

“Violencia. Ya basta”: Hallazgos de una consulta participativa global a mujeres viviendo con VIH

Luisa Orza^{*.1,2}, Susan Bewley^{*.3}, Cecilia Chung⁴, E Tyler Crone⁵, Hajjarah Nagadya⁶, Marijo Vazquez¹ y Alice Welbourn^{§,*.1,2}.

§ **Autora de contacto:** Alice Welbourn, Salamander Trust, c/o Positively UK, 345 City Road, London EC1V 1LR, UK. Tel: 44 203 289 7398. (alice@salamandertrust.net)

* Estas autoras han contribuido equitativamente al artículo.

Resumen

Introducción: Las mujeres viviendo con VIH son vulnerables a la violencia basada en el género (VBG) antes y después del diagnóstico en múltiples entornos. El objetivo de este estudio fue explorar la VBG que experimentan las mujeres viviendo con VIH, cómo afecta a esas mujeres en su salud sexual y reproductiva (SSR) y derechos humanos (DDHH), y las implicaciones para los creadores de políticas.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio de metodología mixta, participativo, de base comunitaria, con mujeres viviendo con VIH pertenecientes a poblaciones clave afectadas. Se utilizaron frecuencias descriptivas simples para los datos cuantitativos. La codificación temática de las respuestas cualitativas abiertas se realizó y validó con encuestadas clave.

Resultados: En total, 945 mujeres viviendo con VIH de 94 países participaron en el estudio. El 89% de las 480 encuestadas que respondieron a la sección opcional sobre VBG manifestaron haber sufrido o haber tenido miedo a sufrir violencia, tanto antes como a partir y/o a causa del diagnóstico de VIH. Según la información aportada, la VBG fue mayor tras el diagnóstico de VIH (pareja, familia/vecinos, comunidad y entorno sanitario). Las mujeres describieron una compleja y repetitiva relación entre la VBG y el VIH a lo largo de su vida, incluyendo falta de confidencialidad y de opciones de SSR en entornos sanitarios, tratamientos forzados/bajo coacción, abusos de DDHH, actitudes moralistas y prejuiciosas (incluyendo hacia mujeres de poblaciones clave), y temor a la pérdida de la custodia filial. Las encuestadas recomendaron a profesionales de salud y creadores de políticas que aborden el estigma y la discriminación, formación, sensibilización y abusos de los DDHH en entornos sanitarios.

Conclusiones: Las encuestadas informaron de un aumento de VBG de parte de sus parejas así como en familias, comunidades y entornos de salud tras su diagnóstico de VIH y a lo largo del ciclo vital. Las mediciones de VBG deben buscarse y controlarse sobre todo en los entornos de atención sanitaria que deberían ofrecer seguridad. Las encuestadas ofrecieron a los creadores de políticas un amplio rango de recomendaciones para alcanzar sus objetivos de SSR y de DDHH. Los documentos y políticas de directrices globales tienen más probabilidad de éxito para las usuarias últimas si se utilizan experiencias reales.

Palabras clave: VIH; mujeres; derechos humanos; violencia basada en género; valores y preferencias; consulta; violencia de parte de la pareja; base de evidencia.

Recibido el 8 de mayo de 2015; **revisado** el 19 de octubre de 2015; **aceptado** el 23 de octubre de 2015; **publicado** el 1 de diciembre de 2015

Copyright: © 2015 Orza L et al; con licencia a International AIDS Society. Este es un artículo de Acceso Abierto distribuido bajo los términos de la Creative Commons Attribution 3.0 Unported (CC BY 3.0) License (<http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/>), que permite el uso, distribución y reproducción no restringido en cualquier medio siempre que el trabajo original se cite adecuadamente.

Introducción

La evidencia de los últimos 15 años, documentada en literatura revisada por pares y la informal, muestra que las mujeres viviendo con VIH a nivel global sufren altos niveles de violencia basada en el género (VBG) y abusos de sus derechos humanos (DDHH), incluyendo violencia estructural [120]. La violencia por parte de la pareja (VP), y violencia contra las mujeres, así como el estigma y la discriminación, pueden considerarse como capas superpuestas de VBG

[7,15]. Existen diversas definiciones de VBG [7,15,21,22], con diferentes combinaciones de abusos físicos, sexuales, psicológicos, financieros, legales o estructurales. Sólo una, aparecida en un documento clave de 2011 que tenía como objetivo empezar a documentar las formas y el alcance de la violencia que experimentan, se refiere específicamente a las mujeres viviendo con VIH: “violencia contra las mujeres positivas es cualquier acto, estructura o proceso en que se ejerce el poder de tal manera que causa daño físico, sexual, psicológico, financiero o legal a las mujeres que viven con VIH” [15].

VBG antes del diagnóstico de VIH

Ya se ha reconocido que algunas mujeres ven cómo aumenta la VP durante el embarazo independientemente de su estado serológico, lo cual también aumenta el riesgo de mal pronóstico del embarazo [23]. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras agencias [8,10] documentan cómo puede la VP aumentar la vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH. Por ejemplo, sexo forzado, poca o ninguna capacidad de negociación de sexo más seguro y el subsiguiente aumento del riesgo pueden resultar en que las mujeres adquieran el VIH [4]. La violencia relacionada con los problemas de salud mental pueden resultar en adquisición y progresión del VIH [4].

VBG después del diagnóstico del VIH

En lo que se refiere a las mujeres con VIH, las políticas globales han guardado silencio en relación a la VBG que ellas experimentan tras el diagnóstico [24,28], a pesar de que la VP puede influir en su capacidad para iniciar o adherirse al tratamiento [20]. Esto puede tener implicaciones políticas sobre el momento adecuado de iniciarlo [27,29]. Además, otras consecuencias de la VBG, incluyendo la poca salud mental, la pobreza y la falta de derechos de propiedad y herencia de las viudas, pueden tener un impacto específico sobre la capacidad de las mujeres para afrontar el VIH, con las consiguientes consecuencias para sus hijos e hijas [7]. Se reconoce que el ámbito sanitario es un entorno en el que las y los profesionales pueden dar apoyo a las mujeres que sufren VBG [30]. No obstante, los abusos de DDHH contra las mujeres que viven con VIH que se producen en el ámbito sanitario, como la esterilización forzada o bajo coacción [31] y la violencia psicológica que de ellos se deriva han sido suficientemente documentados y representan manifestaciones de VBG y de violencia estructural [17,18,21,22]. El equilibrio del impacto de la evidencia “formal” (académica/revisada por pares/replicable) e “informal” (política/activista/comunitaria) es difícil pero supone un valor continuo en el hecho de garantizar que las voces y las experiencias de las mujeres viviendo con VIH se tienen en cuenta a la hora de elaborar políticas que les afectan. En 2014, la Organización Mundial de la Salud (OMS) encargó una consulta global dirigida y diseñada por las propias mujeres sobre valores y preferencias de las mujeres viviendo con VIH que permita a los creadores de políticas actualizar las Directrices de 2006 sobre salud sexual y reproductiva (SSR) de las mujeres con VIH [32]. Estas directrices necesitaban ser actualizadas debido a los cambios biomédicos y políticos que se han producido en la respuesta al VIH, y también en los procesos de producción de directrices técnicas en el seno de la OMS[33]. La OMS tenía como objetivo reforzar la relevancia y eficacia de las directrices, políticas y programas globales mediante la exploración de las experiencias de las mujeres con VIH, implicándolas y escuchándolas desde el inicio del proceso. El objetivo de este artículo es explorar las maneras en que las mujeres viviendo con VIH experimentaron la VBG. Describe el impacto que tiene en su SSR y sus DDHH, tal como se extrajeron de este proceso de investigación participativa de base comunitaria y las implicaciones de esos hallazgos para los creadores de políticas.

