



Fundación para Estudio e
Investigación de la

Monitoreo de las Metas de UNGASS en Salud Sexual y Reproductiva

“Sociedad Civil Luchando por Derechos”

Informe Argentina - Enero 2008 -

Este informe fue realizado en el marco del proyecto Monitoreo de las Metas de UNGASS en Salud Sexual y Reproductiva “Sociedad Civil Luchando por Derechos” coordinado por GESTOS Brasil y con el apoyo de Fundación Ford y ONUSIDA.

SECCIÓN I

PANORAMA GENERAL DEL SISTEMA DE SALUD DEL PAÍS Y DE LAS POLÍTICAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y DE VIH/SIDA

Describa el sistema de salud del país, con énfasis en la delimitación de las acciones de salud que se obtiene desde el gobierno y aquellas que deben ser pagadas por el (la) ciudadano(a);

La salud como derecho no constituye en Argentina un concepto muy incorporado culturalmente en la población. El aspecto biomédico es el que más se visualiza. En general, cuando en Argentina se habla de derechos humanos, principalmente se refieren a los derechos civiles y políticos y no a los derechos sociales y económicos. El derecho a la salud si bien está visualizado socialmente como un derecho humano fundamental no hay una cultura de exigencia, demanda y monitoreo por parte de toda la población. Esto ha determinado en parte la escasa participación de la sociedad civil en la lucha por las reivindicaciones relacionadas con el derecho a la salud.

En la década del '90 se produce un profundo cambio de la política económica y social, que aceleró el proceso de achicamiento del Estado, con una tendencia a la privatización de los servicios de salud, y la descentralización nación-provincia-municipio de la gestión y administración de estos servicios. Descentralización que tuvo profundas consecuencias de inequidad en la salud de la población, ya que se transfirió a las provincias las responsabilidades de promoción y atención de la salud transfiriendo hospitales públicos y otros efectores, sin la transferencia de las partidas presupuestarias de la administración central. Esto repercutió en la atención de la salud en general y del VIH/SIDA en particular, simultáneamente la epidemia registró un marcado crecimiento y un cambio de su perfil epidemiológico, incrementando su prevalencia en los sectores más pobres de la población y en las mujeres.

Las distintas jurisdicciones: provincias y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, tienen por mandato la responsabilidad del cuidado y protección de la salud de la población. Por su parte, el gobierno nacional se encuentra habilitado para la sanción de normas en materia sanitaria. En la última reforma de la Constitución Nacional, ocurrida en el año 1994, se otorgó jerarquía constitucional al derecho a la salud y al goce de un medioambiente sano, mediante su explícita incorporación en el texto constitucional, así como también se sancionó el reconocimiento a Declaraciones, Convenciones y Pactos Internacionales como la Convención Americana sobre Derechos Humanos, la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Convención de Derechos de los Niños. Asimismo, la Constitución señala en sus Artículos 14 bis y 75 inciso 23 la obligación del Estado de garantizar la seguridad social médica de los ciudadanos.

El sistema de salud argentino actualmente está constituido por tres subsectores: el público, el de Obras Sociales y el privado, evidenciando una gran fragmentación que tiende a profundizarse.

En el subsector público convergen las funciones del estado nacional, provincial y municipal, está compuesto por hospitales públicos, en su mayoría de dependencia provincial y municipal, policlínicos centros de atención ambulatoria y centros de atención primaria. Posee el mayor número de camas de internación así como la mejor distribución geográfica. Si bien tiene en algunas zonas una complejidad de atención médica potencialmente alta, debido a la disminución de recursos económicos especialmente en los años noventa y debido a la política de ajuste estructural, en muchos casos se disminuyó su nivel de complejidad.

Este sector se orienta a la atención médica principalmente de la población pobre y de escasos recursos económicos que no cuenta con cobertura médica, debido al desempleo y/o al aumento del trabajo precario, y de quienes no tienen medios económicos suficientes para acceder al subsector privado, garantizando los servicios básicos y la asistencia esencial mediante prestaciones gratuitas. Es financiado por los impuestos federales, provinciales y tasas municipales. El aumento de la desocupación en los últimos años (agravada desde fines del año 2001, con la grave crisis económica que lleva al empobrecimiento de casi el 50% de la población) redujo la población cubierta por la Seguridad Social y aumentó la demanda de atención en los hospitales públicos, con el consiguiente

deterioro de la calidad de la atención por la disminución de los presupuestos públicos. Este subsector es el principal responsable de la atención de enfermedades infecto-contagiosas y crónicas, especialmente el VIH/SIDA. Los pacientes asistidos a cargo del Gobierno Nacional representan aproximadamente el 70% de la población bajo tratamiento, así como de las actividades de prevención.

El Subsector de la Seguridad Social Médica, llamado Obras Sociales, por su parte, está destinado a atender a los trabajadores en relación de dependencia y sus familias. También cubre a los jubilados y pensionados a través de una entidad especial. Dentro del sistema de Obras Sociales se incluyen las Fuerzas Armadas, con hospitales y dependencias propias para la atención de la salud de sus beneficiarios. Desde 1996 se reguló por Ley nacional el Programa Médico Obligatorio de atención que obliga a cubrir la atención de las personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS). En el 2000 se incorporó la obligatoriedad de la información de personas atendidas por VIH/SIDA para el recupero a través de subsidios especiales que reciben por atención de las PVVS. Este grupo aumentó en los '90 con un brusco incremento en el 2001-2002.

Por último, el Subsector Privado, se caracteriza por tener una gran cantidad de efectores de atención ambulatoria muy bien distribuidos en todo el país. Los hospitales privados o sanatorios, si bien han aumentado en cantidad en los últimos treinta años son muy dispares en complejidad y en cantidad de camas de internación. En general están orientados a la atención de las enfermedades agudas no infecto-contagiosas. Muy especialmente desde los años noventa, han desarrollado modalidades de seguro privado y la desregulación de las obras sociales aplicada desde 1993, que varían en el tipo y cantidad de las prestaciones les permitió ampliar su capacidad. Debido al deterioro de la atención de las obras sociales, los afiliados con mayores ingresos pueden cambiar de obra social y/o contratar seguros privados. El seguro privado debe cubrir a sus beneficiarios el Programa Médico Obligatorio que incluye la atención del VIH/SIDA según ley vigente desde 1996. Sin embargo, no hay capacidad de contralor por parte de las autoridades de salud respecto a su cumplimiento.

Con el objetivo de coordinar las políticas de salud, que albergan tal diversidad de actores y escenarios a nivel país, a partir del año 2002 el Ministerio de Salud fortalece el papel del Consejo Federal de Salud (COFESA) como eje rector del sistema, integrado por los Ministerios o Secretarías de salud de todas las provincias y CABA, fijando prioridades y objetivos para todos los actores involucrados. En este contexto, se impulsan en el año 2004 las bases del Plan Federal de Salud, el nuevo modelo sanitario que propone la estrategia de la APS como organizadora del sistema, planificada por el Ministerio de Salud de la Nación en articulación con las provincias, promoviendo una mayor equidad en el acceso y financiamiento.

En la Declaración del Milenio de Naciones Unidas (año 2000) se fijan los objetivos generales para las políticas de desarrollo a alcanzarse Objetivos de Desarrollo del Milenio –ODM–, que cada país adecua a su situación particular, asignándoles metas específicas. Los ODM guían las actuales políticas nacionales de salud en Argentina, aquellos ODM y metas vinculados a la temática en cuestión son:

-Objetivo 5: Reducir la mortalidad infantil.

-Objetivo 6: Mejorar la salud materna.

-Objetivo 7: Combatir el VIH/SIDA, la Tuberculosis, el Paludismo, el Chagas y otras enfermedades.

A continuación se presentan las políticas y programas nacionales de VIH/SIDA y SSyR y las acciones que desarrollan.

Política de VIH/SIDA, incluyendo el acceso a medicamentos;

Argentina es uno de los primeros países de América Latina en contar con una legislación para enfrentar la epidemia y proteger los derechos de las personas con VIH/SIDA. En 1990 se sanciona la Ley Nacional N° 23798 de Lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, la cual declara de interés nacional la lucha contra el SIDA y establece que su autoridad de aplicación es el Ministerio

de Salud de la Nación. Esto significa que corresponde a este último el diagnóstico y tratamiento, como también su prevención, tal norma indica que el Estado debe garantizar el cuidado y la atención de la enfermedad y el acceso a exámenes de diagnósticos, asegurando la confidencialidad y el consentimiento para la realización de las pruebas. Tanto la Ley como su Decreto Reglamentario N° 1244, sancionado en el mismo año, normatizan el proceder de los profesionales de salud en la detección y atención del VIH/SIDA.

En 1992, de acuerdo a la Ley N° 23.798, se creó el Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ITS (PNLRHS), con el fin de disminuir la infección por VIH y ITS en la población general, prevenir la infección por VIH en poblaciones vulnerables y en general, erradicar la transmisión materno-fetal del VIH, y mejorar la calidad de vida de las personas viviendo con VIH/SIDA. Tiene además como objetivos: fortalecer las políticas públicas nacionales y provinciales, reforzar el análisis de la situación y tendencia de la epidemia; consolidar los aspectos administrativos, gerenciales, de logística y gestión del programa; disminuir la incidencia de la infección por VIH/SIDA y fortalecer la asistencia a las personas viviendo con VIH/SIDA; y disminuir la incidencia de las infecciones de transmisión sexual y fortalecer el diagnóstico y tratamiento de las mismas.

El PNLRHS administra el 100% de los tratamientos ARV y para enfermedades oportunistas, y realiza seguimiento a PVVS, en el marco de la Ley N° 23798/90, que obliga al Estado Nacional a realizar las acciones necesarias para la prevención, asistencia y rehabilitación de las personas viviendo con VIH/SIDA, incluidas las patologías derivadas y las medidas destinadas a evitar la propagación.

En 1994, el Ministerio de Salud publica su Resolución N° 169, que establece el “vademécum básico para la atención de pacientes de VIH”. Establece las prestaciones obligatorias de las Obras Sociales a las PVVS y a los usuarios de drogas, siendo obligadas a la cobertura total de la atención médica y psicológica y de medicamentos. En 1996 se promulga la Ley N° 24754 de Prestaciones Obligatorias, que obliga a los seguros prepagos (subsector privado) a financiar los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas con VIH/SIDA, así como a desarrollar programas de prevención y promoción.

En 1997, el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, firmó convenios con los ministerios provinciales, asumiendo el compromiso de proveer las drogas para el tratamiento del VIH/SIDA de las personas en tratamiento que la provincia denuncie. Los mismos establecieron responsabilidades compartidas entre la nación y las provincias, si bien la principal responsabilidad le cabe al Ministerio Nacional.

A fines de 1997 ante el incumplimiento de la provisión de medicamentos por parte del Ministerio de Salud de la Nación, ocho ONGs iniciaron un juicio, abogando por el acceso al tratamiento para las PVVS. La jueza planteó un recurso de amparo estableciendo que el Ministerio en 48 horas debía cubrir la provisión en casos de denuncia. Esto continúa vigente hasta la fecha. Con posterioridad las ONGs ganaron el juicio, que fue apelado en segunda instancia y luego ante la Corte Suprema de justicia, que en el 2000 reiteró la sanción al Ministerio de Salud.

En 1997 el Ministerio aprobó por Resolución N° 124 las Recomendaciones para la Transmisión Perinatal del VIH/SIDA que estableció la obligación de ofrecer el test del VIH a las mujeres embarazadas y el tratamiento con AZT a las que resultan positivas. Esta norma fue revisada en el 2001, en mayo 2002 se aprobaron sus modificaciones que rigen en todo el país¹. Entre el 2000 y el 2001 se modificaron las resoluciones de trámites para incorporación de personas a tratamiento, se adecuó el decreto reglamentario de la ley creándose el registro de infectados (2001), se gestionó una resolución del SEDRONAR (Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico) para el reconocimiento de los programas de reducción de daños y se estableció la obligación de las pruebas de bioequivalencia y biodisponibilidad de los medicamentos ARV que se distribuyen.

¹ Ministerio de Salud de la Nación “Recomendaciones para la Prevención de la Transmisión Perinatal del VIH” Argentina, Septiembre 2002.

