

MARÍA DE LOURDES GARCÍA LÓPEZ
GUILLE MAGALY MENESES MAQUEDA



YAZMÍN GONZÁLEZ RANGEL
RAFAEL CASTELÁN MARTÍNEZ

SERVICIOS DE INCLUSIÓN INTEGRAL A.C.

MUJERES, DERECHO A LA SALUD, IDENTIFICACIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL Y PREVENCIÓN DEL VIH.



VIH

www.censida.salud.gob.mx

www.seiinac.org.mx



tel@seiinac
52074077
01 800 7120889



@censida



censida



@SEIINAC



Seiin AC

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todas las mujeres participantes de esta iniciativa, a la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla Campus Huahuchinango, al Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE) Delegación Hidalgo y la Organización Popular Regional Sierra de Huayacocotla A.C., la disposición para la implementación de este proyecto y dar seguimiento al mismo.

A las instancias municipales de la mujer por el compromiso en la garantía de los derechos de las mujeres y en particular el derecho a la salud de Hidalgo (Tenango de Doria, Pachuca, Mineral de la Reforma, Tula), Puebla (Huahuchinango).

INDICE

INDICE

INTRODUCCIÓN -----	5
CAPITULO I.	
EL FORTALECIMIENTO DE MUJERES LÍDERES COMUNITARIAS EN LA IDENTIFICACIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL Y LA PREVENCIÓN DEL VIH Y LAS ITS. -----	10
Metodología de la intervención, actividades realizadas. -----	10
Metodología de la recopilación de información -----	13
Alcances y limitaciones en la implementación de las actividades y recolección de la información. -----	14
CAPITULO II	
LA IDENTIFICACIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL Y LA PREVENCIÓN DEL VIH Y LAS ITS, EL MARCO DE LA INTERVENCIÓN. -----	19
La promoción de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres como derechos humanos. -----	19
La violencia contra las mujeres en el marco internacional de los derechos sexuales y reproductivos. -----	26
Reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos en el marco jurídico nacional. -----	30
Especificaciones para la Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia para el Estado de Veracruz. -----	32
Especificaciones para la Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia para el estado de Puebla. -----	34
Norma Oficial Mexicana 046 (NOM-046-SSA2-2005) -----	34
Norma Oficial Mexicana 010 (NOM-010-SSA2-2010) -----	37
Participación de las mujeres en el ámbito comunitario. -----	39
Violencia y factores comunitarios y sociales. -----	40

CAPITULO III	
LA VIOLENCIA SEXUAL, LA PREVENCIÓN DEL VIH Y LAS ITS EN LA POBLACIÓN ATENDIDA. -----	41
El contexto de los estados y municipios, donde se implementó el proyecto. -----	41
Hidalgo. -----	41
Puebla. -----	43
Veracruz. -----	44
Las mujeres y sus tareas de liderazgo. -----	46
Generalidades de las mujeres que intervinieron en el proyecto. -----	47
Situaciones de violencia a las que se enfrentan las mujeres. -----	48
Tipos de violencia sexual que ponen en riesgo la vida de las mujeres, las ITS y VIH. -----	57
Reacción ante la denuncia de la violencia sexual. -----	62
¿Por qué las mujeres no acuden a denunciar? -----	64
Orientación que brindan las autoridades de salud sobre violencia sexual. -----	66
El ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. -----	67
Agenda de mujeres para prevenir la violencia sexual, las ITS y el VIH. -----	73
LAS ÓRDENES DE PROTECCIÓN COMO MECANISMO DE PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA. -----	78
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. -----	84
REFERENCIAS. -----	91
ANEXOS. -----	97

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La salud es uno de los derechos humanos de toda mujer, como derecho, debe ser disfrutado con el más alto nivel posible. Su goce es esencial para su vida y su bienestar, y es de necesidad indispensable para su capacidad de participar en todas las esferas de la vida, tanto en el ámbito público como en el privado.

La importancia de este derecho fundamental, es reconocida a nivel mundial en tratados y acuerdos internacionales sobre derechos humanos, incluso en nuestro país se reconocen en las leyes nacionales, sin embargo, aún es poco visible la condición de vida de muchas mujeres, éstas aún no se miran reconocidas en sus derechos ni en el ejercicio de los mismos. Ejemplo de esto es que en los últimos años, a nivel mundial, la salud de las mujeres se ha visto afectada gravemente por las infecciones de transmisión sexual y la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Lo anterior derivado de que fisiológicamente, las mujeres son de dos a cuatro veces más susceptibles a este virus que los hombres, ya que sus órganos genitales presentan mayor superficie mucosa donde pueden presentarse lesiones microscópicas. Las jóvenes, cuyo aparato reproductor no está plenamente desarrollado, son aún más vulnerables a ésta y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), y el riesgo de contraer esta enfermedad en las mujeres con otras ITS no tratadas aumenta (ALG, 2010).

En nuestro país, de acuerdo a estimaciones del Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH-Sida (ONUSIDA), con la herramienta de modelaje Spectrum 5.03 (mayo 2014) las nuevas infecciones que se habrían producido en 2013 alcanzan las 9,300 personas (CENSIDA, 2014). De acuerdo al informe preliminar de septiembre de 2014, Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/Sida en México del Registro Nacional de Casos de Sida (CENSIDA) se reportaron en 2013, 10 mil 536 nuevos casos diagnosticados, de los cuáles 5 mil 449 se encontraban en fase de sida y 5 mil 087 sólo vivían con el virus; para el 30 de septiembre de 2014, se han reportado 5 mil 679 nuevos casos de los cuáles 2 mil 894 vivían con VIH y 2 mil 785 viven en fase de sida, de éstos al menos 505 casos fueron en mujeres. (CENSIDA, 2014).

De los casos registrados en México, durante el año pasado, las infecciones de VIH entre mujeres mayores de 20 años se atribuyó a la violencia ejercida por la pareja, siendo así que quienes han experimentado violencia sexual, tienen más probabilidades de que le sea transmitido el virus del VIH que las que no la han sufrido. Investigaciones realizadas a nivel internacional, han revelado en informes emitidos por ONUSIDA, que las mujeres

que fueron víctimas de violencia por parte de su pareja íntima, tienen un 50% más de probabilidades de vivir con el VIH (Avilés, 2013).

Las situaciones anteriores evidencian una urgente necesidad de la aplicación de medidas de prevención para reducir la aparición de nuevos casos en generaciones posteriores, las cuales se han estado diseñando y aplicando durante la última década; sin embargo, existen factores que afectan la aplicación efectiva de estas medidas, entre ellos destaca “la escasa consideración otorgada a las mujeres en muchos países las hace altamente dependientes de relaciones en las que corren el riesgo de contraer VIH. En muchas partes del mundo, las mujeres casadas no pueden negarse a mantener relaciones sexuales, insistir en que sus maridos utilicen preservativo durante las relaciones sexuales o exigir que les guarden fidelidad (ONU, 2006:13).

Otro factor propicio para el aumento de las infecciones de VIH entre las mujeres, es la existencia de desigualdades y normas de género, las cuales se han hecho perjudiciales generando como consecuencia las relaciones sexuales sin protección y la reducción al acceso de los servicios de salud reproductiva, sexual; además de su mayor susceptibilidad fisiológica a infectarse del VIH. Las desventajas sociales, legales y económicas generalizadas que enfrentan las mujeres disminuyen su capacidad de protegerse a sí mismas de la infección y se reduce el acceso a los servicios esenciales de salud reproductiva y relacionada con el VIH, en especial, para las mujeres que viven con el virus.

Según el informe sobre la epidemia mundial del sida que emite ONUSIDA en 2013, las desigualdades y las normas de género perjudiciales siguen contribuyendo a la vulnerabilidad relacionada con el VIH. Tal como se expresa en una manifestación del rol del género en las epidemias nacionales, se halló que las mujeres que fueron víctimas de violencia por parte de su pareja íntima tienen un 50% más de probabilidades de vivir con el VIH. Casi todos los países (92%) que realizaron revisiones intermedias de su respuesta al sida a nivel nacional, reconocieron la importancia central de abordar las desigualdades de género. Sin embargo, las revisiones intermedias indican que menos de la mitad de los países asignan fondos a organizaciones para mujeres, integran ampliamente los servicios de salud reproductiva y sexual relacionados con el VIH o cuentan con iniciativas en crecimiento para hacer participar a hombres y niños en respuestas nacionales (ONUSIDA, 2013:7).

Dadas estas desigualdades y normas de género, que terminan por traducirse en violencia de género, representan un fenómeno mundial que implica una grave violación de los derechos humanos, factor propicio para aumentar el riesgo de

contraer la infección por el VIH, derivando en la triste realidad de que el miedo a la violencia debilita la capacidad de las mujeres para negociar relaciones sexuales más seguras, aunado al hecho de aumento a la tendencia de tener experiencias sexuales a temprana edad sumada a la falta de información y servicios.

Es por ello que se hace necesario seguir insistiendo en el impulso de acciones encaminadas a eliminar estas desigualdades, violencia y el abuso por cuestiones de género, promoviendo el respeto a la libre determinación de la mujer y a compartir con ella la responsabilidad que conllevan las cuestiones relativas a la sexualidad y a la reproducción por parte de su pareja, con miras a eliminar el principal obstáculo reconocido a nivel internacional, como el que impide a la mujer alcanzar el más alto nivel posible de salud: la arraigada existencia de desigualdad entre la mujer y el hombre, y entre mujeres en diferentes regiones geográficas, clases sociales y grupos indígenas y étnicos.

De acuerdo con CENSIDA (2014), en 2012 hubieron 4, 974 defunciones por sida en México. El número de casos notificados de VIH y sida que se encuentran vivos, es de un total de 115, 862, de los cuales existen 50, 497 con VIH y 65, 365 con sida. Los casos nuevos diagnosticados de VIH y sida notificados entre el 2013 y el primer semestre del 2014 son de 6,988 y 7,092 respectivamente.

Hasta el 2013 Veracruz fue uno de los estados que concentraban el mayor número de casos notificados de sida, actualmente el número de estos casos notificados en hombres de este Estado es de 12, 172 y de mujeres 3,318. En el periodo de 1983 al primer semestre del 2014, en el estado de Puebla el número casos notificados de sida en hombres es de 5, 860 y en mujeres es de 1,676; mientras que en el estado de Hidalgo se registraron 1, 584 casos notificados de sida en hombres y en mujeres 435 (CENSIDA, 2014).

El incremento en los casos de mujeres con VIH es alarmante, además de que siguen naciendo niños infectados porque no se ha logrado controlar el índice de embarazos de mujeres con el virus. Un estudio realizado en México (Avilés, 2013; CIMAC, 2014), en una muestra de 91 mujeres con VIH en un rango de edad de 17 a 65 años, mostró que el personal de Salud viola el derecho al acceso a la información en materia reproductiva, pues falta información desde el momento que aplican la prueba de diagnóstico de VIH, hasta cuáles son las opciones de tratamiento, para ejercer sexo protegido y seguro, y tener hijas e hijos de manera segura.

Los datos indican que de esta muestra el 63% de las mujeres no recibió información sobre métodos anticonceptivos diferentes o adicionales al condón, el 50% de mujeres mexicanas con VIH no recibe atención integral en salud reproductiva, el 38% no obtuvo suficientes datos para tener un embarazo seguro sin transmitir el virus a su pareja y el

35% no accedió a información para evitar transmisión del VIH a su bebé, y se destaca que el 41% de entrevistadas percibió alguna actitud discriminatoria del personal de Salud (CIMAC, 2014).

En estudios realizados en México, se observa que la violencia y el VIH van de la mano, esto indica que una de las consecuencias más severas de la violencia en el hogar es el incremento en el número de mujeres que adquieren VIH/Sida (Avilés, 2013; CIMAC, 2014).

Existe un aumento en el número de mujeres casadas y en una relación estable de pareja, que adquieren el virus, esta situación es “inusual”, pues generalmente existe la idea que son las adolescentes y mujeres jóvenes las que tienen mayor riesgo de contraer el padecimiento, debido a la falta de información en prevención de infecciones de transmisión sexual (Adame, 2013). Investigaciones del Grupo Multisectorial VIH/Sida (2011), afirman que el sida se está feminizando en algunas partes del país como es el caso de Veracruz, la brecha en cuanto al número de casos con este virus entre hombres y mujeres se va acortando, destacando que esto ocurre aún en las zonas rurales, en las cuales hay mujeres con el virus que generalmente, les ha transmitido su marido; la situación se agudiza debido a que en estas zonas es mal visto por los hombres el uso del preservativo.

Debido a las condiciones antes descritas, y analizando el impacto de las consecuencias biopsicosociales se observa la necesidad de implementar en la población, especialmente en las mujeres, estrategias de prevención que ayuden a reducir la incidencia en casos de VIH/sida. Tomando en cuenta la relación que existe entre la violencia y las zonas rurales como dos factores de riesgo para contraer VIH, se llevaron a cabo acciones de atención que consistieron en la impartición de pláticas de prevención de violencia sexual, VIH, ITS y el uso correcto del condón, de igual manera se llevaron a cabo talleres en los que las temáticas abordadas fueron derechos sexuales y participación comunitaria con la finalidad de lograr una sensibilización y participación de las mujeres en el ámbito comunitario, en municipios de los Estados de Hidalgo, Puebla y Veracruz.

En este sentido, a continuación se presenta el informe de la implementación del proyecto “Capacitación de mujeres líderes comunitarias, en la prevención de la violencia sexual, el VIH y las ITS”, el cuál responde a las dimensiones del trabajo de nuestra organización, investigación e incidencia, en este sentido, los resultados se consideran la base para que las mujeres líderes comunitarias inicien sus procesos de organización y empoderamiento para tratar las temáticas con el resto de sus comunidades e incluso sus familiares, además que sea el portavoz de cada una de las mujeres que participaron a recoger una Agenda prioritaria inicial, además de las propuestas principales que ellas proponen para reducir las infecciones de VIH, destacando su propuesta que no existan más casos de este virus en México.

CAPITULO 1

CAPITULO I.

EL FORTALECIMIENTO DE MUJERES LÍDERES COMUNITARIAS EN LA IDENTIFICACIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL Y LA PREVENCIÓN DEL VIH Y LAS ITS.

METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN, ACTIVIDADES REALIZADAS.

La implementación del proyecto “Fortalecimiento de mujeres líderes comunitarias para la prevención del VIH y la violencia sexual”, financiado por el CENSIDA, tiene el fin de contribuir a la generación de una cultura de prevención entre las mujeres, desde un enfoque de género y acceso a una vida libre de violencia, mediante la capacitación e intervención con estrategias biomédicas conductuales en mujeres líderes para reducir la incidencia de mujeres infectadas con VIH/sida.

El proyecto planteó, sensibilizar a mujeres sobre la importancia de la prevención de las ITS, VIH y la relación con la violencia sexual, mediante pláticas en las comunidades donde se encuentran las mujeres líderes; capacitar a mujeres líderes comunitarias en estrategias de prevención, uso del condón masculino y femenino, la equidad de género y acceso de las mujeres a una vida libre de violencia mediante estrategias de formación comunitaria.

Para cumplir con los objetivos antes mencionados se desarrolló una intervención, contactando a personas e instituciones de los diversos municipios que se establecieron como población objetivo del proyecto, para gestionar las primeras actividades planeadas, buscando en ellas la posibilidad de reunir a mujeres que tuvieran un perfil de liderazgo para generar cambios en sus comunidades en referencia a la prevención de la violencia sexual, el VIH y las ITS, en las localidades a las que pertenecen y sus alrededores; los municipios pensados desde un inicio para este proyecto fueron cinco: tres de ellos en Hidalgo los cuales fueron Tula, Tenango y Pachuca de Soto; los otros dos fueron Huayacocotla, en el Estado de Veracruz y Huauchinango en el Estado de Puebla.

En los tres municipios del Estado de Hidalgo, se contactó a las titulares de las Instancias Municipales de la Mujer correspondientes en cada municipio, quienes fueron las intermediarias para reunir estos grupos de mujeres con la finalidad de brindarles pláticas acerca de la prevención de la violencia sexual, las ITS y VIH; en Huauchinango, Puebla, una catedrática abrió un espacio en la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla con jóvenes alumnas

y alumnos de la Lic. en Derecho; y en el Estado de Veracruz se trabajó en el municipio de Huayacocotla, donde el Presidente de la Asociación Civil Organización Popular Regional Sierra Norte de Huayacocotla, fue la primer persona que reunió dos grupos de mujeres en diferentes lugares del municipio, posteriormente se buscó el espacio con madres de familia de un Jardín de Niños del centro de Huayacocotla, ahí la directora dio oportunidad de realizar las actividades.

Una vez establecidos los espacios para realizar las pláticas, se trabajó en el material que sirvió de apoyo en esta actividad, en el cual se abordaron los siguientes temas: derechos humanos, derechos humanos de las mujeres, violencia y violencia de género, violencia sexual y su relación con las ITS, VIH y sida, como subtemas se habló de las formas de transmisión, prevención (uso correcto del condón femenino y masculino) y la Prueba de detección de Anticuerpos al VIH (PAV).

Se acudió a cada uno de los municipios ya agendados a ejecutar las pláticas sobre violencia sexual, el VIH y las ITS; para concluir dichas pláticas, se hizo entrega a las asistentes de suministros de reducción de riesgo (lubricantes, condones femeninos y masculinos), salvo siete mujeres del total de atendidas, manifestaron no necesitar los insumos por el hecho de ser de avanzada edad, y otras, al recibirlos comentaron que se los entregarían a sus hijas o hijos; posteriormente se les extendió la invitación para que se realizaran la PAV de manera gratuita, voluntaria y confidencial.

Al finalizar cada una de las pláticas de prevención, las mujeres fueron invitadas a asistir a talleres en sus municipios con la finalidad de capacitarlas en prevención de la violencia sexual, el VIH y las ITS, estableciendo de manera consensuada la fecha que consideraron idónea para realizar esta actividad.

A las mujeres que acudieron a aplicarse la prueba, se les proporcionó el servicio de pre-consejería; se les dio un consentimiento informado, el cual firmaron quienes así lo decidieron, y se les aplicó un cuestionario de riesgo a modo de filtro, por si no fuera necesario aplicar la prueba a alguna de las usuarias. Es importante puntualizar que al principio se había establecido como una meta la aplicación de 100 pruebas rápidas, cifra que se cubrió al doble, resultando un total de 214 aplicaciones, es decir, que de parte de las mujeres participantes, hubo una demanda mayor a la esperada.

Además de los lugares preestablecidos para la intervención, se realizaron pláticas extras en otros municipios de Hidalgo; los cuales fueron: Huichapan, donde se trabajó con jóvenes estudiantes en el Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Huichapan; Tulancingo y Metepec, donde se tuvieron las pláticas con Líderes Educativos Comunitarios del Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE), cabe mencionar que en estos municipios

muchas de las mujeres que participaron expresaron su interés para unirse a más actividades con la finalidad de contribuir a la prevención.

Posteriormente se realizaron los talleres de prevención de la violencia sexual, el VIH y las ITS; donde se capacitó a las participantes abordando los derechos sexuales y reproductivos con la ayuda de un rompecabezas, uno por cada derecho haciendo un total de trece, se les capacitó en el uso correcto del condón femenino y masculino; se trabajaron los tipos y modalidades de violencia mediante el “violentómetro”, utilizando como fundamento la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, al finalizar cada sesión del taller se les invitó a un Foro Regional, para fortalecer la identidad comunitaria y abordar el tema de género.

Para cerrar los trabajos en campo, se llevó a cabo el Foro Regional denominado Mujeres Líderes Comunitarias: por la prevención de la violencia sexual, el VIH y las ITS, al cual asistieron un total de 39 mujeres, de las cuales la mayoría ya habían asistido a las pláticas y los talleres. En este foro se retomaron en conferencias los temas de Género y sexualidad; las órdenes de protección (desde la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia); identidad comunitaria; generación de estrategias para la prevención de la violencia; y el VIH. Dentro de este foro se realizaron los grupos focales que se habían planteado como metas a cumplir en el componente de investigación con la finalidad de recuperar información sobre la situación de la violencia sexual y su relación con las ITS y el VIH/sida en sus entornos, desde el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres; así mismo, en la ejecución de este foro se creó una red de mujeres en las cuales generaron estrategias de prevención de la violencia sexual, el VIH y las ITS mediante proyectos locales en las regiones donde viven, laboran o estudian, por lo que a cada una se les entregó un maletín con impresos e insumos de prevención como medio de apoyo para el inicio de las estrategias que se plantearon.

Dentro del proceso del proyecto, se realizaron diversos materiales impresos de apoyo para fortalecer las capacitaciones a las mujeres líderes comunitarias, entre los cuales se redactaron dos historietas acerca de la importancia de la prevención del VIH/sida, las ITS y la violencia sexual abordándose desde los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, mismas que se sustentan respectivamente bajo los títulos ¡Una Salud Sexual Óptima También es mi Derecho! y ¡Decidir sobre mi cuerpo, también es mi derecho!, traducidas a la lengua náhuatl; se elaboró también una cartilla de órdenes de protección, y se les proporcionaron folletos de formas de transmisión del VIH, uso del condón masculino y uso del condón femenino.

Material gráfico y didáctico que de manera gradual ejemplifica los tipos de violencia, y permite estar alerta, capacitada (o) y atenta(o) para detectar y atender este tipo de prácticas.

METODOLOGÍA DE LA RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN.

El enfoque de esta intervención fue mixto ya que la recolección y análisis de datos así como la integración y discusión se realizaron con componentes tanto cualitativos como cuantitativos, con la finalidad de lograr la triangulación, compensación y complementación de las estrategias aplicadas y los resultados obtenidos.

Sin embargo la intervención se centró principalmente en el método cualitativo ya que las estrategias utilizadas fundamentalmente fueron retomadas a partir del diseño Investigación-acción, teniendo en cuenta que con este tipo de diseño se liga el enfoque experimental de la ciencia social con programas de acción social, que responden a los problemas sociales planteados, pretendiendo generar avances teóricos y cambios sociales. Las actividades de la intervención fueron generadas y aplicadas por un equipo de profesionales de las ciencias sociales.

Se utilizaron como técnicas de recolección de datos cualitativos una serie de encuestas y grupos focales, los cuales brindaron información emergente, no estandarizada, extraída mediante interpretaciones y análisis de diferentes situaciones, preguntas abiertas y cerradas, así como del lenguaje verbal, no verbal y escrito de las mujeres participantes.

Los métodos de recolección de datos cuantitativos fueron a partir de cuestionarios con preguntas cerradas, generados a partir de cuestionarios previamente estandarizados, los cuales brindaron información predeterminada, resumida en una matriz de datos numéricos que permitió un análisis e interpretaciones estadísticas utilizando el paquete estadístico SPSS versión 6.0.

Como instrumentos para recabar información acerca de la situación de violencia existente en el entorno de las mujeres, de acuerdo a las regiones seleccionadas, se aplicaron cuestionarios sobre la violencia sexual y de VIH para tomar muestras sobre la información que tienen acerca del tema.

Es así como se dio cumplimiento a las metas establecidas para cada uno de los objetivos planteados en este proyecto, a efecto de proporcionar amplios beneficios de información y herramientas a cada mujer que tenga acceso a este documento, para la prevención del tema multicitado y con la expectativa de que resulte como medio para disminuir los casos de VIH entre la población de mujeres.

Un grupo focal, es una actividad, donde se organiza a las personas para que puedan expresar sus puntos de vista, opiniones e incluso sus percepciones sobre algo, se realiza de manera sistematizada, procurando establecer una relación de confianza y privacidad para que cada participante exprese su pensar.

ALCANCES Y LIMITACIONES EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES Y RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

En toda ejecución de metas y proyectos se presentan pros y contras, es por lo tanto, que en este apartado se plantean las limitaciones y alcances dentro de la implementación de las actividades operadas, así como en la recolección de información.