Métodos

Desarrollo general y diseminación de la encuesta

Como investigación participativa de base comunitaria, consistió en una encuesta anónima, confidencial, de metodología mixta, global, vía internet, sobre valores y preferencias. [34,36]. Un Grupo Global de Referencia (GGR) formado por 14 mujeres con diferentes experiencias en cuanto a transmisión y afrontamiento del VIH perfilaron el instrumento mediante una Survey

Monkey, como se describe en otro apartado [33,37]. El GGR utilizó un ejercicio escrito previo a la encuesta, desarrollado por el equipo principal en el que se revisaba la vida de las mujeres en toda su longitud, para reflexionar sobre todos los aspectos (físico, psicológico, material, sexual, espiritual) de las vidas de las mujeres en relación a su SSR. Los resultados de este ejercicio previo aportaron información sobre todas las secciones y preguntas de la encuesta, en la que se utilizó un enfoque de indagación apreciativa (que se centra en la encuestada como experta en la creación de resultados positivos orientados al futuro) [38], basado en los DDHH [33] y buscando identificar estrategias que ya funcionen y puedan ser ampliadas. El cuestionario resultante constaba de una sección obligatoria y ocho secciones opcionales, con elementos cuantitativos y cualitativos, y se sometió a una prueba piloto con retroalimentación iterativa del GGR y se distribuyó en inglés, francés, español, ruso, portugués, bahasa indonesio y chino. El proceso se extendió desde febrero a junio de 2014, construyendo un modelo de muestra no randomizada en bola de nieve desarrollado por ATHENA Network [39], y se publicó y promocionó a través de las listas de correos regionales y globales de las redes de mujeres con VIH y profesionales clínicos también [33]. La población de estudio de la encuesta estaba formada por mujeres de todo el mundo que viven con VIH [37].

Preguntas sobre violencia basada en el género

El GGR identificó la VBG como un tema clave, por lo que se incluyeron preguntas sobre experiencias de VBG (incluidos los servicios de SSR), inequidad de género, prácticas tradicionales/culturales dañinas, y violencia de parte de la pareja/familiares/comunidad en la sección inicial obligatoria. Otra sección opcional se centró en mayor profundidad en la VBG [37], en la que se exploraron experiencias y temor a la VBG (de parte de la pareja, familia y vecinos, la comunidad en su conjunto, servicios sanitarios y prisión/detención). Otra pregunta pedía a las mujeres que clasificasen de “crítico”, “importante” o “menos importante” una serie de políticas y recomendaciones para abordar o prevenir la VBG que había sido informado por el GGR en relación a las identidades específicas de las mujeres con VIH. Se preguntó a las mujeres sobre sus experiencias de varios tipos de VBG y cuándo tuvieron lugar en relación al diagnóstico de VIH (las respuestas “antes”, “desde”, y “a causa de” no eran mutuamente excluyentes). También se les ofreció espacio de respuesta libre para detallar las experiencias de violencia y cómo habían accedido al apoyo.

Análisis

Se utilizaron frecuencias descriptivas y proporciones simples para extraer los datos cuantitativos de la encuesta. Cuando las respuestas no eran mutuamente excluyentes, “experimentada alguna vez” se calculó por extracción de “nunca” y “no sé” del total. Las respuestas libres en todas las secciones de la encuesta se tradujeron de nuevo al inglés cuando fue necesario y se revisaron en busca de temas sobre experiencias de BVG y recomendaciones de políticas y programas [15]. La codificación temática de todas las respuestas cualitativas abiertas (respuestas de texto libre de la encuesta) la llevó a cabo una científica social (LO), a través del análisis textual manual para identificar temas comunes emergentes y fue validada por miembros del GGR.

Consideraciones éticas

Tras la conversación con el Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la OMS y miembros del Comité de Revisión de las Directrices, no se buscó la aprobación del comité institucional de revisión ya que este estudio constituía un elemento consultivo del proceso de desarrollo de las directrices. Sin embargo, se adoptaron consideraciones éticas en línea con las *Recomendaciones Éticas y de Seguridad* de la OMS 2001 para la Investigación sobre Violencia Doméstica contra las Mujeres y las Directrices de 2004 de la Comunidad Internacional de Mujeres viviendo con VIH/sida sobre la participación de mujeres con VIH en la investigación [40,41]. Al inicio de la consulta se ofrecen todas las explicaciones sobre objetivos y propósito de la misma, así como resúmenes sobre áreas de estructura y preguntas y definiciones de SSR y DDHH. Se pidió a las encuestadas que confirmaran que tenían VIH y que daban su consentimiento para que sus respuestas fueran utilizadas en estas publicaciones. Las mujeres que respondieron a la encuesta en línea pero no dieron su aprobación haciendo click en el botón

“De acuerdo” no podían continuar. Estas respuestas no fueron contabilizadas. La participación se tomó como consentimiento implícito.

Resultados

Participantes de la encuesta

En total, 832 mujeres viviendo con VIH de 94 países participaron en una encuesta en línea [33]. Sus edades oscilaban entre los 15 y los 72 años, con la mayoría de ellas en la treintena (32%) y la cuarentena (32%). Su diversidad se puede apreciar en la Tabla 1.