Desde el 2002 Argentina ha liderado la renegociación de precios de medicamentos para VIH/SIDA en la región, y ha emprendido junto con Brasil la creación de una empresa binacional de producción de fármacos y reactivos. El país se ha convertido en referente regional en la negociación de precios de ARV llevada a cabo en Perú en el año 2003, que permitió que 10 países de la región latinoamericana hayan podido acceder a precios hasta un 90% por debajo de lo que se estaba pagando, dado que tenía los menores precios de la subregión.

Política de Salud Sexual y Reproductiva.

Argentina se caracterizó por una política pronatalista que rechazaba las distintas formas de planificación familiar. En la década de los sesenta, con el desarrollo de los métodos anticonceptivos modernos, especialmente los hormonales en forma de píldoras, se desarrollaron actividades en los distintos niveles (Público y de la Seguridad Social). En 1974 el gobierno nacional aprueba el Decreto N° 659/74 prohibiendo toda acción directa o indirecta de planificación familiar en los hospitales públicos y en la Seguridad Social, y establece la venta de anticonceptivos con receta triplicada, como los psicotrópicos. En 1978, el gobierno militar aprueba el Decreto N° 3938 en base a lo establecido por una comisión creada por el gobierno constitucional, el mismo reitera y ratifica lo establecido en el Decreto N° 659/74. Recién en 1986 éste último Decreto se deroga y se reconocen los derechos reproductivos como derechos humanos. Sin embargo a pesar de crearse la norma técnica a fines de los '80, no se desarrollan estas actividades. Desde 1992, en casi la mitad de las provincias se fueron aprobando leyes que creaban Programas provinciales y establecían normas de funcionamiento para cubrir esta atención.

El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) creado en el Ministerio de Salud de la Nación en el año 2003 por la Ley nacional N° 25.673, sancionada en octubre del año 2002. Son objetivos del programa: a) Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacción o violencia; b) Disminuir la morbilidad materno-infantil; c) Prevenir embarazos no deseados; d) Promover la salud sexual de los adolescentes; e) Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/SIDA y patologías genitales y mamarias; f) Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable; g) Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable. Asimismo establece que el programa está destinado a la población en general, sin discriminación alguna.

El programa menciona entre sus fundamentos que *“El concepto de salud sexual y reproductiva implica el derecho de tener relaciones sexuales gratificantes sin coerción, sin temor a infecciones o a embarazos no deseados, la posibilidad de poder regular la fecundidad, el derecho a un parto seguro y sin riesgos y el derecho a dar a luz y a criar niños saludables”*. Asimismo tiene como propósito *“Contribuir al desarrollo integral físico, mental y social de la población en general, sin discriminación alguna y en todas las etapas de su ciclo vital. Tiene en cuenta los diversos aspectos relacionados con su salud sexual y reproductiva, contemplando acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y autocuidado”*.

Por la organización federal en Argentina, las provincias son las principales responsables de la implementación del programa. El Programa Nacional se propone fortalecer los niveles provinciales a través de asistencia técnica, capacitación y financiamiento de sus referentes para reforzar los equipos existentes, coordinar y acompañar la programación, monitoreo y evaluación de los Planes de Acción, así como el control de las transferencias de insumos a las mismas.² El PNSSyPR logró superar la tradición antinatalista muy arraigada en el país.

² Dirección Nacional de Salud Materno Infantil-Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación “Documento institucional del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable”. http://www.msal.gov.ar/htm/site/salud_sexual/site/default.asp

Su implementación abarca la entrega de insumos (preservativos, anticonceptivos hormonales inyectables, para lactancia, combinados y de emergencia; dispositivos intrauterinos y cajas de instrumental para su colocación) a las provincias para su distribución gratuita en los Centros de Atención Primaria y hospitales públicos, a solicitud de las/los usuarias/os, con asesoramiento o consejería especializada; asistencia técnica y apoyo a las autoridades provinciales; capacitación a los equipos de salud; producción y entrega gratuita de materiales didácticos de difusión; actividades de comunicación social y campañas; y articulación de actividades con otras áreas y programas.

Si bien la Ley N° 25.673 excluía la anticoncepción quirúrgica, y la educación sexual se planteaba sólo para escuelas del sistema público, con posterioridad se sancionan leyes que reconocieron la anticoncepción quirúrgica (agosto de 2006) y la educación sexual en todos los establecimientos educativos públicos y privados (octubre de 2006). A pesar del desarrollo de los servicios asistenciales públicos y privados y del alto nivel institucional que se registra desde hace más de tres décadas, aún la tasa de mortalidad materna es elevada y desde hace casi dos décadas no se logró disminuirla sustancialmente. Las complicaciones del aborto constituye la principal causa de muerte materna.

La legislación es restrictiva respecto al aborto y su interpretación es aun más restrictiva. Si bien está despenalizado en caso de riesgo para la salud y la vida de la mujer y en caso de violaciones, no se registran casos en que se efectuaron abortos en hospitales públicos. Desde hace unos cinco años, existen muchos casos que encuadran como no punibles, sin embargo, en caso de solicitar esta prestación en hospitales públicos existe una tendencia solicita autorización legal y hay un rechazo sistemático a practicarlo.

Preguntas

¿Hay algún comité o cuerpo dentro del Programa Nacional de SIDA que solamente se ocupe en atender asuntos de mujeres con respecto al VIH/SIDA? En caso de que así sea, ¿cuáles son algunas de las estrategias que el Programa ha adoptado para fortalecer a las mujeres?

El PNLRHS no cuenta con comités o cuerpos específicos que se ocupen de atender solamente asuntos de mujeres con respecto al VIH/SIDA. Si bien existen algunas instancias formales e informales de articulación entre PVVS y las estructuras gubernamentales, la participación de las mujeres y específicamente la perspectiva de género y la incorporación del VIH como temática de salud sexual y reproductiva no se abordan significativamente.

El PNLRHS cuenta con un Comité Técnico Asesor creado por Resolución Ministerial N° 866 en el año 2002, con la finalidad de prestar asesoramiento técnico a su Dirección Ejecutiva. Está integrado por un representante de la Red de Personas Viviendo con VIH/SIDA, Organismos de Gobierno y Sociedades Científicas.

¿Existen espacios formales para la integración entre los programas de VIH/SIDA, SSyR y control de las ITS?

No. En la formulación de los Programas mencionados se propone la atención integral y las acciones de articulación, aún están fragmentados. A nivel nacional, se trabaja de manera disociada, evidenciándose la falta de articulación entre las políticas y los servicios de Salud Sexual y Reproductiva y los de VIH/SIDA, si bien en el cuerpo de la Ley Nacional N° 25673 se incorporan los problemas vinculados al VIH/SIDA, sin embargo las mismas continúan siendo de exclusiva responsabilidad del PNLRHS. La desarticulación entre los servicios de SSyR y los de VIH/SIDA es una constante en todas las jurisdicciones.

No se ha elaborado material específico que aborde estos temas, la capacitación conjunta y/o separada de los profesionales es escasa y las iniciativas de articulación parecen vincularse más a

voluntades personales que a decisiones gubernamentales. Tanto el PNLRHS como el PNSSyPR se desentienden de las responsabilidades que le compete al otro: el primero se desentiende de la anticoncepción de las PVVS y el segundo no aborda la cuestión del VIH/SIDA. Los argumentos de quienes trabajan en VIH/SIDA es que la SSyR no es su especialidad y a la inversa quienes trabajan en SSyR. La relación entre anticoncepción y el VIH se reconoce, pero existen obstáculos para abordarlas de manera integral, tanto por parte de los responsables gubernamentales a nivel nacional, provincial y local, más aún por los profesionales de los servicios asistenciales.

En los programas o servicios públicos, se percibe una distancia entre los servicios de infectología, que se ocupan de la atención y tratamiento de las PVVS, y aquellos que atienden la SSyR. Estos no trabajan de manera articulada, por lo tanto no abordan el tema de manera integral, aún cuando se reconoce la necesidad de hacerlo de manera conjunta.

¿Existe alguna política definida para el control de las ITS?

La política para el control de las ITS está contemplada dentro del PNLRHS, en tanto allí se propone disminuir la infección por ITS en la población general. Entre los objetivos, se encuentran aquellos enmarcados en: desarrollar actividades tendientes a la promoción de prácticas sexuales que impliquen un menor riesgo de adquirir infecciones transmisibles sexualmente, promover el uso de los métodos de barrera para la prevención de infecciones transmisibles sexualmente, articular esfuerzos con los servicios de diagnósticos y tratamientos de ITS.

EL PNLRHS se propone la realización de talleres regionales de capacitación en ITS, el desarrollo de un sistema de vigilancia, la elaboración de Recomendaciones y Guías de manejo para la detección y tratamiento orientadas a los equipos de salud³, tanto a nivel individual (tratamiento, uso de preservativo, investigación) como a nivel comunitario.

ESTADÍSTICAS BÁSICAS SOBRE LA EPIDEMIA Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La población Argentina asciende a 38.970.611 habitantes según estimaciones del INDEC para el año 2006, que se reparte en 19.083.828 varones y 19.886.783 mujeres.⁴

La estructura de la pirámide poblacional muestra, de acuerdo a datos del Censo 2001⁵, que los menores de 15 años alcanzan el 28,3% del total de habitantes, la franja poblacional entre los 15 y los 64 años condensa el 61,8% de los habitantes, y los de 65 años y más totalizan el 9,9%.

De acuerdo a la distribución de la población según habite en zonas rurales o urbanas (localidades de 2.000 y más habitantes), el 89,5% de los habitantes del país reside en áreas urbanas.

La década del 90 supuso el impulso de un amplio conjunto de reformas estructurales en el campo de la política económica (privatizaciones, desregulación económica, plan de convertibilidad, flexibilización laboral, modificación del régimen previsional, etc.), afectando decisivamente las condiciones de vida de la población.

La tasa de desempleo en 1991 era aproximadamente del 10%; a fines de la década superaba el 20%. El análisis de la evolución de la tasa de desocupación durante los últimos años, permite identificar dos etapas diferenciadas: un primer período -entre 1998 y 2002- de agravamiento de la situación general del mercado de trabajo con un fuerte incremento del desempleo (pasó del 12,9% al 19,6%), y un segundo período -entre el año 2003 y 2004- en el que se advierte un cambio de tendencia, con una disminución del desempleo. La tasa marca un valor de 12,6% para el total de aglomerados en el 2do.Semestre de 2004.⁶

³ "Guía de Manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual" (2004), "Recomendaciones para la Prevención de la transmisión vertical de Sífilis" (2003) Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ITS, Ministerio de Salud de la Nación.

⁴ Estadísticas Vitales Año 2006, Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud.

⁵ INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, 2001.

⁶ Objetivos de Desarrollo del Milenio, Informe País 2005, Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, Presidencia de la Nación.

Desde fin del 2001, se evidenció un gran aumento de la inequidad social, llevando a la pobreza a millones de ciudadanos. Se registra una amplia desigualdad en la distribución de bienes, con una persistente concentración de los ingresos en el 10% del grupo más alto en la pirámide. En el primer trimestre del 2007, la distancia respecto del decil de más bajos ingresos fue de 30 veces.⁷

La población bajo la línea de pobreza alcanzó en aglomerados urbanos en el 2003 al 54,7%, en tanto que la población bajo la línea de indigencia llegó al 26,3% en el mismo año.⁸ Luego del crecimiento tanto de la pobreza como de la indigencia hasta el 2003, a partir del 2004 se advierte una reducción paulatina en el primer semestre del 2005 los valores eran de 38,5% y 13,6% respectivamente.

De acuerdo a datos del año 2001⁹, el 52% del total de la población tenía cobertura de salud (Obra social y/o plan de salud privado o mutual), el restante 48,1% no poseía cobertura, el 50% son hombres y el restante 49% son mujeres.

En el campo de la Educación, el porcentaje de Alfabetismo en la población de 10 y más años alcanzó el 97,4% en el año 2001 (El restante 2,6% se reparte entre un 48% hombres, y un 52% mujeres)¹⁰. La inequidad en este campo se observa, entre otros aspectos, en que los sectores de más bajos recursos no logran terminar el ciclo primario/ secundario, debido a que desertan o repiten por factores, socioeconómicos, familiares y/o que trabajan.