El lugar donde se implementó la primera actividad fue en el municipio de Huayacocotla, perteneciente a la Sierra Norte de Veracruz; en esta zona, fue difícil establecer contacto con la persona que reuniría a los grupos de mujeres, debido a las ocupaciones seculares de quien brindó el apoyo. Es importante destacar que en este municipio no existe instancia municipal de la mujer o alguna otra instancia o autoridad que se dedique exclusivamente a procurar el bienestar integral de la mujer, lo cual constituyó una limitación al apoyo para la implementación de las actividades, ya que cuando no se tiene el respaldo de una autoridad para realizar actividades para la prevención, la población pone escaso interés por no sentir la necesidad o por estar tan cerca de las instituciones públicas para asistir a tales actividades.

Posteriormente, en este mismo municipio, se buscó espacio con madres de familia en un Jardín de Niños, la directora de la institución propuso la fecha para la ejecución de la plática. Sin embargo el día de la actividad al poco tiempo de haber iniciado fue interrumpida por autoridades del municipio para tratar asuntos relacionados con los bienes materiales de la institución, al terminar su intervención las mujeres reunidas comenzaron a retirarse por necesidad de realizar sus actividades cotidianas, por lo que ésta fue una considerable limitante para no efectuar la plática en su totalidad, dejándose ver el desinterés e incluso la obstaculización por parte de las autoridades municipales en actividades destinadas para el bienestar propio de la mujer.

Otra limitación dentro de esta área regional, es que al momento de aplicar los cuestionarios de violencia sexual y VIH e ITS, se encontró, que varias mujeres adultas no saben leer ni escribir, por lo que sólo se auxilió, a quienes así lo permitieron, para contestar el instrumento. Dentro de este rubro, en la región de Huauchinango, Puebla no se pudo aplicar presencialmente el instrumento debido al tiempo limitado para las actividades, por lo que se implementó la aplicación de un cuestionario vía electrónica, la cual fue difundida entre las estudiantes de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla y a mujeres del municipio por parte de la Instancia Municipal de Huauchinango.

En la región de Hidalgo, la directora de la Instancia Municipal de la Mujer de Tenango de Doria, con quien se estableció contacto para apoyo en dicha región, convocó a mujeres de distintas comunidades aledañas a la de San Isidro la Laguna, perteneciente al mismo municipio, para una primera reunión, esto es considerado un alcance significativo, ya que se tuvo la presencia de mujeres en las pláticas y talleres, a pesar de que tuvieron que caminar una distancia considerable, debido a que el transporte en ese lugar es escaso, por

lo que es importante, considerando las circunstancias, destacar la disponibilidad y el interés al mantener una dinámica de comunicación entre las participantes y las facilitadoras; sin embargo otros dos grupos, convocados en el municipio de Tenango con las promotoras de salud de oportunidades, mantuvieron una participación escasa, por lo que se obtuvo poca información sobre los conocimientos previos acerca del tema tratado, por otra parte algunas de las asistentes sugirieron, que los esposos también recibieran las pláticas tratadas con ellas, propuesta que se acordó atender en futuras intervenciones.

En Tula, desde un primer momento, la Directora de la Instancia Municipal de la Mujer mostró mucha accesibilidad para colaborar en este proceso, reuniendo a las mujeres de su municipio; pero al llegar la fecha de realización de las actividades, los factores climáticos influyeron en la asistencia de la mayoría de mujeres convocadas, por lo que las actividades se desarrollaron con poca asistencia. En cuanto a las PAV, hubo poca demanda en este municipio, debido a que como lo expresaron las mujeres al finalizar la actividad, tenían que acudir a realizar sus labores cotidianas, la de mayor urgencia, ir por sus hijos a la escuela.

En Pachuca de Soto, el acordar una fecha para las primeras actividades establecidas fue complicado, por parte de la Dirección de la Instancia de la Mujer hubo disposición para reunir un grupo de mujeres, sin embargo las actividades dentro de dicha Instancia estaban saturadas, por lo que no se contaba con un espacio físico disponible dentro de las fechas requeridas, pero finalmente en los dos grupos reunidos, hubo una asistencia suficiente y participación constante por parte de la población.

En el municipio de Huauchinango, perteneciente a la Sierra Norte de Puebla, la coordinadora académica de la Unidad Regional de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP), ubicada en esta zona, propuso que para las actividades planteadas, las y los beneficiarios fueran el alumnado de la institución que representa, debido a que la población en edad universitaria ejercen una vida sexual activa, y el no conocer acerca de la prevención del VIH y las ITS serían factores de alto riesgo para la infección, además de que algunos imparten clases a personas adultas en el Instituto Nacional para la Educación de los Adultos, en las cuales existe un alto número de asistencia y participación.

Posteriormente en este municipio, se contactó a la Directora de la Instancia Municipal de la Mujer, la cual convocó a mujeres de comunidades, regidoras y maestras del Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP), para impartir la plática, contando con una amplia participación.

Además de los municipios establecidos como objeto del proyecto, se concretó trabajar con las y los jóvenes Líderes Educativos Comunitarios del Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE), lo cual es considerado como un alcance significativo, ya que ellas

y ellos tienen contacto con madres de familia en los lugares donde prestan su servicio, por lo que se busca su aportación a futuro en las labores de prevención de la violencia sexual, el VIH y las ITS. A razón de esto, se trabajó en sedes ubicadas en los municipios de Metepec, Tula, Tulancingo y Pachuca de Soto, todos pertenecientes al Estado de Hidalgo.

Dentro de los alcances se pudo observar que estos grupos fueron los de mayor asistencia por actividad, e incluso manifestaron interés de que las pláticas y talleres de prevención sean llevadas a su comunidad, y sean trabajadas con las madres de familia de las niñas y niños a los que atienden; y quienes prestan su servicio en secundaria, solicitaron estas actividades para las y los adolescentes, debido a que según sus observaciones, esta población se encuentra vulnerable ante los riesgos de infección por VIH e ITS, por la falta de información. También es de importante resaltar que entre estos grupos hubo una demanda considerable de PAV, ya que derivado de las pláticas de prevención, las y los usuarios concluyeron que en algún momento se expusieron a diferentes prácticas de riesgo.

También se pudo observar durante la implementación de las actividades, la poca participación e interés por parte de las autoridades de las comunidades y de los municipios hacia las labores de prevención, sobre todo, tratándose del tema de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, pareciendo ser un tema olvidado en la agenda de los municipios, incluso hubo comentarios de mujeres de una comunidad acerca del trato que reciben por parte de sus autoridades, con actitudes de reprobación a como ejercen su sexualidad o haciendo caso omiso a sus peticiones cuando recurren a sus representantes en cuestiones de necesidades de este tipo.

Dentro del proceso de la realización de las actividades, también resalta el hecho de que las mujeres adultas o casadas sienten mayor responsabilidad de asistir a las actividades encaminadas a la prevención de la violencia, el VIH y las ITS, cuando se les convoca por parte de Sector Salud, aunque muchas asistentes manifestaron que han recibido casi nula información acerca de sus derechos, de la violencia y su prevención, situación que será analizada en el apartado de resultados.

En cuanto a los espacios físicos/geográficos, hubo ciertas limitaciones en algunos lugares, debido a que el servicio de transporte es escaso, debido a que son de difícil acceso. Sin embargo, pese a estos últimos factores limitantes, las promotoras del proyecto, buscaron la realización en tiempo y forma de tales actividades previstas.

CAPITULO 2

CAPITULO II.

LA IDENTIFICACIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL Y LA PREVENCIÓN DEL VIH Y LAS ITS, EL MARCO DE LA INTERVENCIÓN.

LA PROMOCIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES COMO DERECHOS HUMANOS.

La lucha por los derechos humanos y el reconocimiento de estos para las mujeres ha tenido una evolución paulatina en los últimos años. En la actualidad existen un conjunto de instrumentos para su protección y garantía, los cuales reconocen el derecho a la igualdad y no discriminación de hombres y mujeres. En este sentido México ha firmado una serie de convenios y tratados internacionales en la materia, cotidianamente busca dar cumplimiento cabal a los mismos, e impulsar las acciones que permitan su desarrollo pleno en todos los ámbitos de la vida y en cualquier región del país; sin embargo, en algunos casos no logran materializarse o lo hacen pero con una serie de problemáticas que se presentarán en el apartado de resultados.

Los derechos sexuales y reproductivos son un componente básico de los derechos humanos, son aquellos derechos humanos interpretados desde el punto de vista de la sexualidad y reproducción de hombres y mujeres, cuya garantía es requisito fundamental para el goce de una vida sexual plena y libre. Los derechos sexuales y reproductivos están arraigados en los principios más básicos de los derechos.

El cuerpo es el primer lugar al cual los derechos humanos hacen referencia y de ahí que se pueda registrar la violación de estos o no; el derecho a la vida, el respeto de la dignidad humana, el reconocimiento por la diferencia, entre otros, son derechos que permiten identificar su ejercicio y su vulneración en diferentes ámbitos.

Los derechos sexuales y reproductivos forman parte de los derechos humanos y son definidos como un “conjunto de garantías y obligaciones que tienen todas las personas sobre su sexualidad, y capacidad reproductiva, hacia el logro de un estado de salud adecuado para el desarrollo integral como personas y como mujeres” (USAID, 2008: 30).

Los derechos sexuales (DDSS) establecen que toda persona tiene la facultad de ejercer libremente su sexualidad y que nadie deberá sufrir discriminación por su orientación sexual. Los derechos reproductivos (DDRR) son entendidos como el conjunto de garantías

y obligaciones que tienen todas las personas sobre sexualidad y capacidad reproductiva, encaminados al logro de una mejor calidad de vida. Estos derechos hacen referencia a todo aquello que emane de la función de reproducción, como lo son poder decidir cuándo, cómo y con quién procrear, en el marco señalado por la constitución, libre, responsable e informada, y añadiendo saludable. Los DDSS y DDDR se basan en los principios de libertad, privacidad, dignidad, equidad, integridad corporal y autonomía.

Estos derechos comprenden:

- El acceso a la información completa, laica y científica sobre la sexualidad para ejercerla en condiciones seguras, de manera digna y placentera.
- El derecho a no sufrir violencia, abuso o sometimiento sexual y/o corporal.
- El acceso a la información sobre el uso seguro y efectivo de los métodos anticonceptivos, así como sus beneficios y riesgos.
- La prevención y orientación sobre infecciones de transmisión sexual.
- El derecho a decir procrear o no, ya sea temporal o definitivamente.
- El aborto seguro y legal, y el acceso a los servicios y procesos de privacidad y respeto de cada persona.

Es importante destacar que el acceso a la información de los derechos sexuales y reproductivos, es un factor que facilita la elaboración de programas y la participación de las mujeres en la toma de decisiones.

Desde diversos ámbitos se han señalado diferentes maneras de agrupar los derechos sexuales y reproductivos, estos agrupamientos tienen en común su formulación en función de su aplicación desde los derechos individuales y desde ahí, los demás derechos comprometidos en aquellos que defienden la dignidad, igualdad y equidad de las personas. Para el análisis de los derechos sexuales y reproductivos que permiten visualizar su interacción con otros derechos existen cinco líneas (Cook, 2005:66):

1. Derecho a la vida, libertad, supervivencia, seguridad y a una sexualidad libre de riesgos.

Este grupo de derechos hace referencia a la posibilidad de todas las personas a disfrutar y controlar su vida sexual y reproductiva. El derecho a la supervivencia

incluye el acceso de las personas a proteger su vida de todos aquellos riesgos evitables relacionados a la sexualidad y la reproducción; el derecho a la libertad y a la seguridad incluye el aborto seguro y la confidencialidad; el derecho a la libertad incluye ser libres de malos tratos y tortura la cual abarca la violencia sexual.

La aplicación de estos derechos busca exigir a los Estados, la eliminación de las barreras para acceder a servicios básicos necesarios para la salud sexual y reproductiva.

2. Derecho a la autodeterminación reproductiva y la libre opción de la maternidad

Los derechos de las personas, referidos en este grupo, están encaminados a decidir libremente el esparcimiento del número de hijas y/o hijos a tener, la autonomía en ésta decisión en particular de las mujeres para decidir si quieren o no tener hijas e hijos de manera libre y responsable.

La protección de estos derechos, parte del reconocimiento hacia las personas para decidir de manera autónoma sobre su proyecto de vida. Es preciso mencionar que las restricciones sociales, económicas o culturales que interfieran en la toma de decisiones con respecto a la maternidad, son indicativos de vulnerabilidad a la transgresión los derechos, en la medida en que se constituye una barrera de acceso a los medios económicos, las prácticas científicas y la información necesaria para que dichos derechos sean respetados.

3. Derecho a la información, educación y toma de decisiones.

Este grupo hace referencia a los derechos de recibir e impartir información sobre sexualidad y reproducción para asegurar la salud y el bienestar personal.

El derecho a recibir educación para ejercer autonomía y autocuidado de la sexualidad y reproducción, de tal manera que éste sea un principio regulador de las decisiones bajo marcos de libertad y responsabilidad relacionadas a un disfrute pleno de la sexualidad. La información debe proporcionarse de manera permanente y personal, tomando en cuenta y adaptándola a los diferentes contextos socioculturales, sustentados en una concepción integral de la sexualidad, necesarios para que todas las personas puedan ejercer plenamente sus derechos sexuales y reproductivos.

Sin la información y formación apropiada, la toma de decisiones en cuanto a ejercer y desarrollar la sexualidad y reproducción es limitada; y una de las consecuencias es que las personas no estén en condición de exigir y hacer valer sus derechos

cuando éstos son violentados.

Este conjunto de derechos incluye obligaciones concretas e inmediatas por parte del gobierno para proporcionar y garantizar el acceso a la información necesaria, con el objetivo de promover la salud sexual y reproductiva; por lo tanto prevenir infecciones de transmisión sexual; toda persona tiene derecho a ser informado y educado sobre todos los aspectos relacionados con su vida sexual y reproductiva, de tal forma que se tengan las herramientas adecuadas y necesarias para asumir su sexualidad de forma saludable y responsable.

4. Derecho a la atención y protección en salud, así como a los beneficios del progreso científico

Este grupo hace referencia al derecho de todas las personas de acceder al nivel más alto de salud posible, incluyendo los derechos en la atención en salud que garanticen la disponibilidad, el acceso, la aceptabilidad y la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, y el derecho a los beneficios del progreso científico que incluye el acceso a todas las nuevas tecnologías que sean seguras y aceptables.

El acceso a la información, servicios y suministros, privacidad, confidencialidad, elección informada, igualdad y no discriminación constituyen los criterios que deben orientar la atención en salud sexual y reproductiva.

La inversión de fondos públicos en los progresos científicos tiene el propósito de dirigir las investigaciones para el beneficio de la salud sexual y reproductiva, estos estudios deben estar encaminados tanto a los conocimientos biomédicos, como a investigaciones epidemiológicas, jurídicas y sociales.

5. Derecho a la participación de la población en los espacios de toma de decisiones

La participación de la población es entendida como el proceso que permite a cada hombre y mujer ejercer su ciudadanía y asumir el compromiso de trabajar para la solución de problemas públicos, utilizando mecanismos de participación ciudadana.

Implica involucrarse activamente en la eliminación de toda discriminación, en la construcción de una sociedad igualitaria, dentro de las acciones se encuentran el vigilar, controlar y cuestionar el cumplimiento de las leyes, normas y compromisos por parte de las autoridades, con lo cual uno de los objetivos principales es influir en las decisiones de los gobiernos, ya que estas afectan la calidad de vida de las personas y el ejercicio de sus derechos.

Para el cumplimiento de los derechos al acceso más alto de salud posible se deben interrelacionar la disponibilidad, la accesibilidad y la aceptabilidad. Entendiendo como disponibilidad el número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, por accesibilidad que estos establecimientos deben estar al alcance y disponibles para todos y todas sin discriminación alguna y por aceptabilidad como el respeto de la cultura de las personas.

Es importante destacar que en relación a la participación ciudadana se ha observado la poca o nula participación de las mujeres en la toma de decisiones relacionadas con su salud y derechos sexuales con lo que se evidencia la invisibilización de sus deseos y expectativas.

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, PARA ELIMINAR LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES.

En los últimos años ha habido avances significativos con base en las convenciones y tratados internacionales, entre los cuales destacan las aportaciones en materia legislativa al reconocer a las mujeres como sujetas de derecho, y a la violencia que se ejerce contra ellas como una violación a los derechos humanos, un delito sancionable y un producto de la desigualdad de género construida socialmente.

“La violencia contra la mujer y la violencia sexual, constituyen un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos de las mujeres”, argumento que aporta la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013); la violencia de la pareja y la violencia sexual pueden ocasionar consecuencias graves en la salud como problemas ginecológicos e infecciones de transmisión sexual, entre ellas la infección de VIH.

La Declaración Universal de los Derechos Sexuales, fue aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología en el 14° Congreso Mundial de Sexología celebrado el 26 de agosto de 1999 en Hong Kong; esta declaración considera la salud sexual como un derecho humano básico, a partir de esto los derechos sexuales deben ser reconocidos promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades de todas las maneras, es así como hace distinguir once derechos referentes a la sexualidad como parte integral de toda persona, los cuales se definen a continuación (PGJDF, 1999):

- **El derecho a la libertad sexual:** Abarca la posibilidad de la plena expresión del potencial sexual de los individuos. Sin embargo, esto excluye toda forma de coerción, explotación y abusos sexuales en cualquier tiempo y situación de la vida.

- **El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo:** Este derecho incluye la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la propia vida sexual dentro del contexto de la ética personal y social. También están incluidas la capacidad de control y disfrute de nuestros cuerpos, libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.
- **El derecho a la privacidad sexual:** Este involucra el derecho a las decisiones y conductas individuales realizadas en el ámbito de la intimidad siempre y cuando no interfieran en los derechos sexuales de otros.
- **El derecho a la equidad sexual:** Este derecho se refiere a la oposición a todas las formas de discriminación, independientemente del sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o limitación física o emocional”.
- **El derecho al placer sexual:** El placer sexual, incluyendo el autoerotismo, es fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.
- **El derecho a la expresión sexual emocional:** La expresión sexual va más allá del placer erótico o los actos sexuales. Todo individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.
- **El derecho a la libre asociación sexual:** Significa la posibilidad de contraer o no matrimonio, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales responsables.
- **El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables:** Esto abarca el derecho a decidir tener o no hijos, el número y espaciamiento entre cada uno, y el derecho al acceso pleno a los métodos de regulación de la fertilidad.
- **El derecho a información basada en el conocimiento científico:** Este derecho implica que la información sexual debe ser generada a través de la investigación científica libre y ética, así como el derecho a la difusión apropiada en todos los niveles sociales.
- **El derecho a la educación sexual integral:** Este es un proceso que se inicia con el nacimiento, dura toda la vida y debería involucrar a todas las instituciones sociales.
- **El derecho a la atención de la salud sexual:** La atención de la salud sexual debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y trastornos sexuales.

Cabe mencionar que el término Derechos Sexuales no aparece descrito en la Declaración antes citada, pero su definición y contenido fueron aprobados dentro del marco de los derechos humanos en la **Plataforma de Acción de Beijing**, párrafo 96, donde dice que “los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad..., y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia...” (ONU, 1995:38).

LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN EL MARCO INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.

Dentro del marco jurídico internacional de protección de los derechos humanos de toda persona, mujeres y hombres sin distinción alguna, se encuentra La Convención Americana de los Derechos Humanos (Pacto de San José - 1969), la cual reconoce que los derechos esenciales del hombre (entendiéndose la generalidad tanto para el hombre como para la mujer) no nacen del hecho de ser nacional de determinado estado, sino que tienen como fundamento los atributos de la persona humana, por lo que justifica el que exista una protección internacional; es por ello que en su Artículo 5, establece el **Derecho a la Integridad Personal**, el cual refiere que “...toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral” y que “nadie debe ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes” (OEA, 1969); es por tanto que cuando una mujer sufre de cualquier tipo de violencia, se está transgrediendo este derecho establecido en el Pacto firmado por la Organización de los Estados Americanos.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), en su artículo 3 respalda el derecho a la vida y a vivir en libertad y en condiciones de seguridad; y en su artículo 5 también refiere que “los Estados Parte deben fomentar la protección hacia toda persona para que nadie sea sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes” (ONU, 1948).

En cuanto a normas específicas de protección de los derechos humanos de la mujer en materia internacional, se encuentra, la Convención sobre la eliminación todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW, 1979), la cual define en su artículo 1 la expresión "discriminación contra la mujer" como la que “denota toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera”; tomando en cuenta que en las realidades presentes, la discriminación es una forma de violencia muy reiterada en contra de la mujer.

En cuanto a la atención de la salud para la mujer, la CEDAW en su Artículo 12, exige a los Estados Parte a “adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación

contra la mujer en la esfera de la atención médica, a fin de asegurar en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, incluyendo los que se refieren a la planificación de la familia, así mismo deben garantizar a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia” (ONU, 1979), interpretándose así, que las mujeres que han sido infectadas de VIH, tienen derecho a recibir estas atenciones médicas, y por ningún motivo les debe ser negado.

La Declaración sobre la eliminación de la discriminación contra la mujer (1967), resolvió que la discriminación contra la mujer está en desacorde con la dignidad humana y con el bienestar de la familia y de la sociedad, ya que impide su participación en la vida política, social, económica y cultural de sus países en condiciones de igualdad con el hombre, y constituye un obstáculo para el pleno desarrollo de las posibilidades que tiene la mujer de servir a sus países y a la humanidad, considera como necesidad garantizar el reconocimiento universal del principio de igualdad de la mujer y el hombre de hecho y en derecho, por lo que en su artículo 1 proclama que la discriminación contra la mujer es fundamentalmente injusta y constituye una ofensa a la dignidad humana por cuanto niega o limita su igualdad de derechos con el hombre (ORDEN JURIDICO NACIONAL, 1967).

La Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, en la resolución establecida el 20 de diciembre de 1993 hizo un reconocimiento urgente sobre la necesidad de aplicar universalmente a la mujer los derechos y principios concernientes a la igualdad, seguridad, libertad, integridad y dignidad de todos los seres humanos, lo que impulsa no sólo a reconocer, sino afirma que “...la violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos y de las libertades fundamentales e impide total o parcialmente a la mujer gozar de dichos derechos y libertades, además reconoce que la violencia contra la mujer constituye una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer, que han conducido a la dominación de la mujer y a la discriminación en su contra por parte del hombre e impedido el adelanto pleno de la mujer, y que la violencia contra la mujer es uno de los mecanismos sociales fundamentales por los que se fuerza a la mujer a una situación de subordinación respecto del hombre...” (ORDEN JURIDICO NACIONAL, 1993), es por ello que esta Declaración ya citada se preocupa por el hecho de que algunos grupos de mujeres, como por ejemplo: las mujeres indígenas, las mujeres migrantes, las mujeres que habitan en comunidades rurales o remotas, las mujeres con discapacidades y las ancianas, son particularmente vulnerables a la violencia.

Así mismo, esta Declaración sobre la eliminación de la Violencia contra la Mujer, reconoce y define en el plano internacional a la violencia contra la mujer 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”(ORDEN JURIDICO NACIONAL, 1993), haciendo notar algunos tipos de violencia existentes en contra de la mujer.

En su artículo 2 de esta Declaración, hace mención de los actos que constituyen violencia contra la mujer, incluyendo la violencia sexual, expresando que son en “...la violencia física, sexual y psicológica que se produzca en la familia, incluidos los malos tratos, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas para la mujer, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia relacionada con la explotación; La violencia física, sexual y psicológica perpetrada dentro de la comunidad en general, inclusive la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros lugares, la trata de mujeres y la prostitución forzada; La violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, donde quiera que ocurra” (ORDEN JURIDICO NACIONAL, 1993:2).

A consecuencia de esos actos de violencia, en su artículo 3, la Declaración ampara “...el derecho de la mujer, en condiciones de igualdad, al goce y la protección de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en todos los ámbitos, como son el derecho a la vida, a la igualdad; a la libertad y la seguridad de la persona; el derecho a igual protección ante la ley; a verse libre de todas las formas de discriminación; al mayor grado de salud física y mental que se pueda alcanzar; y a no ser sometida a tortura, ni otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (ORDEN JURIDICO NACIONAL, 1993:2)”, es decir, que va implícita la prohibición de ejercer violencia contra la mujer de cualquier tipo, ya que por el contrario, se estaría atentando contra cualquiera de estos derechos.

