, y éste se ha de pautar siempre con el consentimiento y colaboración de la mujer agredida. También se deberá valorar el diagnóstico y la profilaxis y/o tratamiento de otras ITS, y la prevención del embarazo en mujeres de edad fértil con la anticoncepción de urgencia <sup>(18)</sup>.

<sup>iv</sup> [https://www.msrebs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/PPE\\_23Marzo2015.pdf](https://www.msrebs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/PPE_23Marzo2015.pdf)

Cuando la violencia sexual se presenta de forma recurrente, la PPE no sería aconsejable, pero sí se debe informar a la mujer de forma personalizada de posibles pautas que puede adoptar para reducir en lo posible el riesgo de transmisión del VIH si no le es posible protegerse. Algunas de las propuestas para reducir el riesgo de transmisión sexual de la infección por el VIH cuando la mujer no puede utilizar métodos barrera podrían ser <sup>(21,22)</sup>:

- Mantener una buena lubricación genital para evitar las lesiones o erosiones de las mucosas genitales
- Evitar la eyaculación en la penetración anal y/o vaginal.
- En algunos colectivos de mujeres con un mayor riesgo de exposición a infección por el VIH, como el de las trabajadoras sexuales, se recomienda la implementación de profilaxis preexposición (PrEP)<sup>v</sup>.

## VIOLENCIA CONTRA LA MUJER E INMIGRACIÓN

Según datos de Naciones Unidas las mujeres representan casi la mitad de las más de 200 millones de personas que viven y trabajan fuera de su país de origen<sup>vi</sup>.

En nuestro entorno, el fenómeno de la inmigración que se ha visto aumentado especialmente en la última década de los años 90 y la primera de los años 2000<sup>vii</sup>; obliga a prestar una especial atención a las mujeres inmigrantes que proceden de países con índices elevados de violencia de género, y patrones culturales de marcado componente patriarcal.

Las mujeres extranjeras que llegan a un nuevo país con un proyecto migratorio, a menudo y sobre todo en los primeros años se encuentran en circunstancias que pueden aumentar su vulnerabilidad a la violencia de género (Tabla 2). La VG añade complejidad y vulnerabilidad a las experiencias migratorias de estas mujeres y sus familias. En su mayor expresión y como grave exponente de violación de los derechos humanos, se encuentra la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual <sup>(23,24)</sup>. Es esencial la capacidad de los servicios para responder adecuadamente a las necesidades de las poblaciones de migrantes y refugiadas <sup>(25,26)</sup>. En España existe un protocolo para la “Protección de las mujeres en situación irregular víctimas de violencia de género” elaborado por la Delegación de Gobierno de la Violencia de Género del Ministerio de Igualdad, que cuenta asimismo con un Anexo sobre “Actuación sanitaria frente a la trata con fines de explotación sexual” <sup>(6)</sup>.

**Tabla 2. Factores que contribuyen a la vulnerabilidad de la mujer frente a la violencia en el proceso migratorio**

- Situaciones de ruptura y cambios en las estructuras familiares
- Aislamiento y falta de redes sociales y afectivas
- Precariedad de sus condiciones de vida tanto económica como laboral.
- El procedimiento de reagrupación familiar que dificulta separarse del agresor
- El desconocimiento de derechos, recursos, normativas
- La situación de irregularidad acrecienta el miedo y la inseguridad, existe todavía una mayor vulnerabilidad por el miedo a la expulsión, a perder los hijos e hijas

<sup>v</sup> [https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/MANUAL\\_PREP.pdf](https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/MANUAL_PREP.pdf)

<sup>vi</sup> <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2015/9815.pdf?view=1>

<sup>vii</sup> <http://www.ces.es/documents/10180/5209150/Inf0219.pdf>

*Adaptado de Migraciones y género. La feminización de la migración transnacional (2014). Forinter. Formación en Interculturalidad y Migraciones.*

Es importante desvelar si han sufrido un episodio de violencia sexual en su trayecto migratorio, que muchas veces se oculta y mantiene en silencio, no se notifican ni denuncian, por lo que no son registrados <sup>(26)</sup>. Por otra parte, se debe hacer hincapié en la detección de las mujeres víctimas del tráfico de personas. Estas mujeres, son víctimas de distintos tipos de violencia y tienen un alto riesgo de infección por el VIH y otras ITS <sup>(27,28)</sup>.