La tasa global de fecundidad por mil habitantes estimada para el período 2005-2010 es de 2,3 hijos por mujer, se registra una mínima pero progresiva reducción en el número de esta tasa.¹¹ La tasa de natalidad fue del 17,9‰ para el año 2006.¹²

La tasa de fecundidad adolescente sube en el país desde el año 2003, cuando se quebró la tendencia descendente de los últimos 25 años: de 56,4 en 2003 trepó a 62,8 por cada 1000 en 2004, en 2005 aumentó levemente ya que el resultado muestra que 64 chicas de cada mil de entre 15 y 19 años fueron madres.¹³

En 2006, el total de nacimientos fue de 696.451, cifra que se mantiene más o menos estable desde hace años. El 15,3% correspondió a madres menores de 20 años. Hay grandes diferencias entre provincias: las tasas más altas de fecundidad adolescente corresponden a Chaco, Formosa y Misiones, donde se supera ampliamente el promedio nacional. La más baja, muy por debajo de la media del país, se registra en la ciudad de Buenos Aires.

Del número de hijos nacidos vivos para el periodo mencionado, casi la totalidad de estos nacimientos ocurrieron en un establecimiento de salud (partos institucionales: 99,2%) y fueron atendidos por personal capacitado (médicos o parteras).¹⁴ El subsistema público atendió el 60,1% de esos nacimientos.

La tasa de mortalidad materna exhibe una tendencia en leve ascenso, con un promedio de 4,3 por 10.000 nacidos vivos entre 1990 y 2004 (para el 2005, fue de 3,9, aumentando a 4,8 para el año 2006).¹⁵ Las causas que conducen a la mortalidad materna en Argentina son mayoritariamente reducibles mediante acciones de prevención y una adecuada atención del embarazo y el parto. El principal determinante de estas muertes, que representa el 27,0% del total de defunciones, es el aborto. Entre 1995 y 2000, las internaciones por complicaciones de aborto crecieron un 46,0% en los hospitales públicos.

⁷ INDEC, Encuesta Permanente de Hogares (EPH).

⁸ INDEC, Encuesta Permanente de Hogares (EPH).

⁹ INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, 2001.

¹⁰ INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, 2001.

¹¹ INDEC, "Estimaciones y proyecciones de población. Total del país 1950-2015". Serie Análisis Demográfico N° 30. INDEC. Buenos Aires, 2004.

¹² Estadísticas Vitales año 2006, Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud.

¹³ Estadísticas Vitales año 2005, Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud.

¹⁴ Estadísticas Vitales año 2006, Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud.

¹⁵ Estadísticas Vitales año 2006, Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud.

El embarazo adolescente presenta un mayor riesgo de muerte materna. Si bien encuestas recientes demuestran que un gran porcentaje de madres adolescentes desea espaciar los nacimientos, un importante número de mujeres repite un embarazo antes de llegar a los 20 años.

Las proporciones más elevadas de defunciones maternas se registran en las provincias del NOA y del NEA. Sin embargo, es en aquellas regiones donde la tasa de mortalidad materna se redujo con mayor intensidad durante el período 1990-2003.

El cáncer del cuello uterino representa aproximadamente el 10% de la mortalidad femenina por cáncer. De acuerdo a datos del año 2006¹⁶, se registraron en Argentina 1006 muertes por tumor maligno de cuello uterino (sobre un total de 137.647 defunciones femeninas). Se estima que el número es aún mayor, dado que muchas muertes por cáncer de cuello de útero se registran como muertes por cáncer de útero sin especificar su localización (cuello o cuerpo de útero). En el mismo año, el total de muertes por cáncer de útero registrado en el país (en cuello, cuerpo y no especificado) fue de 2442.

La tasa de mortalidad infantil a nivel país fue del 12,9‰ en el año 2006 (con extremos en la CABA de 8,3 y Formosa con 24,2 por mil nacidos vivos), mientras que para 1990 la misma se ubicó en un valor de 25,6‰, lo que indica un paulatino descenso año a año a lo largo del período considerado. La tasa de mortalidad neonatal fue de 8,5 y la postneonatal de 4,4 para el período señalado.¹⁷

Como conclusión general del apartado, queda remarcar en todos los indicadores señalados la desigualdad territorial a nivel país. La misma tiene sus puntos más críticos principalmente en las regiones del Noreste y Noroeste del país. Así también, destacar el escenario de alta vulnerabilidad legado de las últimas décadas y que aún muestra sus efectos, escenario de extremo deterioro de las condiciones laborales y de las condiciones de vida de la población.

SITUACIÓN ACTUAL DEL VIH/SIDA EN ARGENTINA

La epidemia de VIH/SIDA en Argentina ha evolucionado en forma disímil desde que se registró el primer caso en el año 1982, aumentando significativamente el número de PVVS y alcanzando en 1998 en algunas áreas del país niveles de incidencia y prevalencia muy elevadas, aproximadamente el 40% ha surgido desde 2001.¹⁸ En los últimos años se observa una marcada tendencia a la feminización de la epidemia.

Las estimaciones durante el año 2007 en forma conjunta entre ONUSIDA, OMS y el PNLRHS muestran que aproximadamente 134.000 (128.000 a 140.000) personas viven con VIH/SIDA en Argentina, de las cuales un 50% desconocerían su situación serológica.¹⁹

El número de enfermos de SIDA notificados en la Argentina a octubre de 2007 es de 34.214 personas. Tomando en cuenta el retraso en la notificación de los nuevos enfermos, se estima que el número real de personas enfermas es de 36.570. Sobre el total de casos acumulados, las mujeres representan el 25,1% los hombres el 74,6%.²⁰

La epidemia de VIH/SIDA tuvo una expansión particularmente acelerada durante la década de los noventa. A partir del año 2000, la tasa de incidencia del SIDA registra una constante reducción, a pesar que todavía presenta niveles comparativamente altos respecto al año 1990 (17 por millón de habitantes). Según las estimaciones, la tasa de incidencia en el 2006 fue de 44 casos por millón de habitantes y en el 2007 será de 41 casos por millón de habitantes presentando respecto a 1996 una

¹⁶ Estadísticas Vitales año 2006, Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud.

¹⁷ Estadísticas Vitales año 2006, Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud.

¹⁸ A partir del 1º de junio de 2001 se incorpora al registro de SIDA la notificación obligatoria por VIH. El Programa Nacional de Lucha contra los RH, SIDA e ITS, comienza a trabajar en forma conjunta con los Programas Provinciales de SIDA, efectores de salud y médicos notificantes para realizar la reconstrucción histórica del mencionado registro.

¹⁹ Programa Nacional de Lucha contra los retrovirus del humano, SIDA e ITS, Ministerio de Salud "Boletín sobre el SIDA en Argentina". Año XII, N° 25, diciembre 2007.

²⁰ Programa Nacional de Lucha contra los retrovirus del humano, SIDA e ITS, Ministerio de Salud "Boletín sobre el SIDA en Argentina". Año XII, N° 25, diciembre 2007.

reducción de aproximadamente de un 50%. Las provincias que presentan mayor tasa son Ciudad Autónoma de Buenos Aires (5,8/100.000 habitantes), Buenos Aires (5/100.000), Jujuy (4,7/100.000) y Tierra del Fuego (4,2/100.000).²¹

El patrón de transmisión que sigue la epidemia actualmente muestra que desde principios de los años noventa en los casos diagnosticados de SIDA la vía de transmisión más frecuente es por relaciones sexuales desprotegidas. En el año 2006 el 62,9% se transmitió por relaciones heterosexuales, el 13,9% por hombres que tienen sexo con hombres y el 17,6% por usuarios de drogas endovenosas.²² Desde el año 2004, en las nuevas infecciones en el grupo de edad de 15 a 24 años predominan las mujeres. Y si se consideran las niñas de 13 a 19 años en relación a los varones, el predominio es aún mayor.

La mayor cantidad de casos se registra en conglomerados urbanos y en personas en edad económicamente activa de ambos sexos (entre los 25 y 34 años de edad). La distribución por edad de los casos de SIDA presenta evidencias significativas de que los adolescentes constituyen un grupo de alta vulnerabilidad, en tanto la manifestación de la enfermedad durante la juventud - adultez pone de manifiesto la posibilidad de que la transmisión de la enfermedad se haya producido durante la adolescencia.²³

En los últimos años la epidemia evidenció una feminización. La primera mujer enferma se diagnosticó en 1987, y la razón hombre/mujer fue de 92/1. La razón por sexo en el 2006 en casos notificados de SIDA fue de 2,4 hombres por mujer y en VIH notificados fue de 1,5 hombres por mujer (es decir aproximadamente cada 10 infectados 6 son hombres y 4 mujeres). En mujeres la tendencia decreciente del número de casos en usuarios de drogas inyectables (UDIs) unido al incremento de casos por transmisión sexual desprotegida en relaciones heterosexuales arrojó como resultado que el 88% de los nuevos casos diagnosticados de sida en el 2006 fue por transmisión sexual en mujeres heterosexuales.²⁴

La evolución de la tasa de mortalidad por SIDA es similar a la evolución de la tasa de incidencia de diagnóstico de SIDA, con un pico en el año 1996 que descendió desde la incorporación del tratamiento ARV de alta eficacia. En el año 2005, la tasa de mortalidad por VIH/SIDA fue de 33,9 por millón de habitantes, disminuyendo 5 puntos respecto al año anterior (un descenso del 14%).²⁵

Como fuera mencionado, la tendencia tanto en Argentina como en el resto del mundo expresa que la epidemia se extiende cada vez más en mujeres. El número de casos de SIDA en mujeres diagnosticadas anualmente no ha dejado de crecer, unido esto a que la mayor concentración de casos se ha presentado en edades sexualmente activas. Este hecho entraña un doble riesgo, ya que en el período de embarazo existe la probabilidad de transmisión vertical del virus.

Actualmente la prevalencia de VIH en mujeres embarazadas en todo el país es de 0,32% con picos de 1% o más en algunos sectores de hospitales públicos de CABA y Gran Buenos Aires. Cabe destacar la disminución que está experimentando esta tasa en el grupo etéreo de 15 a 24 años (históricamente se trata del grupo de mayor riesgo de infección). Para el período 2000-2005, esta tasa se redujo de 0,64% a 0,37%. Asimismo, desde la aplicación del protocolo 076 y luego de la triterapia con ARV, ha disminuido del 30% al 2% la probabilidad que un niño hijo de madre con VIH nazca con VIH.²⁶

En las notificaciones de VIH/SIDA en menores de 13 años, la transmisión madre-hijo representa el 94,7% de los casos en ambos sexos. En relación a las notificaciones de infectados por VIH, el 92%

²¹ Programa Nacional de Lucha contra los retrovirus del humano, SIDA e ITS, Ministerio de Salud "Boletín sobre el SIDA en Argentina". Año XII, Nº 25, diciembre 2007.

²² Programa Nacional de Lucha contra los retrovirus del humano, SIDA e ITS, Ministerio de Salud "Boletín sobre el SIDA en Argentina". Año XII, Nº 25, diciembre 2007.

²³ Programa Nacional de Lucha contra el Retrovirus del Humano, SIDA e ITS. Informe de gestión 2003- 2004

²⁴ Programa Nacional de Lucha contra los retrovirus del humano, SIDA e ITS, Ministerio de Salud "Boletín sobre el SIDA en Argentina". Año XII, Nº 25, diciembre 2007.

²⁵ Programa Nacional de Lucha contra los retrovirus del humano, SIDA e ITS, Ministerio de Salud "Boletín sobre el SIDA en Argentina". Año XII, Nº 25, diciembre 2007.