Es también importante señalar que el Estado mexicano al firmar la Declaración del milenio (2000), asumió la responsabilidad de respetar valores fundamentales de los seres humanos, reconocidos como esenciales para las relaciones internacionales (ONU, 2000), entre ellos:

- “La libertad. Los hombres y las mujeres tienen derecho a vivir su vida y a criar a sus hijos con dignidad y libres del hambre y del temor a la violencia, la opresión o la injusticia...”
- “La igualdad. ...Debe garantizarse la igualdad de derechos y oportunidades de hombres y mujeres.”

Así México asume el compromiso de “Luchar contra todas las formas de violencia contra la mujer y aplicar la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer consensando con los Estados firmantes que como gobierno no escatimará esfuerzo alguno por promover la democracia y fortalecer el imperio del derecho y el respeto de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales internacionalmente reconocidos”,

es por lo tanto, nuestro derecho como sociedad mexicana, vigilar y exigir que esto se esté constituyendo como una realidad presente por parte de quienes representan a nuestro país.

Estas normativas internacionales responden a necesidades referentes a la protección de los derechos humanos en general y define la violencia ejercida contra la mujer (lo cual implica un problema social a nivel internacional), pero es también importante conocer que internacionalmente existe una preocupación por promover y defender los derechos sexuales, tema que ha sido de trascendental interés, ya que a raíz de ello se establece una norma que los defina y respalde. Antes de hacer mención de cuáles son estos derechos, se debe entender el derecho sexual como el derecho de todo ser humano (mujeres y hombres) a tener control respecto a su sexualidad, a decidir libre y responsablemente, sin verse sujeto a la coerción, discriminación y violencia.

Estas leyes ya citadas, son las que nos aportan el marco internacional referente a la protección de derechos humanos, enfocando principalmente los derechos de la mujer para salvaguardar su integridad personal y para que los Estados tomen las medidas acordes a erradicar la violencia contra las mujeres.

RECONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN EL MARCO JURÍDICO NACIONAL.

En el contexto nacional, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, a partir de la reforma de junio 2011, sustenta que los instrumentos internacionales, planteados en el apartado anterior, deben ser tomados en cuenta como obligatoriamente aplicables en la defensa de los derechos humanos fundando en su párrafo primero del artículo primero que “en los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece (SCJN, 2014:1). Estos tratados internacionales tienen un importante peso de influencia como amparadores de los derechos humanos de la mujer, y cuanto más en caso de que se cause algún acto de violencia en su contra.

De la Ley Suprema, se deriva la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, la cual define la violencia contra las mujeres en su fracción IV, artículo 5º como “cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público”, entendiéndose como género a “los papeles sociales construidos para la mujer y el hombre asentado en su sexo y depende de un particular contexto socioeconómico, político, cultural, y están afectados por otros factores como lo son la edad, raza, etnia” de acuerdo con la IV conferencia Mundial sobre mujeres que se llevó a cabo en 1995 en Beijing (Gasman & Vite, 2001:26); así mismo en su artículo 6 contempla los tipos de violencia

existentes en contra de la mujer, definiendo los siguientes (CAMARA DE DIPUTADOS, 2014):

1. **Violencia psicológica:** Es cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales conllevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio.
2. **Violencia física:** Es cualquier acto que inflige daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas, o ambas.
3. **Violencia patrimonial:** Es cualquier acto u omisión que afecta la supervivencia de la víctima. Se manifiesta en: la transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades y puede abarcar los daños a los bienes comunes o propios de la víctima.
4. **Violencia económica:** Es toda acción u omisión del Agresor que afecta la supervivencia económica de la víctima. Se manifiesta a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, así como la percepción de un salario menor por igual trabajo, dentro de un mismo centro laboral.
5. **Violencia sexual:** Es cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la Víctima y que por tanto atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. Es una expresión de abuso de poder que implica la supremacía masculina sobre la mujer, al denigrarla y concebirla como objeto.
6. Cualesquiera otras formas análogas que lesionen o sean susceptibles de dañar la dignidad, integridad o libertad de las mujeres.

Es importante destacar, que cada entidad establece sus propias leyes locales, como en el tema que nos ocupa, los contenidos antes citados se pueden encontrar también en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Hidalgo, en la Ley para el acceso de las mujeres a una vida libre de violencia para el Estado de Puebla y en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz.

ESPECIFICACIONES PARA LA LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA PARA EL ESTADO DE VERACRUZ.

La Ley local de Veracruz, aparte de los tipos de violencia anteriormente citados, contempla también la violencia obstétrica, contemplándola como un tipo de violencia contra la mujer y definiéndola como “la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; se consideran como tal, omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer” (CNDH, 2005).

En la legislación de Veracruz se explica la violencia de Género, esta se precisa como “cualquier acción u omisión, basada en el género, que les cause a las mujeres de cualquier edad, daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público y que se expresa en amenazas, agravios, maltrato, lesiones, y daños asociados a la exclusión, la subordinación, la discriminación y la explotación de las mujeres y que es consubstancial a la opresión de género en todas sus modalidades afectando sus derechos humanos. La violencia de género contra las mujeres involucra tanto a las personas como a la sociedad, comunidades, relaciones, prácticas e instituciones sociales, y al Estado que la reproduce al no garantizar la igualdad, al perpetuar formas legales, jurídicas, judiciales, políticas androcéntricas y de jerarquía de género y al no dar garantías de seguridad a las mujeres durante todo su ciclo de vida” (CNDH, 2005).

La violencia se da en diversos ámbitos, tales como en familia, la comunidad, la escuela, en el laboral e instituciones, de estos, el que prepondera en el tema que nos ocupa es en el ámbito familiar. La violencia familiar y la violencia familiar equiparada es “todo acto abusivo de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar, o agredir de manera física, verbal, psicológica, patrimonial, económica y sexual a las mujeres, dentro o fuera del domicilio familiar, ejercida por personas que tengan o hayan tenido relación de parentesco, concubinato o que mantengan o hayan mantenido una relación de hecho con la víctima (la mujer agredida)” (CNDH, 2005); es este espacio donde la violencia es en ocasiones tan “sutil” que llega a naturalizarse, sobre todo la violencia sexual y es ahí donde la integridad

de la mujer es más susceptible de ser dañada vulnerando su salud, de lo cual puede terminar en consecuencias como alguna Infección de Transmisión Sexual o del Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

ESPECIFICACIONES PARA LA LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA PARA EL ESTADO DE PUEBLA.

La Ley para el Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Puebla, a través de la fracción XI de su artículo 6o, hace una importante aportación, definiendo quién es el presunto o la presunta generador de violencia, derivando de ello dice que “son el hombre o mujer que causa cualquier tipo de violencia contra las mujeres” (CNDH, 2005), es importante destacar que esta ley incluye al hombre y a la mujer como los que generan violencia contra la mujer.

NORMA OFICIAL MEXICANA 046 (NOM-046-SSA2-2005)

A partir de las investigaciones realizadas para el presente escrito, la violencia sexual no es nada que se deba minimizar, ya que ha generado repercusiones graves en la salud de la mujer, causando daños biológicos en la salud, exponiendo a cualquier mujer que la sufra a las Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y sida, incluso hasta provocarle la muerte; es por ello que el Estado mexicano llegó a la creación de una legislación que establezca los criterios a observar en la detección, prevención, atención médica y orientación que se proporciona a las y los usuarios de los servicios de salud en general, y en particular a quienes se encuentren involucrados en situaciones de violencia familiar o sexual; esta norma se denomina **Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, para quedar como NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.**

Esta Norma Oficial Mexicana habla de la existencia de una atención médica de violencia familiar o sexual, definiéndola como “el conjunto de servicios de salud que se proporcionan con el fin de promover, proteger y procurar restaurar al grado máximo posible la salud física y mental, de las y los usuarios involucrados en situación de violencia familiar y/o sexual. Incluye la promoción de relaciones no violentas, la prevención, la detección y el diagnóstico de las personas que viven esa situación, la evaluación del riesgo en que se encuentran, la promoción, protección y procurar restaurar al grado máximo posible su salud física y mental a través del tratamiento o referencia a instancias especializadas y vigilancia epidemiológica” (DOF, 2009). Y para esos casos de violencia, se basan en la identificación de los siguientes indicadores:

- **Indicadores de violencia física:** Son los signos y síntomas -hematomas, laceraciones, equimosis, fracturas, quemaduras, luxaciones, lesiones musculares, traumatismos craneoencefálicos, trauma ocular, entre otros-, congruentes o incongruentes con la descripción del mecanismo de la lesión, recientes o antiguos, con y sin evidencia clínica o mediante auxiliares diagnósticos, en ausencia de patologías condicionantes.

- **Indicadores de violencia psicológica:** Son síntomas y signos indicativos de alteraciones a nivel del área psicológica -autoestima baja, sentimientos de miedo, ira, vulnerabilidad, tristeza, humillación, desesperación, entre otros- o de trastornos psiquiátricos como del estado de ánimo, de ansiedad, por estrés postraumático, de personalidad, abuso o dependencia a sustancias, ideación o intento suicida, entre otros.

- **Indicadores de violencia sexual:** Síntomas y signos físicos -lesiones o infecciones genitales, anales, del tracto urinario u orales- o psicológicos -baja autoestima, ideas y actos autodestructivos, trastornos sexuales, del estado de ánimo, de ansiedad, de la conducta alimenticia, por estrés postraumático; abuso o dependencia a sustancias, entre otros-, alteraciones en el funcionamiento social e incapacidad para ejercer la autonomía reproductiva y sexual.

- **Indicadores de violencia física:** Son los signos y síntomas -hematomas, laceraciones, equimosis, fracturas, quemaduras, luxaciones, lesiones musculares, traumatismos craneoencefálicos, trauma ocular, entre otros-, congruentes o incongruentes con la descripción del mecanismo de la lesión, recientes o antiguos, con y sin evidencia clínica o mediante auxiliares diagnósticos, en ausencia de patologías condicionantes.

- **Indicadores de violencia psicológica:** Son síntomas y signos indicativos de alteraciones a nivel del área psicológica -autoestima baja, sentimientos de miedo, ira, vulnerabilidad, tristeza, humillación, desesperación, entre otros- o de trastornos psiquiátricos como del estado de ánimo, de ansiedad, por estrés postraumático, de personalidad, abuso o dependencia a sustancias, ideación o intento suicida, entre otros.

- **Indicadores de violencia sexual:** Síntomas y signos físicos -lesiones o infecciones genitales, anales, del tracto urinario u orales- o psicológicos -baja autoestima, ideas y actos autodestructivos, trastornos sexuales, del estado de ánimo, de ansiedad, de la conducta alimenticia, por estrés postraumático; abuso o dependencia a sustancias, entre otros-, alteraciones en el funcionamiento social e incapacidad para ejercer la autonomía reproductiva y sexual.

La misma norma en comento, brinda una definición de la Violencia contra las mujeres similar a la de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, agregando que “puede dar lugar al interior de la familia o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea o no, que el agresor comparta el mismo domicilio que la mujer, o que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona” (DOF, 2009).

En cuanto a la violencia que existe en el ámbito familiar, como “el acto u omisión, único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar si la relación se da por parentesco consanguíneo, de afinidad, o civil mediante matrimonio, concubinato u otras relaciones de hecho, independientemente del espacio físico donde ocurra” (DOF, 2009), llega a comprender maltratos como los siguientes:

- **El maltrato físico:** Acto de agresión que causa daño físico.
- **El maltrato psicológico:** Consistente en la acción u omisión que provoca en quien lo recibe, alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos.
- **El maltrato sexual:** Acción mediante la cual se induce o se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas o respecto de las cuales se tiene la imposibilidad para consentir.

La violencia sexual no constituye solo las relaciones sexuales forzadas, sino que abarca todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima (agredida u ofendida), en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.

De acuerdo a esta Norma Oficial, en caso de que alguna mujer sea víctima de estos tipos de violencia, las instituciones de salud deben propiciar la coordinación o concertación con otras instituciones, dependencias y organizaciones del sector público, social y privado, para realizar una oportuna canalización de las personas involucradas en violencia familiar o sexual, a fin de que se proporcione atención médica, psicológica, legal, de asistencia social u otras, en el ámbito de competencia de cada una de estas instituciones.

Así mismo, impone la responsabilidad a la o el prestador de servicios de salud para proporcionar la atención médica, orientación y consejería a las personas involucrados en situaciones de violencia familiar o sexual, debiendo referirlos en caso de ser necesario, a otros servicios, unidades médicas, instituciones y organismos con mayor capacidad resolutoria (en caso de requerirlo, a un refugio establecido por las instituciones especializadas en dar atención integral a la mujer), esto con la finalidad de lograr precisión diagnóstica,

continuidad del tratamiento, rehabilitación o seguridad y protección, incluyendo el apoyo legal y psicológico para los cuales están facultados y preparados.

En caso de violación, esta Norma Oficial marca lineamientos que deben seguirse, de los cuales es muy importante saber que las instituciones que prestan estos servicios de atención médica, deben ofrecer de inmediato y hasta en un máximo de 120 horas después de que ocurrió el evento, la anticoncepción de emergencia, proporcionando previa información completa sobre la utilización de este método para que la persona tome una decisión libre e informada, concatenando la responsabilidad de informar sobre los riesgos de posibles infecciones de transmisión sexual y de la prevención de las mismas a través de la quimioprofilaxis, también conocida como quimioprevención, la cual es la utilización de sustancias químicas para prevenir la aparición de una enfermedad; y una vez evaluado el riesgo, prescribir la profilaxis (tratamiento) contra VIH/sida tomando en cuenta la percepción de riesgo de la usuaria o el usuario.

NORMA OFICIAL MEXICANA 010 (NOM-010-SSA2-2010)

Según la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el Sistema Nacional de Salud, está obligado a brindar elementos de protección en materia de Infecciones por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), a segmentos de la población con mayor riesgo y vulnerabilidad debido a sus prácticas y contextos. En la diversidad cultural y social de México, existen factores que aumentan las desigualdades entre hombres y mujeres generando sesgos en las oportunidades de vida de las mujeres, sometiéndolas a estigmas, discriminación, sobreprotección y la falta de educación sexual, entre otros factores, aumentando la vulnerabilidad de infección de VIH (SNS, 2010).

De acuerdo a esto, la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, para la prevención y el control de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, tiene como uno de sus objetivos “Establecer y actualizar los métodos, principios y criterios de operación de los componentes del Sistema Nacional de Salud, respecto a las actividades relacionadas con la prevención y control, que abarca la detección, el diagnóstico oportuno, la atención y tratamiento médico de la infección por VIH, ya que constituye por su magnitud y trascendencia un grave problema de salud pública en México” (SNS, 2010).

De acuerdo con ONUSIDA (2008) el término VIH corresponde a “Virus de Inmunodeficiencia Humana” es un retrovirus que infecta las células del sistema inmunitario que destruye o daña su funcionamiento, la infección por este virus provoca un deterioro progresivo del sistema inmunitario, lo que deriva en “inmunodeficiencia”, entendida como un estado en que está comprometida la capacidad del sistema inmunológico para combatir enfermedades infecciosas o totalmente ausentes, una persona inmunodeprimida puede ser particularmente

vulnerable a las infecciones oportunistas, además de infecciones normales que pueden afectar a todo el mundo (New Medical, 2014).

Las infecciones asociadas a la inmunodeficiencia grave se conocen como "infecciones oportunistas" porque se aprovechan de la debilidad del sistema inmunitario y el término Sida corresponde a "Síndrome de inmunodeficiencia adquirida" y constituye una definición de vigilancia basada en indicios, síntomas, infecciones y cánceres asociados con la deficiencia del sistema inmunitario que resulta de la infección de VIH, por lo que se aplica a los estadios más avanzados de la infección (OMS, 2011).

Estas normas ya mencionadas son brindadas para erradicar y prevenir la violencia contra la Mujer, y es necesario destacar que es el Estado es quien debe garantizar la protección de los derechos humanos, generando una cultura de no violencia contra las mujeres y una reeducación en el respeto mutuo de cada individuo, así mismo, es necesario que provea herramientas para el restablecimiento de la salud física, mental y sexual para las mujeres que hayan sido lesionadas en cualquiera de estos aspectos, que en la mayoría de los casos de violencia sexual se afectan todos.

La violencia y la discriminación contra las mujeres ejercidas por el sólo hecho de ser mujeres, se expresan de múltiples maneras tanto en el ámbito público como en el privado y afectan a millones de mujeres en el mundo.

PARTICIPACIÓN DE LAS MUJERES EN EL ÁMBITO COMUNITARIO

La participación social y ciudadana es parte fundamental de la cultura democrática, ya que implica la necesidad de ejercer el derecho de elegir, llevar a cabo acciones, involucrarse, comprometerse responsabilizarse, tomar decisiones y poner en práctica todas sus potencialidades y capacidades para lograr incorporarse a un grupo para alcanzar objetivos y metas comunes (Álvarez, 1997).

El trabajo comunitario se refiere al hecho de ejercer las estrategias establecidas, es decir, el conjunto de actividades que se realizan en la comunidad para asegurar la reproducción familiar, la mejora de las condiciones de vida y la organización comunal (INMUJERES, 2006).

En este proceso la participación de las mujeres ha sido reciente y sus actividades de participación social, liderazgo y gestión se han considerado prioritariamente como una extensión del trabajo doméstico, por estar centradas en la satisfacción de necesidades familiares, mejorar la calidad de vida y acceder a servicios públicos como vivienda, agua potable, energía eléctrica, etc. Sin embargo, en las últimas tres décadas del siglo XX, las organizaciones de mujeres iniciaron un proceso con miras a encontrar respuestas a las

necesidades personales de pertenencia a un grupo, de reconocimiento, de identidad, de conciencia social, de ejercicio, de derechos y de calidad de vida (Chávez, 2004).

Ha sido un aumento paulatino de las mujeres en diversos espacios sociales, principalmente en el ámbito comunitario, en donde fungen como intermediarias con las instituciones y gestoras de servicios para mejorar sus condiciones de vida.

La violencia se considera a menudo un componente ineludible de la condición humana, una realidad ante la que hemos de reaccionar en lugar de prevenirla, un requisito básico para afrontar el problema de la violencia de manera integral es que las personas trabajen juntas, para elaborar respuestas eficaces.

Una de las razones por las que apenas se ha considerado a la violencia como una cuestión de salud pública es la falta de una definición clara del problema, la violencia es un fenómeno sumamente difuso y complejo cuya definición no puede tener exactitud científica, ya que es una cuestión de apreciación, la noción de lo que son los comportamientos aceptables e inaceptables, o de lo que constituye un daño, está influida por la cultura y sometida a una continua revisión a medida que los valores y las normas sociales evolucionan; la amplia variedad de códigos morales imperantes en los distintos países hace de la violencia una de las cuestiones más difíciles y delicadas de abordar, pero es urgente hacerlo. En este mundo en vertiginosa evolución, proteger la vida y la dignidad humanas exige esforzarse por lograr un consenso y establecer normas universales de comportamiento basadas en el desarrollo de derechos humanos.

VIOLENCIA Y FACTORES COMUNITARIOS Y SOCIALES

Desde el modelo ecológico, existen dos factores principales que influyen para la identificación de formas para la prevención de violencia sexual antes de que se produzca, estos factores son el comunitario y el social, tomando en cuenta que estos son los que pueden apoyar y perpetuar creencias que aprueban la violencia; creencias que pueden ser observadas en:

- Normas tradicionales y sociales favorables a la superioridad masculina (Por ejemplo, considerar que las relaciones sexuales son un derecho del hombre en el matrimonio, que las mujeres y niñas sean responsables de mantener bajo control los deseos sexuales de los hombres o que la violación sea un signo de masculinidad)
- Sanciones jurídicas y comunitarias poco rigurosas contra la violencia.

La violencia de género es considerada como un problema social de gran envergadura y es de suma importancia el lugar que ocupa en diferentes organizaciones internacionales de derechos humanos y de salud como la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2003).

En diferentes contextos en todo el mundo, el sexo y la violencia son considerados asuntos privados y no problemas de la comunidad o del gobierno, estos dos componentes son considerados una doble pandemia y el silencio que los rodea dificulta el acceso de las mujeres a la información y a los servicios para la prevención así como para recibir tratamiento y atención por las consecuencias conductuales, sociales y de salud mental (CWGL, 2006).

De acuerdo con los datos, las mujeres soportan la carga más abrumadora de traumatismos y enfermedades resultantes de la violencia y la coacción sexuales (Andrews, 2004), y son más vulnerables a las consecuencias para la salud sexual y reproductiva, como embarazos no deseados, abortos inseguros y un riesgo mayor de contraer infecciones de transmisión sexual, inclusive la infección por VIH (UNAIDS, 2010).

CAPITULO 3

CAPITULO III.

LA VIOLENCIA SEXUAL, LA PREVENCIÓN DEL VIH Y LAS ITS EN LA POBLACIÓN ATENDIDA.

EL CONTEXTO DE LOS ESTADOS Y MUNICIPIOS, DONDE SE IMPLEMENTÓ EL PROYECTO.

HIDALGO

En el estado de Hidalgo, las actividades de este proyecto, se desarrollaron en 3 municipios: Tula, Pachuca y Tenango. Éstos se eligieron por la situación de violencia en los últimos meses, los contactos que la organización tiene con organizaciones sociales, autoridades municipales así como la participación de algunas mujeres líderes en otras actividades que SEIINAC ha desarrollado.

Hidalgo se ubica en la región centro oriental de la República Mexicana, pos su posición es una zona muy diversa en su geografía y por consecuencia en sus tradiciones, costumbres, gastronomía, etc., según las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), con base en el último censo disponible (CONAPO, 2014), el estado tiene una población total de 2 millones 842 mil 784; de esos habitantes, 1 millón 469 mil 411 son mujeres y 1 millón 373 mil, 373 son hombres; la distribución de población al 2010 de acuerdo al INEGI es del 78% de personas que habitan en localidades urbanas y el 22% en zonas rurales.

En Hidalgo existen 546 029 personas indígenas, que equivalen al 23.27% de la población total, donde los principales pueblos indígenas del estado son los otomíes, nahuas y tepehuas. En cuanto a educación el grado promedio de escolaridad de la población de 15 años y más es de 8.1, lo que equivale a poco más del segundo año de secundaria, donde de cada 100 personas mayores de 15 años el 9% no tiene ningún grado de escolaridad, el 59.2% tiene la educación básica terminada, el 0.4% cuenta con una carrera técnica o comercial con primaria terminada, el 18% finalizó la educación media superior, el 12.9% concluyó la educación superior y el 0.5% no especifica su escolaridad.

Tula, es una zona industrial, casi en su totalidad, colinda con los corredores industriales del Estado de México y del Estado de Querétaro, allí está instalada una de las refinерías de Petróleos Mexicanos (PEMEX), así como diversas empresas cementeras. Del mismo modo en el año 2012 se inauguró el único puerto seco del país, que concentra la llegada de mercancías del Golfo y del Pacífico.

Pachuca, es la capital del Estado y en ésta se concentra la mayor cantidad de población, así como los principales servicios, sin embargo en los últimos años, la periferia capitalina ha tenido un crecimiento poblacional desmedido producto de las migraciones del campo hidalguense a la Ciudad y del Distrito Federal, por buscar una mejor calidad de vida, cabe mencionar que Mineral de la Reforma, municipio conurbado de Pachuca, tuvo una tasa de crecimiento de 11.3, la más alta del estado (INEGI, 2011).

Hidalgo cuenta con 10 zonas económicas, de acuerdo a la clasificación de la Secretaría de Economía, una de ellas, en la boca de la Sierra Otomí Tepehua, es la Sierra de Tenango, donde se encuentra el municipio que lleva su nombre, Tenango, en este municipio la mayoría de su población es indígena o habla alguna lengua indígena: el Náhuatl, Otomí o el Tepehua.