Respuestas cuantitativas

La VBG apareció en cada sección de la encuesta [33]. En la sección obligatoria, las participantes se mostraron abrumadoramente de acuerdo en que el abordaje de la VBG en los tres contextos (en los servicios de SSR, en el hogar y la comunidad, y en cuanto a prácticas tradicionales dañinas) era “absolutamente necesario” o “alta prioridad” (555-559/589: 94-97%). Pocas (18-34/589: 3-6%) consideraron el manejo de la VBG como “baja prioridad”. La sección opcional sobre VBG fue completada por más de la mitad de las encuestadas en línea (480/832, 58%). La Tabla 2 muestra los tipos, frecuencia y cronología de la violencia reportada. Algunas encuestadas aportaron múltiples respuestas en las seis categorías en función del momento en que se produjo la violencia. De las mujeres que respondieron a la sección opcional, el 89% (422/480) había sufrido al menos una forma de violencia de una de las seis categorías. Sólo 58 encuestadas (11%) afirmaron que “nunca” habían sufrido ninguna forma de violencia (seis señalaron “nunca” en las seis áreas y al menos otra respuesta, pero fueron contabilizadas como no víctimas de violencia). Un 100% (57) de las encuestadas que respondieron a esta sección procedentes de Europa del Este y Asia Central sufrieron al menos una forma de violencia. El temor a la violencia fue la forma más citada de VBG (322/473, 68.1%), pero sólo 15 (3%) manifestaron haber sufrido sólo “temor a la violencia”. La forma de VBG menos reportada fue la de parte de la policía/militar/prisión o detención (16.6%) (Tabla 2). La forma de violencia más común fue la VP (43%), que se vio exacerbada después para algunas mujeres. Los datos de los cuatro tipos de VBG (de parte de familiares/vecinos, comunidad, entornos sanitarios y temor a la violencia) fueron más altos “desde” o “a causa” del diagnóstico de VIH que “antes”.

Respuestas cualitativas

En la sección obligatoria de la encuesta, la violencia surgió como un tema clave en las respuestas abiertas a la pregunta “¿Cuál es el tema más importante que le gustaría que abordaran las Directrices de la OMS para que sirviera como una herramienta más útil para vosotras?” Las respuestas variaron desde una única palabra: “violencia” (varias respuestas) hasta largas declaraciones relativas a formas de VBG que convergen con el VIH:

El impacto de la violencia y el trauma asociado con el hecho de ser niña/mujer en muchas partes del mundo tiene efectos en todos los aspectos de nuestra lucha contra el VIH, desde el riesgo al diagnóstico, al acceso a cuidado para la supervivencia. (EEUU)

Violencia a lo largo de la vida

La sección opcional sobre VBG también puso de manifiesto que la violencia no es un suceso aislado y que no puede ser etiquetado con facilidad como una causa o una consecuencia del VIH. Los resultados de texto abierto indican que la amplitud de formas de VBG y sus compleja e iterativa relación con el VIH tiene lugar a lo largo de toda la vida de las mujeres:

Antes del VIH yo era víctima de diferentes tipos de violencia (física, psicológica, financiera) además del impacto del alcoholismo y machismo de mi pareja. Esto me llevó a contraer varias ITS, incluyendo el VIH. (El Salvador)

La violencia se produjo antes y después de mi diagnóstico, y la violencia posterior al diagnóstico estaba relacionada con el estigma, lo que a su vez resultó en discriminación,

murmuraciones, maltrato familiar, me pidieron que no utilizara utensilios, etc.....
(Canadá)

Cuando acababa de ser diagnosticada perdí unos 40 kg y mis vecinos y miembros del coro de la iglesia empezaron a evitarme; de hecho no autorizaban a sus hijos e hijas a venir a mi casa y que mi hijo entrara en la suya. Fue una experiencia muy dolorosa para mí. (Nigeria)

Violencia en entornos sanitarios

El diagnóstico de VIH y la revelación del mismo puede actuar como desencadenantes específicos de violencia. También exponen a las mujeres a nuevos entornos de violencia relacionada con el VIH, incluyendo instituciones sanitarias, sobre todo en lo que se refiere a la SSR. En otras secciones de la encuesta, las mujeres también informaron que los incumplimientos de las normas de confidencialidad que conducen a una revelación involuntaria del diagnóstico (exponiendo a las mujeres a nuevas formas de violencia de parte de pareja, familiares y miembros de la comunidad): “Falta de confidencialidad. La enfermera del hospital lo dijo a toda mi familia. Perdí mi negocio familiar” (Belice/EEUU). También en respuestas de texto abierto, las mujeres indicaron que su elección de hacerse la prueba del VIH y si revelar el diagnóstico a su(s) pareja(s), cuándo y cómo hacerlo se vio a menudo comprometido en contextos de maternidad:

Los proveedores de servicios deberían dejar de obligar a las mujeres con VIH a desvelar el diagnóstico a sus esposos, deberían enseñarles a ayudar a las mujeres a desvelarlo, porque si una mujer decide no hacerlo, no se la atiende. (Uganda)

Tabla 1. Características de las participantes de la encuesta en línea (n = 832, 100%)

<i>Auto identificación de la diversidad de las participantes^a</i>	
Heterosexual	524 (63%)
Se inyecta/usa o se ha inyectado/usado drogas	116 (14%)
Realiza o ha realizado trabajo sexual	116 (14%)
Lesbiana o bisexual	46 (5,5%)
Mujeres transgénero	37 (4,5%)
Intersexual	6 (0,7%)
Indígena	67 (8%)
En relación estable	374 (45%)
Ha sufrido algún tipo de corte o mutilación genital	42 (5%)
Tiene o ha tenido tuberculosis activa o hepatitis C (respectivamente)	108 (13%), 150 (18%), 137
Ha sido encarcelada o detenida	(16,5%)
Ha migrado por razones económicas o políticas (respectivamente)	42 (5%)
Tiene otras discapacidades	158 (19%), 21 (2,5%)
Está o ha estado sin techo	100 (12%)
	116 (14%)

^a Los números no suman el 100% dado que estas preguntas eran opcionales.

Tabla 2. Categorías, frecuencia y cronología de la violencia reportada por las mujeres con VIH

Categoría de violencia sufrida ^a	Antes del diagnóstico de VIH n (%)	Desde el diagnóstico de VIH n (%)	A causa del diagnóstico de VIH n (%)	Cualquier experiencia n (%)	Nunca n (%)	No sé n (%)	Total n (%)
-De parte de la pareja o esposo	208 (43)	80 (17)	70 (15)	282 (59)	181 (38)	17 (4)	480 (100)
-De parte de un familiar/vecino	75 (16)	80 (17)	112 (24)	215 (45)	244 (51)	16 (3)	475 (100)
-En la comunidad	76 (16)	109 (23)	146 (32)	250 (53)	196 (42)	25 (5)	471 (100)
-En entornos sanitarios	28 (6)	133 (28)	164 (35)	253 (53)	209 (44)	13 (3)	475 (100)
-De parte de la policía/militares/prisión	44 (9)	34 (7)	26 (6)	78 (17)	360 (77)	31 (7)	469 (100)

o servicios de detención							
-Temor a la violencia	118 (25)	136 (29)	184 (39)	322 (68)	140 (30)	11 (2)	473 (100)

^a Las categorías de las columnas 2 a 4 no son mutuamente exclusivas. Sólo las columnas 5 a 7 alcanzan el 100% en cada fila.