²⁶ Programa Nacional de Lucha contra los retrovirus del humano, SIDA e ITS, Ministerio de Salud "Boletín sobre el SIDA en Argentina". Año XII, Nº 25, diciembre 2007.

es por transmisión vertical. Al analizar la tasa de incidencia de VIH por transmisión madre-hijo se observa que entre el quinquenio 1991-1995 dicha tasa fue de 4,2 – 4,7 nacidos infectados por VIH cada 10.000 nacidos vivos. En el año 2005 dicha tasa es de 2,4, un 50% menor que la del año 1996 y también por debajo de la tasa de incidencia acumulada (3 por 10.000 NV).²⁷

En el año 2006, se entregó en forma gratuita medicamentos ARV y no ARV a 22.000 PVVS que no poseen cobertura de salud.²⁸

Retomando los datos socioeconómicos, educacionales y laborales expuestos en el apartado anterior, cabe decir que ese contexto de inequidad social en nuestro país guarda relación con la epidemia de VIH/SIDA. Según el “Informe para el Establecimiento de la línea de base en población General” (PNUD/Fondo Mundial/Instituto Gino Germani), las personas pertenecientes a los sectores socioeconómicos más bajos, en especial las que han alcanzado los niveles de instrucción más bajos, están más expuestas a la transmisión del VIH en la medida que se inician sexualmente más temprano, usan menos el preservativo, tienen mayor desinformación tanto en relación con las ITS como en relación al VIH/SIDA y su grado de accesibilidad al sistema de salud es menor que en los sectores sociales medio y alto. Entre las regiones del país, los habitantes del NEA y del NOA presentan un grado de exposición alta para la transmisión del VIH por vía sexual.

El progreso de la enfermedad del VIH/SIDA está estrechamente vinculado con las desigualdades socioeconómicas, debido a que la prevalencia del VIH y la incidencia del SIDA son superiores en áreas donde la población pertenece a estratos más bajos. Es importante remarcar la incidencia de algunos factores sociales sobre la evolución de la epidemia, en tanto los países más afectados en los últimos años se caracterizan por: deterioro de los servicios públicos de salud y los servicios sociales, elevado desempleo, precarización laboral y pobreza estructural.

La epidemia se extiende hacia la población más vulnerable (jóvenes, mujeres, niños de sectores con escasos recursos económicos), con menos oportunidades de acceder a información, atención de salud y otros beneficios sociales, haciéndose especialmente sensibles debido a la pobreza, la discriminación o la exclusión, ya sea debido al VIH/SIDA o a otras causas.

²⁷ Programa Nacional de Lucha contra los retrovirus del humano, SIDA e ITS, Ministerio de Salud “Boletín sobre el SIDA en Argentina”. Año XII, Nº 25, diciembre 2007.

²⁸ Ministerio de Salud. Informe de gestión 2006.

SECCIÓN II

METAS UNGASS E INDICADORES PROPUESTOS

Meta 37 – Liderazgo de los gobiernos respecto a epidemia de VIH/SIDA

“Para 2003, asegurar el establecimiento y la ejecución de estrategias y planes de financiamiento nacionales multisectoriales para luchar contra el VIH/SIDA que se refieran a la epidemia en términos directos; hagan frente al estigma, el silencio y a la negación de la realidad; tengan en cuenta las dimensiones de género y de edad de la epidemia; eliminen la discriminación y la marginación; implica la colaboración con la sociedad civil y el sector empresarial y la plena participación de las personas que viven con VIH/SIDA, las que pertenezcan a grupos vulnerables y las que se encuentren más expuestas, especialmente las mujeres y los jóvenes (...)”

Indicadores Propuestos:

■ Participación efectiva de representantes de mujeres y jóvenes con VIH en los programas de VIH/SIDA, incluso en los espacios de toma de decisión y en las acciones de monitoreo de UNGASS.

■ Participación de grupos de mujeres y jóvenes beneficiarias en el diseño, implementación y evaluación de programas dirigidos a ellas.

Preguntas relacionadas con este indicador:

¿Las mujeres y jóvenes participan, de hecho, en los procesos de toma de decisión en el Programa Nacional de VIH/SIDA? Describa y analice;

El PNLRHS no cuenta con la participación de mujeres y jóvenes en los procesos de toma de decisión.

Si bien existen algunas instancias formales e informales de articulación entre PVVS y las estructuras gubernamentales²⁹, la participación de las mujeres, y específicamente desde la perspectiva de género y la incorporación del VIH/SIDA como temática de SSyR, en la actualidad no es abordada ni existe.

“se desconocía la participación de mujeres, mujeres jóvenes o mujeres viviendo con VIH en ámbitos de planificación, gestión, monitoreo, etc. en cuanto a una estrategia concreta de participación efectiva y planificada a ese efecto” (IGLHRC).

“En ninguna de las instancias (diseño, implementación y/o evaluación) del Programa Municipal de Prevención y Asistencia de VIH/sida e ITS se contempla la participación de mujeres y jóvenes de la comunidad ni tampoco de las organizaciones de la sociedad civil” (Asociación Civil Trama).

El PNLRHS cuenta con un Comité Técnico Asesor creado por Resolución Ministerial N° 866 en el año 2002, con la finalidad de prestar asesoramiento técnico a su Dirección Ejecutiva. Está integrado por un representante de la Red de Personas Viviendo con VIH/SIDA, Organismos de Gobierno y Sociedades Científicas.

²⁹ Para citar un ejemplo, en el año 2001, el comité responsable de elaborar las normas actualizadas de la Transmisión Madre-Hijo incorporó la participación de la Comunidad de MVVS: ICW y una representante de la Red de Salud de las Mujeres de Argentina. Cabe señalar, sin embargo, que esta fue la única vez que se incorporó la participación de una organización de mujeres.

¿Las representantes del movimiento de mujeres, mujeres jóvenes y de mujeres con VIH/SIDA, mujeres lesbianas y transgéneros, participan en el planeamiento y monitoreo de acciones dirigidas para la reducción de su vulnerabilidad frente al HIV?

No, si bien algunas instancias formales de participación de organizaciones de PVVS en ámbitos gubernamentales, pero no específicamente de mujeres.

Las áreas gubernamentales reconocen la interacción con organizaciones de PVVS a partir de diferentes modalidades. Algunas refieren como principal forma de articulación la existencia de líneas de financiamiento para proyectos de ONGs con trabajo en VIH/SIDA y redes de PVVS -no se menciona ninguno específico destinado a MVVS- otras comentan que participan en procesos de planificación, en talleres, actividades comunitarias y charlas en las salas de espera de los hospitales.

Si bien existen algunas instancias formales e informales de articulación entre PVVS y las estructuras gubernamentales, la participación de las mujeres y específicamente la perspectiva de género y la incorporación del VIH como temática de SSyR, es muy limitada.

A partir de mediados de los '90, algunas ONGs y OSCs comenzaron a presionar para participar en el diseño de las políticas gubernamentales. Esta participación es apoyada y promovida por muchos organismos financiadores, ya que ponen como condición para la transferencia de recursos la participación de la sociedad civil en el planeamiento de las acciones. Sin embargo, esto es teórico más que real.

Cabe mencionar en este sentido el financiamiento de los proyectos del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. Se percibe como ámbito de participación al Mecanismo Coordinador País con representantes del sector público, privado, organismos multilaterales y bilaterales, ONGs, instituciones académicas, PVVS. Cabe señalar que un grupo de organizaciones de lucha contra el VIH/SIDA han denunciado irregularidades en el funcionamiento del MCP y en la selección de proyectos. Asimismo, no hay instancias de elección, perpetuándose los representantes originalmente electos en el año 2002.

Las ONGs acceden al financiamiento para acciones dirigidas para la reducción de su vulnerabilidad frente al VIH/SIDA. No obstante, la participación de proyectos para las mujeres y jóvenes es muy limitada. La necesidad de financiamiento para funcionar es un condicionamiento del activismo. Los representantes, aún cuando participen, expresan desacuerdos con las modalidades establecidas para la participación.

En cuanto a la participación de PVVS en los servicios de atención primaria, esta es nula. En los pocos casos que se da, es valorada positivamente por los profesionales, pero se trata de casos aislados o excepcionales. En estos ámbitos, las PVVS son pacientes del servicio y es difícil que sean percibidas por las instituciones de salud como organizaciones con las que se pueda promover una articulación para un trabajo conjunto.

¿Cuál es el alcance y efectividad de los planes y programas que incorporan mujeres, mujeres jóvenes y mujeres con VIH/SIDA en los procesos de toma de decisiones?

No existe la participación de las mujeres en los procesos de toma de decisión acerca de las políticas de VIH/SIDA. Los procesos de participación no se reflejan en la planificación y las decisiones de políticas de gestión de los Programas, sino que el espacio en la participación está dado solo para MVVS a veces a nivel consultivo. Para las otras mujeres, sólo por la posibilidad de presentarse a las convocatorias de financiamiento.

“No refieren las representantes del Movimiento de Mujeres, mujeres jóvenes y de mujeres con VIH/SIDA, mujeres lesbianas y transgéneros, haber participado en el planeamiento y monitoreo de acciones dirigidas para la reducción de su vulnerabilidad frente al HIV” (MLCM+).

Tratándose las actividades del Fondo Global de proyectos específicos financiación externa y temporaria, la incorporación de las mujeres y jóvenes por esta vía no representa una modalidad

generalizada, sino que está sujeta, entre otras cosas, a las características de cada proyecto en particular, y no hay garantías de que se siga sosteniéndose una vez finalizada la financiación.

Meta 52. Prevención:

“Para 2005, asegurarse de que haya en todos los países, en particular en los más afectados, una amplia gama de programas de prevención donde se tengan en cuenta las circunstancias, las normas éticas y los valores culturales locales, que incluyan actividades de información y comunicación en los idiomas que mejor comprendan las comunidades y respeten sus culturas, con el objeto de reducir las conductas de riesgo y promover una conducta sexual responsable, incluidas la abstinencia y la fidelidad; mayor acceso a artículos esenciales como preservativos masculinos y femeninos, y equipo esterilizado para inyecciones; actividades para la reducción de los daños causados por el consumo de drogas; mayor acceso a servicios de apoyo psicológico y de detección voluntarios y confidenciales ; suministro de sangre no contaminada y tratamiento temprano y eficaz de las infecciones de transmisión sexual

Indicadores Propuestos:

- Alcance, adecuación y efectividad de los programas educativos de prevención para mujeres y jóvenes, mujeres lesbianas y transgénero
- Disponibilidad de condones masculinos y femeninos en los servicios de salud, escuelas y asociaciones
- Facilidad de obtención y orientación para uso de los mismos por las jóvenes
- Alcance, adecuación y efectividad de los programas orientados a la reducción de daños y consumo de drogas orientados a mujeres, mujeres jóvenes y mujeres con VIH/SIDA, mujeres lesbianas y transgéneros

Preguntas relacionadas con este indicador:

¿Cuáles son los elementos principales del componente de prevención de la política nacional de VIH/SIDA respecto a la salud sexual y reproductiva?

Dentro de los objetivos del PNLRHS, se encuentra el de prevención de la transmisión sexual y perinatal, y específica:

- Desarrollo de campañas educativas destinadas a promocionar prácticas sexuales que impliquen menor riesgo de adquirir infecciones transmisibles sexualmente.
- Distribución de preservativos masculinos.
- Articulación de esfuerzos con los servicios de diagnóstico y tratamiento de ITS.
- Apoyo de actividades que estimulen la atención prenatal.
- Apoyo de actividades educativas para parejas en edad fértil.

De acuerdo a los objetivos, se observa una ausencia en el abordaje del VIH/SIDA de manera integral con respecto a la SSyR. Si bien la SSyR se especifica, la misma se plantea desde una perspectiva infectológica, hecho que se replica en los servicios de atención. No se coordina ni promueve la atención prenatal, tampoco se estimula el testeo en las adolescentes y jóvenes.

Las ONGs señalan que *“no hay políticas provinciales de prevención del VIH/SIDA vinculado con la salud sexual y reproductiva para las trabajadoras sexuales”* (AMMAR Paraná, AMMAR Santiago del

Estero). Al respecto, enfatizan en que *“Sería importante un Centro de Salud para nosotras las (TS)”* (AMMAR Santiago del Estero).

¿Cuáles son las estrategias implementadas para reducir la prevalencia del VIH para los(as) jóvenes de 15 a 18 años de edad y de 18 a 24 años? ¿Su implementación está siendo efectiva? ¿Tiene buena cobertura? ¿Cómo se hace su evaluación?

El sistema público de salud no tiene estrategias específicas, las existentes están vinculadas con el llamado a concurso para la presentación de proyectos por parte de ONGs, quienes son responsables de su planeamiento y ejecución.³⁰ En este sentido, éstas señalan que no existen estrategias gubernamentales, sino que *“las que hay son las que hacemos nosotras”* (AMMAR Santiago del Estero).