En cuanto a la situación de violencia contra las mujeres, en el estado de Hidalgo la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2011) informa que 42.97% (400 993) de las mujeres de quince años y más sufrieron algún tipo de violencia a lo largo de la relación con su última pareja, ya sea violencia emocional, económica, física o sexual, lo que ubica a la entidad por debajo de la media nacional, con una diferencia de 3.13%.

La ENDIREH también revela que en Hidalgo 22.1% de las mujeres sufren algún tipo de violencia en el ámbito comunitario, ya sea intimidaciones, violencia sexual o agresiones físicas, lo que lo ubica por debajo de la media nacional.

En relación a la situación de VIH/sida en el estado de Hidalgo, CENSIDA (2014) reporta que en el periodo 2009 al primer semestre del 2014, se registraron 41 casos de sida, teniendo un total de 2,019 casos notificados desde 1983 hasta el primer semestre del 2014, de los cuales 1, 584 corresponden a hombres y 435 a mujeres, por otra parte el número de casos notificados que continúan registrados como Seropositivos a VIH desde 1984 hasta el primer semestre del 2014 es de 407, de los cuales 287 corresponden a hombres y 120 a mujeres, de estos casos sólo en 2014 (primer semestre) fueron diagnosticados 25 hombres y 3 mujeres.

PUEBLA

Por su parte Puebla se localiza en la región central de México, al oriente de la capital de la república, limita al norte con parte del estado de Hidalgo; al este, con el estado de Veracruz; al sur, con Oaxaca y Guerrero; y al poniente con los estados de Morelos, México, Tlaxcala e Hidalgo. Puebla se localiza en el centro oriente del territorio mexicano.

El estado tiene una población total de 5 779 829 habitantes; es decir el 5.1% del total del país, de esos habitantes, 3 009 974 son mujeres equivalente al 52.1% de la población, y

2 769 855 son hombres lo que constituye un 47.9%; la distribución de población al 2010 es del 78% que habitan en localidades urbanas y el 22% en zonas rurales.

En Puebla existen 601 680 personas mayores de 5 años que hablan alguna lengua indígena, lo que representa 11% de la población de la entidad, las principales lenguas que se hablan son: Náhuatl con 447 797 hablantes, Totonaca con 106 559, Popoloca 16 576 personas y Mazateco con 16 045 hablantes, de cada 100 personas que declararon hablar alguna lengua indígena, 14 no hablan español.

En cuanto a educación el grado promedio de escolaridad de la población de 15 años y más es el 8°, lo que equivale a segundo año de secundaria, donde de cada 100 personas mayores de 15 años el 9.3% no tiene ningún grado de escolaridad, 59.2% tiene la educación básica terminada, 0.3% cuenta con una carrera técnica o comercial con primaria terminada, 16.2% finalizó la educación media superior, el 14.6% concluyó la educación superior y el 0.4 % no especificó su grado de estudios (INEGI, 2010).

En este estado, el municipio para la implementación de este proyecto, fue el municipio de Huahuchinango, el cual se encuentra en la boca de la Sierra Norte de Puebla, es entrada y salida para la Sierra Norte de Veracruz, colinda al norte con los municipios de Xicotepec de Juárez y Juan Galindo (Necaxa), al sur con Ahuazotepec y Zacatlán, al oeste con Juan Galindo y Tlaoa, al poniente con Naupan, Ahuazotepec y el Estado de Hidalgo; en este municipio se encuentran localidades con marginación muy alta y alta (SEDESOL, 2014).

La ENDIREH reporte que durante el periodo 2011 y 2013 en Puebla el 28.9% de las mujeres sufrió algún tipo de violencia en el ámbito comunitario, ya sea intimidaciones, violencia sexual o agresiones físicas, y el 24.7% sufrió violencia laboral esto en el ámbito formal informal y en particular durante las actividades domésticas entre el, ubicándose por debajo de la media nacional (INEGI, 2013).

En relación a la situación de VIH/sida en el estado de Puebla, CENSIDA (2014) reporta que en el periodo 2009 al primer semestre del 2014, se registraron 33 casos de sida, teniendo un total de 7, 536 casos notificados desde 1983 hasta el primer semestre del 2014, de los cuales corresponden a 5,860 hombres y 1,676 a mujeres, por otra parte el número de casos notificados que continúan registrados como Seropositivos a VIH en el mismo periodo (1983-2014) es de 1,947, de los cuales 1,465 corresponden a hombres y 482 a mujeres, de estos casos sólo en 2014 (primer semestre) fueron diagnosticados 32 hombres y 25 mujeres.

VERACRUZ

El estado de Veracruz se localiza en el oriente de México y colinda al norte con Tamaulipas,

al sur con Oaxaca y Chiapas, al oriente con el Golfo de México, al Poniente con San Luis Potosí, Hidalgo y Puebla y al sureste con Tabasco, cuenta con una superficie territorial de 71.699 km².

Según el último censo, el estado tiene una población total de 7 643 194 habitantes; es decir el 2.3 % del total del país, de esos habitantes, 3 974 515 son mujeres equivalente al 51.6% de la población, y 3 695 679 son hombres lo que constituye un 48.4%, ocupando el lugar 3 a nivel nacional por su número de habitantes; la distribución de población al 2010 es del 61% que habita en localidades urbanas y el 39% en zonas rurales (INEGI, 2010).

Existen 644 559 personas mayores de 5 años que hablan alguna lengua indígena, lo que representa 9% de la población de la entidad, las principales lenguas que se hablan son: Náhuatl con 355 785 hablantes, Totonaca con 120 810, Huasteco con 52 660 y Popoloca 40 796 personas hablantes, de cada 100 personas que declararon hablar alguna lengua indígena, 14 no hablan español. En el 2005, salieron de Veracruz 236 mil 542 personas para radicar en otra entidad federativa del país, siendo los principales destinos Tamaulipas, Estado de México y Puebla (INEGI, 2010).

En cuanto a educación el grado promedio de escolaridad de la población de 15 años y más es de 7.7, lo que equivale a prácticamente segundo año de secundaria, donde de cada 100 personas mayores de 15 años el 10.6% no tiene ningún grado de escolaridad, el 57.9% tiene la educación básica terminada, el 0.3% cuenta con una carrera técnica o comercial con primaria terminada, 17% finalizó la educación media superior, 13.8% concluyó la educación superior y 0.4% no especificó.

En la entidad hay registrados 1 983 543 hogares, de los cuales 527 169 hogares son dirigidos por mujeres lo que equivale al 27% y 1 456 374 son dirigidos por varones, equivalente al 73%.

El municipio de este estado seleccionado para el presente proyecto fue Huayacocotla, el cual está ubicado en la Huasteca Baja y forma parte de la Sierra Madre Oriental, colinda al norte con los municipios de Iliatlán y Zontecomatlán; al sur con el Estado de Hidalgo; al este con Zacualpan y Texcatepec y al oeste con el Estado de Hidalgo.

La ENDIREH reporta que entre 2011 y 2013 en Veracruz el 28.3% de las mujeres sufrió algún tipo de violencia en el ámbito comunitario, ya sea intimidaciones, violencia sexual o agresiones físicas, y el 22.9% sufrió violencia laboral esto en el ámbito formal e informal y en particular durante las actividades domésticas entre el, ubicándose por debajo de la media nacional (INEGI, 2013).

Hasta el 2013 Veracruz fue uno de los estados que concentraban el mayor número de casos

notificados de Sida, CENSIDA (2014) reporta que en el periodo 2009 al primer semestre del 2014, se registraron 110 casos de sida, correspondientes a 89 hombres y 21 mujeres; teniendo un total de 15, 490 casos notificados desde 1983 hasta el primer semestre del 2014, de los cuales corresponden a 5,860 hombres y 1,676 a mujeres, por otra parte el número de casos notificados que continúan registrados como Seropositivos a VIH en el mismo periodo (1983-2014) es de 1,947, de los cuales 12,172 corresponden a hombres y 3,318 a mujeres.

LAS MUJERES Y SUS TAREAS DE LIDERAZGO.

El trabajo con las mujeres permite hacer un análisis claro y acercado a la realidad que viven, es así que se trabajó con mujeres líderes comunitarias. Se entiende el liderazgo como aquella categoría donde las personas participan activamente en sus comunidades o colonias, sin la necesidad de responder a intereses de partidos políticos o de instituciones gubernamentales, la mayoría de ellas responde a las necesidades a las que se enfrentan en su cotidianidad y desempeñan actividades para dar respuesta a esas necesidades que observan.

Las mujeres líderes comunitarias de este proyecto, son mujeres que apoyan en la promoción de la salud en sus comunidades, algunas enfermeras que tienen poder de convocatoria y conocen a profundidad los contextos de las mujeres de sus comunidades; otros liderazgos que se identificaron fueron mujeres que están a cargo o colaboran en instancias municipales, ya que en gran medida ellas conocen ampliamente algunas de las necesidades de sus regiones y de algunos lugares estratégicos para el acercamiento con las mujeres y las instituciones públicas; de la misma manera se tuvo el acercamiento con coordinadoras académicas de algunas instituciones educativas de nivel superior y con alumnas de este nivel.

Finalmente el proyecto se vinculó con el Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE), Delegación Hidalgo a través de su Jefe de Programas Educativos, para llevar a cabo el trabajo con las Líderes Comunitarias Educativas, ya que por su labor en las comunidades de los diferentes municipios del estado, influyen en niñas y niños, madres y padres de familia, se vinculan con casas de salud y con la gente de toda la comunidad.

Todas ellas son aliadas para el trabajo con las demás mujeres de las comunidades, para fortalecer los lazos formados y darle continuidad al trabajo planteado en lo que ellas han llamado “Red de Mujeres por la Prevención del VIH, las ITS y la Violencia”.

GENERALIDADES DE LAS MUJERES QUE INTERVINIERON EN EL PROYECTO.

El proyecto se implementó con 336 mujeres de los estados de Hidalgo, Puebla y Veracruz

(Ver Fig. 1), con un rango de edad de 11 a 58 años de edad, prevaleciendo la participación de mujeres de 18 años con un 18.9%, de 19 años un 15.3% y de 20 años un 9.3%. El 83.1% de las participantes eran solteras, de las cuales el 71.7% reportaron vivir con sus padres y el 12% solas, el 9.1% son casadas y 7.9% de las participantes no especificó su estado civil. El 81.3% (273) indicó no tener hijos, el 16.4% de las mujeres tienen entre uno y 3 hijos o hijas, y el 2.4% tienen entre cuatro y siete hijos, de las mujeres que tienen hijos el 17.7% vive con su pareja e hijos o hijas.

En cuanto al grado de estudios, la participación de mujeres con bachillerato fue de 55.3%; el 33% concluyó la secundaria, el 3.6% la primaria y el 2.1% no tiene ningún grado de estudios y sólo el 6% corresponde a mujeres con grado de licenciatura. En cuanto a la ocupación laboral el 8.9% trabaja en casa sin recibir ninguna remuneración económica, el 2.5% trabaja en el comercio en su mayoría informal, el 24.3% son estudiantes y el 64.3% trabaja como líder comunitaria educativa en zonas rurales de los diferentes municipios participantes.

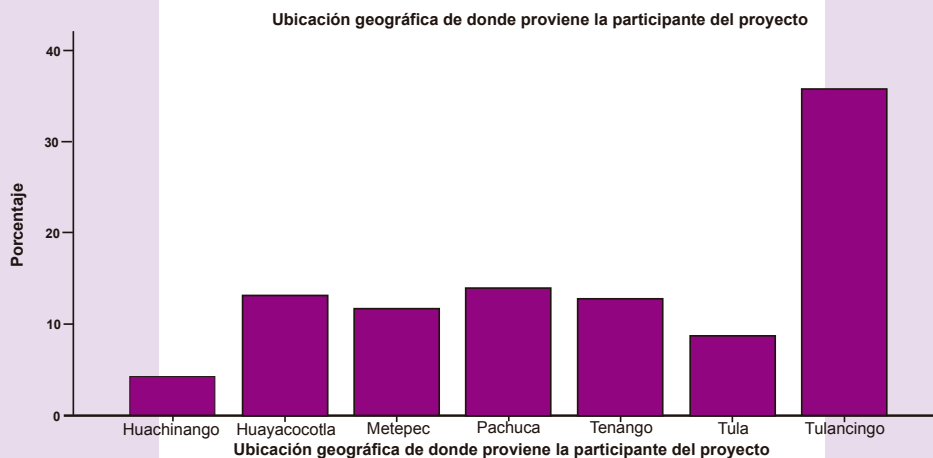


FIG 1. UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE DONDE PROVIENEN LAS PARTICIPANTES DEL PROYECTO.

SITUACIONES DE VIOLENCIA A LAS QUE SE ENFRENTAN LAS MUJERES.

En sociedades como la nuestra, es común que se piense, que en la relación de pareja casi todo está permitido y que lo que ocurre en este espacio es parte de la vida privada y sólo compete a los miembros de la misma, esta situación, dentro del sistema patriarcal, deja en un total estado de indefensión a la mujer frente a su pareja, y la orilla a no denunciar las agresiones, por el miedo y la vergüenza provenientes de la misma situación de violencia vivida.

Después de hacer un análisis de las pláticas y los talleres impartidos a las mujeres participantes

del proyecto, se destaca que hacen mención de que la violencia se manifiesta desde las comparaciones que se hacen entre hombres y mujeres, la asignación de colores para cada sexo, el ver a las mujeres como débiles, cuando “todos y todas deberíamos ser iguales”, el reprimir a los hombres para que no expresen sus sentimientos, y la discriminación que las propias mujeres ejercen sobre otras mujeres; identificaron principalmente los siguientes tipos de violencia y cómo es que se ejercen en sus contextos: en cuanto a la **violencia psicológica**, se manifiesta en baja autoestima, derivada del control, celos por parte de la pareja (novios en su generalidad), engaño con otras parejas y la creencia de que las mujeres no pueden vivir sin un hombre. El peso social estereotipado que se ejerce sobre ellas es otra situación a la que se enfrentan, tal es el caso de mujeres que en su familia nunca se han divorciado y no pueden ser ellas las primeras, otra es que cuando se separan de la pareja suelen regresar con ella, ya que la familia interviene en la situación o por el vínculo con los hijos. Cuando ejercen alguna profesión, las descalifican o las menosprecian por ejercerla, otro de los escenarios derivados de ésta violencia es la justificación de las agresiones por parte de la propia mujer, culpándose de propiciar los ataques, tendencias suicidas, o no aceptar la ayuda psicológica ofrecida por instancias públicas.

En cuanto a la Violencia patrimonial, entre las principales conductas están: el apropiarse y controlar el teléfono celular de la mujer, revisar sus mensajes y/o llamadas y quitarles muebles de su casa para obligarlas a regresar con ellos; la Violencia económica, se manifiesta mediante el control del dinero que gana la esposa, o en la mayoría de los casos dar una cantidad mínima de dinero (entre \$50.00 y \$200.00) para los gastos familiares, molestándose (los hombres) porque no les gusta lo que les preparan de comer y terminan golpeándolas.

En relación a la Violencia Sexual, mencionan escuchar frases como: “la culpa la tiene la niña, porque ella provoca” (GFM2), esto cuando se habla de abusos sexuales en mujeres y niñas. Por lo que respecta a la Violencia física, conductas como ser cacheteadas y manifiestan que ya están acostumbradas (es un síntoma claro de naturalización de la violencia), de igual forma la Violencia institucional, es visible por la discriminación que viven por parte de servidores públicos, principalmente hacia mujeres de algunos grupos indígenas exigiéndoles cuotas para que puedan vender sus productos en plazas públicas de los municipios.

Otra de las manifestaciones de violencia y daños colaterales que se ejerce es hacia los hijos o familiares cercanos, ya que perciben las mujeres que a partir de esta violencia son más agresivos, reproduciendo estas conductas, un ejemplo de ello es el caso de un niño agrediendo a una niña diciéndole: “te voy a matar” (GFM2), testimonio de maestra de educación preescolar, o escuchando frases como: “a mi ninguna mujer me va a mandar” (GFM3) diciéndole esto a sus maestras. De igual forma algunas de las mujeres han salido de su casa para ya no seguir viviendo estas situaciones, sin embargo muchas de ellas terminan generando los mismos patrones de violencia que ejercían hacia ellas.

La manifestación de violencia más extrema son los feminicidios, que desafortunadamente se viven frecuentemente en la región, "...en Cuahutepec se ha visto lo del asesinato de una chica, en san Lorenzo y una señora en Cuahutepec" (GFM4). Éstas son las formas de violencia a las que se enfrentan las mujeres que intervinieron en el proyecto.

Al hablar de la violencia sexual, se piensa exclusivamente en las violaciones (penetraciones), sin embargo va más allá de eso; la violencia sexual es aquella violencia ejercida en la esfera de los cuerpos sexuados de las mujeres, con el objetivo de desprenderlas de su dignidad, de su autonomía y, también del ejercicio del placer y del deseo.

La violencia sexual a la que se enfrentan las mujeres es constante y es preciso mencionar que inicialmente, las que colaboraron en este proyecto no identificaban en su totalidad éste tipo de violencia y lo reducían únicamente a sufrir una violación por parte de una persona desconocida, algunas de ellas lo identificaban en la pareja o familiares.

Las agresiones de violencia sexual, desde el abuso, la intimidación sexual y la violación, son consideradas muy graves, de ahí que al combinar la severidad de la violencia física con la sexual repercute en la calidad y desarrollo de las mujeres que la pueden padecer. De acuerdo con la ENDIREH el 19% de mujeres de 15 años y más, actual o anteriormente casadas o unidas, que enfrentó violencia física y/o sexual, equivale a 6 millones de mujeres, 15.1% ha enfrentado violencia "moderada", al tratarse solo de jalones o empujones; 56.2% ha vivido violencia física y/o sexual grave, al haber experimentado violencia física grave o bien solo abusos sexuales o bien violencia física moderada junto con abuso sexual o solo violencia física muy grave y el 28.7% enfrentó violencia física y sexual muy grave, que incluye casos de violencia física grave o muy grave junto con abusos sexuales (ENDIREH, 2011).

Las mujeres líderes denuncian que se sienten agredidas por la manera en cómo son vistas cuando reciben miradas morbosas o gestos que insinúan querer poseerlas sexualmente; de la encuesta aplicada, el 19% menciona nunca haber sufrido éste tipo de violencia, mientras que el 81% indicó que sí había sentido este tipo de acoso, del cual el 5.8% casi siempre lo sufre y el 2.5% lo vive diariamente; los roces o tocamientos no deseados son otro ejemplo de ello, el 66.1% menciona nunca haber pasado por algún episodio de éste tipo, pero es necesario centrar la atención en el 33.9% de las mujeres que refieren haber pasado, en algún momento de su vida, por esta clase de hostigamiento, del cual el .9% manifiesta que lo sufre siempre; de ellas el .31% están entre los 17 y 18 años de edad y el .31% lo sufre algunas veces.

Hablar de sexualidad es un tema aún tabú en México, concretamente de la vida sexual es aún más difícil y distorsionado, ya que se está fuera de un contexto de educación sexual o respeto a los derechos sexuales de las persona, es así que cuando se habla del tema, se

hacen comentarios degradantes o insultantes a las mujeres, situación que obviamente les incomoda y en ocasiones es insultante; el 53.1% de las mujeres encuestadas, si ha recibido preguntas o comentarios en cuanto a su vida sexual y parejas sexuales, las cuales les han resultado incómodas o agresivas; es preciso aclarar que la edad de las mujeres que reciben este tipo de preguntas principalmente están en un rango de edad entre 18 y 21 años, (Ver Fig. 2); considerando la edad, su estado civil y la ocupación, la mayoría de ellas trabajan como docentes en comunidades y deben quedarse ahí a lo largo de la semana, con largas jornadas de trabajo en la escuela; la comunidad, en particular los hombres, son factores que las colocan en esa situación.

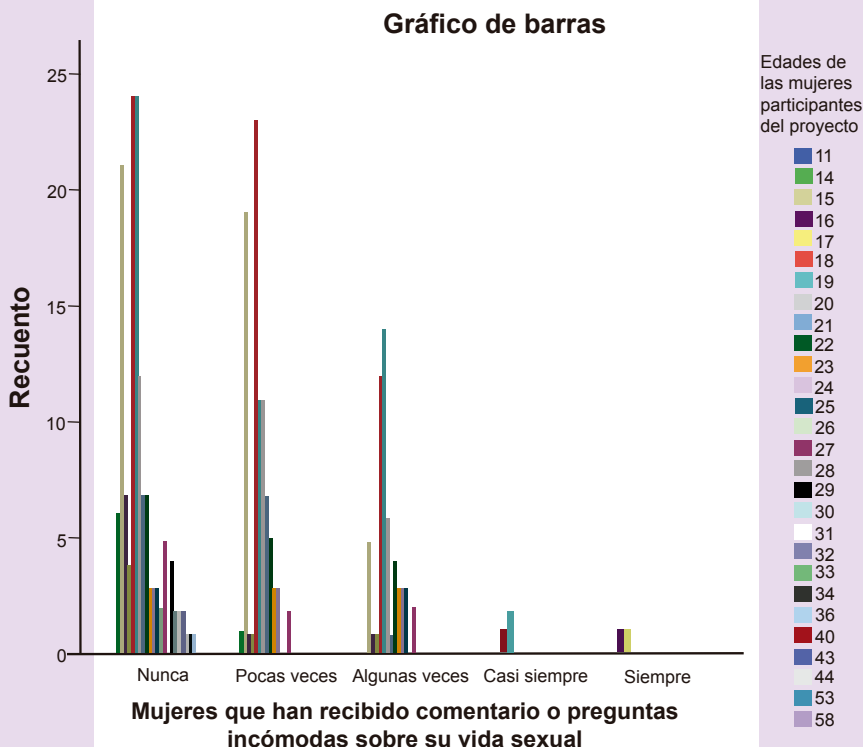


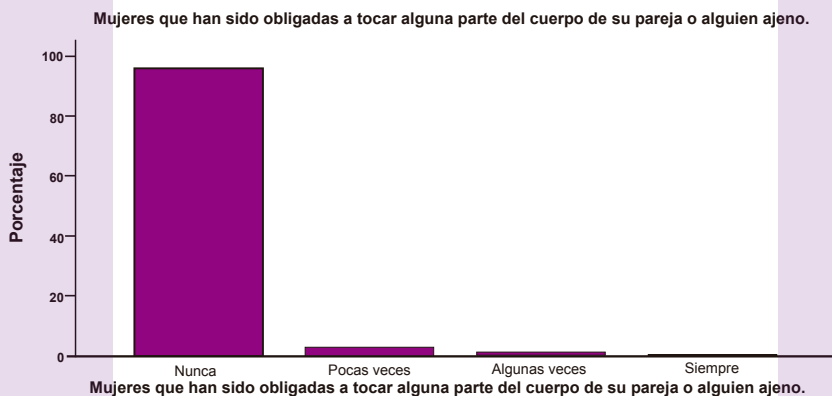
FIG. 2 MUJERES QUE HAN RECIBIDO COMENTARIOS O PREGUNTAS INCÓMODAS SOBRE SU VIDA SEXUAL.

La violencia sexual impide a las personas el ejercicio y disfrute pleno de sus derechos humanos, en especial a las mujeres, ya que atenta contra su derecho a la integridad, la intimidad, la privacidad, la seguridad y a no recibir tratos crueles o degradantes.

Investigaciones realizadas en México y los Estado Unidos estiman que aproximadamente el 40% y 52% de las mujeres que experimentan violencia física por parte de su pareja también han vivido violencia sexual. Las adolescentes y jóvenes son especialmente vulnerables a la

violencia sexual y enfrentan desafíos particulares en el manejo de sus consecuencias. En este sentido, existe un número limitado de estudios enfocados en la iniciación sexual forzada, por lo que se desconocen estadísticas y situaciones concretas al respecto (Krug, 2003).