Falta de opciones de SSR

A pesar de que muchas encuestadas informaron de una mejoría de los servicios de SSR en los últimos 20 años, muchas siguen sufriendo por las actitudes negativas de los proveedores de salud en lo que se refiere a sus deseos de fertilidad y de falta de acceso a todo el abanico de servicios relacionados con la contracepción, la atención maternal y la obstetricia, los tratamientos de fertilidad y la adopción. Las respuestas abiertas de la encuesta incluyeron: “Al enterarse de que era VIH positiva, las comadronas no me derivaron a los servicios de planificación familiar tras el parto ... según ellas yo ya no tenía derecho a tener hijos” (Costa de Marfil).

En el momento en que una mujer se identifica como mujer viviendo positivamente con VIH se la descuida, especialmente durante el parto, por lo que se produce un mayor número de bebés que nacen con VIH, porque las mujeres prefieren mantener el secreto y que se las trate como al las demás. Otras han evitado dar a luz en centros sanitarios... por la negligencia que existe en esos hospitales. Prefieren asistentes del parto tradicionales. (Uganda)

Las encuestadas también reportaron experiencias mezcladas en cuanto a opciones contraceptivas. Los proveedores de servicios aconsejaron a muchas que usaran sólo preservativos. Otras han sido coaccionadas o incluso obligadas a utilizar métodos de control de natalidad de larga duración o permanentes, como dispositivos intrauterinos (DIU, espirales), anticonceptivos hormonales inyectables o ligadura de trompas (esterilización). Una vez diagnosticadas, las mujeres también declaran haberles sido negado el tratamiento (en especial el tratamiento de fertilidad) o haber sido obligadas o coaccionadas para utilizar servicios que no había elegido libremente, incluido el aborto: “Cuando quedé embarazada de mi hija, los médicos intentaron convencerme para que abortara.” (Portugal).

Fui a un centro de salud para que me pusieran un DIU, lo cual hicieron con diligencia, pero a los 6 meses pedí que me lo quitaran porque quería ser madres. Me dijeron que el método de planificación familiar que usaba tenía una duración de 12 años, por lo que me trataron bastante mal por malgastar su DIU, que podría haber utilizado otra persona, ‘alguien que no fuera como yo’. Me hizo tanto daño que me fui y renuncié a quitármelo. (Uganda)

Que se aseguren de que hay una ley que pueda penalizar adecuadamente a las y los profesionales que llevan a cabo esterilizaciones forzadas y otros métodos; en muchos casos, como el mío, sólo nos damos cuenta muchos años más tarde y (entonces) ya no puedes hacer nada. (México)

Abusos de derechos humanos y diversidad

Los abusos de derechos humanos y diversidad fueron bien documentados en la consulta. En la sección de derechos humanos, 180/589 (30%) encuestadas se mostraron en desacuerdo o muy en desacuerdo con la afirmación: “Obtengo el mismo servicios que cualquier otra mujer cuando acudo a los centros de salud sexual y reproductiva”. Entre las respuestas de texto libre podemos citar: “Cuando hablamos de referencias a salud sexual y reproductiva, ITS, etc., el personal está completamente desinformado y todavía continua la discriminación, dejando el cuidado de las mujeres viviendo con VIH para el final”. (Perú).

Las mujeres suelen enfrentarse a un considerable nivel de ignorancia por parte de los proveedores de salud en lo que se refiere a derechos SSR y actitudes enjuiciadoras. Esto se ve

exacerbado en el caso de las trabajadoras del sexo, lesbianas y transgénero, sobre todo en cuanto a fertilidad y acceso a planificación familiar:

Como soy una trabajadora sexual, se me ignora la mayor parte del tiempo. (Malawi)

Los proveedores de salud no tienen experiencia en el manejo de las mujeres lesbianas, especialmente las que viven con VIH... Cuando me pidieron que viniera con mi 'pareja masculina' respondí que soy lesbiana. La persona que me atendía se mostró muy disgustada cuando le dije mi preferencia sexual. Nunca más volví a ese hospital. (Kenia)

Como mujer trans, los proveedores de salud no disponen de información adecuada sobre mi cuerpo. Sienten incomodidad al tener que tratar con una mujer que tiene pene... Ahora evito acudir a esos centros. (Sudáfrica)

Ser trans y tener VIH hace que sea muy difícil obtener cuidados integrales y compasivos. Estuve hospitalizada en la Universidad del Hospital X, Hospital Universitario y Universidad del Hospital Z; en todos ellos me sentí extremadamente insegura. (EEUU)

Las mujeres que usan drogas también informaron de la existencia de un considerable nivel de estigma, discriminación y violencia, en particular en relación a sus derechos reproductivos. Estas encuestadas manifestaron tener niveles elevados de ansiedad, en particular por la custodia de sus hijos e hijas: "Cuando mi suegra se enteró por las enfermeras del hospital de mi serostatus de VIH, hizo todo lo que pudo para quitarme a mi hija". (Rusia/Ucrania).

Cuando me diagnosticaron, los médicos me convencieron para que no tuviera un bebé incluso cuando ya se conocían buenas intervenciones para prevenir la transmisión vertical. Quizás fue porque yo era una ex usuaria de drogas y también tenía el virus de la hepatitis C... Pero tardé muchos años en volver a preguntar si podía tener ser madre pero ya era demasiado tarde. (Italia)

Apoyo a políticas para abordar o prevenir la VBG

Se preguntó a las encuestadas qué mensajes darían a los creadores de políticas o cuáles eran sus recomendaciones sobre cómo abordar y prevenir la violencia contra las mujeres con VIH: Me gustaría que abordasen la violencia de género porque las mujeres porque están sufriendo a manos de sus maridos. La mayoría de mujeres continúa en su matrimonio como yo, no porque lo desee sino porque no tengo a dónde ir y también porque el negocio en que trabajo es un negocio familiar y si me voy no tengo ningún apoyo financiero, por eso soporto los golpes, insultos, etc. porque no tengo alternativa. (Kenia)

Recomendaciones de políticas

Las respuestas de las mujeres a las recomendaciones de políticas presentadas en la sección opcional de VBG cubrió un amplio abanico de temas (Tabla 3). Más del 80% de las encuestadas se mostró de acuerdo en que éstas son maneras críticas o importantes de que los servicios sanitarios aborden la violencia contra las mujeres viviendo con VIH [33]. Al mirar más allá de 'sólo' acabar con la VBG, se estableció una lista con otras sugerencias de políticas y prácticas, como se muestra en la Tabla 4. Un rango de 54-93% de encuestadas se mostró de acuerdo con medidas propuestas como "crítica" o "importante". Para respuestas con menor porcentaje, una proporción consistentemente más elevada también respondió "no sé" (hasta un 30%).