## **EVALUACIÓN DEL RIESGO DE OTRAS INFECCIONES**

Las personas que son víctimas de agresiones sexuales, tienen además mayor riesgo de adquisición de otras infecciones de transmisión sexual, que se deben prevenir, diagnosticar, tratar y mantener un seguimiento posterior, según el protocolo de actuación establecido, para evitar posibles complicaciones <sup>(22)</sup>.

Dado que el VIH comparte las vías de transmisión con el VHB y el VHC, también habrá que realizar una valoración de estas infecciones así como su seguimiento serológico correspondiente.

En relación al VHB se debe conocer el estado de la fuente y el estado de inmunidad de la persona expuesta y vacunar o utilizar gammaglobulina anti-VHB en caso necesario. El desconocimiento de los antecedentes de inmunización frente al VHB de la fuente no debe demorar la decisión de vacunar

Cada vez se describen con mayor frecuencia casos de transmisión de VHC tras relaciones sexuales, aunque esto se ha observado sobre todo en hombres que tiene sexo con otros hombres (HSH), asociados a coito anal sin preservativo. Actualmente no existe una profilaxis efectiva frente al VHC, por ello es importante el seguimiento de la persona agredida para poder diagnosticar cuanto antes una posible infección aguda por el VHC en cuyo caso el tratamiento puede ser más eficaz.

Tras la exposición por vía sexual hay que tener en cuenta la posibilidad de transmisión de otras ITS (especialmente sífilis, gonococia y clamidia) lo cual depende de su prevalencia en la comunidad, el tipo de exposición, la presencia de traumatismo, y el número de personas fuente.

Se aconseja instaurar tratamiento empírico tras la exposición dado que en el momento de la agresión es difícil que una prueba diagnóstica pueda identificar el tipo ITS <sup>(18,29)</sup>.

El tratamiento consiste en una triple pauta: dosis única de ceftriaxona más metronidazol y azitromicina o doxiciclina<sup>viii</sup> <sup>(18,29)</sup>. Con esta pauta se tratarían las infecciones por clamidia, sífilis, gonococo y tricomonas. Con posterioridad se remitirá a la paciente a la consulta de ginecología en caso necesario.

En mujeres hasta 26 años víctimas de agresión sexual se recomienda además, la vacunación frente al virus del papiloma humano (VPH) <sup>(18)</sup>.

---

<sup>viii</sup> *Más información consultar: Documento de Consenso sobre Diagnóstico y Tratamiento de las Infecciones de transmisión Sexual en adultos, niños y adolescentes (Marzo 2017)*  
<https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/docConsensoDiaagnosticoTtoITSAdultos.pdf>

## MUJER CON INFECCIÓN POR EL VIH Y VIOLENCIA DE GÉNERO

Como se ha comentado previamente, la violencia puede estar en el origen de la infección; pero también puede ser una consecuencia de la situación de mayor vulnerabilidad de las mujeres con infección por el VIH y además interferir en los cuidados de la enfermedad.

Las mujeres con infección por el VIH, pueden estar expuestas a una igual o mayor probabilidad de padecer violencia de género física, psicológica y/o sexual según diferentes estudios <sup>(6,15,30)</sup>.

Para la mujer, cualquiera que sea el momento del diagnóstico, contraer la infección por el VIH, implica tener que dar explicaciones sobre la propia conducta. La infección por el VIH, con su carga de discriminación, podría actuar entonces, como un factor de vulnerabilidad provocando la aparición de la violencia o intensificar sus efectos <sup>(15)</sup>.