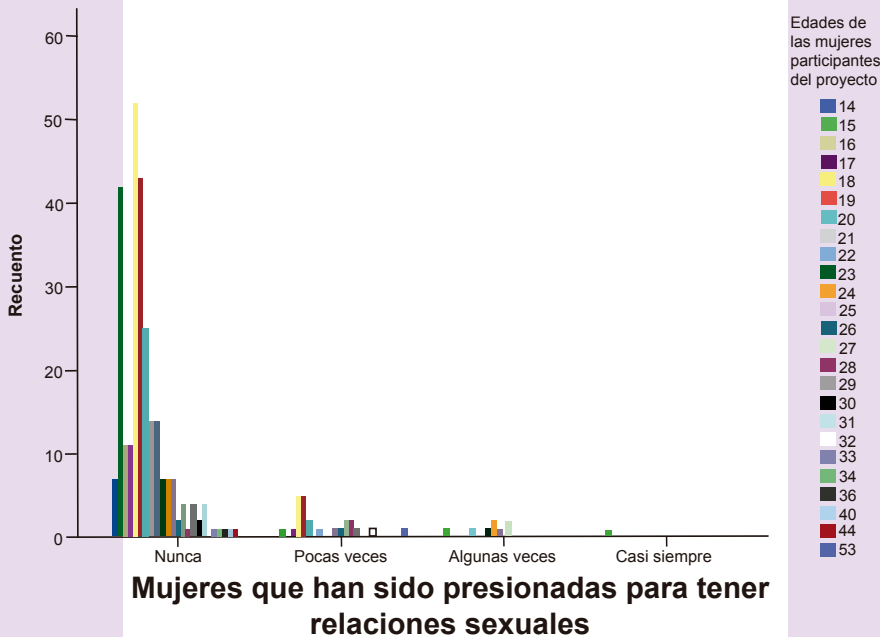
Con frecuencia las mujeres se ven presionadas para tener relaciones sexuales con sus parejas, o es un paso poco meditado por parte de la mujer, la presión social que se ejerce para iniciar una actividad sexual tiene una estrecha relación con el pretender pertenecer a un grupo de amigos, o para explorar una sexualidad llena de tabúes, en relación a éste aspecto de la violencia sexual, una gran cantidad de mujeres que participaron en este proyecto se han sentido presionadas para aceptar un acercamiento de tipo sexual durante alguna cita, éstos acercamientos pueden ser roces, tocamientos o relaciones sexuales con alguna de sus parejas, obteniendo así los siguientes datos: el 11.5% de las mujeres pocas veces se han sentido presionadas, el 8.6% se han visto más forzadas a tener encuentros de este tipo y el .6% siempre ha sido forzada por alguna de sus parejas. El ver pornografía para muchas personas puede ser un agresión, un tabú o algo normal, dependiendo del contexto, de quien la vea y en dónde; sin embargo el hecho de que alguien obligue a otra persona a ver imágenes de tipo sexual o a tener prácticas sexuales que no se desean o le hagan sentir incomoda, ofendida o humillada son elementos de la violencia sexual, al respecto el 97.1% de las mujeres refieren nunca haber sido forzadas a este tipo de prácticas, sin embargo el 2.9% de ellas si han sido sometidas a este tipo de prácticas; el tocar a la pareja durante las relaciones sexuales debe ser un elemento de placer y satisfacción, en cambio hay mujeres que son obligadas a tocar a su pareja o a otras personas para incitar una relación sexual o una excitación, de las mujeres encuestadas el 4.3% han sido obligadas a tocar el cuerpo de su pareja o de alguien más, sin que ellas lo quieran o se sientan cómodas con la situación (ver fig. 3); todas éstas acciones de sometimiento y violencia a la que se enfrentan las mujeres repercute gravemente en su autoestima y sus aptitudes ante la vida, ya que se va naturalizando la violencia sexual a la que son obligadas y después lo ven de forma normal y no como elementos de violencia hacia ellas.



GRÁFICA 3. MUJERES QUE HAN SIDO OBLIGADAS A TOCAR ALGUNA PARTE DEL CUERPO DE SU PAREJA O ALGUIEN AJENO

El condicionamiento de no usar el condón por parte de la pareja bajo excusas o chantajes, con la justificación de que no se siente igual, de que es una forma de demostrar el amor que se le tiene a la otra persona, y de una fidelidad absoluta, son altas causas de contraer una infección de transmisión sexual (ITS) o VIH; al 6.5% de las mujeres encuestadas les han puesto como condiciones para tener relaciones sexuales: no usar condón al menos una vez en su vida; el 11.3% han sido presionadas por su pareja para tener relaciones sexuales las cuales se encuentran entre los 18 y 20 años de edad principalmente (ver fig. 4) y finalmente el 1.9% de las mujeres han sido obligadas por su pareja a tener relaciones sexuales con otra persona en algún momento de su vida.

Gráfico de barras



GRÁFICA 4. MUJERES QUE HAN SIDO PRESIONADAS PARA TENER RELACIONES SEXUALES.

La salud sexual y reproductiva, inclusive la protección contra la violencia y la coacción sexual, y derecho a la vida privada son parte fundamental de los derechos de toda mujer, en la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (INSP, 2003) señala que casi 7% de las encuestadas han sufrido violencia sexual por parte de su pareja (novio, esposo, compañero), esta violencia incluye obligarla a tener relaciones sexuales a través de la fuerza física, así como amenazas de irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones; esta situación es vivida por igual en mujeres jóvenes y adultas.

Sin embargo, como ya se ha visto se sigue sufriendo violencia sexual en todo momento y bajo muchas condiciones, otra de ellas es el tener relaciones sexuales por miedo a la persona que ejerce el poder sobre las mujeres, de igual forma muchas de ellas por este miedo se ven presionadas para tener contacto sexual no deseado; de las 336 mujeres encuestadas el 3.9% han tenido relaciones sexuales por miedo, de igual manera se detectó que el 4% de ellas han sufrido algún tipo de castigo por rehusarse o rechazar tener relaciones sexuales con su pareja (Ver fig. 5).

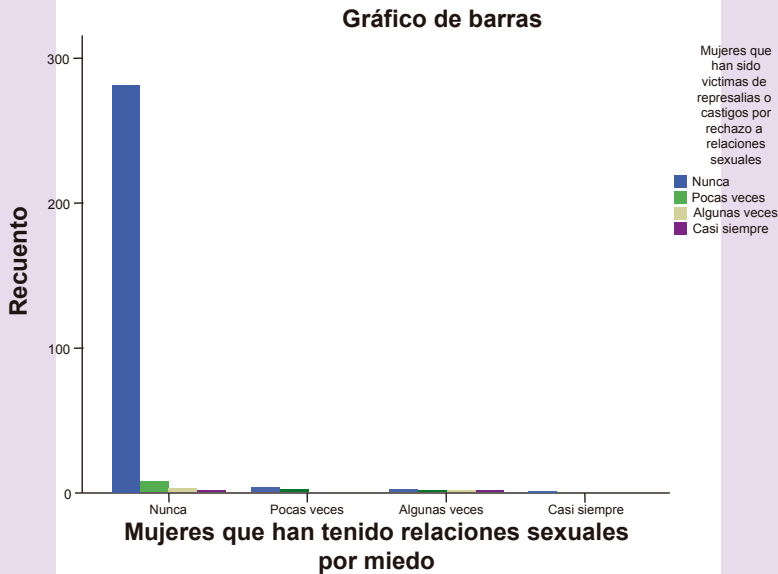


FIG. 5. MUJERES QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES POR MIEDO.

Finalmente el 3.6% de las mujeres mencionan que en alguna etapa de su vida, la pareja ha empleado la fuerza para sostener relaciones sexuales con ellas; el 30.6% reconocen entre uno y cinco casos de violencia sexual, el 2% conoce entre 6 y 10 caso y el 0.3% conoce más de 10 casos (Fig. 6); si apuntamos que la encuesta se aplicó previamente a la identificación y profundización de los tipos de violencia sexual que existen y las mujeres en un 90% consideraban que era el acto de la violación, se puede apreciar que son datos alarmantes. Los efectos, de la violencia sexual, en la salud sexual y reproductiva son también importantes e incluyen infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH, a diferencia de otros países como Brasil que ha reportado que 2% de las mujeres violadas se convierten en seropositivas (Drezett, 2002:71), en México no se cuenta con datos específicos por parte de las instancias públicas, sobre la relación de la violencia en la transmisión del VIH.

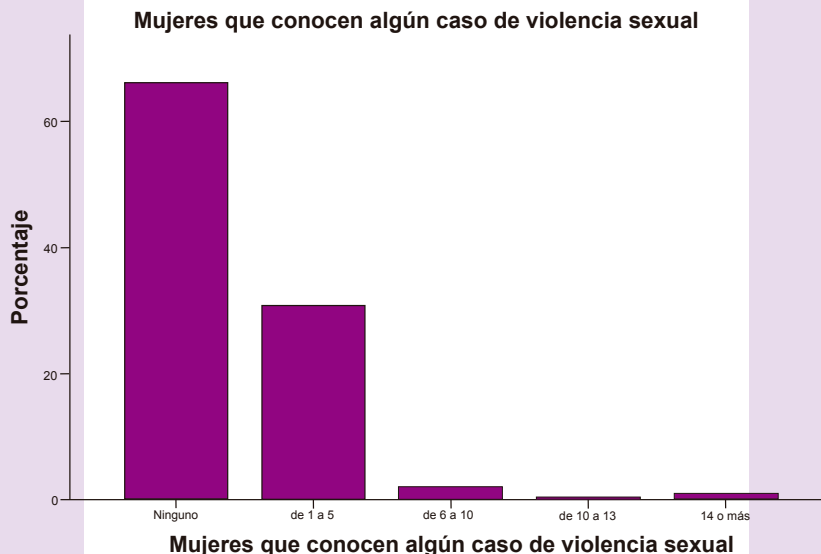


FIG. 6. MUJERES QUE CONOCEN ALGÚN CASO DE VIOLENCIA SEXUAL.

Según la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (SSA, 2003) existe evidencia suficiente que muestra que las principales víctimas de la violencia sexual son, por un lado, las mujeres jóvenes que como se observa en las estadísticas anteriores, éste planteamiento se confirma, en la presente investigación; y por otro, las niñas y los niños; en todas estas situaciones el agresor es casi siempre un hombre y en la mayoría de los casos éste es un conocido por la víctima, el 4% de las mujeres reportaron haber sido forzadas alguna vez en su vida a tener relaciones sexuales, porcentaje acercado a lo encontrado y mencionado anteriormente.

La violencia sexual tiene importantes efectos en la salud de las mujeres y adolescentes que presentan desde dolor pélvico crónico, enfermedad pélvica inflamatoria, hemorragias, irritación genital, dolor durante el coito e infecciones urinarias. La violencia sexual es una de las expresiones más extremas de la violencia de género, ya que sus orígenes se encuentran en las profundas inequidades que viven hombres y mujeres en nuestra sociedad, representa una grave violación a los derechos humanos fundamentales de las personas, pero sobre todo de las mujeres, las y los jóvenes y las y los niños, derechos básicos como la libertad, la integridad física, sexual y mental, la privacidad, la intimidad, la libre decisión, la salud e incluso, la vida, se ven comprometidos cuando una persona es víctima de cualquier tipo de abuso sexual; se vuelve así en un problema de salud pública, por sus dimensiones así como por las necesidades de atención y prevención, primaria o secundaria.

TIPOS DE VIOLENCIA SEXUAL QUE PONEN EN RIESGO LA VIDA DE LAS MUJERES, LAS ITS Y VIH.

Las mujeres se enfrentan día a día a la violencia en sus diferentes contextos, pero la violencia

sexual es la que destaca en ésta investigación, ya que pone en riesgo la salud física y mental tanto de las mujeres como de sus hijos en caso de tenerlos, ya que es uno de los principales factores de riesgo que incrementa los índices de ITS y de VIH en mujeres.

Las principales situaciones a las que se enfrentan las mujeres son la infidelidad de sus parejas y la negación a emplear condón en estas relaciones, el condicionamiento del uso del condón o chantaje durante las relaciones sexuales: “si lo hacemos con condón no me quieres” (GFM2). Y en las violaciones por parte de la pareja, muchas mujeres consideran que es “normal” ya que deben responder a los deseos de él, y en cuanto a las violaciones por parte de otras personas, las mujeres no acuden al médico, ya que generalmente es hombre y les da pena las revisiones de este tipo pues lo menos que quieren es que las toque otro hombre. Es necesario que esta situación cambie en función de una perspectiva de género en las instancias que imparten justicia o los encargados de investigar la configuración de los delitos, como las agencias del ministerio público.

Las mujeres son un grupo vulnerable al VIH, por la cultura patriarcal, y al hablar de este tipo de vulnerabilidad, se habla de aquellos factores que hacen que algunas personas o sectores de la población, en este caso las mujeres, tenga más probabilidades de resultar, entre otras situaciones, infectadas por el VIH, en la vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH está su falta de poder sobre el propio cuerpo y sobre la vida sexual, la desigualdad económica y social, y la dependencia que todo ello conlleva.

Razones de esa vulnerabilidad, es entre otras, la poca información que existe en nuestro país sobre los efectos de la violencia sexual en la salud de las mujeres; se ha reportado que la violencia sexual resulta en problemas sexuales y conductas sexuales de riesgo, y en muchos casos las mujeres no pueden usar anticonceptivos o son incapaces de negociar prácticas de sexo seguro por la situación en la que viven. Los primeros espacios en los que se tiene acercamiento a la información que compete a los temas de VIH y las ITS, son en la escuela, los centros de salud, y en medios de comunicación, estos últimos brindan información exprés; toda esta información impacta en la certeza o la confusión que las personas tienen sobre el VIH y el Sida como conceptos, en la encuesta el 29.6% de la población piensa que VIH y sida son lo mismo y que quienes tienen VIH son personas condenadas a muerte. En la Figura 7, se observa que el 18.9% de las mujeres encuestadas con bachillerato terminado consideran que VIH y sida son lo mismo; esta información obtenida en los distintos ámbitos, impacta también en la identificación de prácticas de riesgo de infección de VIH, en cuanto a esto, aún prevalece un 0.6% de personas que consideran que al saludar a una persona seropositiva corren un alto riesgo de infectarse, así como el 1.8% considera si se besa a alguien en la boca, se infectará del virus.

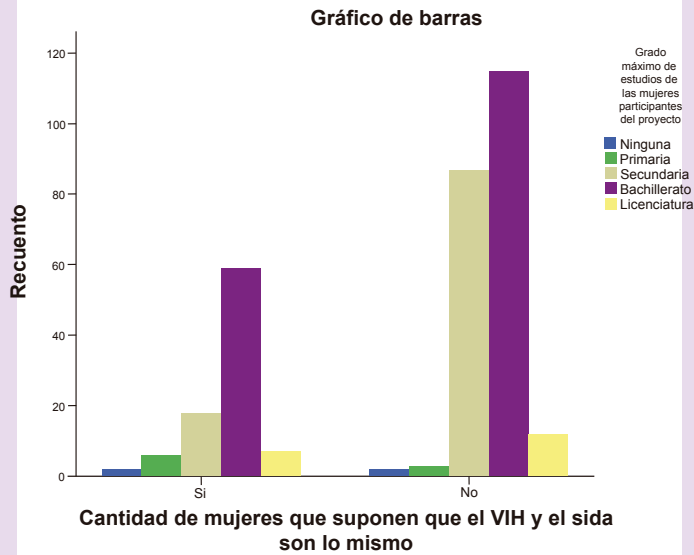


FIG. 7 CANTIDAD DE MUJERES QUE SUPONEN QUE EL VIH Y EL SIDA ES LO MISMO

La prevención y orientación sobre infecciones de transmisión sexual, es otro derecho que debe ser protegido y garantizado por las instituciones públicas, en cuanto a la forma de transmisión del VIH, en el Gráfico No. 9 se observa que el 87.2% de mujeres considera que el VIH se transmite por relaciones sexuales no protegidas, mientras que prevalece la idea en el 12.6% de que durante las relaciones sexuales no hay posibilidad de infectarse del virus, el 2.15% de las mujeres que se dedican a las tareas domésticas piensan que el VIH no se transmite por tener relaciones sexuales, el 0.6% de las mujeres comerciantes y el 4% de estudiantes coinciden con la misma idea; en cuanto a la transmisión por sangre el 24.7% considera que no es posible infectarse por transfusiones de sangre mientras que el 75.3% si lo considera un riesgo para la salud; el 22.3% cree que no se corre ningún riesgo al compartir jeringas infectadas (Fig. 8).

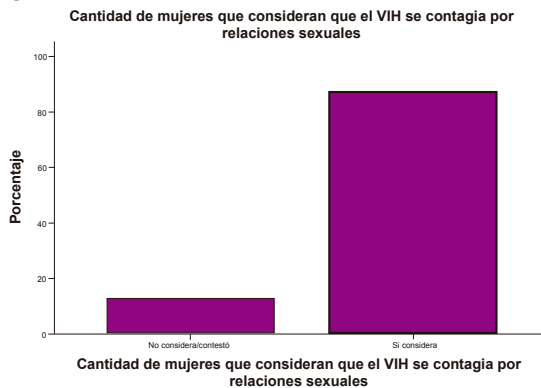


FIG. 8. CANTIDAD DE MUJERES QUE CONSIDERAN QUE EL VIH SE CONTAGIA POR TENER RELACIONES SEXUALES

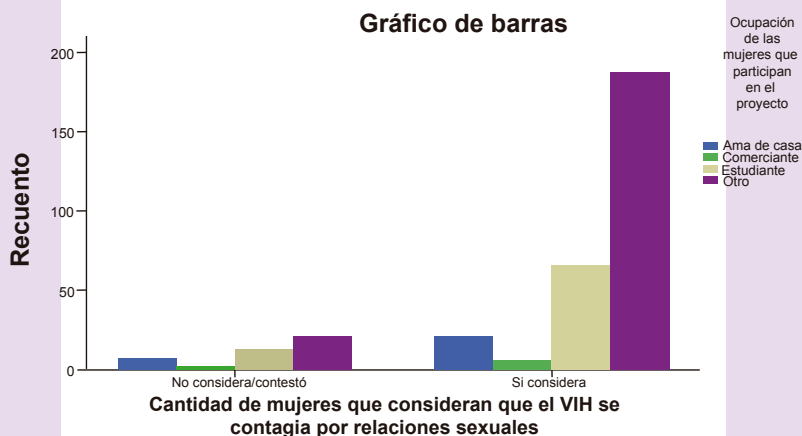


FIG. 9. CANTIDAD DE MUJERES QUE CONSIDERAN QUE EL VIH SE TRANSMITE POR RELACIONES SEXUALES.

En toda plática informativa sobre VIH, se habla de la importancia del uso correcto del condón como única medida de prevención. El 32.2% indicó recibir pláticas siempre, ya sea en la escuela o centros de salud, mientras que el 15.1% ha recibido aproximadamente tres pláticas en el año, el 16.1% las recibió una vez el año pasado, el 14.1% varias veces el año pasado y finalmente el 22.5% menciona nunca haber recibido antes, se debe puntualizar que las mujeres que reciben con mayor frecuencia éste tipo de pláticas son beneficiarias del programa PROSPERA, antes llamado OPORTUNIDADES y refieren que cuando les quitan este programa o a quienes nunca han estado, les es difícil que los centros de salud les imparta éstas charlas; aún con la información que han recibido sobre el VIH, sus formas de transmisión y sus riesgos, el 56.8% de las mujeres considera que no hay riesgo si no se utiliza condón en las relaciones sexuales contrario al 20.7% que está de acuerdo en que es completamente un riesgo (Fig. 10); esto evidencia, que la información que les proporcionan los centros de salud o en las escuelas es información errónea o es información, poco científica e incluso prejuiciosa, tal es el caso del periódico mural de un centro de salud en el municipio de Tulancingo, donde dice que el mejor método de prevención es la abstinencia, este tipo de aseveraciones generan prejuicios y obligan a las mujeres a reprimir deseos propios de su sexualidad como un derecho.

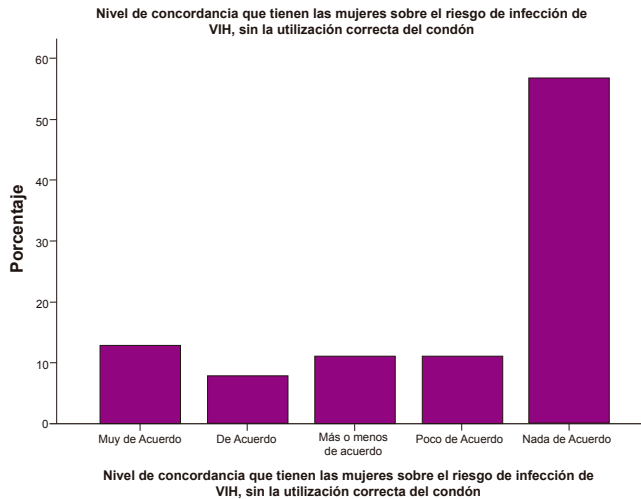


FIG. 10 NIVEL DE CONCORDANCIA QUE TIENEN LAS MUJERES SOBRE EL RIESGO DE INFECCIÓN DE VIH, SIN LA UTILIZACIÓN CORRECTA DEL CONDÓN .

En las pláticas impartidas, se ofreció información oportuna, completa, laica y científica. Se les informó acerca de los lugares a los que se puede acudir cuando se piensa que se tiene esta infección, en qué consiste el tratamiento y el seguimiento que se les da a las personas; en relación a estas categorías, se considera que es muy importante brindar esta información, ya que en el instrumento aplicado, se encontró que sólo el 5.2% sabe en qué consiste el tratamiento del VIH y el 94.8% no sabe en qué consiste o incluso si había un tratamiento (Fig. 11); de igual forma el porcentaje no cambia mucho, el 14.9% conoce las instituciones que atienden a personas con el virus y el 85.2% no lo sabe; finalmente el 4.6% de las mujeres conoce al menos una persona que vive con VIH.

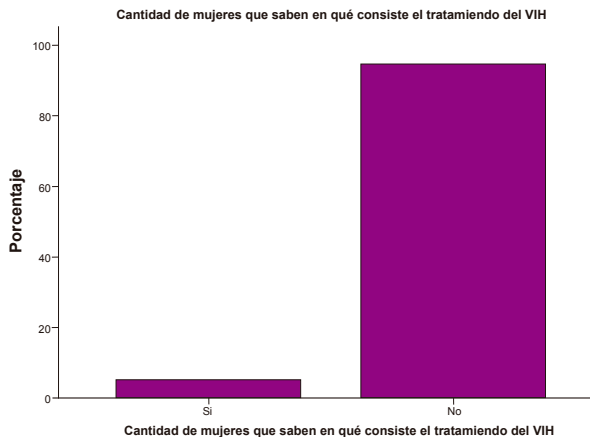


FIG. 11. CANTIDAD DE MUJERES QUE SABEN EN QUÉ CONSISTE EL TRATAMIENTO DEL VIH

La epidemia del VIH es un claro reflejo de la situación de desigualdad entre hombres y mujeres y que exponen a las mujeres a un mayor riesgo, el VIH es otra expresión de la violencia de género; ésta violencia es un factor que pone en riesgo a las mujeres de infectarse por VIH, en tanto que es una vulneración de los Derechos Sexuales y Reproductivos y por tanto, imposibilita poder ejercer la sexualidad en libertad y tener una buena salud sexual, entre la que se incluye, la prevención del VIH y otras ITS.