Tabla 3. Lo que las mujeres viviendo con VIH consideran más importante para abordar o prevenir la violencia basada en el género

Estrategia	Crítica	Importante	Menos	No sé	Total
------------	---------	------------	-------	-------	-------

	n (%)	n (%)	importante n (%)	n (%)	respuestas n (%)
<i>Mediante servicios sanitarios seguros que protejan, respeten y promuevan los derechos de las mujeres</i>					
Sensibilizar al personal sanitario sobre los derechos de las mujeres viviendo con VIH	363 (77)	86 (18)	11 (2)	11 (2)	471 (100)
Aumentar el acceso a servicios de apoyo de calidad para mujeres que sufren violencia de género (incluyendo la violencia sexual)	356 (76)	94 (20)	11 (2)	8 (2)	469 (100)
Garantizar mecanismos eficaces de queja/compensación en caso de vulneración de derechos en los servicios sanitarios	332 (71)	114 (24)	10 (2)	10 (2)	466 (100)
Ofrecer un mínimo paquete de cuidados y apoyo post violación, incluyendo profilaxis pos exposición, contracepción de emergencia, revisión para otras infecciones de transmisión sexual y atención/consejería psicosocial	330 (71)	114 (24)	9 (2)	13 (3)	466 (100)
Aumento del acceso a tratamiento para reducción de daños para mujeres que usan drogas	238 (51)	178 (38)	26 (6)	23 (5)	465 (100)
Abordar el abuso de alcohol	206 (44)	182 (39)	54 (12)	22 (5)	464 (100)
<i>Mediante un entorno legal y político protector y descriminalizador</i>					
Fortalecer leyes y políticas para proteger los derechos de las personas viviendo con VIH	376 (80)	79 (17)	9 (2)	8 (2)	472 (100)
Fortalecer protecciones legales para toda forma de violencia contra las mujeres/violencia de género	358 (76)	90 (19)	9 (2)	14 (3)	471 (100)
Reconocer y abordar la violación marital y la “violación en una cita”	280 (60)	143 (31)	17 (4)	25 (5)	465 (100)
Eliminar leyes que criminalicen la exposición/transmisión del VIH	235 (51)	112 (24)	63 (14)	48 (10)	458 (100)
Eliminar leyes que criminalicen las prácticas homosexuales	181 (40)	131 (29)	97 (21)	48 (11)	457 (100)
Eliminar leyes que criminalicen el trabajo sexual	166 (35)	153 (33)	89 (19)	61 (13)	469 (100)
Eliminar leyes que criminalicen el uso de drogas	157 (34)	148 (32)	106 (23)	54 (12)	465 (100)
<i>Mediante la seguridad financiera</i>					
Aumentar la protección social para mujeres y niños/as	333 (71)	116 (25)	12 (3)	8 (2)	469 (100)
Aumentar el acceso al empleo para mujeres, incluyendo a mujeres transgénero	269 (58)	153 (33)	26 (6)	17 (4)	465 (100)

Tabla 4. Recomendaciones políticas que podría mejorar la SSR de las mujeres viviendo con VIH en toda su diversidad (de la sección opcional sobre la diversidad)

Recomendaciones políticas que podrían mejorar la SSR de las mujeres viviendo con VIH en toda su diversidad	Proporción del apoyo a las recomendaciones críticas o importantes n (%)
<i>Mujeres que usan drogas</i>	
Acceso a metadona y buprenorfina para mujeres viviendo con VIH que usan drogas inyectables y están embarazadas	250/430 (56)
Tratamiento y apoyo para las coinfecciones con hepatitis C	398/428 (93)
Educación sobre prevención y primeros auxilios en sobredosis, incluyendo el acceso a naloxona	*
<i>Trabajadoras sexuales</i>	
Intervenciones para parar y abordar la violencia y la discriminación contra las trabajadoras del sexo	375/425 (88)
<i>Mujeres lesbianas, bisexuales, transgénero y otras mujeres que tienen sexo con mujeres</i>	
Servicios de SSR adaptados para mujeres lesbianas, bisexuales, transgénero y otras mujeres viviendo con VIH que tienen sexo con mujeres	288/428 (67)
Introducción de directrices/políticas de SSR para mujeres transgénero	279/419 (67)
Acceso a cirugía de reasignación de sexo para mujeres transgénero	234/424 (55)
Acceso a otras cirugías afirmativas de género para mujeres transgénero	226/422 (54)
<i>Mujeres en prisión o centros de detención</i>	

Continuidad del acceso a tratamiento y apoyo a la adhesión para mujeres en prisión o centros de detención y a mujeres en reinserción a la sociedad	393/426 (92)
Abordaje del estigma y la discriminación relacionandos con el VIH de personal de prisiones y otras presas	399/428 (93)
Implementación consistente de directrices prácticas actualizadas en relación a las mujeres viviendo con VIH en prisión	388/426 (91)
<i>Mujeres con discapacidades</i>	
Acceso adaptado a la información y los servicios para mujeres con discapacidades	402/431 (93)
<i>Para todas las mujeres con VIH a lo largo de todo el ciclo vital</i>	
Educación integral sobre sexualidad	403/433 (93)
Eliminación de políticas etarias restrictivas	254/403 (63)
Tratamiento y apoyo para coinfecciones con TB	398/428 (93)

*No se incluyeron por descuido en la encuesta pero fueron señaladas posteriormente por las integrantes del GGR.

Una encuestada destacó la importancia de usar las directrices en países afectados por conflictos: Problemas relativos a la VBG y el VIH/sida para mujeres y niñas en Sudán del Sur. El ... país continúa agitado por problemas políticos e inseguridad, las mujeres y niñas siguen sufriendo la peor parte. La OMS debería ser más específica... sobre cómo abordar la VBG y el VIH/sida en mujeres y niñas en un país inseguro. (Sudán del Sur)