Entre las actividades implementadas para reducir la prevalencia del VIH/SIDA en jóvenes podemos mencionar: campañas de difusión masiva (privilegiando espacios tales como lugares de veraneo, recitales de música, festividades como el Día de la Primavera o el Día Internacional de la Lucha contra el SIDA), distribución gratuita de folletería informativa y preservativos masculinos, talleres de prevención en escuelas, barrios, iglesias y otras instituciones comunitarias, formación de jóvenes como promotores de salud, asesoramiento en prevención primaria y secundaria. Su cobertura es insuficiente por la escasa capacidad económica de los proyectos.

Teniendo en cuenta el aumento de la incidencia del VIH/SIDA en los adolescentes, se podría señalar que la implementación de estas acciones aún no es efectiva, y su cobertura, aún insuficiente. Los insumos y la información en gran medida están disponibles, pero esto no garantiza una sensibilización automática de la población.

“Son escasas y fragmentadas. Se trabaja en forma escasa y a “demanda” sin una política efectiva desde el ministerio de salud. Se presta mayor interés al tratamiento que en la prevención” (CDD).

“A pesar de que en los últimos años se han incrementado las acciones de prevención, la cobertura sigue siendo relativa debido a que los recursos humanos dedicados a estas acciones son escasos y sin una dedicación exclusiva. La exigencia de atención directa - considerada como única variable de productividad de los servicios- siempre pone en segundo plano las acciones de prevención” (Asociación Civil Trama).

“Hacemos más de lo que podemos con presupuesto irrisorio para estas actividades. El programa en la provincia no tiene presupuesto propio, a pesar de esto he logrado conformar un equipo interdisciplinario que trabaja mañana tarde y noche para dar respuesta a la altísima demanda de padres escuelas y comunidad en general. Es necesario una fuerte bajada de línea como política pública a este programa para que se instale en la agenda de los políticos y lograr su apoyo y compromiso” (CDD).

“A veces cuando las cosas se hacen muy largas, muy extensas empieza a surgir el agotamiento de los integrantes del grupo, porque esto no esta sistematizado, todos lo hacen a pulmón, con mucho esfuerzo y no hay suficientes recursos humanos” (Conciencia Joven).

A su vez, se resalta que las actividades *“tienen buena cobertura pero focalizan sus acciones mayormente a la población de estudiantes descuidando en parte quizás a otros grupos vulnerables, como los usuarios de drogas inyectables, trabajadoras sexuales, etc.”* (CDD).

De acuerdo a lo señalado por el grupo Conciencia Joven de Azul (Provincia de Buenos Aires) *“se pueden evaluar positivamente las estrategias preventivas desplegadas: el Programa Materno Infantil y el VIH/SIDA e ITS del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, vienen*

³⁰ En el marco del Proyecto Vigilancia del VIH/SIDA de Segunda Generación, financiado por el Fondo Global, se realizó en el año 2005 un Estudio sobre comportamiento e información en relación con el VIH/SIDA e ITS en población adolescente (14 a 19 años). En las convocatorias a Proyectos orientados a la prevención del VIH/SIDA en poblaciones específicas y al mejoramiento de la calidad de vida de las PVVS por el Fondo Global, se incluye el financiamiento de acciones destinadas a niños/ as y jóvenes no escolarizados, niños/ as y jóvenes escolarizados; y a promover el cuidado de niños/ as y adolescentes afectados por VIH/SIDA, entre otros.

desarrollando desde el año 2005, conjuntamente con el municipio local y la sociedad civil (grupo de jóvenes) una estrategia de prevención destinada a los jóvenes y adolescentes de la localidad. Este proyecto lleva adelante diversas actividades destinadas a la sensibilización de este grupo etéreo en la siguientes temáticas: 1) Prevención de VIH/SIDA e ITS. 2) Promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos de los adolescentes y jóvenes. 3) Producción de estrategias comunicativas de alcance local y zonal”.

Por su parte, la Asociación Civil Jo.A.CyA (Provincia de Misiones) señala que *“algunos de los elementos de prevención que se han utilizado fueron la consejería en salud sexual/VIH, Cursos de capacitación a adolescentes y jóvenes (estos como agentes multiplicadores de lo aprendido), capacitación a Promotores de Salud (estos como contacto directo con las familias que no logran acceder a los servicios de salud. Ejemplos: Colonias alejadas de urbanización), distribución masiva de preservativos, charlas en ámbitos como las escuelas, barrios, grupos informales, Iglesias, zonas rurales, entre otras. Se realizaron diferentes campañas masivas de difusión y promoción en lugares estratégicos de la ciudad como ser la Plaza 9 de julio (Plaza central de Posadas) y la costanera de la misma ciudad. En ella participaron el Programa Provincial de VIH/ SIDA, Apes (Asociación Posadeña de Estudiantes Secundarios), Organizaciones no gubernamentales. Se realizó una campaña semanal destinado al testeo voluntario donde una gran mayoría de adolescentes y jóvenes asistieron a realizarse el test, pero muchos no llegaron a retirar sus resultados; además se realizó una distribución masiva de preservativos masculinos en la zona céntrica de la ciudad de Posadas, estas actividades se apuntó a los y las adolescentes y jóvenes, usando como estrategia la comunicación par a par, la predisposición por parte de los responsables del Programa de VIH /SIDA, y la apertura para el abordaje del tema.”*

¿Cuáles son las estrategias para garantizar que las mujeres de 15 a 18 años de edad y de 18 a 24 años tengan acceso a la información y educación sobre el VIH? ¿Existen campañas específicas con uso de distintos medios? Analice sus abordajes metodológicos, efectores intervinientes, la adecuación de las mensajes para diferentes grupos; calidad, tipo y duración de las campañas y adecuación del contenido.

“No existen campañas específicas sino acciones insertas en las estrategias generales de los programas” (Asociación Civil Trama). No se observan a nivel nacional programas de prevención para mujeres (jóvenes o no) así como tampoco existe un lugar donde se trabaje la promoción de los derechos de las mujeres viviendo con VIH.

Como fuera señalado en el punto anterior, la mayor parte de estas actividades se implementan a través de los proyectos financiados por el Fondo Global. Las principales actividades impulsadas por las OSCs en este sentido son las siguientes: campañas de difusión masiva (privilegiando espacios tales como lugares de veraneo, recitales de música, fechas específicas como el Día de la Primavera o el Día Internacional de la Lucha contra el SIDA), distribución gratuita de folletería informativa y de preservativos masculinos, talleres de sensibilización e información, talleres de prevención en escuelas, barrios, iglesias y otras instituciones comunitarias, formación de jóvenes como promotores de salud, y se brinda asesoramiento permanente en prevención primaria y secundaria.

En cuanto a la evaluación de las mismas, cabe decir que mayormente *“La metodología empleada es la entrega de preservativos con un folleto. En algunos barrios se realiza capacitación de pares (adolescentes para adolescentes) pero en definitiva hacen lo mismo: entrega de preservativos y folletería sin que exista una charla de concientización (CDD).*

“Cuando hablamos de “mujeres” (...) creemos necesario diferenciar “mujeres lesbianas o bisexuales”, ya que, dentro de las campañas actuales las mismas son tomadas dentro de la generalidad o categoría “mujer”, donde todos los materiales gráficos que se relacionan con prácticas y vínculos, refieren a vínculos heterosexuales. Ello implica un mensaje excluyente o al menos, direccionado a un solo “tipo” de vínculo (Desalambando).

En octubre de 2006 se sancionó la Ley Nacional N° 26.150 que establece la obligación de las escuelas de todo el país de gestión estatal y privada, de impartir un Programa Integral de Educación

Sexual desde el Nivel Inicial hasta el Superior de Formación Docente y de Educación Técnica no universitaria. Su emergencia da respuesta a la preocupación por cuestiones que tienen que ver con la SSyR, los problemas del VIH/SIDA y otras ITS, el aumento del embarazo adolescente, el aborto, la iniciación sexual más temprana y el reconocimiento de los derechos a la sexualidad. Sin embargo, aún no se implementó, por lo cual dentro de las escuelas no hay acceso a la información y educación sobre VIH/SIDA.

En el caso de la provincia de Entre Ríos *“existe la ley de salud sexual y reproductiva que no esta reglamentada por lo cual dentro de las escuelas no hay acceso a la información para educar ya que fueron debatidas y no consensuadas por una comisión que no prospero por la postura de la iglesia”* (AMMAR Paraná).

En el caso de la CABA, *“No hay campañas en vía pública o campañas masivas en medios de comunicación específicas para ese segmento; lo que sí hay en la Ciudad de Bs. As. y se está trabajando sobre su implementación, es la Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable que permite el acceso en las escuelas, realizar talleres en algunas escuelas públicas y, en algunas de ellas, se distribuyen preservativos masculinos – solo que esto no tiene mucha difusión”* (Desalambrando). En este último caso, se podrían tomar en cuenta los “Grupos de Pares” que funcionan en diferentes hospitales públicos y que reciben asesoramiento y recursos en forma directa de la Coordinación SIDA (de un total de nueve grupos localizados, solo dos de ellos tienen grupos que funcionan divididos por genero, ubicados en los Hospitales Muñiz y Ramos Mejía).

Por último, cabe destacar que las usuarias refieren dificultades para acceder a bibliografía específica sobre mujer y VIH/SIDA. Existe disponibilidad de folletos sobre SSyR, o sobre VIH en general, tanto elaborado y publicado por instituciones gubernamentales como ONGs.

¿Cómo Ud. evalúa la efectividad de esas iniciativas? ¿Tienen buena cobertura?

Las ONGs remarcan que las campañas no son suficientes porque no son periódicas, son discontinuas en el tiempo y de corto alcance. Asimismo, suele tratarse de actividades muy acotadas (sujetas a la disponibilidad de financiamiento), que no tienen el alcance de una planificación como política pública, y que en muchos de los casos se reducen a la mera entrega de preservativos y folletería. La cobertura a nivel nacional es muy heterogénea, puede tener mayores resonancias en las grandes ciudades, pero no así en las provincias.

“Si bien la calidad de las acciones de sensibilización es evaluada positivamente tanto por los profesionales de los servicios como por las mujeres que participan en talleres, la cobertura no alcanza a un porcentaje significativo de la población. Aparecen como acciones que llegan a pequeños grupos de población y que no logran tener continuidad en el tiempo” (Asociación Civil Trama).

“Si bien se realizan campañas de prevención, las mismas no tienen una larga duración, sino que se realizan en eventos y fechas específicas” (Asociación Civil Jo.A.CyA Misiones).

“la simple oferta de servicios de salud no alcanza y además éstos no siempre son de la calidad y calidez imprescindibles en estos temas. Tampoco alcanza la legislación” (CDD).

“El mensaje es el mismo para todos los grupos etáreos, la calidad, el tipo y duración de las campañas no tienen la continuidad necesaria para concientizar a la población sobre medidas preventivas. Con respecto al contenido es adecuado para el que sabe leer y escribir, descuidando grupos vulnerables como los analfabetos y los pueblos originarios que utilizan solo su dialecto” (CDD).

“Nula no existen, solo las ONG” (CDD).

“Para las trabajadoras sexuales no existen, con respecto a nuestro trabajo profesional, menos” (AMMAR Paraná).

“Son pocas las actividades realizadas por parte del Estado teniendo en cuenta que es muy notable el aumento de las cifras de personas infectadas en nuestra Provincia, por otro lado debemos destacar el interés y compromiso de las personas que trabajan en el Programa de VIH- SIDA pero sin

un apoyo fuerte del Estado esto queda reducido en débiles campañas” (Asociación Civil Jo.A.CyA Misiones).

A su vez, las condiciones laborales de los equipos de salud influyen en la efectividad de las iniciativas. Al respecto, un miembro de la Coordinación SIDA de la CABA señaló que “Algunos de los Equipos, vienen de un proceso donde la gente está mal paga, es vapuleada, están con la sensación de que nadie les reconoce el trabajo. Entonces, resulta necesario –para poder trabajar con ellos- establecer la confianza que los haga sentir escuchados y el poder realizar un trabajo conjunto armando una agenda de trabajo, hablando tanto de nuestras prioridades como de las que tienen ellos. A partir de ahí se empieza a gestar un espacio como para poder abrir la cabeza en relación a este tema, e ir acompañando este proceso, charlando, dando capacitaciones técnicas. Creo que entonces, la mala calidad de atención tiene que ver con la rutinización de la tarea, la desvalorización de los Equipos de trabajo dentro de las instituciones, la falta de incentivo –que les hace sentir que da igual lo que hagan” (Desalambrando).