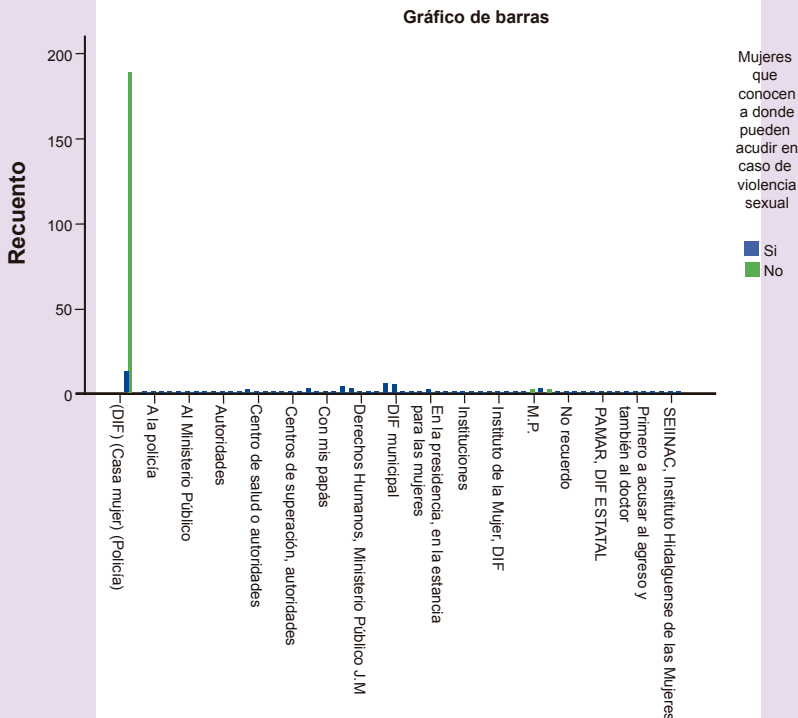
REACCIÓN ANTE LA DENUNCIA DE LA VIOLENCIA SEXUAL

Las autoridades han hecho esfuerzos para fomentar una cultura de la denuncia para combatir la violencia, en específico por parte de las mujeres, es por ello que los Centros de Justicia para mujeres se crearon como respuesta a la falta de acceso a la justicia que enfrentan, con el fin de atender de manera integral a las víctimas de violencia familiar y sexual (Méndez, 2012), hasta este momento se ha abierto un Centro de Justicia para las Mujeres en Hidalgo, en la Capital Pachuca, sin embargo en los municipios de los Estados de Huahuchinango y Huayacocotla, presentan la situación de la distancia, al estar alejados de las capitales o de las Ciudades Metropolitanas, son obligados a asistir, en el caso de Huahuchinango, hasta la Capital Puebla y en el caso de Huayacocotla a Poza Rica o Jalapa, que se encuentran a 4 o 5 horas de camino en automóvil particular. Sin embargo las agencias de los Ministerios Públicos son las instancias para presentar cualquier denuncia de todo tipo de violencia, pero el acompañamiento a las víctimas se mira reducido al no existir más instancias que brinden apoyo psicológico, jurídico y emocional, en un solo lugar como lo hacen los centros de justicia para las mujeres.

Tomando en cuenta que se tienen lugares para la denuncia y la impartición de justicia para las mujeres, cuanto éstas acuden a denunciar ante las autoridades, las canalizan con psicólogos, las instancias de las mujeres se vuelen intermediarias para que no continúe la situación de violencia; sin embargo, entre algunas mujeres existen procesos que las llaman a respetarse, apoyarse y cuidarse cuando están bajo un peligro, y así en la misma medida apreciar los saberes de las otras lo que genera un intercambio de experiencias, así la sororidad entre mujeres, la cual se refiere al apoyo que tiene como fin salir de los procesos de violencia que se viven, por lo que de acuerdo con los testimonios de las participantes, gran parte de las que han vivido estas situaciones se acercan en un primer momento con las maestras de sus hijos o hijas, con alguna amiga o alguien de su confianza en busca de éstos apoyos.

Sin embargo, a pesar de que existen las instancias para la denuncia, el 65.4% de las mujeres participantes no sabe a dónde acudir, y solo el 34.6% sabe a dónde hacerlo, de éstas el 74.1% acudiría al DIF, a las casas de la mujer o a la policía y el 25.9% comenta

que acudiría a un centro de salud, a las dependencias encargadas de la violencia, con autoridades pero sin especificar con quien (Ver Fig. 12), es necesario mencionar que éste porcentaje de mujeres no tiene claridad de qué es lo que debe hacer y cómo las autoridades le deben atender en caso de sufrir algún tipo de violencia sexual.



GRÁFICA 12. MUJERES QUE CONOCEN LUGARES PARA ACUDIR EN CASO DE VIOLENCIA SEXUAL.

¿POR QUÉ LAS MUJERES NO ACUDEN A DENUNCIAR?

En México, la violencia sexual es un delito grave y a pesar de esto, existe un sub-registro de casos ya que se estima que sólo 1 de cada 10 agresiones sexuales en el país se denuncian, el sub-registro se debe, entre otros factores, al estigma social que persiste en torno a las mujeres, adolescentes y niñas que sufren violencia sexual (en particular una violación), al miedo de las represalias del agresor, la vergüenza, la ausencia de redes de apoyo para las víctimas y a la desconfianza hacia los sistemas de procuración e impartición de justicia, ya que hay una percepción de que los derechos de las víctimas y sobrevivientes de la violencia sexual no son respetados (Saucedo, 2002).

En México la cultura de la denuncia está permeada por la falta de garantía y protección a quienes van a denunciar cualquier acto, y otra cara de esta moneda de acuerdo a los grupos focales es que, cuando una mujer acude por cualquier agresión de tipo sexual, se le cuestiona y señala en un primer momento como la propiciadora del evento: “cuando vamos a denunciar las autoridades también dicen, usted se lo buscó” (GFM1).

Del total de mujeres encuestadas que han sufrido violencia física y/o violencia sexual por parte de su pareja o de su ex-pareja (23.2% entre las casadas o unidas; y de 42.4% de las alguna vez unidas), sólo el 17.8% de las casadas y 37.4% de las separadas denunciaron la agresión. Entre los principales motivos por los que las mujeres casadas no denuncian la violencia contra ellas por parte de su pareja, el 38.5% indicó que se trató de algo sin importancia, el 23.3% por sus hijos, el 18.6% por vergüenza, el 17.3% por miedo, el 10.5% porque no sabía que podía denunciar y el 8.4% porque no confían en las autoridades.

Los motivos por los que no denunciaron los actos de violencia física o sexual por parte de su ex-pareja cuando estaban con ellos las ahora separadas son similares a la Encuesta Nacional Sobre la Dinámica de las Relaciones en el Hogar (INMUJERES, 2008), aunque en porcentajes mayores, por miedo el 31.9%, por sus hijos el 29.6%, por vergüenza el 26.1%, porque creyeron que se trató de algo sin importancia 17.5%, por desconfianza hacia las autoridades el 13.4%, porque no sabían que podía denunciar la agresión el 15%, porque su ex-esposo o ex-pareja las amenazaron el 8.8%, (INMUJERES, 2014); en estos datos se aprecia que la categoría de no darle importancia, duplica el porcentaje nacional, lo que implica que la cultura patriarcal, o de la naturalización de la violencia, permea con mayor fuerza estas regiones del Centro del país.

Se preguntó a las mujeres porqué consideran que no se acude a denunciar éstos casos de violencia que sufren; las respuestas son principalmente por desconocimiento de las instituciones que atienden éstos casos y desde el área de salud solo se les envía a salud mental, no saben que existe una línea de atención a víctimas, en el caso de Hidalgo es el Telmujer 075 tienen poca información con respecto a los temas de violencia sexual. Sin embargo las mujeres también manifiestan que al no acudir a denunciar causa que no se puedan generar herramientas para que las autoridades ayuden en estos casos.

Es necesario mencionar que una limitante es la poca información estadística de las víctimas y agresores ya que la invisibilidad trae mayor impunidad y miedo a las denuncias, lo común es responsabilizar a las víctimas de su suerte y hay una especie de justificación social e institucional por los casos denunciados derivado de estigmas y discriminación hacia las denunciantes; sin embargo desde la Reforma Constitucional en Derechos Humanos, el Estado en sus distintos niveles de gobierno está obligado a garantizar, promover y proteger los derechos humanos, en este sentido el acceso a la justicia es un derecho humano y el

Estado está obligado a garantizarla, por esto, las estadísticas, documentación de casos son una herramienta que apoyaría la garantía de estos derechos para las mujeres y en general cualquier otra víctima.

ORIENTACIÓN QUE BRINDAN LAS AUTORIDADES DE SALUD SOBRE VIOLENCIA SEXUAL.

La violencia sexual y sus consecuencias afectan directamente la salud mental y física de las víctimas, sus familias y sus comunidades, para atenderlas se requiere de un abordaje interdisciplinario e interinstitucional, en donde el sector salud juega un papel articulador, ya que sus instituciones, la mayoría de las ocasiones, reciben en sus servicios a las personas que han vivido estas violencias, ser víctima de violencia sexual y acudir a las instancias de salud y de justicia en busca de ayuda debe significar para la víctima, salir de un espacio de silencio e invisibilidad, agresión y es necesario tener cuidado de no re-victimizar a las mujeres, este acto traería como consecuencia inseguridad y que se siga repitiendo el ciclo de la violencia.

No sufrir violencia, abuso o sometimiento sexual y/o corporal, así como la prevención y orientación sobre infecciones de transmisión sexual son derechos que todas y todos debemos tener; los centros de salud son parte de las instituciones que deben fomentar y promover este tipo de derechos, y es ahí, donde regularmente acuden las mujeres que han sufrido alguna violación sexual, o para informarse al respecto; sin embargo el principal elemento que brindan los centros de salud son en relación a la prevención de la reproducción, es decir, les hablan sobre el uso correcto del condón, prevención de embarazos o motivan a las mujeres (jóvenes principalmente) a evitar tener relaciones sexuales y planificación familiar; pocas veces les hablan de educación sexual y a dónde acudir en caso de sufrir algún tipo de violencia sexual. En el caso de los programas en los que muchas mujeres son beneficiadas, como es el caso del programa “PROSPERA” mencionan que sólo quienes tienen este beneficio reciben pláticas sobre prevención de ITS y VIH, pero no abordan temas sobre violencia sexual y orientación en relación a dónde acudir en caso de sufrirla, de igual forma sólo reciben éstas pláticas las mujeres afiliadas al programa, las demás no las reciben, *“hablar sobre salud sexual y violencia sexual, todavía es un tabú y algunas enfermeras te tratan de forma grosera cuando preguntas o quieres saber sobre tu salud”* (GFM4), las mujeres consideran que las instituciones no saben proporcionar información de éste tipo, básicamente la información que reciben, de forma más amplia, es en las escuelas, sin embargo aún es limitada por las malas interpretaciones y tabúes; por lo que, como tal no hay información y orientación ampliada en torno al tema por parte de las autoridades de salud.

Por los comentarios vertidos por las mujeres, se puede apreciar que varios de los centros de salud no conocen la norma 046, ya mencionada anteriormente, y no conocen las instituciones a donde las mujeres víctimas de estas agresiones deben ser canalizadas, la atención se

queda solo dentro de la institución de salud en la mayoría de los casos. Por su parte las autoridades encargadas de buscar justicia para ellas, a menudo culpan o minimizan las agresiones por desconocimiento de la actuación y procedimientos con perspectiva de género.

EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES.

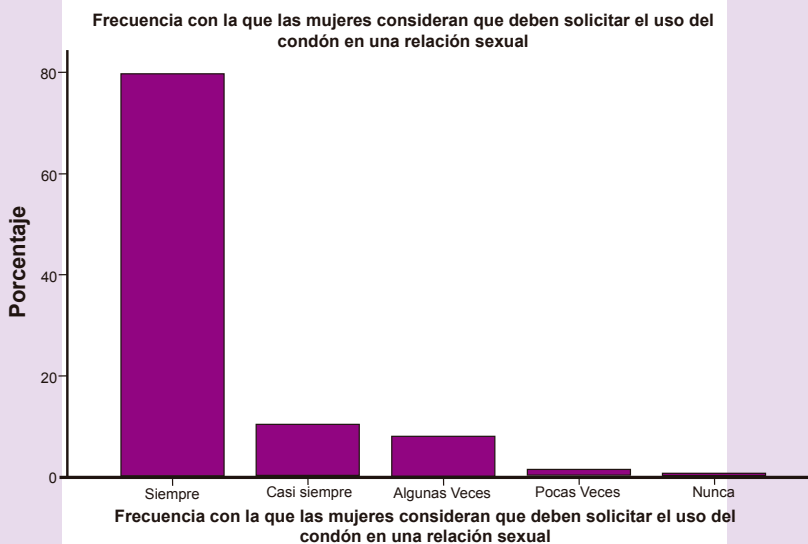
La desigualdad de género y la discriminación son los obstáculos más grandes que enfrentan las mujeres para poder ejercer sus derechos sexuales y reproductivos y mejorar su calidad de vida. Además, los estereotipos de género han provocado que los adolescentes y los hombres no sean incluidos en los programas de salud sexual y reproductiva; como consecuencia, no se sienten responsables de apoyar a las mujeres en ese aspecto.

Dentro de los derechos sexuales (DDSS) y derechos reproductivos (DDRR), se habla del acceso a la información completa, laica y científica sobre la sexualidad para ejercerla en condiciones seguras, de manera digna y placentera; el derecho a decidir procrear o no, ya sea temporal o definitivamente de cada mujer, son dos líneas de trabajo que deben ser base para la difusión de éstos derechos en las instituciones públicas; sin embargo las mujeres hacen mención que todos estos esfuerzos solo se vuelcan en la prevención del embarazo y la información de algunas ITS, en pláticas o talleres de salud les brindan elementos para que ellas decidan cuántos hijos tener y cuando, planeación familiar... *“en la comunidad se habla más de embarazo”* (GFM4), todo esto con una tendencia hacia los DDRR; mientras que el hablar de los DDSS son limitados, un testimonio comenta: *“... en mi comunidad es imposible hablar de ello (la sexualidad), porque no les gusta a la gente hablar de esos temas”*(GFM4). La información que se les brinda a las mujeres con respecto a su sexualidad es aún sesgada, limitada y fuera del enfoque de derechos.

La información sobre el uso de métodos anticonceptivos y de barrera contra las ITS y el VIH se proporcionan principalmente en centros de salud, esta información se les brinda en su mayoría para el control de la natalidad y cuando las mujeres están embarazadas o acaban de tener a sus hijos. Es así que el 94.6% de las mujeres encuestadas refiere conocer los métodos preventivos de infecciones sexuales, pero el 5.1% los desconoce, es aquí donde se encuentra una gran problemática, ya que de la población atendida el 90.6% son mujeres entre los 11 y 29 años de edad, jóvenes que en su mayoría que carecen de información sobre prevención de ITS; este problema se agrava aún más, pues existe una confusión en los métodos de prevención y métodos de anticoncepción, por ejemplo las mujeres refieren que los métodos que ellas conocen para la prevención de infecciones de transmisión sexual son: la abstinencia, el condón masculino, femenino, los parches, pastillas anticonceptivas, inyecciones hormonales y dispositivo intrauterino (DIU); éstos últimos tienen la única

función de anticoncepción y se corre un alto riesgo de adquirir una infección si son considerados como métodos de prevención de ITS.

El uso del condón masculino y femenino para la prevención de las ITS y el VIH es fundamental, ya que tiene un alto índice de efectividad, por lo que se les preguntó a las mujeres si en sus centros de salud se les han proporcionado condones, de toda la población encuestada el 50% refiere que siempre les han proporcionado condones, el 13.8% casi siempre, el 19.4% algunas veces y a un 12.2% nunca le han brindado condones (Ver Fig. 13), cabe aclarar que en ningún centro de salud les han proporcionado condones femeninos los cuales son los únicos que previenen el Virus del Papiloma Humano (VPH), si este virus no es detectado a tiempo es causante de cáncer cervicouterino; el tener o no insumos de protección repercute en que las mujeres durante sus relaciones sexuales no utilicen condones o tengan que estar sujetas a que la pareja lo use; por lo que se les preguntó a las mujeres la frecuencia con la que consideran que deben pedir a su pareja el uso del condón en una relación sexual, encontrando que el 79.7% considera que siempre se debe solicitar, el 10.3% lo solicita casi siempre, el 8.1% algunas veces, mientras que el 0.6% nunca considera que se deba solicitar el condón, lo que significa que al menos el 20.3% de las encuestadas están en peligro latente de tener una ITS o una posibilidad de VIH, en cada relación no protegida.



GRÁFICA 13. FRECUENCIA CON LA QUE LAS MUJERES CONSIDERAN QUE DEBEN SOLICITAR EL USO DEL CONDÓN EN UNA RELACIÓN SEXUAL

El tener acceso a la información completa, científica y veraz es uno de los derechos sexuales y reproductivos que se debe garantizar, por lo que se les preguntó si consideraban que les hace falta información sobre la importancia del uso del condón como elemento básico en la prevención de las ITS y el VIH, el 66.9% considera que sí les hace falta información sobre éste método de barrera, mientras que el 33.1% considera tener toda la información necesaria, sin embargo este último porcentaje se contrapone con la solicitud del condón durante los encuentros sexuales y con el 56.8% de las mujeres que consideran que no se corre un riesgo si no se utiliza correctamente el condón.

De las mujeres que consideran tienen toda la información sobre prevención, el 85.5% ha recibido pláticas sobre ITS, de las cuales el 1.85% tiene estudios a nivel primaria, el 27.38% de secundaria, el 50.77% de bachillerato y el 5.5% a nivel licenciatura; en contraparte el 1.5% con primaria concluida, el 5% de nivel secundaria, de bachillerato el 5.5% y el 0.6% no ha recibido una plática respecto al tema (Fig. 14).

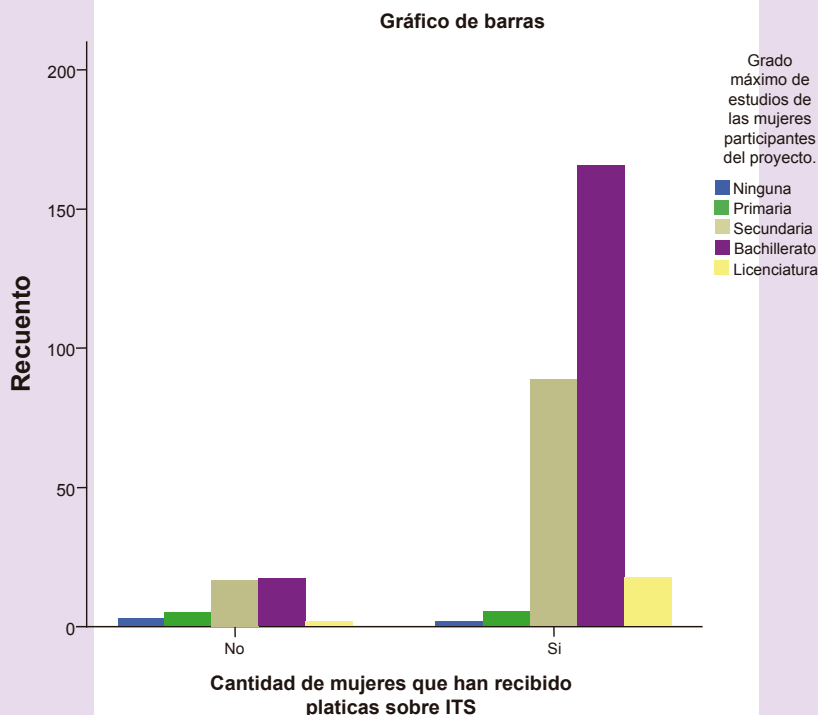


FIG. 14 CANTIDAD DE MUJERES QUE HAN RECIBIDO PLÁTICAS SOBRE ITS CON RESPECTO AL GRADO MÁXIMO DE ESTUDIOS.

De las mujeres que han recibido pláticas, el 18.6% lo han recibido en clínicas, hospitales o centros de salud, el 51.8% en escuelas, el 9.4% en escuelas o centros de salud y el 1.2% además de éstos centros de salud o educativos lo han recibido por parte de algún familiar; lo

anterior ejemplifica la importancia de las escuelas para la información sobre derechos sexuales y reproductivos a la comunidad, así como la necesidad de personal capacitado al interior de las mismas para proporcionar información real, completa y sobre todo veraz (Fig. 15).

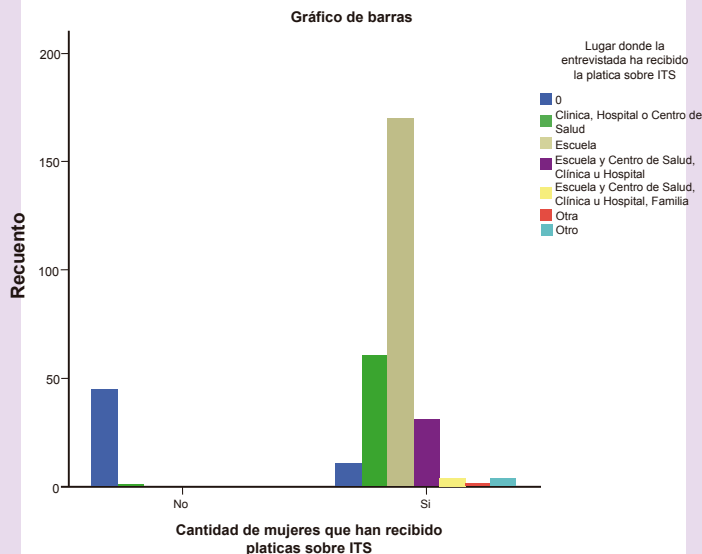


FIG. 15. NÚMERO DE MUJERES QUE HAN RECIBIDO PLÁTICAS SOBRE ITS CON RESPECTO A LOS LUGARES DONDE SE HA PROPORCIONADO.

En cuanto a la información que han recibido sobre VIH, el 15.2% refiere no haber recibido información completa del tema, y el 84.8% si ha recibido mayor información, los lugares donde han recibido ésta información principalmente es en la escuela con un 48.8%, continuando en los centros de salud, clínica u hospitales con un 23.2%, y únicamente el 1.8% o han recibido durante las sesiones de reunión del programa OPORTUNIDADES, ahora PROSPERA (Fig. 16).

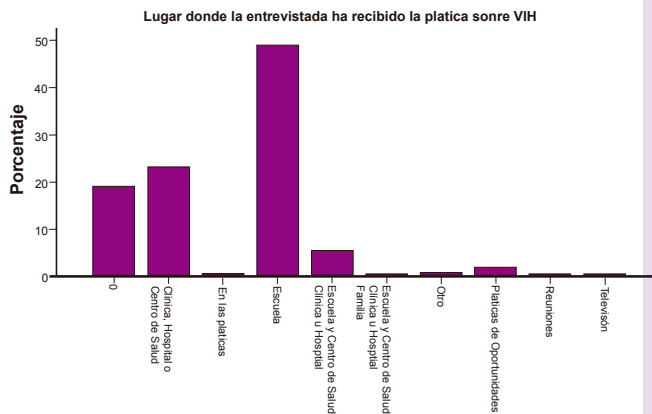


FIG. 16. LUGAR DONDE LA ENTREVISTADA HA RECIBIDO LA PLÁTICA SOBRE VIH

En todo el país millones de personas de todo el mundo ven su salud y su vida amenazadas por la falta de medidas de los gobiernos para garantizarles sus derechos sexuales y reproductivos, el Estado debe adoptar medidas para proporcionar información, educación, y servicios adecuados para garantizarlos. Con la reeducación en los temas sexuales y reproductivos de debe buscar la apropiación de los derechos y lleva a analizar las implicaciones en la salud se cada persona si no son garantizados.

AGENDA DE MUJERES PARA PREVENIR LA VIOLENCIA SEXUAL, LAS ITS Y EL VIH.

El “Foro Regional: Mujeres líderes comunitarias: por la Prevención de la Violencia Sexual, el VIH y las ITS”, tuvo como objetivo dar seguimiento a la capacitación que se tuvo previamente en cada uno de sus municipios con las mujeres líderes comunitarias en el diseños de estrategias de prevención de VIH y las ITS, equidad de género y el acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, este foro además tuvo el objetivo de formar redes de mujeres que emprendan acciones colectivas en los municipios o estados de donde provienen.

Tejer estas redes es una dimensión importante en el trabajo con mujeres. Éstas también llamadas de apoyo o sociales son estructuras en las que un grupo de personas intercambian ideas, información, conocimientos y recursos para su beneficio mutuo y la consecución de objetivos pactados, la formación de estas redes está considerada como un factor de protección ya que forman una dinámica de reciprocidad entre los integrantes, generando estrategias de supervivencia que facilitan la toma de decisiones y con ello la solución de problemas; su funcionamiento está basado en la disposición para dar y recibir apoyo, influyendo en la percepción que las personas tienen de su entorno (Lomintz, 1987, 1988).