Discusión

Este estudio metodológicamente mixto, desarrollado y dirigido por mujeres viviendo con VIH, describe las experiencias de 945 participantes de 94 países a nivel global que participaron en una encuesta en línea y cuyos datos se describieron anteriormente. Otras 113 mujeres con VIH de poblaciones clave afectadas participaron en 11 debates de grupo focal (DGF) en siete países. Esto permitió que participantes con o sin limitaciones de alfabetización o sin acceso a un ordenador respondieran a las mismas preguntas de la encuesta y, mediante el diálogo, profundizaran en la comprensión y triangular los resultados. El análisis de datos no produjo diferencias significativas en las respuestas entre las participantes en la encuesta en línea y las de los DGF, con lo cual se validó el contenido de los resultados de la encuesta en línea (no se muestran los datos). Es el estudio más amplio de su clase que explora la SSR y DDHH de las mujeres con VIH. Lo que resulta preocupante es que el 89% de las mujeres que respondieron a la sección sobre VBG de la encuesta virtual manifestaron sufrir violencia. Las mujeres informaron de violencia relacionada con el VIH antes, desde y a causa del diagnóstico de VIH o una combinación de las tres opciones. El temor a la violencia fue más habitual que otras formas de VBG pero apareció un alto nivel de antecedentes de VP antes y después del diagnóstico. Es notable que los niveles más alto de violencia se produjeron después del diagnóstico en entornos sanitarios y en la comunidad. La literatura revisada por pares hasta la fecha no ha señalado el aumento de los niveles de VBG en tales entornos, ni la elevada proporción de encuestadas que reportan haber sufrido violencia en diferentes etapas de su vida. La VBG fue una alta prioridad para muchas mujeres con VIH, incluyendo trabajadoras sexuales, transgénero y usuarias de drogas. El rango y la complejidad de la violencia que sufrían las mujeres viviendo con VIH se combinaron para reducir su capacidad de disfrutar de su SSR y DDHH.

Las fortalezas de esta amplia consulta a mujeres con VIH incluyen el haber sido liderada por las usuarias, procurando garantizar la inclusión de mujeres con VIH en múltiples contextos y diversidades. Se basó en una técnica de bola de nieve a través de redes informadas, utilizando métodos cualitativos y cuantitativos, y obtuvo una amplia respuesta global. Con un reducido calendario y presupuesto, la limitación principal del estudio es que las participantes no representan a todas las mujeres viviendo con VIH y se vio sesgado hacia las mujeres con acceso a internet con interés en el activismo por su pertenencia a una lista de correos. La experiencia de VBG podría influir en el deseo de participar en cualquiera de las direcciones. Las cifras de cada una de las muchas poblaciones clave son relativamente pequeñas debido a lo expandido de la participación. Fue especialmente difícil acceder a mujeres jóvenes y mujeres viviendo con VIH en situaciones de conflicto, que podrían tener otras experiencias específicas de violencia que no se hayan contemplado en la encuesta. No obstante, la respuesta sobrepasó las expectativas y alcanzó suficiente amplitud y profundidad de información necesaria para sostener su posibilidad

de generalización. Las implicaciones para clínicos y creadores de políticas son: que el estigma y la discriminación contra las mujeres viviendo con VIH son formas de VBG y han de ser reconocidas como tales; y esa VBG es la que sufren habitualmente las mujeres viviendo con VIH a nivel global. La seguridad es la base de una respuesta eficaz a la violencia contra las mujeres en el contexto del VIH. La OMS/ONUSIDA han documentado la base de evidencia existente para intervenciones eficaces en cuatro áreas estratégicas: leyes y políticas eficaces, normas de género transformativas, servicios integrados de violencia contra las mujeres y VIH, y empoderamiento de mujeres y niñas mediante enfoques integrados multisectoriales [7]. Las encuestadas pusieron de relieve todas estas áreas estratégicas y también otras entre las que se incluyen las políticas sobre el uso de alcohol y el apoyo entre pares. Los entornos sanitarios deben ser lugares seguros para todas las mujeres, incluidas las poblaciones clave [42], y es necesario un debate que contribuya a una mayor sensibilización y evidencia en estas áreas. Las y los profesionales de salud y creadores de políticas deberían recibir formación para explorar los efectos de sus palabras y acciones, tanto sobre las propias mujeres como sobre su capacidad para cuidar de sus hijos e hijas. Además, las políticas relacionadas con el inicio de terapia antirretroviral deben tener en cuenta, medir y mitigar la VBG que puede aparecer tras el diagnóstico de VIH. Dado que muchas mujeres reciben su diagnóstico durante el embarazo, el personal sanitario y los creadores de políticas deben prestar especial atención al aumento de efectos del diagnóstico sobre la VBG. Teniendo en cuenta los informes de falta de seguridad y protección de DDHH en los servicios sanitarios, las vulneraciones de DDHH, incluida la prueba y la revelación del serostatus obligatorias, y la esterilización y el aborto forzados o bajo coacción debería ser abordada con especial urgencia. Esa información podría buscarse de manera directa (por ej., mediante consultas comunitarias, organizaciones no gubernamentales, reparaciones legales, denuncias) o indirectamente (por ej., midiendo el acceso a cuidados y tratamiento, no asistencia o futura permanencia en los servicios) [43]. Las implicaciones también incluyen que las mujeres viviendo con VIH tienen que conocer sus derechos y las diferentes formas de VBG, y que puedan identificar y nombrar la violencia, reconocer las vulneraciones de derechos, encontrar apoyo y desarrollar una mayor agencia para buscar reparaciones y seguridad. Además de las prioridades identificadas en la consulta, este estudio da apoyo a las sugerencias de que todo el personal sanitario sea equipado para indagar sobre la VBG como parte de las interacciones rutinarias, cotidianas, seguras dentro de los entornos sanitarios [44,45], como beneficio para todas las mujeres y niñas, en especial aquellas que viven con VIH. Los servicios sanitarios también deben tener vías formales para la planificación de defensoría y seguridad para las mujeres que declaran sufrir VBG [44,45]. En lo que se refiere a la investigación futura, hay una necesidad urgente de replicación, cuantificación, refinamiento y prueba de intervenciones basadas en las experiencias de violencia y las intersecciones de salud y DDHH a lo largo del ciclo vital. La investigación debería abordar la salud, la dignidad y el bienestar; la intersección entre violencia y exposición, adquisición e impacto del VIH; la intersección entre violencia y otros factores, como identidad y expresión de género; su impacto en la SSR y los DDHH de las mujeres viviendo con VIH; la capacidad de las mujeres para tomar antirretrovirales así como su capacidad para actuar como cuidadoras primarias de la siguiente generación.