Un estudio realizado en España en 2003 en 268 mujeres con infección por el VIH con el objetivo de conocer mejor su situación y detectar sus necesidades, ha encontrado que hasta un 57,9% de las mujeres con infección por el VIH habían padecido algún episodio de violencia física, un 24,8% agresión sexual y más del 40% había sufrido más de un tipo de maltrato <sup>(15)</sup>.

En la mujer con infección por el VIH, aumenta el temor al rechazo, al abandono, al maltrato y a las agresiones, limitando su capacidad para mantener relaciones sexuales seguras. En esta situación se pone de manifiesto el aumento de la vulnerabilidad en salud sexual y reproductiva de las mujeres con infección por el VIH a: otras infecciones de transmisión sexual, patología cervical uterina (infección o reinfección por un serotipo diferente del VPH), embarazos no deseados e interrupciones de embarazo <sup>(30-32)</sup>. También en estas circunstancias son frecuentes el incumplimiento de visitas, pautas, y tratamientos, que pueden afectar el control de la infección y la aparición de patologías oportunistas <sup>(15,31)</sup>.

La VG requiere de la implicación activa de todo el personal de salud que debe ser consciente que el primer paso para su abordaje es la detección. Se remite al *“Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género”* <sup>-ix</sup>. (Tabla 4. Recomendaciones para la prevención de la Violencia de Género desde el ámbito sanitario. Tabla 6a. Indicadores de sospecha en los antecedentes y características de la mujer).

En este sentido hay oportunidades que no se deben perder, la mayoría de las mujeres tomará contacto con el sistema de salud en algún momento de su vida (consultas preventivas, a demanda, embarazo, parto, cuidado médico de hijos /as, de personas mayores, etc.). Al mismo tiempo, las mujeres que sufren cualquier forma de violencia de género acudirán con mayor frecuencia a los servicios sanitarios: Atención Primaria, Urgencias, Ginecología o Salud Mental, desde donde se puede explorar y estar alerta para detectar episodios de VG <sup>(15,32-33)</sup>.

Pero también es cierto que el proceso de la infección por el VIH, desde su diagnóstico, tratamiento y seguimiento, genera espacios para poder indagar acerca de la existencia de violencia de género, ofrecer apoyo, y ayudar en el proceso de toma de conciencia. El tipo de relación que las pacientes establecen con el/la profesional puede facilitar la confianza y la intimidad que ayuden a la detección de la VG. Para que no se pierdan oportunidades es imprescindible la sensibilización y preparación de profesionales que cuenten además con protocolos y mecanismos eficaces que articulen las posteriores intervenciones <sup>(34)</sup>.

---

<sup>ix</sup> <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/profesionales/Investigacion/sanitario/protocolos/home.htm>

Las necesidades de estas mujeres son multidimensionales, y se requieren intervenciones multidisciplinares que contemplen aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

Es necesario articular apoyos externos que puedan brindar redes de sustentación y contención a las mujeres que las necesitan. El sistema de salud juega un papel estratégico tanto en relación con la VG como con la infección por el VIH, por su situación de “puente” entre las redes formales e informales.

En este marco, las organizaciones de la sociedad civil de apoyo a personas con infección por el VIH cobran, una enorme importancia, porque cubren diferentes espacios además del sanitario, que surgen tras la enfermedad. No solo a través de la asistencia social, psicológica u orientación laboral, u otros recursos sino generando espacios de encuentro para hablar abiertamente de la enfermedad.

Es necesario tener siempre en cuenta que existen situaciones especiales tanto en mujeres con infección por el VIH como en mujeres inmigrantes, mujeres en situación de desempleo o exclusión social, las que atraviesan etapas vitales como el embarazo, puerperio o edad avanzada, las que viven en medio rural, o tienen ciertos condicionantes de salud como una discapacidad, enfermedad mental grave o drogodependencia, que aumentan la vulnerabilidad ante la violencia y en particular, la probabilidad de sufrir violencia de género<sup>(15,35,36)</sup>.