Los resultados de un relevamiento realizado en el año 2007 en el Partido de Morón (Provincia de Buenos Aires), señalan que “Los mecanismos de prevención que desarrollan los efectores de salud no son de amplia cobertura. A modo de ejemplo, puede mencionarse que el 65% de los beneficiarios dijeron no haber estado nunca en contacto con actividades de prevención del SIDA. Asimismo, sólo un 30% de la población que utiliza métodos anticonceptivos recibió información de un profesional sobre cómo usarlos. Esto permite afirmar que desde el sistema de salud no se desarrollan mecanismos efectivos para captar a la población beneficiaria en relación a actividades preventivas. Esta variable (la captación de población por parte de los efectores) constituye un tema fundamental que el Proyecto aborda en su intervención, así como también el logro de un mayor involucramiento de las instituciones públicas (de salud, pero también las educativas) en la construcción y fortalecimiento de redes de prevención e información”. A su vez, surge que “El aprendizaje respecto a la utilización de métodos para evitar el SIDA y ITS aparece en su mayor parte como espontáneo (“nadie” le enseñó) o través de vías informales interpersonales (familiares, amigos o pareja). Es decir, este tipo de información surge fundamentalmente de los ámbitos cotidianos de sociabilidad de la población y no del sistema de salud” (Fundación Huésped).

“los jóvenes entre los 15 a 18 años, y de 18 a 24 años no manejan información relevante para prevenir ITS y embarazos no deseados. En el caso de aquellos que conocen más en profundidad, son quienes se han acercado aun efector de salud por diversas causales. Es de destacar que el sistema de salud, en estos momentos, tiene una estrategia de prevención que no presenta una política de apertura a la comunidad, sus estrategias son de carácter interno” (Conciencia Joven).

Las acciones de prevención y promoción, son llevadas a cabo mayormente por las ONGs y las asociaciones de PVVS, a través de las diversas instancias de colaboración y de las actividades realizadas conjuntamente con los organismos oficiales o financiadas por estos. Los servicios de salud públicos aceptan y valoran los proyectos que implican la participación de grupos de PVVS, especialmente porque cubren necesidades que ellos no pueden brindar y lo hacen gratuitamente. Por ejemplo, hacen consejería a los que solicitan el test, o dan apoyo a los que resultan positivos, los acompañan en los trámites, los guían en los procedimientos administrativos y de obtención de medicamentos y otras prestaciones. En estos casos constituyen un servicio que los profesionales valoran porque les evita “pérdidas de tiempo” por tareas que consideran no deben hacer. Es una participación concebida como “mano de obra barata o gratis”, y no como una acción articulada entre los servicios de salud y organizaciones, lo cual desvaloriza estas actividades.

¿Las mujeres, incluyendo las jóvenes, tienen facilidad de obtener, en cantidad suficiente y de modo gratuito, condones y lubricantes? ¿Cuáles son los lugares de obtención gratuita de condones y lubricantes? ¿Existe acceso al preservativo femenino?

En Argentina, existe cobertura gratuita a través del sistema público, de preservativos masculinos y lubricantes. Existen dificultades para el acceso, debido a barreras socioeconómicas, culturales y geográficas de las propias mujeres y jóvenes. Las dificultades en la obtención también se

vinculan con problemas en las instituciones del sistema de salud: discontinuidad en la logística y gestión del reparto, horarios de atención restringidos de los lugares de distribución, falta de recursos humanos para la distribución, escasa implementación de acciones de capacitación para los médicos y equipos de salud orientados a optimizar los recursos disponibles. A su vez, en muchos centros asistenciales no se entrega a preservativos mujeres y jóvenes (Informes provinciales de monitoreo 2006 realizado en el marco del CoNDeRS).

“Se distribuyen condones masculinos pero la accesibilidad es irregular dependiendo de cada provincia. En la Ciudad de Buenos Aires existe una amplia red de distribución de condones pero en las provincias donde se realizaron las encuestas la distribución esta limitada a algunos servicios de salud u ONGs. Todas las mujeres encuestadas del interior enunciaron numerosos tipos de barreras formales e informales a la entrega de preservativos por parte de los servicios públicos de salud desde la inexistencia en los mismos en los servicios hasta la solicitud de prescripción médica para su entrega” (IGLHRC).

“existe la facilidad de entrega sin necesidad de abrir HC, pero esto no alcanza para facilitar accesibilidad” (CDD).

“Las escuelas de la ciudad no son un espacio en el cual los jóvenes puedan obtener preservativos M/F y lubricantes. La mayoría de las instituciones educativas de la ciudad se manifiestan en contra de la entrega de preservativos a los alumnos” (Conciencia Joven).

“Hay en cantidad suficiente de preservativos masculinos por el programa de VIH sida para nuestra organización y para cualquiera que lo requiera. No así con el ministerio de salud el cual es limitado por la cantidad que maneja para toda la provincia.” (AMMAR Paraná).

“No tienen facilidad puesto que el gobierno no les provee directamente, sino que por intermedio de AMMAR y el preservativo femenino no existe” (AMMAR Santiago del Estero).

La provisión de preservativos femeninos no está prevista por parte del sistema de salud público.

“Con respecto a la distribución de los preservativos femeninos, no existe un fácil acceso debido al desconocimiento y poca difusión, teniendo en cuenta que ni el mismo programa de Salud sexual y Salud Reproductiva, no cuenta con el método de barreras mencionado; y en los lugares de venta al público, no se consigue, y los que se encuentran en stock, tienen un alto costo. Lo que imposibilita su compra” (Asociación Civil Jo.A.CyA Misiones).

“Si bien ha aumentado la distribución de condones masculinos y la población tiene una mayor accesibilidad a los mismos, también creemos que responde a una decisión política que las mujeres, mujeres jóvenes, lesbianas, y bisexuales no cuenten con igualdad de condiciones en el sentido de la posibilidad de protección con condones femeninos” (Desalambrando).

Los preservativos masculinos y lubricantes son distribuidos, a demanda, en los efectores de salud (centros de salud, hospitales en los diferentes servicios: guardias de emergencia, farmacia, consultorios de planificación familiar, etc.). También son distribuidos a través de organizaciones comunitarias en comedores, clubes, boliches bailables, cines, entre otros. Sin embargo, no hay registros ni planificación sobre qué grupos son los principales destinatarios ni cómo llegar a ellos.

Al respecto, ONGs señalaron que *“Se puede decir que existe una facilidad de obtener condones en cantidad suficiente; son distribuidos por organismos gubernamentales como: el Programa Prov. De VIH /SIDA, Hospitales, Periféricos, los cuales no son muy concurridos por los y las jóvenes” (Asociación Civil Jo.A.CyA Misiones).*

“La realidad es que de los anticonceptivos que se entregan las chicas rechazan los preservativos y le dicen al profesional “no, no me dé más porque no los uso”, entonces por más que se les indique y que sepan que es lo único que previene siguen con la práctica de no usarlos. Y por el otro lado tenés pacientes que vienen embarazadas porque no se han estado cuidando con nada entonces por más que tengan la facilidad de acceso o al periférico o al hospital no lo hacen. Los insumos están, la información también pero no está la toma de conciencia. Las personas están informadas por la escuela (el sistema educativo), por las campañas de publicidad (sistema de salud),

pero sin embargo no incorporan el riesgo. Y esto es así en todos los niveles educativos, escolarizadas o no, y por lo tanto en todos los niveles socioeconómicos” (Conciencia Joven).

Por último, de acuerdo a un relevamiento realizado por la Fundación Huésped en distintos Municipios del Conurbano Bonaerense puede señalarse que *“La utilización del preservativo masculino, por las personas que refieren usar algún método para evitar ITS y VIH, es alto (...). El preservativo femenino sigue siendo poco conocido y de difícil acceso, las encuestadas también enumeran erróneamente otros métodos anticonceptivos como utilizados para prevenir ITS (pastillas anticonceptivas, DIU, hormonas inyectables, etc.). El uso de métodos anticonceptivos como prevención de ITS revela el desconocimiento sobre las ITS, su transmisión y el mecanismo de acción de los anticonceptivos (Fundación Huésped).*

¿Existen barreras formales o informales para proporcionar servicios y/o herramientas de prevención del VIH para mujeres/ niñas? Describa y comente

Teniendo en cuenta que la prevención y promoción de la salud son componentes de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), en nuestro país se observa una heterogeneidad jurisdiccional en el rol que cumple este componente, en tanto el hospital sigue siendo el principal ámbito al que recurre la mayoría de la población, careciendo el mismo de oportunidades para tareas de promoción y prevención sostenidas en el tiempo.

Más allá de las normativas que protegen y obligan a los equipos de salud a proporcionar servicios y/o herramientas de prevención de VIH, pueden señalarse una serie de barreras que la obstaculizan: discontinuidad en la logística, organización y gestión del sistema de salud, horarios de atención restringidos, falta de recursos humanos, escasa implementación de acciones de capacitación para los médicos y equipos de salud orientados a optimizar los recursos disponibles, falta de recursos materiales, insumos e infraestructura, fragmentación de los servicios, resistencia o temores desde los equipos de salud, demoras para conseguir turnos, obstáculos para la atención de adolescentes y niñas si no están acompañados por sus padres (por ejemplo, legislaciones provinciales que impiden que los jóvenes menores de edad puedan realizarse el testeo voluntario si no están acompañados de un adulto), escasez o inexistencia de prestaciones fuera de las capitales de provincia, falta de difusión a la población, carencia de estrategias para captar población, efectores “expulsores o poco amigables”.

De acuerdo a lo señalado por un miembro de la Coordinación SIDA de la CABA *“No existen barreras formales, en la Ciudad de Bs. As., no. El marco normativo hoy es propicio, para mujeres y jóvenes. Una adolescente puede hacerse el testeo de VIH sin ser acompañada necesariamente por un adulto; esto invirtió la cuestión histórica donde un profesional decía: -“si le hago el test a este menor me va a traer problemas legales”-. Hoy es al revés, la negación a hacerlo puede traerle problemas de un juicio por estar violando la normativa. (...) la atención a la salud es un derecho, por lo cual, un/a menor tiene derecho a solicitarlo y el servicio de salud tiene obligación de ofrecerlo. Lo importante de esto es instalarlo, es decir, que pase de la normativa a lo cotidiano” (Desalambrando).*

“En términos reales existen barreras para la realización de actividades de sensibilización y prevención en el ámbito escolar debido a que la administración de la educación depende del gobierno provincial y de las instancias de inspección de las diversas ramas de la educación, tanto pública como privada. Otra barrera es la escasez de servicios de ginecología infantojuvenil (sólo hay profesionales especializados en un centro de atención primaria) y de salud integral para adolescentes. En algunos casos también funciona como barrera la ideología de los/as profesionales de los servicios de salud, en especial en lo referido a la oferta de información y dación de métodos anticonceptivos a las adolescentes” (Asociación Civil Trama).

“Una de las principales barreras que existen radica en los espacios en los cuales circula la información. Los hospitales, de acuerdo a los encuestados, no es el principal lugar al que concurren para conseguir información. Al mismo tiempo los profesionales que trabajan con ellos, consideran que el joven que asiste a los servicios de adolescencia en muy pocos casos concurre para obtener información que le permita prevenir a futuro, sino que llega con alguna afección” (Conciencia Joven).

“Las barreras se encuentran en las Instituciones Educativas, quienes cuando se quiere trabajar estos temas con niñas, nos hacen solicitar autorización a las autoridades de Educación, para luego ellos solicitar autorización a los padres, etc. Las informales tienen que ver con el compromiso del personal de salud, que no siempre es uniforme” (CDD).

“Existen diferentes obstáculos que se dan a la hora de proporcionar el servicio y o herramientas de prevención del VIH; uno de ellos son los tabúes culturales muy arraigados en nuestra sociedad, el poco acompañamiento del Estado se puede ver en el momento de proporcionar el servicio no solo a mujeres y niñas, sino al a población en general” (Asociación Civil Jo.A.CyA Misiones).