Conclusiones

Las mujeres viviendo con VIH experimentan niveles inaceptables de violencia, incluso en entornos sanitarios, a lo largo de su ciclo vital. Este estudio contribuye a un aumento de la literatura sobre VBG en mujeres viviendo con VIH, tanto antes como después del diagnóstico. Los creadores de políticas globales deberían prestar atención a esta literatura en la formulación e implementación de políticas. Dado que las directrices examinan la base de evidencia formal que tarde cierto tiempo en ser publicada, cualquier dilación en la información o la implementación corre el riesgo de no llegar a las destinatarias a las que las políticas globales pretenden dar apoyo en ausencia de esa información clave. La información de base comunitaria puede funcionar como un sistema de monitorización precoz de gran valor a la hora de valorar las consecuencias inesperadas de las políticas globales. Ninguna mujer, con o sin VIH, debería tener que sufrir VBG, sobre todo en entornos sanitarios, sobre los que los creadores de políticas

y proveedores de servicios tienen mayor control. La VBG debería ser reconocida como una barrera para la eficacia de muchas políticas en lo que se refiere a prueba, atención, inicio de tratamiento y adhesión al mismo. Abordar la VBG como problema crítico de política tiene una importancia tanto instrumental como intrínseca. Las próximas directrices deberían abarcar recomendaciones de políticas, atención sanitaria formal y un punto de vista más holístico de los actuales SSR y DDHH de las mujeres viviendo con VIH en todas sus diversidades, lo que incluye la participación comunitaria, una base firme de seguridad y que se basen en un marco de DDHH.

Afiliaciones de las autoras

¹ Salamander Trust, London, UK; ² ATHENA Network, London, UK; ³ Women's Health Academic Centre, King's College London, London, UK; ⁴ Transgender Law Center, Oakland, CA, USA; ⁵ ATHENA Network, Seattle, WA, USA; ⁶ International Community of Women Living with HIV and AIDS (ICW) East Africa, Kampala, Uganda

Conflicto de intereses

Cecilia Chung, Hajjarah Nagadya, Marijo Vazquez y Alice Welbourn son mujeres viviendo abiertamente con VIH. Declaramos que no hay otro conflicto de intereses.

Contribuciones de las autoras

LO, SB, ETC, MJV y AW concibieron el estudio. Todas las autoras diseñaron el estudio y recopilaron e interpretaron los datos. LO y AW escribieron el primer borrador, y LO, SB, CC, HN y AW lo editaron. Todas las autoras aprobaron la versión final.

Reconocimientos

Muchas gracias a la doctora Manjulaa Narasimhan, del Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la OMS, que realizó el encargo de la consulta sobre la que se basa este artículo. Muchas gracias también a todas las integrantes del Grupo Global de Referencia y a todas las encuestadas que contribuyeron tanto a los resultados del estudio de investigación. El Grupo Global de Referencia estuvo formado por Nukshinaro Ao (India), Cecilia Chung (EEUU), Sophie Dilmitis (Zimbabue), Calorine Kenkem (Camerún), Svetlana Moroz (Ucrania), Suzette Moses-Burton (Saint Maarten), Hajjarah Nagadya (Uganda), Angelina Namiba (Reino Unido), Gracia Violeta Ross (Bolivia), Sophie Strachan (Reino Unido), Martha Tholanah (Zimbabue), Patricia Ukoli (Nigeria) y Rita Wahab (Líbano), todas ellas son mujeres viviendo con VIH.

Financiación

La consulta sobre la que se basa este artículo fue un encargo financiado por el Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la OMS.

Descargo de responsabilidad

Las autoras son las únicas responsables de los puntos de vista expresados en este artículo y no representan necesariamente las opiniones, decisiones o políticas de las instituciones a las que están afiliadas.

Referencias

1. Siemieniuk R, Krentz H, Miller P, Woodman K, Ko K, Gill M. The clinical implications of high rates of intimate partner violence against HIV-positive women. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 1999;64(1):328.
2. Gielen A, McDonnell K, Burke J, O'Campo P. Women's lives after an HIV-positive diagnosis: disclosure and violence. *Matern Child Health J.* 2000;4(2): 11120.
3. Zierler S, Cunningham WE, Andersen R, Shapiro MF, Nakazono T, Morton S, et al. Violence victimization after HIV infection in a US probability sample of adult patients in primary care. *Am J Public Health.* 2000;90(2):20815.
4. Campbell JC, Baty ML, Ghandour RM, Stockman JK, Francisco L, Wagman J. The intersection of intimate partner violence against women and HIV/AIDS: a review. *Int J Inj Contr Saf Promot.* 2008;15(4):22131. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/17457300802423224>
5. Osinde M, Kaye D, Kakaire O. Intimate partner violence among women with HIV infection in rural Uganda: critical implications for policy and practice. *BMC Womens Health.* 2011;11(1):50.

6. Dhairyawan R, Tariq S, Scourse R, Coyne K. Intimate partner violence in women living with HIV attending an inner city clinic in the UK: prevalence and associated factors. *HIV Med.* 2012;14(5):30310. 7. WHO/UNAIDS. 16 ideas for addressing violence against women in the context of the HIV epidemic: a programming tool [Internet]. Geneva: WHO/ UNAIDS; 2013.
8. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence [Internet]. WHO; 2013 [cited 2015 Nov 10]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf?ua=1
9. Li Y, Marshall C, Rees H, Nunez A, Ezeanolue E, Ehiri J. Intimate partner violence and HIV infection among women: a systematic review and metaanalysis. *J Int AIDS Soc.* 2014;17:18845, doi: <http://dx.doi.org/10.7448/IAS.17.1.18845>
10. Durevall D, Lindskog A. Intimate partner violence and HIV in ten subSaharan African countries: what do the Demographic and Health Surveys tell us? *Lancet Global Health.* 2015;3(1):e3443.
11. Zunner B, Dworkin S, Neylan T, Bukusi E, Oyaro P, Cohen C, et al. HIV, violence and women: unmet mental health care needs. *J Affect Disord.* 2015;174:61926.
12. Olowookere S, Fawole O, Adekanle D, Adeleke N, Abioye-Kuteyi A. Patterns and correlates of intimate partner violence to women living with HIV/AIDS in Osogbo, Southwest Nigeria. *Violence Against Women.* 2015;21(11):133040.
13. Feldman R, Manchester J, Maposhere C. Positive women: voices and choices in Zimbabwe. In: Cornwall A, Welbourn A, editors. *Realizing rights.* London: Zed Books; 2002. p. 6072.
14. Hidden in the mealie meal: gender-based abuses and women's HIV treatment in Zambia [Internet]. *Human Rights Watch;* 2007. 19.18(A). [cited 2015 Nov 10]. Available from: <http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/zambia1207web.pdf>
15. Hale F, Vazquez M. Violence against women living with HIV/AIDS: a background paper [Internet]. Development Connections and ICW with the Support of UNWomen; 2011 [cited 2015 Nov 10]. Available from: <http://salamandertrust.net/resources/VAPositiveWomenBkgrdPaperMarch2011.pdf>
16. Vazquez M, Hale F. Ethical considerations for an integral response to human rights, HIV and violence against women in Central America [Internet]. CIM: Inter-American Commission of Women, Organization of American States; 2011 [cited 2015 Nov 10]. Available from: <http://salamandertrust.net/resources/VIHVAW-ConsideracionesEticas-EN.pdf>
17. If I knew what would happen I would have kept it to myself: gender violence and HIV [Internet]. AIDS Legal Network; 2012 [cited 2015 Nov 10]. Available from: http://www.endvawnow.org/uploads/browser/files/gender_violence_hiv_report_summary.pdf
18. Paxton S. Positive and pregnant: how dare you a study on access to reproductive and maternal health care for women living with HIV in Asia [Internet]. Asia Pacific Network of People living with HIV; 2012 [cited 2015 Nov 10]. Available from: <http://salamandertrust.net/resources/APNReproductiveandMaternalHealthReportApril2012.pdf>
19. Hutchinson J, Perry G. Violence as a cause and consequence of women living with HIV in England [Internet]. *Sophia Forum;* 2012 [cited 2015 Nov 10]. Available from: http://www.sophiaforum.net/resources/Finalweb_SophiaForum_HIV_GBVreport2013.pdf
20. Mwanza J. Baseline report on intimate partner violence amongst people living with HIV [Internet]. COWLHA Malawi; 2012 [cited 2015 Nov 10]. Available from: <http://steppingstonesfeedback.org/resources/25/IPVCOWLHAREPORTFINAL.pdf>
21. Galtung J. Violence, peace, and peace research. *J Peace Res.* 1969;6(3): 16791.
22. Farmer PE, Nizeye B, Stulac S, Keshavjee S. Structural violence and clinical medicine. *PLoS Med.* 2006;3(10):e449.
23. Intimate partner violence during pregnancy: information sheet [Internet]. WHO; 2011 [cited 2015 Nov 10]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_RHR_11.35_eng.pdf
24. Global plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive 20112015 [Internet]. 2011 [cited 2015 Nov 10]. Available from: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_en_1.pdf
25. Chitembo A, Dilmitis S, Edwards O, Foote C, Griffiths L, Moroz S, et al. Towards an HIV-free generation: getting to zero or getting to rights? *Reprod Health Matters J.* 2012;20(39):513.
26. Consolidated guidelines on the use of anti-retroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach [Internet]. 2013 [cited 2015 Nov 10]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85321/1/9789241505727_eng.pdf