Desde la OMS se han definido, cuáles serían las funciones mínimas que se deberían desarrollar desde el sistema sanitario<sup>(6)</sup>. (Tabla 6)

**Tabla 6. Funciones mínimas a desarrollar en los sistemas sanitarios. OMS<sup>(6)</sup>**

- Preguntar con regularidad, cuando sea factible, a todas las mujeres sobre la existencia de violencia doméstica, como tarea habitual dentro de las actividades preventivas.
- Estar alerta a posibles signos y síntomas de maltrato y hacer su seguimiento.
- Ofrecer atención sanitaria integral y registrarla en la historia de salud o historia clínica.
- Ayudar a entender su malestar y sus problemas de salud como una consecuencia de la violencia y el miedo.
- Informar y remitir a las pacientes a los recursos disponibles de la comunidad.
- Mantener la privacidad y la confidencialidad de la información obtenida.
- Estimular y apoyar a la mujer a lo largo de todo el proceso, respetando su propia evolución.
- Evitar actitudes insolidarias o culpabilizadoras ya que pueden reforzar el aislamiento, minar la confianza en ellas mismas y restar la probabilidad de que busquen ayuda.
- Establecer una coordinación con otros y otras profesionales e instituciones.
- Colaborar en dimensionar e investigar el problema mediante el registro de casos.

Es importante estar alerta para la detección y valoración de indicadores de sospecha de VG para encaminar las intervenciones según los protocolos de actuación establecidos<sup>(36-37)</sup>. Para más información a nivel nacional, se remite al protocolo común de actuación en España, disponible en;

[https://violenciagenero.igualdad.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitario\\_VG2012.pdf](https://violenciagenero.igualdad.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitario_VG2012.pdf), así como a la página de la Delegación de Gobierno contra la Violencia de Genero: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/>.

Pero además se deben tener en cuenta, los protocolos específicos y otros recursos existentes a nivel local, para coordinar una intervención adecuada, oportuna y sobre todo eficaz.

## RECOMENDACIONES

1. *La violencia sexual es una forma de violencia de género y su enfoque debe ser multidisciplinar ya que su impacto sobre la salud engloba aspectos médicos, legales y psicológicos.*
2. *Tras una agresión sexual se han de descartar, además del VIH, otras ITS.*
3. *Se recomienda profilaxis post exposición (PPE) frente al VIH a las víctimas de agresión sexual iniciándose en las primeras 6 horas posteriores a la agresión con un margen de hasta 72 horas.*
4. *En las agresiones sexuales se aconseja instaurar una pauta de tratamiento empírico triple (ceftriaxona más metronidazol más azitromicina o doxiciclina).*
5. *Si la pauta de vacunación VHB es correcta, debe realizarse estudio serológico frente al VHB al inicio y a los 6 meses.*
6. *Respecto al despistaje de infección por VHC las recomendaciones deben ir dirigidas a un diagnóstico precoz de una posible infección aguda en la persona expuesta.*
7. *Se recomienda vacunación frente al VPH en las mujeres hasta 26 años víctimas de agresión sexual.*
8. *Cuando la violencia sexual se presenta de forma recurrente se debe informar a la mujer de forma personalizada de posibles pautas que puede adoptar para reducir en lo posible el riesgo de transmisión del VIH y otras ITS.*
9. *Es fundamental la actitud de acogida escucha y acompañamiento en el ámbito asistencial, para la detección de situaciones de violencia de género y de violencia sexual en la mujer con infección por el VIH.*
10. *Se deben tener en cuenta situaciones especiales que pueden aumentar la vulnerabilidad ante la violencia y en particular, la probabilidad de sufrir violencia de género: en mujeres con infección por el VIH, mujeres inmigrantes, mujeres en situación de desempleo o exclusión social, las que atraviesan etapas vitales como el embarazo, puerperio o edad avanzada, las que viven en medio rural, o tienen ciertos condicionantes de salud como una discapacidad, enfermedad mental grave o drogodependencia.*
11. *Se debe estar alerta en la población migrante para poder desvelar si han sufrido un episodio de violencia sexual en su trayecto migratorio. Además, se debe hacer hincapié en la detección de las mujeres víctimas del tráfico de personas. Estas mujeres, son víctimas de distintos tipos de violencia y tienen un alto riesgo de infección por el VIH y otras ITS.*