Otras barreras pueden ser la existencia de algunos centros de salud en *“donde a la mujer se le exige el DNI o nombre de su pareja para la entrega de los mismos” (CDD) o la exigencia de que “Deben venir acompañadas de un mayor responsable” (CDD).*

“algo pendiente y por hacer lograr que el insumo esté disponible en todos los ámbitos a los que concurren los adolescentes, en las escuelas, boliches, pubs, porque por ahí les cuesta la barrera de ir a comprarlo o de ir a pedirlo a los espacios del sistema de salud” (Conciencia Joven).

TS señalan que *“existen barreras para proporcionar servicios y/o herramientas: los horarios de atención en ginecología, laboratorios y urgencias no son adecuados y no existe coordinación entre servicios.” (AMMAR Paraná).*

Por ultimo, cabe señalar la falta de un Protocolo nacional que normatice la atención de mujeres violadas y que especifique la provisión de Anticoncepción Hormonal de Emergencia y de la Profilaxis Post Exposición.

¿El diagnóstico y tratamiento de las ITS están disponibles y accesibles en los niveles básicos de atención a la salud? ¿Existen estadísticas y campañas nacionales respecto a las ITS?

No existen en el país campañas nacionales respecto a las ITS. No obstante, la política para el control de las ITS está contemplada dentro del PNLRHS, se propone disminuir la infección por ITS en la población general. El PNLRHS provee métodos diagnósticos para sífilis y blenorragia y tratamiento para la mayoría de las ITS. Cada Provincia está encargada de su distribución en los distintos niveles de atención, por lo tanto el grado de implementación depende de la capacidad de cada programa provincial.

Sin embargo, las usuarias destacan que *“En algunos servicios no se realizan los estudios de forma inmediata (mamografía, radiografías vaginales, PAP y laboratorio), a veces depende del personal medico en servicio o de la disponibilidad de turnos” (AMMAR Paraná).*

Señalan, además, que *“No esta disponible la accesibilidad a la prueba de ITS, VIH sobre todo a nivel de efectores municipales del interior provincial (se cobra [un arancel] por dichas pruebas)” (CDD).*

“depende de la complejidad de los servicios de salud en cuanto a la disponibilidad de servicios para realizar las pruebas pertinentes, asimismo también porque existen barreras formales e informales para la solicitud de diagnostico de ITS” (IGLHRC).

En las últimas décadas no se han realizado en el país campañas nacionales campañas de detección de ITS, la prevención y atención de las ITS fueron desplazadas en los servicios de salud publica frente al protagonismo del VIH/SIDA.

“fueron desestimadas como herramienta ya que se busca instalar en la población conductas de cuidado de la salud más permanentes a través de controles de salud regulares en los centros de atención primaria. Se ha evaluado que las campañas no favorecen la consulta permanente de los servicios” (Asociación Civil Trama).

Con respecto a la existencia de estadísticas, las ITS (Sífilis Congénita, Sífilis Sin Especificar, Sífilis Temprana, Supuración Genital Gonococcica, Supuración Genital No Gonococcica, Supuración Genital Sin Especificar) están incluidas dentro de las enfermedades de notificación obligatoria que cada jurisdicción debe realizar al SINAVE. En el caso de la Sífilis, por ejemplo, el PNLRHS posee una

Ficha específica de notificación para el Programa con periodicidad mensual. Sin embargo, los datos no siempre reflejan la realidad ya que se ha detectado que no todos/as los/as profesionales completan las planillas de denuncia epidemiológica, dando lugar al subregistro de las ITS.

“No existen estadísticas en términos de una evaluación sistematizada ni indicadores. Existen datos de materiales distribuidos, los registros de las visitas y consultas a los Hospitales y Centros de Salud, pero no hay indicadores medibles” (Desalambrando).

“Las informaciones en cifras de ITS son de fácil acceso en el área de estadística del Ministerio de Salud Pública de Misiones, pero no existe conocimiento de un diagnóstico provincial. Se debe resaltar que las cifras actualizadas no son oficiales y que por mucho tiempo no se dieron datos oficiales para evitar en conocimiento del aumento de las mismas. Tampoco existe un monitoreo que controle las diferentes actividades y o servicios que brindan las instituciones relacionadas a la salud” (Asociación Civil Jo.A.CyA Misiones).

¿Existe un monitoreo regular de las acciones de SSyR, VIH/SIDA y control de las ITS por parte del gobierno? Si es así, ¿los datos son confiables y están disponibles?

No se dispone de un monitoreo regular de las acciones de SSyR, VIH/SIDA y control de las ITS por parte del gobierno.

“Los datos no son fidedignos hay un margen de población infectada, que convive con el virus que no lo sabe o que no esta registrada” (CDD).

“Los datos no siempre reflejan la realidad ya que se ha detectado que no todos/as los/as profesionales realizan las planillas de denuncia epidemiológica” (Asociación Civil Trama).

¿Cuáles son las estrategias implementadas por los programas en torno al uso de drogas y reducción de daños para reducir la prevalencia del VIH/SIDA en mujeres, mujeres jóvenes y mujeres con VIH/SIDA?

No se observa la implementación de estrategias en torno al uso de drogas y reducción de daños para reducir la prevalencia del VIH/SIDA en mujeres, mujeres jóvenes y mujeres con VIH/SIDA.

El PNLRHS desarrolla el “Proyecto de Prevención al Abuso de Drogas y del VIH/SIDA en los países del Cono Sur”, junto a otros organismos y ONGs, con el objetivo de disminuir la vulnerabilidad frente al VIH de las personas usuarias de drogas. Sin embargo, el mismo no está enfocado directamente a mujeres, sino a población en general, y su alcance es muy limitado.

También se puso en marcha el Proyecto SEX-RAR “Evaluación y respuestas rápidas referidas al consumo de cocaína por vía inhalatoria y el comportamiento sexual de riesgo en Argentina”.

En la CABA *“No hay una direccionalidad que apunte a la reducción de daños para mujeres/ mujeres jóvenes sino materiales para reducción de daños en general. La estrategias fue un doble movimiento; en principio proveer a través de las ONGs materiales y que estas capaciten a su vez a las personas que trabajan en los servicios de salud para que haya mayor acceso a la salud. En una segunda instancia fue crear una red de salud de profesionales amigables para usuarios de drogas y que en los propios circuitos de usuarios de drogas circulen materiales nuestros donde, no solo se hable de reducción de daños sino de acceso a los servicios. Y en la actualidad existe un servicio, dentro del Gobierno de la Ciudad, que trata de manera específica el tema de usuarios de drogas, área que depende de salud mental” (Desalambrando).*

“Desde el Programa Prov. de VIH- SIDA no se implementa actividades o políticas dedicadas exclusivamente a la reducción del uso de drogas, esto no quiere decir que en las capacitaciones o campañas no se aborden el tema Drogas” (Asociación Civil Jo.A.CyA Misiones).

En la ciudad de Rosario, el Centro de Salud San Martín implementó la atención a personas usuarias de drogas inyectables desde la perspectiva de la Reducción de Daños a partir del año 2000. Se ha creado un dispositivo de intervención, captación y atención desplegado en distintas áreas

(Programa Municipal de SIDA, equipo Centro de Salud, recursos de Atención Primaria y prácticas específicas). Se complementa con el reparto de kits de inyección segura (conteniendo agujas, jeringas, chapita para preparar la sustancia, ampolla de agua, parches de alcohol y preservativos) a UDIs y la posibilidad de tratamientos de “sustitución” a cargo de los profesionales de las áreas mencionadas.

Cabe remarcarse asimismo que a través del Fondo Global se otorga financiamiento a Proyectos orientados a la prevención del VIH/SIDA en poblaciones específicas y al mejoramiento de la calidad de vida de las PVVS: grupos más vulnerables (entre ellos, UDI).

¿Cuáles son las acciones de articulación llevadas a cabo entre el programa de VIH/SIDA y el de SSyR?

Existe una clara desarticulación y no existen espacios formales de integración entre los mismos, si bien en la formulación de ambos Programas se proponen acciones de articulación.

“A pesar de esta información, no existen en ninguno de los dos programas espacios formales de integración entre los mismos, tampoco se pudieron encontrar registros de actividades conjuntas entre los dos programas. De las encuestas realizadas surge ciertamente la percepción de que la incumbencia del programa de Salud Sexual y Reproductiva y Procreación Responsable es básica - cuando no exclusivamente- la anticoncepción mientras que el Programa Nacional de Sida se ocupa de la prevención y atención de la epidemia de VIH/SIDA” (IGLHRC).

Entre ambos programas en la CABA, *“hoy por hoy solo hay una compra conjunta de preservativos e intercambio de capacitación, pero no hay otra articulación (...) Diferencias en el tipo de gestión y diferencias de tiempos para concretar los objetivos; las diferencias de las metodologías en el trabajo con la gente” (Desalambrando).*

A nivel nacional, se trabaja con nula complementariedad de tareas y acciones, evidenciándose la falta de articulación entre las políticas y los servicios de SSyR y los de VIH/SIDA, si bien en el cuerpo de la Ley Nacional N° 25.673 se incorporan los problemas vinculados al VIH/SIDA, sin embargo las mismas continúan siendo de exclusiva responsabilidad del PNLRHS.

La SSyR de las MVVS es difícilmente atendida de manera conjunta en los servicios de salud. No se ha elaborado material específico que aborde estos temas, la capacitación de los profesionales es escasa y las iniciativas de articulación parecen vincularse más a voluntades personales que a decisiones gubernamentales, restringiéndose en los hechos a la compra y distribución conjunta de preservativos.

En los servicios públicos, se observa una distancia entre los programas y los servicios de infectología que se ocupan de la atención y tratamiento de las PVVS, y aquellos que atienden la SSyR. Se observa en las provincias muchas veces lógicas diferenciadas de trabajo entre ambos programas. No solo no articulan, sino que en algunas provincias se observa el trabajo cerrado y aislado de cada Programa, sin encontrar puntos de integración, por lo tanto no se aborda el tema de manera integral, aún cuando se reconoce la necesidad de hacerlo.

En definitiva, se percibe una distancia entre lo que proponen los programas gubernamentales y lo que sucede en los servicios de atención a las personas. Por un lado, quienes dirigen los programas gubernamentales manifiestan y promueven posturas respetuosas de los derechos de las MVVS. Sin embargo, según lo manifestado por algunas usuarias y profesionales que se encuentran en atención directa, existen inconvenientes para el cumplimiento de estos derechos.

Meta 53. – Prevención

Para 2005, asegurar que por lo menos el 90% de los jóvenes de ambos sexos de 15 a 24 años de edad, y para 2010, por lo menos el 95% de ellos, tengan acceso a la información, la educación, incluida la educación entre pares y la educación específica para jóvenes sobre el VIH, así como a los servicios necesarios para desarrollar las habilidades requeridas a fin de reducir su vulnerabilidad a la infección por el VIH; todo ello en colaboración con los jóvenes, las madres y los padres, las familias, los educadores y el personal de atención de la salud

Indicadores propuestos:

- Alcance, adecuación y efectividad de los programas de salud sexual para jóvenes en los distintos niveles educativos, de gestión pública y privada.
- Acceso a profilaxis post exposición sexual sin protección

Preguntas relacionadas a este indicador:

¿Existen servicios especiales para mujeres jóvenes (por ejemplo, con horarios especiales o facilidades) que ofrezcan informaciones e insumos para prevención del VIH?

El sistema público de salud no cuenta con servicios especiales orientados a la atención de mujeres jóvenes. Los servicios a los que pueden acceder las mismas para obtener información e insumos para la prevención del VIH “Se ofrecen en el marco de los servicios de salud para la población en general” (Asociación Civil Trama).

“Los servicios que se brindan con respecto al VIH/SIDA son de carácter general, es decir a toda la población. No existe un servicio de dedicación exclusiva a mujeres y niñas” (Asociación Civil Jo.A.CyA Misiones).

Las políticas de prevención implementadas se centran en su mayoría en la población en su conjunto, no existiendo políticas específicas y efectivas dirigidas a las mujeres y a las jóvenes en particular, menos aún a las MVVS o a las trans. Han sido mayoritariamente OSC quienes han desarrollado actividades preventivas en este sentido, a pesar de que son pocas las que trabajan el tema VIH/SIDA.