27. Welbourn A. WHO's poor consultation with patients on HIV guidance has denied women choice in drug treatment. *BMJ*. 2014;348:f7601.
28. Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV [Internet]. 2015 [cited 2015 Nov 10]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186275/1/9789241509565_eng.pdf
29. AVAC, ATHENA, Salamander Trust, UNWomen. Key barriers to women's access to HIV treatment: making 'Fast-Track' a reality [Internet]. 2015 [cited 2015 Nov 10]. Available from: http://salamandertrust.net/resources/web_UNWomenetal_IAS_treatment_access-4pp.pdf
30. Heise L, Ellsberg M, Gottmoeller M. A global overview of gender-based violence. *Int J Gynecol Obstet*. 2002;78(Suppl 1):S514.
31. Southern Africa Litigation Centre. African Commission on human and peoples' rights condemns involuntary sterilisation of women living with HIV in Africa [Internet]. Southern Africa Litigation Centre; 2013 [cited 2015 May 7]. Available from: <http://www.southernafricalitigationcentre.org/2013/11/12/african-commission-on-human-and-peoples-rights-condemns-involuntarysterilisation-of-women-living-with-hiv-in-africa/#>
32. Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS: guidelines on care, treatment and support for women living with HIV and their children in resource-constrained settings [Internet]. WHO; 2006 [cited 2015 Nov 10]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924159425X_eng.pdf
33. Orza L, Welbourn A, Bewley S, Crone E, Vazquez M. Building a safe house on firm ground: key findings from a global values and preferences survey regarding the sexual and reproductive health and human rights of women living with HIV [Internet]. Salamander Trust; 2015 [cited 2015 Nov 10]. Available from: http://salamandertrust.net/resources/BuildingASafeHouseOnFirmGroundFINAL_report190115.pdf
34. Raab M, Stuppert W. Review of evaluation approaches and methods for interventions related to violence against women and girls (VAWG). United Kingdom Department for International Development; 2014 [cited 2015 Nov 10]. Available from: http://r4d.dfid.gov.uk/pdf/outputs/misc_gov/61259-Raab_Stuppert_Report_VAWG_Evaluations_Review_DFIG_20140626.pdf Orza L et al. *Journal of the International AIDS Society* 2015, 18(Suppl 5):20285 <http://www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/20285> | <http://dx.doi.org/10.7448/IAS.18.6.20285>
35. Creswell J, Klassen A, Clark V, Smith K. NIH Office of Behavioral and Social Sciences Research (OBSSR) mixed methods research index [Internet]. *Obsr.od.nih.gov*; 2015 [cited 2015 Apr 1]. Available from: http://obssr.od.nih.gov/scientific_areas/methodology/mixed_methods_research/index.aspx
36. Jagosh J, Bush P, Salsberg J, Macaulay A, Greenhalgh T, Wong G, et al. A realist evaluation of community-based participatory research: partnership synergy, trust building and related ripple effects. *BMC Public Health*. 2015; 15(1):725.
37. Salamander Trust Values and Preferences Survey (Questionnaire): sexual and reproductive health and human rights for women living with HIV [Internet]. 2014 [cited 2015 Nov 10]. Available from: <http://www.salamandertrust.net/resources/SalamanderSRHRWHOsurveyforCirculationENGLISHMay2014.pdf>
38. McAdam E, Lang P. *Appreciative work in schools*. Chichester: Kingsham Press; 2009.
39. In women's words: HIV priorities for positive change [Internet]. ATHENA Network; 2011 [cited 2015 Nov 10]. Available from: <http://wecareplus.net/resources/InWomen%27sWordsFinal.pdf>
40. Putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women [Internet]. WHO; 2001 [cited 2015 Nov 10]. Available from: <http://www.who.int/gender/violence/womenfirtseng.pdf>
41. Guidelines on ethical participatory research with HIV positive women [Internet]. ICW; 2004 [cited 2015 Nov 10]. Available from: <http://www.icw.org/files/EthicalGuidelinesICW-07-04.pdf>
42. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations [Internet]. WHO; 2014 [cited 2015 Nov 10]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128048/1/9789241507431_eng.pdf?ua1&ua1
43. Whiteford L, Vindrola-Padros C. *Community participatory involvement*. Walnut Creek, California, USA: Left Coast Press; 2015 [cited 2015 Nov 10]. Available from: <http://www.lcoastpress.com/book.php?id=587>
44. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women WHO clinical and policy guidelines [Internet]. 2013 [cited 2015 Nov 10]. Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>
45. Domestic violence and abuse: how health services, social care and the organisations they work with can respond effectively [Internet]. National Institute of Health and Social Care Excellence; 2014 [cited 2015 Nov 10]. Available from: <http://www.nice.org.uk/guidance/PH50>