Tomando en cuenta que las mujeres generalmente en el ámbito público se mueven en círculos más restringidos que los hombres y que sus contactos en general se ven limitados hacia la familia y amigas cercanas, la formación de redes sociales brindan oportunidades de extender contactos sociales, crear nuevas amistades, acceder a más información y actualizar la información que ya se tiene, conocer de primera mano lo que sucede en otros ambientes, intercambiar experiencias, poder organizarse para el trabajo en equipo, multiplicar el nivel de “conocimiento” (cada una es experta en temas diferentes), realizar un entrenamiento social, tolerancia, aceptación a la diversidad, (Berbel, 2001).

Las principales funciones de las redes de apoyo pueden resumirse en dos, la primera es que aumentan la autoestima y la confianza de las mujeres porque les permite saber que no están solas, que otras mujeres están trabajando con ellas e incluso dispuestas a apoyarlas en caso de necesidad, este es uno de los aspectos esenciales de las redes de mujeres. La segunda es que permite avanzar en la construcción de un modelo de sociedad diferente al que tenemos,

más justo y que incorpora los valores que las mujeres con conciencia de género desean aportar, por una parte porque redefine las relaciones de poder, haciendo énfasis en la comunicación interpersonal, establece relaciones entre iguales, no jerárquicas y por ello más igualitarias y más participativas; por otra parte porque facilita que las mujeres, a partir de la autoridad que otras mujeres les delegan, puedan ejercer políticas que defiendan los intereses femeninos en todos los ámbitos sociales.

Es a partir de esto que se ha tomado la formación de redes sociales con las mujeres para poder promover y mantener cambios favorables hacia una vida libre de violencia y poder vislumbrar las necesidades que se tienen en cada región de acuerdo al contexto sociocultural.

En estas dinámicas de apoyo, de encuentro, de construir red social, las mujeres líderes comunitarias elaboraron una agenda de aspectos a atender; a continuación se muestran dos apartados, uno que refiere a lo que las mujeres realizarán para disminuir y atacar la problemática, la segunda es lo que ellas solicitan sea atendido por parte de las autoridades en sus distintos niveles, municipal, estatal y federal, con los programas que ellas tienen contacto en la cotidianidad.

En lo que respecta a la agenda de las mujeres en el estado de Hidalgo, en el municipio de Pachuca de Soto, es una serie de actividades dirigidas a 20 líderes educativas comunitarias, con temas relacionados a la violencia y sus tipos, VIH/sida, derechos sexuales y cómo lograr el acceso a ellos; el objetivo es difundir entre los y las jóvenes ésta información para promover la prevención de la violencia en sus comunidades. Dichas actividades se realizarán en dos sesiones de trabajo con el título “Te cuidas, me cuido”.

En el municipio de Tula de Allende se implementará la estrategia “Si hay violencia que muera la paciencia”, dirigida a mujeres de comunidades rurales del municipio, con pláticas donde se abordaran temas como derechos humanos, género, sexualidad y el marco legal de protección a las mujeres, con el objetivo de concientizar a las mujeres sobre su valor y sus derechos, además de conocer las principales instituciones a las que deben acudir en caso de sufrir violencia. En Tenango de Doria, las mujeres trabajarán desde el centro comunitario de salud, solicitando nuevas pláticas con relación a la violencia de género hacia las mujeres y niñas.

En Tulancingo de Bravo impulsará el proyecto “Fortaleciendo a las Mujeres”, donde se abordarán los temas de violencia y enfermedades de transmisión sexual, con el objetivo de compartir información y generar conciencia para la detección de la violencia hacia las mujeres, así como orientarlas a los centros de atención y apoyo a la mujer, el trabajo se realizará en centros de salud por parte de enfermeras y en escuelas de comunidades rurales, empleando 15 sesiones de trabajo para lograr un impacto aproximado de 400 mujeres durante el proyecto.

Las mujeres del municipio de Metepec impartirán una serie de pláticas, tituladas “el silencio dice más que mil palabras”, donde se darán a conocer los principales tipos de violencia, abordando los temas de violencia, y órdenes de protección, usando como herramienta principal el violentómetro, finalmente es importante destacar que la red en el estado de Hidalgo está conformada por 28 mujeres líderes.

En lo que corresponde a la red del estado de Puebla, está conformada por 9 mujeres líderes las cuales colaboran en diferentes instituciones educativas y municipales, en éste municipio trabajaran el tema de “violencia en el noviazgo”, donde abordarán los temas de violencia y violencia de género dentro del noviazgo, con el objetivo de disminuir la violencia hacia las mujeres ya que Huahuchinango refleja en sus estadísticas altos niveles de violencia hacia las mujeres; esto mediante obras de teatro en planteles educativos de educación básica, media y superior, en un lapso de cinco meses esperando una audiencia de 50 personas en cada presentación. Logrando al final del proyecto un impacto en 500 jóvenes; para éste proyecto se cuenta con los aliados estratégicos como lo son la instancia municipal de la mujer e instituciones de los tres niveles educativos.

Para finalizar en el estado de Veracruz, se vincularán pláticas sobre violencias de género hacia las mujeres y prevención de la violencia sexual, el VIH y las ITS, en medios de comunicación comunitarias en el municipio de Huayacocotla, estando pendientes la formalización del establecimiento de las fechas.

La participación cobra sentido cuando las personas como miembros de grupos u organizaciones pueden encontrar alternativas para solucionar los problemas y satisfacer las necesidades comunes, la organización es primordial para que las autoridades respondan y garanticen los derechos de cada persona cuando en la comunidad se trata de evitar la transgresión de los derechos.

A continuación se mencionan las propuestas que emiten las integrantes de la red para mejorar el impacto y beneficios de las mujeres a una vida libre de violencia.

SUGERENCIAS PARA LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS EN ATENCIÓN A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA.

Las mujeres perciben que sus derechos sexuales y reproductivos normalmente son reconocidos hasta que están llevando a cabo un proceso de gestación, por lo que plantean que puedan tener acceso a la atención y a la información aun cuando no estén embarazadas.

Ellas saben que aunque en las noticias se habla de la cobertura total de los servicios de salud, sugieren que ésta realmente garantice el acceso a los recursos que sean requeridos

para la salud sexual y reproductiva, en relación a esto, que la atención sea brindada por personal capacitado, que cuente con información actualizada, sin prejuicios, y pueda ser utilizada en el contexto en el que se encuentran las mujeres, es decir en algunos casos deba ser en lengua náhuatl, otomí o ñahñuh.

Ante las situaciones de violencia, las mujeres observan que hay ocasiones en que la información que ofrecen las instituciones públicas, no es suficiente para aclarar sus dudas o para considerar nuevas opciones para solucionar sus conflictos, por lo que las autoridades correspondientes deben brindar una orientación adecuada y objetiva. Indican que es necesario tomar medidas de protección desde el momento en que la mujer denuncia y que no se prolongue la solución a las demandas de las mujeres, por opciones como la mediación, que se sigue practicando en algunos de los municipios.

Sugieren que sean difundidas las leyes en favor de los derechos de las mujeres y que sean conocidas por todos los funcionarios para que las apliquen de la manera correcta y la orientación sea tanto eficaz como eficiente, evitando que surjan otro tipo de abusos por parte de las autoridades.

Las mujeres perciben que al pedir apoyo para solucionar una situación de violencia, algunas instituciones no las canalizan a la instancia correspondiente por lo que se alarga el proceso, tomando esto en cuenta, solicitan la elaboración de un documento, donde se informe lo que cada instancia puede hacer para apoyar a las mujeres y que sepan a qué instituciones canalizar los casos.

Por otra parte observan que las personas que las violentan no tienen una sanción que evite futuras agresiones, por lo que consideran que las sanciones hacia las personas que violentan a las mujeres y dañan su integridad sean más severas.

Al momento de denunciar, las mujeres se perciben con el mismo grado de vulnerabilidad a ser violentadas, por lo que consideran que las mujeres que denuncian deben tener una mayor protección desde el momento que están denunciando, de igual manera sugieren llevar a cabo una evaluación y reestructuración de las leyes de modo que las mujeres ya no se encuentren en riesgo de volver a ser violentadas y que los agentes de seguridad pública tengan la facultad y la capacidad de poder intervenir en una situación de violencia contra las mujeres desde una perspectiva de género.

Las mujeres manifiestan desconocer cuáles son las instancias que existen en sus municipios o comunidades a los que pueden acudir para pedir información, por lo que sugieren hacer mayor difusión acerca de las instancias que pueden intervenir y de qué manera, en relación a la violencia así como de la educación sexual y reproductiva.

Sugieren que a las instancias se les brinde un mayor recurso financiero para poder llevar a cabo la difusión de información preventiva de las situaciones de violencia hacia las mujeres y de sus derechos sexuales y reproductivos.

En relación a la educación y promoción tanto de la salud sexual y reproductiva como de la violencia, las mujeres hacen la sugerencia en cuanto a la calidad de las pláticas y talleres brindados por parte de las instancias o por medio de las escuelas, haciendo referencia a que los talleristas tengan información actualizada, que se les pueda brindar material de consulta acerca de estos temas, y que la difusión de ellos sea más constante para poder erradicar el tabú que es considerado al hablar de la sexualidad en general.

Solicitan además que existan en todos los centros de salud, los insumos de protección, en particular los condones femeninos o internos, ya que en pocos lugares son proporcionados.

Los puntos anteriores, serán enriquecidos con la palabra de cada una de las mujeres a las que se les haga llegar este documento, con los talleres y pláticas que las mujeres implementen, serán la fuente para alimentar las iniciativas que se enuncian con anterioridad y se encargarán de darles seguimiento, ya que consideran que en 2015, en algunos Estados habrá elecciones por lo que la llevarán como una Agenda a las y los candidatos a puestos políticos.

LAS ÓRDENES DE PROTECCIÓN COMO MECANISMO DE PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA

A lo largo de la historia y aún en la actualidad, la mujer ha sido sometida a muchas situaciones de violencia y quizá toda mujer se encuentra en vulnerabilidad de sufrirla en algún momento por razones de género; para combatirla, el Estado mexicano cuenta con normativas que contienen mecanismos de protección creados con la finalidad de erradicar cualquier tipo de violencia en contra de las mujeres y deben resguardar la seguridad e integridad de quien las requiera.

Entre estos mecanismos legales de defensa se encuentran las “órdenes de protección”, y están determinados en la *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*, están establecidas para prevenir, interrumpir o impedir cualquier acto violento en contra de la mujer, por lo tanto son precautorias y cautelares, son personalísimas e intransferibles, es decir, protegen únicamente a la o las personas para quienes son solicitadas y son de urgente aplicación, ya que las autoridades competentes las tiene que emitir inmediatamente después de que conozcan de cualquier hecho o hechos que constituyan o impliquen actos de violencia contra la mujer poniendo en riesgo o en peligro su integridad personal y/o de sus familiares

Las órdenes de protección pueden ser de emergencia, preventivas, y de naturaleza civil; éstas deben ser expedidas dentro de las 8 horas siguientes inmediatamente después de

que la autoridad correspondiente tenga conocimiento de los hechos que generan la necesidad de alguna de ellas, y tendrán una vigencia no mayor a 72 horas una vez que ya hayan sido emitidas.

Cada Estado, en razón de su soberanía y en materia de legislación tiene su Ley Local referente al acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, sin embargo la Ley General seguirá incidiendo válidamente para subsanar omisiones o ineficiencias e las leyes locales por lo tanto la ley General siempre se toma como base para definir y hacer referencia a dichas órdenes.

La Ley del Estado de Veracruz, afirma que las órdenes de emergencia deberán expedirse inmediatamente, pero cambia el término de las preventivas, debiéndose expedir dentro de las 24 horas siguientes al conocimiento de los hechos que las generan; y para ambas extiende el tiempo de duración a un plazo no mayor de 120 horas.

Las órdenes de protección de emergencia son (Camara de Diputados, 2014):

- El agresor debe desocupar de inmediato el domicilio conyugal o donde habita la víctima, sin necesidad de que la última tenga qué acreditar la propiedad o posesión del inmueble, aún en los casos de arrendamiento del mismo.
- Se prohibirá inmediatamente al probable responsable que se acerca al domicilio, lugar de trabajo, de estudios, al domicilio de las y los familiares ascendientes y descendientes, o cualquier otro que frecuente la víctima.
- Cuando ya se hayan tomado las medidas para salvaguardar la seguridad de la víctima, podrá reingresar al domicilio.
- La autoridad prohibirá intimidar o molestar a la víctima en su entorno social, así como a cualquier integrante de su familia.

Además de las anteriores, la Ley de Veracruz, agrega como orden de emergencia el facilitar el acceso de la víctima al domicilio en común, auxiliada de autoridades policíacas o de personal calificado del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, para que tome sus objetos de uso personal, documentos de identidad u otros importantes de su propiedad y de sus hijas e hijos.

Las órdenes de protección preventivas consisten en (Camara de Diputados, 2014):

- La retención y guarda de armas de fuego propiedad del agresor o de alguna institución privada de seguridad, independientemente si las mismas se encuentran registradas conforme a la normatividad de la materia, incluyendo armas punzocortantes

y punzocontundentes que independientemente de su uso, hayan sido empleadas para amenazar o lesionar a la víctima.

- Inventario de los bienes muebles e inmuebles de propiedad común, incluyendo los implementos de trabajo de la víctima.
- Uso y goce de bienes muebles que se encuentren en el inmueble que sirva de domicilio de la víctima.
- Acceso al domicilio en común, de autoridades policíacas o de personas que auxilien a la Víctima a tomar sus pertenencias personales y las de sus hijas e hijos;
- Entrega inmediata de objetos de uso personal y documentos de identidad de la víctima y de sus hijas e hijos.
- Auxilio policíaco de reacción inmediata a favor de la víctima, con autorización expresa de ingreso al domicilio donde se localice o se encuentre la Víctima en el momento de solicitar el auxilio.
- Brindar servicios reeducativos integrales especializados y gratuitos, con perspectiva de género al agresor en instituciones públicas debidamente acreditadas.

Para emitir las órdenes de protección de emergencia y preventivas, las autoridades deben tomar en cuenta el riesgo o peligro existente, la seguridad de la víctima, y los elementos con que se cuente para otorgar cualquiera de éstas órdenes.

Sólo las órdenes de protección de naturaleza civil se tramitan ante los juzgados de lo familiar y en caso de no existir dichos juzgados en el lugar necesitado, se podrán solicitar en los juzgados civiles correspondientes. Estas órdenes consisten en (Camara de Diputados, 2014):

- Suspensión temporal al agresor del régimen de visitas y convivencia con sus descendientes.
- Prohibición al agresor de enajenar o hipotecar bienes de su propiedad cuando se trate del domicilio conyugal; y en cualquier caso cuando se trate de bienes de la sociedad conyugal.
- Posesión exclusiva de la víctima sobre el inmueble que sirvió de domicilio.

- Embargo preventivo de bienes del agresor, que deberá inscribirse con carácter temporal en el Registro Público de la Propiedad, a efecto de garantizar las obligaciones alimentarias.
- Obligación alimentaria provisional e inmediata.

¿QUIÉN O QUIÉNES PUEDEN SOLICITAR LAS ÓRDENES DE PROTECCIÓN?

De acuerdo a la Ley General, es la víctima quien tiene facultad de solicitarla, entendiéndose como toda mujer de cualquier edad a quien se le inflige cualquier tipo de violencia.

La Ley local de **Hidalgo**, además de la víctima, extiende la facultad a las hijas o hijos de ésta o personas que convivan con ella para solicitar cualquiera de las órdenes y en la Ley local de **Veracruz** hace mención que la puede solicitar la víctima o de cualquier persona, entendiéndose que para ésta última no es necesario que acredite algún tipo de parentesco o relación de convivencia cercana con la víctima.

Algo que es digno de reconocer de la *Ley para el Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Puebla*, es que aparte de las personas mencionadas en las legislaciones antes citadas para solicitar órdenes, le confiere facultad a los responsables de Instituciones públicas o privadas encargadas de la atención para mujeres ofendidas por violencia o del Ministerio Público (CNDH, 2012).

¿QUIÉNES OTORGAN LAS ÓRDENES DE PROTECCIÓN?

La ley General establece que corresponde a las autoridades federales, estatales y del Distrito Federal otorgar las órdenes emergentes y preventivas de acuerdo al ámbito de sus competencias.

En el caso de Hidalgo, éstas órdenes serán otorgadas e instrumentadas por la representación social, siendo titular de esta representación cualquier Agencia del Ministerio Público (siendo más recomendable acudir a la Agencia del Ministerio Público más cercano al domicilio de la víctima), y éste a su vez será auxiliado por la Policía Estatal, cuando exista notoria urgencia en cualquiera de los Municipios; también puede acudir la o el solicitante de la orden con los Conciliadores Municipales, ya que ellos también tienen la designación de otorgar y aplicarlas órdenes de protección, con el auxilio de la Policía Municipal (CNDH, 2013).

Para el Estado de Veracruz, determina que las otorgará cualquier autoridad ante la que se acuda solicitarla (CNDH, 2008).

La Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Hidalgo confiere responsabilidad a los cuerpos de seguridad pública estatal y municipal así como sus auxiliares a cumplir y vigilar la ejecución de las órdenes de protección.

Entre estas tres leyes locales ya mencionadas, resalta la *Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz*, en cuanto a que incluye medidas de apremio a la persona agresora que desacate (omita cumplimiento) una orden de protección prevista en dicha Ley, así pues estas sanciones, en el caso de las de emergencias son:

- Arresto hasta por treinta y seis horas.
- Prohibición de acercarse al lugar en el que se encuentre la víctima, durante el tiempo que dure la medida de protección.
- Prohibición de molestar a la víctima así como a cualquier integrante de su familia en su entorno social (CNDH, 2008).

Y para las preventivas:

- Retención y guarda de armas de fuego o punzo cortantes o punzo contundentes que independientemente de su uso, hayan sido empleadas para ejercer el acto violento.
- Aplicación de medidas reeducativas, integrales, especializadas y gratuitas a la persona agresora para erradicar las conductas violentas mediante educación que elimine los estereotipos de supremacía de género y los patrones machistas y misóginos que generaron su violencia (CNDH, 2008).

Es importante mencionar que éstas medidas son de gran valor para lograr la erradicación de la violencia contra la mujer, ya que la correcta aplicación de dichas órdenes son una herramienta de apoyo para brindar seguridad a las mujeres que recurran a ellas, para sentirse menos intimidadas y se animen a denunciar los actos de violencia a los cuales hayan sido sometidas, pero para que sean aplicadas es necesario que sean denunciados los actos de violencia que se ejecuten en su contra.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Es importante que para las labores de prevención del VIH/sida en mujeres, se inicie con la implementación de acciones encaminadas a eliminar las desigualdades entre mujeres y hombres, las cuales han sido ocasionadas por los roles de género asignados cultural y socialmente, ya que éste ha sido un factor importante para que las mujeres se expongan al riesgo de infectarse del VIH, debido a que se le limita a la mujer el poder de toma de decisiones respecto a su salud sexual y reproductiva; por lo tanto, no es un tema que sólo corresponde a las mujeres entenderlo, sino que busca la manera de incluir a sus parejas en las actividades realizadas, para que se creé a la par una concientización sobre la importancia del respeto a la mujer como sujeta de derechos, y sobre que la mujer no es un objeto que sólo está disponible para los otros, sino que una de sus prioridades debe ser ella misma; esto, mediante la promoción del respeto a la mujer y a sus derechos, como uno de los caminos hacia la igualdad ansiada.

También se ha podido observar, que existe poca disponibilidad de tiempo de las mujeres para participar en las actividades de prevención, debido a que la mayoría de las mujeres madres de familia, son las que asumen la principal responsabilidad en las labores del hogar y el cuidado de sus hijas o hijos, razón por la cual se retiraban de las pláticas y talleres antes de que se concluyeran, y en el caso de otras, no asistieron a tales actividades.

Es por ello, que resulta necesario comprender que tanto mujeres y hombres tenemos la corresponsabilidad de las ocupaciones domésticas, sobre todo asumir el cuidado y la educación de los hijos, lo cual, si se repartieran las tareas equitativamente entre la pareja, la mujer tendría mayor accesibilidad de tiempo para asistir a capacitaciones de prevención, las cuales son de vital importancia para el cuidado de la salud de cada mujer.

De acuerdo a los resultados obtenidos en las investigaciones, es alarmante la idea de que más del 50% de las mujeres que ejercen una vida sexual activa nunca han utilizado el condón, constituyendo esto un alto riesgo para adquirir alguna infección de transmisión sexual, y en el peor de los casos, el VIH; de ello deriva una urgente necesidad seguir impulsando la promoción del uso correcto del condón, tanto del externo como del interno, así mismo de los beneficios que proporciona como medio de prevención, principalmente entre la población de mujeres jóvenes.

Abordar el tema de la violencia contra las mujeres en la lucha contra el VIH/Sida es particularmente difícil ya que la mayoría de las estrategias de intervención se centran en las formas más tradicionales de contener la epidemia, tales como el uso de condones, los antirretrovirales y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual; sin embargo, los programas de prevención a largo plazo necesitan atender los problemas sociales de fondo, como es

la violencia hacia las mujeres en todas sus expresiones, además de redefinir las políticas públicas encaminadas a la protección de las mujeres, desde un marco de derechos humanos.

En los últimos años se han logrado avances en el esfuerzo por prevenir y combatir la violencia sexual contra las mujeres, mediante investigaciones, reformas legislativas, planes, redes y estrategias de prevención; sin embargo, aún falta mucho más por hacer, en particular, la evidencia indica que la prevención de la violencia sexual depende de transformar las estructuras jerárquicas de género y las normas sociales hacia modelos más igualitarios de relaciones entre mujeres y hombres. Por ello, las estrategias de prevención centradas en cambiar comportamientos, actitudes y valores son una prioridad en la región.

La violencia sexual es una de las expresiones más extremas de la violencia de género, ya que sus orígenes se encuentran en las profundas inequidades que viven hombres y mujeres en nuestra sociedad. Representa una grave violación a los derechos humanos fundamentales de las personas, pero sobre todo de las mujeres. Atender el problema de violencia sexual en nuestro país tiene varios desafíos, en el área de los servicios de salud, se requiere contar con personal multidisciplinario capacitado, sensibilizado y en educación continua, para atender a las víctimas de violencia sexual, lo cual representa una gran inversión de recursos económicos y de tiempo; por otra parte, es necesario que las unidades médicas donde se lleve a cabo la atención, ya sea en el primero, segundo o tercer nivel, tengan los recursos materiales necesarios y suficientes, como equipamiento médico para curación, detección de embarazo, ITS y VIH/Sida, la implantación de estas medidas o acciones de prevención son un área que tiene que ser privilegiada en el trabajo en violencia ya que tienen un impacto positivo incalculable en la vida de las personas que han sufrido violencia sexual.

En el ámbito jurídico, si bien existe un amplio marco legal que regula y promueve la protección a las víctimas, éste todavía está plagado de desafíos que van desde las formas en que se tipifican o no los delitos, hasta el acceso real a la justicia por parte de las víctimas.

Por otro lado, la ausencia de registros, informes y estadísticas realizados con perspectiva de género por las diferentes instancias implicadas en la atención a las víctimas de violencia impiden reconocer la magnitud del problema y sus consecuencias, y contribuyen a invisibilizarla y minimizarla, la falta de investigación sistemática, comparable e innovadora que permita dar cuenta de la magnitud, formas y consecuencias de largo plazo limita la posibilidad de desarrollar estrategias efectivas de prevención y atención, al tiempo que limita los recursos que en esta área se invierten.

La violencia sexual no sólo afecta a las víctimas, sino que también tiene consecuencias para los avances socioeconómicos y políticos de la sociedad, por lo tanto, la violencia sexual debería conceptualizarse como parte de las prioridades de desarrollo de las políticas gubernamentales.

Finalmente aún es necesario realizar más investigaciones sobre la violencia sexual para poder entender el problema, para formular medidas más eficaces y estratégicas en diferentes niveles como el comunitario, familiar/relacional e individual; otras prioridades son la investigación operativa y las evaluaciones de programas para ampliar el conocimiento sobre cómo crear programas y políticas eficaces para prevenir y combatir la violencia sexual.