## REFERENCIAS

1. Heidari S, Moreno CG. Gender-based violence: a barrier to sexual and reproductive health and rights. *Reprod Health Matters*. mayo de 2016;24(47):1-4.
2. Ys K, Bv B. Elimination of Violence Against Women and Girls as a Global Action Agenda [Internet]. Vol. 9, *Journal of injury & violence research*. *J Inj Violence Res*; 2017.
3. OHCHR | Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women. Disponible en: <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CEDAW.aspx>
4. ONU sida. Agenda para la acción acelerada de los países para abordar la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH: plan operativo Disponible en: [https://www.unaids.org/es/resources/documents/2010/20100723\\_20100226\\_jc1794\\_agenda\\_for\\_accelerated\\_country\\_action\\_en.pdf](https://www.unaids.org/es/resources/documents/2010/20100723_20100226_jc1794_agenda_for_accelerated_country_action_en.pdf).
5. The-Sustainable-Development-Goals-Report-2019\_Spanish.pdf. United Nations. NY 2019. Disponible en: <https://unstats.un.org/sdgs/report/2019/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2019.pdf>
6. Comisión Contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. 2012. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf>
7. WHO | RESPECT women: Preventing violence against women. World Health Organization
8. Cuadernos para la Salud de las Mujeres. Violencia de género: cómo afecta a la salud de las mujeres. Instituto Andaluz de la Mujer. 2019. Disponible en : <https://www.easp.es/project/cuadernos-para-la-salud-de-las-mujeres/>
9. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. 2012. Informes y Publicaciones.
10. Spencer D. Common cause, collaborative response: Violence against women and girls and sexual and reproductive health and rights. London: ActionAid, 2017.
11. Krug E, Mercy J, Dalhberg LL, Zwi A. El informe mundial sobre la violencia y la salud. *Biomédica*. 1 de diciembre de 2002; 22:326-36.
12. World Health Organization Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. 2013. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625\\_eng.pdf;jsessionid=36F6AED31DE162B009086F12AC7B7A1?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf;jsessionid=36F6AED31DE162B009086F12AC7B7A1?sequence=1)
13. Keeping our core values ALIV[H]E. Holistic, community-led, participatory and rights-based approaches to addressing the links between violence against women and girls, and HIV [Internet]. [citado 21 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6038131/#JVEv4-bib-0005>
14. WHO | Violence against women and HIV .World Health Organization;
15. Creación Positiva. Identificación de necesidades y estrategias. 2003. Disponible en: <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/dd1767.pdf>
16. Montgomery BEE, Frew PM, Hughes JP, Wang J, Adimora AA, Haley DF, et al. HIV Risk Characteristics Associated with Violence Against Women: A Longitudinal Study Among Women in the United States. *J Womens Health*. 1 de noviembre de 2018;27(11):1317-26
17. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Documento de Consenso sobre Diagnóstico y Tratamiento de las Infecciones de transmisión Sexual en adultos, niños y adolescentes. Actualización Marzo 2017. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/docConsensoDiagnosticoTtoITSAdultos.pdf>
18. Hernández Ragpa L, Valladolid Urdangaray A, Ferrero Benítez OL, Díez Sáez C. Infecciones de transmisión sexual en el contexto de una agresión sexual. *Enfermedades Infecc Microbiol Clínica*. 1 de marzo de 2019;37(3):187-94
19. Sexual Assault and Abuse and STDs - 2015 STD Treatment Guidelines Center for Disease Control 2015. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/tg2015/sexual-assault.htm>
20. Giotakos O, Bourtsoukli P, Paraskeyopoulou T, Spandoni P, Stasinou S, Boulougouri D, et al. Prevalence and risk factors of HIV, hepatitis B and hepatitis C in a forensic population of rapists and child molesters. *Epidemiol Infect*. junio de 2003;130(3):497-500.
21. Ministerio de Sanidad; Servicios Sociales e Igualdad. Secretaria del Plan Nacional sobre el Sida. Documento de Consenso sobre Profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños. Marzo 2015. Disponible en:

[https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/PPE\\_23Marzo2015.pdf](https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/PPE_23Marzo2015.pdf)

22. UK National Guideline for the Use of HIV Post-Exposure Prophylaxis Following Sexual Exposure (PEPSE) 2015 [Internet]. [citado 2 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.bhiva.org/PEPSE-guidelines>
23. Gebreyesus T, Sultan Z, Ghebregziabher HM, Tol WA, Winch PJ, Davidovitch N, et al. Life on the margins: the experiences of sexual violence and exploitation among Eritrean asylum-seeking women in Israel. BMC Womens Health. 08 de 2018;18(1):135
24. Hechos y cifras: Acabar con la violencia contra mujeres y niñas [Internet]. ONU Mujeres. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures>
25. Vaughan C, Jarallah Y, Murdolo A, Murray L, Quiazon R, Block K, et al. The MuSeS project: a mixed methods study to increase understanding of the role of settlement and multicultural services in supporting migrant and refugee women experiencing violence in Australia. BMC Int Health Hum Rights. 07 de 2019;19(1):1.
26. Médicos Sin Fronteras. Violencia, vulnerabilidad y migración: atrapados a las puertas de Europa Un informe sobre los migrantes subsaharianos en situación irregular en Marruecos.2013
27. OMS | Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 2 de junio de 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/gender/violence/who\\_multicountry\\_study/summary\\_report/chapter1/es/](https://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter1/es/)
28. García-Sánchez I. Diferencias de género en el VIH/sida. Gac Sanit. 18 de mayo de 2004;18(Supl.2):47-54
29. 2015 STD Treatment Guidelines [Internet]. [citado 2 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/tg2015/default.htm>
30. Documentos Técnicos de Salud Pública. Biblioteca Virtual de la Comunidad de Madrid. Dirección General de Atención Primaria Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Madrid, 2013 Estudio cualitativo: Mujeres con VIH/sida que están sometidas a violencia de género. 2013. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017723.pdf>
31. Tenkorang EY, Asamoah-Boaheng M, Owusu AY. Intimate Partner Violence (IPV) Against HIV-Positive Women in Sub-Saharan Africa: A Mixed-Method Systematic Review and Meta-Analysis. Trauma Violence Abuse. 18 de febrero de 2020;1524838020906560.
32. Sullivan TP. The intersection of intimate partner violence and HIV: detection, disclosure, discussion, and implications for treatment adherence. Top Antivir Med. mayo de 2019;27(2):84-7.
33. Arévalo-Mora L. Violencia de pareja en la mujer que vive con VIH. Rev Colomb Enferm. 20 de septiembre de 2018; 16:52-63.
34. Plazaola-Castaño J, Ruiz-Pérez I, Hernández-Torres E. Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en atención primaria en España. Gac Sanit. octubre de 2008;22(5):415-20.
35. Teixeira SAM, Taquette SR, Monteiro DLM. Violence and sexually transmitted infections in pregnancy. Rev Assoc Medica Bras marzo de 2019;65(3):475-84
36. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Panorama general. Washington,DC : OPS , 2013
37. Secretaria de Estado de Igualdad. Delegación de Gobierno para la Violencia de Género. Guía del Sistema de Acción y Coordinación en Casos de Violencia de Género en España. Julio 2019. Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/informacionUtil/guia/docs/GUIADEACCIONESCASTELLANO.pdf>