RECOMENDACIONES.

Es necesario que desde las instituciones públicas y civiles, generen mayor conciencia de la violencia sexual como un problema de salud pública y una violación de los derechos humanos, es una prioridad a nivel local y regional y es necesario para generar mayor atención a los programas de prevención y apoyo para quienes sufren de violencia sexual.

Asegurar que las estrategias relacionadas con la prevención primaria sean emprendidas por los gobiernos, los cuales están obligados por los acuerdos internacionales a combatir la violencia contra las mujeres, incluida la violencia sexual; entre estas estrategias figuran incrementar la protección y justicia para las víctimas, concientizar a las comunidades, ampliar el acceso a servicios integrales y otros esfuerzos por empoderar a las mujeres y sensibilizar a los hombres.

Promover relaciones de igualdad de género y de equidad entre hombres y mujeres como una manera de cambiar las normas sociales y el comportamiento individual que apoyan o toleran a la violencia contra las mujeres.

Mejorar la respuesta del sector salud a las víctimas de violencia sexual, mediante el fortalecimiento de la capacidad de las instituciones de salud para combatir la violencia sexual, el personal de salud necesita recibir capacitación completa y de alta calidad, así como apoyo institucional, para poder brindar atención a las mujeres que sufren violencia sexual. Las prestadoras y los prestadores de servicios de salud deben tener pleno conocimiento de las normas y guías para combatir la violencia sexual; además deben haber sido capacitados desde una perspectiva de género y derechos humanos.

Es necesario incluir cursos sobre la violencia contra las mujeres (incluida la violencia sexual) en la formación académica de profesionales de abogacía, medicina, enfermería y psicología, entre otras; dado que la violencia sexual empezó a considerarse como un problema de salud recientemente, los sistemas de salud y las instituciones académicas de salud aún se encuentran en las etapas iniciales de incorporar esta temática en la formación académica de profesionales de la salud y esto debe ser ampliado.

Para quienes tengan interés de dar seguimiento a la presente intervención o en operar una similar, es de vital importancia observar las siguientes recomendaciones:

- Como medio para obtener información a través de encuestas, es muy importante que estas se apliquen a la población dirigida, antes de hablarles del tema en cuestión, esto permitirá una mayor pureza en la información obtenida, o bien, como opción, también se pueden crear encuestas en medios digitales y se pueden contestar vía internet para los casos en que no sea posible hacerlo personalmente.
- Es necesario que después de cada actividad se establezca un instrumento de evaluación hacia quienes desempeñan la labor de capacitación, con la finalidad de ubicar fortalezas y reforzar las debilidades en la ejecución de cada actividad, para mejorar la calidad en operatividad.
- Como autoridades de la comunidad o municipio, es necesario que se generen estrategias de difusión sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, ya que, tal y como se desprende de los resultados obtenidos, muy pocas mujeres han escuchado acerca de ellos; y para el caso de que sean las organizaciones civiles quienes trabajen en la difusión de estos mecanismos de prevención, como es el caso de Servicios de Inclusión Integral A. C. (por citarlo como ejemplo), es importante que apoyen en la realización de estas actividades, ya que la población responde con mayor disposición a participar cuando interviene la autoridad en la difusión.
- Como mujeres, es importante el promover una cultura de prevención entre iguales, creando una red de protección mutua contra la violencia impulsada y ejercida por razones de género, diseñando estrategias para preservar la integridad de las mujeres del entorno propio.
- Es necesario el acompañamiento de las estrategias que las mujeres proponen, tanto en el esclarecimiento de contenidos como en la discusión y abordaje de las temáticas, en algunos casos será necesario acompañar pedagógicamente las estrategias.
- Es necesario que las mujeres líderes comunitarias, se vayan empoderando del rumbo de su Red y que realicen las propuestas necesarias para lograr una equidad y contribuir a la erradicación de la violencia contra las mujeres.

- Es urgente que los insumos de prevención se encuentren disponibles en la mayoría de clínicas y centros de salud o en las casas de salud de las comunidades, ya que aunque ellas estén promoviendo su uso, si estos no están al alcance de todos y todas aunque se tenga el conocimiento, los insumos no están disponibles y mucho menos son asequibles.

Todo lo anterior representa un esfuerzo más para poder prevenir la infección de VIH y en el caso de las mujeres su relación e incluso el reconocimiento de la violencia sexual, como una forma de violencia extrema y que puede poner en riesgo la integridad y la salud de las mujeres.

REFERENCIAS

- Adame, K. (2013). En: Reportaje – Violencia y VIH: combinación mortal en Puebla. Cimac noticias. México, DF.
- ALG. (2010). <http://www.americalatinagenera.org/>. Recuperado el DICIEMBRE de 2014, de http://www.americalatinagenera.org/es/index.php?option=com_content&view=article&id=859&Itemid=231
- Andrews G et al. Child sexual abuse. En: Ezzati M, et al, eds. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Geneva, WorldHealthOrganization, 2004.
- Álvarez, Lucía, Participación y democracia en la Ciudad de México, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades-UNAM/La Jornada, México, 1997.
- Avilés, A. (2013). Mazatlán en primer lugar del estado con población VIH-Sida. El Sol de Mazatlán.
- Camara de Diputados. (2 de ABRIL de 2014). <http://www.diputados.gob.mx/>. Recuperado el NOVIEMBRE de 2014, de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>
- CENSIDA (2013). Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de casos de SIDA Actualización al 30 de junio de 2013(CENSIDA).
- Centro Nacional para la Prevención y el control del VIH y el SIDA (CENSIDA) (2014). Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/Sida en México Registro Nacional de Casos de Sida Actualización al 30 de Junio de 2014. CENSIDA.
- CIMAC. (2014). Mujeres con VIH/Sida son discriminadas en servicios de salud.
- CNDH. (25 de FEBRERO de 2005). <http://www.cndh.org.mx/>. Recuperado el NOVIEMBRE de 2014, de http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/programas/mujer/5_LegislacionNacionalInternacional/Legislacion/Estatal/Veracruz/B/Ley%20de%20Acceso%20de%20las%20Mujeres%20a%20una%20vida%20libre%20de%20violencia.pdf

CNDH. (26 de NOVIEMBRE de 2007). <http://www.cndh.org.mx/>. Recuperado el NOVIEMBRE de 2014, de

http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/programas/mujer/5_LegislacionNacionalInternacional/Legislacion/Estatal/Veracruz/B/Ley%20de%20Acceso%20de%20las%20Mujeres%20a%20una%20vida%20libre%20de%20violencia.pdf

CNDH. (25 de FEBRERO de 2008). <http://www.cndh.org.mx/>. Recuperado el NOVIEMBRE de 2014, de

http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/programas/mujer/5_LegislacionNacionalInternacional/Legislacion/Estatal/Veracruz/B/Ley%20de%20Acceso%20de%20las%20Mujeres%20a%20una%20vida%20libre%20de%20violencia.pdf

CNDH. (28 de MARZO de 2012). <http://www.cndh.org.mx/>. Recuperado el NOVIEMBRE de 2014, de

http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/programas/mujer/5_LegislacionNacionalInternacional/Legislacion/Estatal/Puebla/C/Ley%20de%20Acceso%20de%20las%20mujeres%20a%20una%20vida%20libre%20de%20violencia.pdf

CNDH. (2 de SEPTIEMBRE de 2013). <http://www.cndh.org.mx/>. Recuperado el NOVIEMBRE de 2014, de

http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/programas/mujer/5_LegislacionNacionalInternacional/Legislacion/Estatal/Hidalgo/B/Ley%20de%20Acceso%20de%20las%20Mujeres%20a%20una%20vida%20libre%20de%20violencia.pdf

Cook, R. D. (2005). *Salud Reproductiva y Derechos Humanos. Integración de la medicina, la ética y el derecho*. Bogotá: Profam.

Chávez, Julia, (2014). “Género, participación y organización social”, en *Perspectiva de género, Serie Género y Trabajo Social 1*, UNAM/Plaza y Valdés, México.

Devries, K., Kishor, S., Johnson, H., Stöckl, H., Bacchus, L., Garcia-Moreno, C. & Watts, C. (2010). Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reproductive Health Matters*. 18(36); 158-170.

DOF. (16 de ABRIL de 2009). <http://dof.gob.mx/>. Recuperado el NOVIEMBRE de 2014, de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5087256&fecha=16/04/2009

Dunkle, KL., Jewkes, RK., Brown, HC., Gray, GE., McIntyre, JA. & Harlow, SD. (2004). Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa. *Lancet*. 1;363(9419): 1415-21

ENDIREH. (2011). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. Obtenido de INEGI: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/Encuestas/Hogares/especiales/endireh/endireh2011/default.aspx>

Gálvez, M. Violencia patriarcal en el México colonial. Grupo de Investigación: Historia y Género. Universidad de Granada

García Berroca, M. L., & Pineda, L. M. (2007:37). Violencia de género. En M. L. García Berroca, & L. M. Pineda, *Violencia de género*. España: Apostrof.

García-Moreno C et al. *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia*, (2005). Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

Gasman, N., & Vite, L. (2001). *Violencia Sexual en México*. México: Ipas. Instituto Nacional de las Mujeres. (2005). Metodología de capacitación de mujeres líderes comunitarias. México, D.F.

Grupo Multisectorial VIH/Sida(2011). En: Subregistro de 90 por ciento en casos de VIH-Sida en Veracruz. CIMAC/AVC. Xalapa.

INEGI. (2010). Recuperado el 27 de Noviembre de 2014, de Instituto Nacional de Estadística y Geografía:
<http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/pue/poblacion/educacion.aspx?tema=me&e=21>

INEGI. (2010). Recuperado el Noviembre de 27 de 2014, de Instituto Nacional de Estadística y Geografía:
<http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/ver/poblacion/vivienda.aspx?tema=me&e=30>

INEGI. (2010). *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. Recuperado el 27 de Noviembre de 2014, de
<http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/hgo/poblacion/default.aspx?tema=me&e=13>

- INEGI, I. N. (2013). *Panorama de Violencia contra las Mujeres*, ENDIREH 2011. . México: INEGI
- INMUJERES, D. G. (2006). *IMNUJERES*. México: Gob. Federal.
- INMUJERES. (2008). *Violencia en las relaciones de pareja*. . México: Gob. Federal
- INMUJERES, I. N. (2014). *Instituto Nacional de las Mujeres*. Recuperado el 8 de Diciembre de 2014, de <http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/convenciones/Nota%20violencia.pdf>
- Lomnitz, L. (1987). *Cómo sobreviven los marginados*. Siglo XXI. México D.F.
- Lomnitz L. [1994] 1998. *Redes sociales, cultura y poder: ensayos de antropología latinoamericana*. Porrúa-Flacso. México D.F.
- Méndez, J. (2013). Recuperado el 22 de Noviembre de 2014, de <http://www.aprimeraplana.org/www/No.12/paginas/vinculos.htm>
- New Medical*. (2014). Recuperado el 12 de Diciembre de 2014, de <http://www.news-medical.net/health/What-is-Immunodeficiency-%28Spanish%29.aspx>
- OEA. (NOVIEMBRE de 1969). <http://www.oas.org/>. Recuperado el NOVIEMBRE de 2014, de http://www.oas.org/dil/esp/tratados_B-32_Convencion_Americana_sobre_Derechos_Humanos.htm
- OMS, O. M. (1996). *Consulta Mundial de la Violencia*. Ginebra, Suiza: OMS.
- OMS, O. P. (2002). *Informe mundial sobre la violencia*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- OMS, O. M. (2011). *Violencia contra la mujer: violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer*. Ginebra: OMS.
- ONU. (1948). <http://www.un.org/>. Recuperado el NOVIEMBRE de 2014, de <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- ONU. (18 de DICIEMBRE de 1979). <http://www.un.org/>. Recuperado el NOVIEMBRE de 2014, de <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>

ONU. (15 de DICIEMBRE de 1995). <http://www.un.org/>. Recuperado el NOVIEMBRE de 2014, de <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf>

ONU. (13 de SEPTIEMBRE de 2000). <http://www.un.org/>. Recuperado el NOVIMBRE de 2014, de <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>

ONU. (24 de MARZO de 2006). <http://www.unaids.org/>. Recuperado el DICIEMBRE de 2014, de http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/20060324_sgreport_ga_a60737_es.pdf

OMS. (OCTUBRE de 2013). <http://www.who.int/>. Recuperado el NOVIEMBRE de 2014, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>

ONUSIDA. (2013). <http://www.unaids.org/>. Recuperado el DICIEMBRE de 2014, de http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_es_1.pdf

Orden Jurídico Nacional. (7 de NOVIEMBRE de 1967). <http://www.ordenjuridico.gob.mx/>. Recuperado el OCTUBRE de 2014, de <http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/INST%2017.pdf>

Orden Jurídico Nacional. (20 de DICIEMBRE de 1993). <http://www.ordenjuridico.gob.mx/>. Recuperado el NOVIEMBRE de 2014, de <http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/INST%2018.pdf>

PGJDF. Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal. (26 de AGOSTO de 1999). <http://www.pgjdf.gob.mx/>. Recuperado el NOVIEMBRE de 2014, de <http://www.pgjdf.gob.mx/temas/4-6-1/fuentes/18-A-1.pdf>

Puleo, A. (2005). El patriarcado: ¿Una organización social superada?. Mujeres en red. Periódico feminista.

SCJN. Suprema Corte de Justicia de la Nación (10 de FEBRERO de 2014). <https://www.scjn.gob.mx>. Recuperado el NOVIEMBRE de 2014, de https://www.scjn.gob.mx/normativa/Constitucion/CPEUM_10022014.pdf

SEDESOL (2014). Reglas de Operación del Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias (PDZP), para el ejercicio fiscal 2014, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 28/12/2013. Disponible en: http://www.microrregiones.gob.mx/documentos/2014/RO_PD-ZP2014_DOOF.pdf

Segura Loarte, A. (2009). La violencia contra las mujeres en México. *Canadian Intellectualproperty (CIPO)* , 23

USAID. (2008). *Promoción y Monitoreo de los Derechos Sexuales y Reproductivos de Mujeres Víctimas de Desplazamiento Forzado con énfasis en Violencia Intrafamiliar y Sexual. Colombia: OIM.*

Van der Straten, A., King, R., Grinstead, O., Serufilira, A. & Allen S. (1995). Couple communication, sexual coercion and HIV risk reduction in Kigali, Rwanda.

World Health Organization and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2010). *Addressing violence against women and HIV/AIDS. What works? Report of a consultation.*

Zamora, A. (2013). Violencia y VIH: Combinación mortal en Puebla. CIMAC Noticias

ANEXOS

CUESTIONARIO DE VIOLENCIA

1. FOLIO: 2. FECHA:

Esta encuesta es de carácter anónimo, ninguno de los datos que proporciones será revelado a ninguna persona o institución y serán únicamente utilizados para los fines de este estudio.

3. Fecha de nacimiento:

Día Mes Año

4. Edad: años5. Estado civil: Soltera Casada Otro 6. Número de hijos 7. Vives: Sola Con tus padres Con tu pareja Con tus hijos Con tu pareja e hijos Otro

8. Personas que dependen de usted económicamente:

Hijos Esposo Padres Nadie Otros

9. Grado de estudios concluidos:

Ninguna Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura 10. Ocupación: Ama de Casa Comerciante Estudiante Otra

Instrucciones: Marca con una X la opción que responda a la pregunta según su criterio.

1. ¿Ha sentido miradas morbosas o gestos sugestivos que le causen molestia?

a) Nunca b) Pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre

2. ¿Se ha sentido incomoda/molesta cuando la tocan o acarician?

a) Nunca b) Pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre

3. ¿Ha recibido roces o contactos físicos no deseados?

a) Nunca b) Pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre

4. ¿Le han hecho comentarios o preguntas incómodas sobre su vida sexual?

a) Nunca b) Pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre

5. ¿Se ha sentido presionada para aceptar una cita de tipo sexual, aun siendo su pareja?

a) Nunca b) Pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre

6. ¿Alguna persona o pareja la ha obligado a tocar alguna parte de su cuerpo?

a) Nunca b) Pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre

7. ¿Le han obligado a ver pornografía y /o a tener prácticas sexuales que le desagraden?

a) Nunca b) Pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre

8. ¿Han puesto como condición NO usar condón para tener relaciones sexuales con usted?

a) Nunca b) Pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre

9. ¿Ha cedido a los deseos sexuales de alguien, aunque usted no quiera?

a) Nunca b) Pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre

10. ¿Le han presionado para tener relaciones sexuales?

a) Nunca b) Pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre

11. ¿La han obligado a tener contacto sexual con otras personas?

a) Nunca b) Pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre

12. ¿Ha tenido represalias o castigos por haber rechazado proposiciones sexuales?

a) Nunca b) Pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre

13. ¿Ha tenido relaciones sexuales por miedo?

a) Nunca b) Pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre

14. ¿La han obligado a tener relaciones sexuales?

a) Nunca b) Pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre

15. ¿Han usado la fuerza física para tener relaciones sexuales con usted?

a) Nunca b) Pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre

16. ¿Conoce usted de algún caso de violencia sexual?

a) Ninguno b) de 1 a 5 c) de 6 a 10 d) de 10 a 13 e) 14 o más

17. ¿Conoce a qué lugar puede acudir en caso de violencia sexual?

SI ¿Dónde? _____ NO

GRACIAS
CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE VIH Y RIESGO

1. FOLIO:

2. FECHA:

Instrucciones: Marca con una X la opción que responda a la pregunta según su criterio

1. ¿El VIH y el Sida son lo mismo? Si No

¿Por qué?

2. Por cuál de las siguientes opciones se transmite el VIH

- a) Saludo de mano b) Transfusión de sangre c) Beso en la mejilla
 d) Dormir en la misma cama e) Relaciones sexuales f) Besos en la boca
 g) Compartir jeringas infectadas

3. ¿Le han dado alguna plática sobre infecciones de transmisión sexual (ITS)?

No Si ¿En dónde? _____

4. ¿Le han dado alguna plática sobre VIH?

No Si ¿En dónde? _____

5. ¿Con cuánta frecuencia ha usado condón el último año que ha tenido relaciones sexuales?

a) Siempre **b)** Casi siempre **c)** Algunas veces **c)** Una o dos veces **d)** Nunca

¿Por qué?

6. ¿Conoce algún método para prevenir infecciones de transmisión sexual?

a) No **b)** Sí ¿Cuál?

7. ¿Considera que usar condón durante la relación sexual tiene ventajas?

8. ¿Conoce de alguna persona que viva con VIH? Si No

¿Cómo se enteró de esa persona que vivía con VIH?

9. ¿Con qué frecuencia considera que la mujer debe solicitar el uso del condón?

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Pocas veces e) Nunca

¿Por qué?

10. ¿Considera que es difícil que una persona se contagie de VIH, aunque no utilice condón?

a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) Mas o menos de acuerdo

d) Poco de acuerdo e) Nada de acuerdo

¿Por qué?

11. ¿Conoce que instituciones atienden a las personas que viven con VIH? SI NO

¿Cuáles?

12. ¿Sabe en qué consiste el tratamiento médico para el VIH?

SI (Describa en qué consiste)

NO

13. ¿En su centro de salud le han brindado información sobre el VIH?

a) Siempre b) Alguna vez hace más de 3 años c) Una vez el año pasado

d) Varias veces el año pasado e) Nunca me han dado información

14. ¿En el centro de salud le proporcionan condones?

a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca

¿Por qué?

15. ¿Considera usted que falta información sobre el VIH y las ITS? SI NO

¿Por qué?

15. ¿Considera usted que hace falta información sobre la importancia del uso condón?

SI

NO

¿Por qué?

CUESTIONARIO SOBRE RIESGO

Datos de identificación							
Folio de IP	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Orientación sexual	<input type="checkbox"/> Ht		<input type="checkbox"/> Hm			<input type="checkbox"/> Bs	
Edad	<input type="text"/>						
Sexo	<input type="text"/>						
Edad de debut sexual	<input type="text"/>						
Cuantos hijos/as tiene	<input type="text"/>						
Edad del hijo/a	Mayor: <input type="text"/>			Menor: <input type="text"/>			

COMPLETAR EL FORMULARIO MARCANDO EL CASILLERO QUE RESPONDA. TODA LA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL

N°	Ítems	Respuestas					
1	En un aproximado ¿Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales a lo largo de su vida?	0 (Pasar a la pregunta 11)	1 a 5	6 a 10	11 a 20	20 +	
2	¿Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales en los 6 últimos meses o 1 año?	0	1 a 5	6 a 10	11 a 20	20 +	
3	En estos tres últimos tres meses ¿Ha utilizado condón en sus relaciones sexuales?	Todas las veces		Algunas veces		Nunca	
4	Sus parejas sexuales son...	Mujeres		Hombres		Ambos	
5	Sus prácticas sexuales han sido...	Vaginal		Anal		Oral	
6	¿Alguna vez pago para tener relaciones sexuales?	SI	NO				
7	¿Alguna vez ha recibido algún pago (alimentos, dinero, ropa, etc.) por tener relaciones sexuales con alguien?	SI	NO				
8	¿La han forzado a tener relaciones sexuales?	SI	NO				
9	¿Alguna vez tuvo relaciones sexuales bajo influencia del alcohol?	SI	NO				
10	¿Alguna vez tuvo relaciones sexuales bajo influencia de alguna droga?	SI	NO	¿Cuáles?			
11	¿Alguna vez tuvo relaciones sexuales con alguna persona que padeciese...?	Hepatitis B	Hepatitis C	ITS	VIH/SIDA	NO	NO SABE
12	¿Alguna vez tuvo relaciones con una persona que fuese usuaria de drogas inyectables?	SI		NO		NO SABE	
N°	Ítems	Respuestas					
13	¿Le han hecho alguna transfusión de sangre antes del 1992?	SI		NO		NO SABE	
14	¿Tiene tatuajes?	SI			NO		
15	¿Tiene perforaciones?	SI			NO		

15	¿Tiene perforaciones?	SI	NO
16	¿Ya se ha realizado alguna prueba sobre VIH/SIDA)	SI	NO
17	Motivo de la prueba		

Revisión y corrección de estilo

Rafael Castelán Martínez

Colaboración

Jesús Avilés Quezada

Roció Avilés Quezada

Diseño e ilustración

Uziel Pasten Chávez

En México el número de casos de VIH/sida en mujeres va en aumento, un factor que ha tenido impacto significativo en la incidencia de estos casos es la violencia sexual; además existen una serie de desventajas sociales, legales y económicas a las que se enfrentan, entre ellas, el poco acceso a los servicios esenciales de salud sexual y reproductiva.

Es por esto que desde SEIINAC, se impulsan acciones encaminadas a eliminar la violencia y el abuso por cuestiones de género, promoviendo el respeto a la libre determinación de las mujeres en cuanto a su sexualidad y reproductividad, con miras a eliminar el principal obstáculo reconocido a nivel internacional: la arraigada existencia de desigualdad entre mujeres y hombres.

En esta publicación se presentan los resultados de la implementación del proyecto “Fortalecimiento de mujeres líderes comunitarias para la prevención del VIH y la violencia sexual”, financiado por CENSIDA, que tiene como objetivo el contribuir a la generación de una cultura de prevención entre las mujeres, desde un enfoque de género y acceso a una vida libre de violencia, en municipios de los Estados de Hidalgo, Puebla y Veracruz, para reducir la incidencia de ITS y VIH, tomando como base los derechos sexuales y reproductivos.

SEIIN. Servicios de Inclusión Integral A.C. (SEIINAC)
(771)1336044 contacto@seiinac.org.mx www.seiinac.org.mx

ISBN en trámite

Se autoriza la reproducción total o parcial, toda vez que se cite la fuente y su uso sea para fines no lucrativos.

Diciembre 2014

Primera edición

Este material es gratuito y de carácter público y es financiado con recursos fiscales federales por censida de la secretaría de salud, las opiniones y posturas expresadas en este material, son responsabilidad de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del centro ni de la secretaría de salud federal.