Desde la Coordinación SIDA del Ministerio de Salud de la CABA, *“Hay una mirada de género pero no hay una estrategia específica. Todas nuestras capacitaciones, todas nuestras acciones, todos nuestros trabajos de fortalecimiento institucional tienen en cuenta esta mirada de género; lo cual no implica que tengamos una línea específica. La perspectiva de género atraviesa los materiales que elaboramos, por ejemplo, la mayor vulnerabilidad de transmisión en la mujer, las relaciones de poder, el tema de género como una construcción; y esto también se trata en los talleres con adolescentes. (...) Lo cual, no implica que haya mirada específica o materiales específicos para mujeres, diferenciado del material disponible para los varones” (Desalambrando).*

Como ejemplo de servicios especiales para mujeres jóvenes, se puede citar el Programa integral de promoción de la SSyR y prevención del VIH/SIDA en mujeres, adolescentes y jóvenes pobres del Gran Buenos Aires, experiencia llevada a cabo en el período 2003-2006 por la Fundación Huésped/CIES en los municipios de La Matanza, Lanús y San Fernando. La misma se propuso mejorar el cuidado de la salud y calidad de vida de mujeres en edad fértil (25 a 49 años) y sus parejas, y también de adolescentes y jóvenes (14 a 24 años) de ambos sexos, facilitando el acceso a la promoción de la SSyR y la prevención y atención VIH/SIDA. A raíz del programa, se generaron nuevos centros de consejería y testeo (consejerías comunitarias), se desarrollaron charlas y talleres de prevención dirigidos a embarazadas y mujeres en edad reproductiva con participación de grupos de promotoras capacitadas por el programa, y se distribuyeron folletos y preservativos, registrados en la planilla para el seguimiento de actividades. Los resultados obtenidos (mayor y mejor conocimiento sobre vías de transmisión del VIH/SIDA, uso de métodos para evitar ITS, control de embarazo, acceso a testeo y consejería) llevan a remarcar que *“la articulación de estrategias de prevención*

desarrolladas entre pares y a partir de grupos y organizaciones insertas en las tramas territoriales mejora el acceso de la población a la información y al conocimiento en temas vinculados a la salud sexual y reproductiva” (Fundación Huésped).

¿Existen barreras formales o informales para proporcionar servicios y/o herramientas de prevención del VIH para jóvenes menores de edad? Describa y comente

Teniendo en cuenta que la prevención y promoción de la salud son componentes de la estrategia de APS, en nuestro país se observa una heterogeneidad jurisdiccional en el rol que cumple este componente, en tanto el hospital sigue siendo el único ámbito al que recurre la mayoría de la población, careciendo el mismo de oportunidades para tareas de promoción y prevención sostenidas en el tiempo.

No existen barreras formales pero sí informales. A las barreras ya señaladas en torno a la gestión institucional propia del sistema, para el caso de la prevención en menores de edad, hay que destacar que la atención a menores sin acompañamiento de adultos sigue siendo problemática para los equipos de salud (a pesar de que existen normativas tales como la Resolución N° 1252 de la CABA, que obliga al equipo de salud a brindar atención a niños sin acompañante adulto; y que la Ley Nacional de SSYR y su Decreto reglamentario especifican que no hay limitación para la atención por edad y que todos/as deben tener acceso, incluidos los/as adolescentes).

“la menor de 14 años que necesita autorización de la familia para recibir anticonceptivos o preservativos. La mayoría no concurren con los padres, entonces fundamentalmente cuando ya se iniciaron sexualmente se les pide que traigan luego la autorización pero en esa misma consulta se les brindan igualmente los métodos anticonceptivos para evitar un mal mayor, el embarazo no deseado, como también el preservativo para evitar una ITS, aunque la mayoría de las adolescentes no lo usan” (Conciencia Joven).

“No todas las personas que trabajan en el área de salud cuentan con las herramientas e información necesaria para trabajar con los y las adolescentes y jóvenes; esto dificulta y reduce la apertura de dicha población a la búsqueda de información de los diferentes métodos, ya sean preservativos, pastillas, entre otros. Uno de los factores es la falta de confiabilidad y el manejo de un lenguaje apropiado. Esto se ve reflejado en la poca capacitación, ignorancia en algunos casos, falta de manejo de la información relacionada al VIH/ SIDA, tanto para la mayoría de los servicios de salud (Enfermeras/os, médicas/os, administrativo/as, personal de ordenanza); como también en los establecimientos educativos (Docentes y equipos interdisciplinarios)” (Asociación Civil Jo.A.CyA Misiones).

A esto se suma la falta de medios y de tiempo suficiente para dedicar a los jóvenes en la práctica diaria de atención, los espacios restringidos por los cuales circula la información, las complicaciones para el abordaje de temas vinculados con sexualidad y VIH/SIDA con menores de edad, el conocimiento parcial o escaso desde los equipos de salud sobre la legislación existente y aun sobre el respaldo que ella otorga en el contexto de las prácticas de los profesionales para el cumplimiento de sus obligaciones (que se refleja en el miedo a las denuncias, por ejemplo). No hay servicios amigables con horarios especiales, salas de espera separadas, etc.

¿Se encuentra el personal de los servicios de salud y educativo preparado para proporcionar consejería de prevención específica para mujeres? ¿Existen iniciativas gubernamentales para capacitar sus equipos para esa tarea? Describa y Comente.

Los procesos de capacitación de los equipos en ambos sistemas aún demuestran que es necesario seguir profundizando y abordando las temáticas vinculadas a prevención para mujeres desde una perspectiva integral. Desde lo formal, en el sector salud el abordaje preventivo está incluido, pero el “cómo” se trabaja queda librado al compromiso personal e iniciativas que asuman los equipos. Los equipos escolares carecen de esta formación/información.

El respeto de los derechos de las PVVS es muy dispar. Incluso dentro de un mismo servicio la atención puede ser distinta según las características de cada profesional. Por eso la efectivización de los derechos no solo tiene que ver con la existencia de publicaciones, documentos y la adhesión formal a los principios que allí se establecen, sino con la definición de políticas públicas que promuevan la capacitación del personal.

“llama la atención el desconocimiento de las vías de transmisión perinatal, siendo el embarazo el principal motivo de realización de testeos para VIH, lo que sugeriría que no recibieron información adecuada” (Fundación Huésped).

“Existe una débil iniciativa por parte de organismos gubernamentales para la capacitación del equipo de trabajo, por lo que en la mayoría de las actividades se termina tercerizando (traspaso de responsabilidad a las ONGs) y llevando a la práctica un simple acompañamiento ideológico” (Asociación Civil Jo.A.CyA Misiones).

“El personal de los Servicios de Salud no está preparado en forma integral y completa, y no se realizan capacitaciones periódicas, planificadas y sistemáticas de los equipos de Salud” (Conciencia Joven).

“En varios de los servicios de salud existen profesionales y/o técnicos capacitados en consejería pero no es un servicio implementado formalmente ni en todos los servicios. El Programa Municipal de ITS y VIH/sida ha realizado capacitaciones en esta temática pero siempre han sido de carácter optativo y aún no forman parte de la política local” (Asociación Civil Trama).

“Son pocos los pedidos por parte de docentes y escuelas para ir a dar charlas sobre Educación Sexual. Cuando nosotros hemos invitado desde el Hospital a las escuelas, o sea cuando hemos planteado ofrecer charlas desde acá a las escuelas de riesgo no lo consideran como prioritario, relevante. (...) te llaman cuando surge un caso de una adolescente embarazada” (Conciencia Joven).

“No se realizan charlas y capacitaciones docentes en forma sistemática y programática, no hay planificación” (Conciencia Joven).

Tal como lo señala Desalambrando, desde el año 2007 la Coordinación Sida del Ministerio de Salud de la CABA oferta a los profesionales del área educativa jornadas de capacitación en donde son incluidos temas como masculinidades, heterosexismo, transfobia y homofobia; pero su alcance es limitado ya que no se realizan en forma regular ni pretenden cubrir la totalidad de los establecimientos. Asimismo, señalan que *“Temas como misoginia o lesbofobia no son tratados más que tangencialmente en espacios o jornadas de capacitación destinados a profesionales de la educación, siendo inexistente el tratamiento de ellos en las currículas escolares. Otra de las dificultades que se nos plantea al intentar evaluar alguna de estas acciones tiene que ver con el hecho de que muchas de las mismas son a demanda, es decir que su planificación existe solo en términos de contenidos pero no se planifica la cantidad de encuentros o espacios de formación antes de la demanda, hecho que nos imposibilita la evaluación del alcance y efectividad de las mismas” (Desalambrando).*

En el sistema educativo, las iniciativas gubernamentales en este sentido se vinculan al cumplimiento de la Ley de Educación Sexual Integral sancionada en Octubre de 2006, que exige la capacitación de los servicios educativos (se difunden materiales didácticos para docentes). Sin embargo, aún el Ministerio de Educación no ha elaborado una currícula para ser aplicada.

La Ley de Educación Sexual Integral N° 2110 de la CBA del mismo año, establece la formación y actualización de los/as docentes a fin de que puedan tener las herramientas necesarias para abordar el proceso de enseñanza sobre lo establecido en la norma, así como también la organización de encuentros de diálogo, actualización e intercambio de experiencias en materia de Educación Sexual Integral convocando a tal efecto organizaciones y comunidades educativas, religiosas, sindicales y sociales.

Los servicios de atención hospitalarios en general no realizan acciones de prevención y promoción. Las mismas generalmente las realizan OSC y las asociaciones de PVVS. En este sentido es conveniente recordar la recomendación de la OMS de que las mismas personas que se dedican al

cuidado de la salud, también se dediquen a la promoción y desarrollen actividades de prevención del VIH en la comunidad, fuera del ámbito de los servicios de salud. Las PVVS capacitadas al efecto, parecen ser quienes están en mejores condiciones para desarrollar actividades de prevención, para explicar y solicitar el consentimiento informado, como así también en la comunicación de resultados de un test.

Las dificultades que tienen algunos médicos para manejar la relación con las PVVS es un tema recurrente, especialmente entre aquellos que empezaron su carrera profesional antes de que apareciera el virus. Los profesionales de la salud que tienen mejor relación reconocen el trabajo de las PVVS, como facilitador del trabajo del equipo médico, sobre todo en tareas de prevención y acompañamiento de los pacientes que reciben un resultado positivo, como también la realización de los talleres que PVVS desarrollan en sala de espera de algunos servicios (reconocimiento que no siempre se hace explícito).

¿Existen servicios especiales que ofrezcan conserjería, información e insumos para prevención del VIH orientados a la familia, padres y los propios jóvenes?

No existen servicios de consejería focalizados, que contemplen la atención a la familia, padres y jóvenes. La misma *“se realiza en algunos centros de salud en el marco de la atención general por parte de los médicos” (Asociación Civil Trama)*, sin plantearse la consideración y posibilidad de elaborar estrategias particulares y focalizadas que permitan el abordaje diferencial de acuerdo a los perfiles de los usuarios.

De acuerdo a su experiencia de trabajo en el Conurbano Bonaerense, la Fundación Huésped señala que *“En relación con las conserjerías a adolescentes y jóvenes de ambos sexos, se debe considerar que los centros de salud en general son poco amigables para estos grupos, en especial para los varones. Este déficit ha sido compensado por las tareas de grupos multiplicadores: las mujeres brindaron asesoramiento en sus propias casas y los jóvenes formados en talleres hicieron lo mismo con actividades de prevención” (Fundación Huésped)*.

¿Está disponible y accesible la anticoncepción de emergencia en los casos de exposición sexual sin protección?

La Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE) está incorporada entre los métodos reconocidos y provistos por el PNSSyPR, su distribución se aseguró por ley desde el año 2006, pero recién en el año 2007 se efectuó la primera compra. Sin embargo, su provisión es heterogénea, en tanto los servicios de atención de la salud dependen del nivel provincial o municipal, y la disponibilidad de la AHE depende de la política de salud de cada provincia o municipio. Esta política no solo se manifiesta a través de la existencia de productos dedicados o específicos, sino también por la orientación médica acerca de cómo usar los anticonceptivos orales comunes como AHE, a través del método de YUZPE.

“Se cuenta con insumos de estas características pero los y las jóvenes desconocen la existencia de un Programa que facilita estos insumos gratuitamente” (Conciencia Joven).

En este aspecto es de vital importancia la información que tengan las mujeres acerca de la posibilidad y del derecho a acceder a la AHE, ya que en general se desconoce este derecho y no la solicitan, por lo tanto en caso de violación o rotura del preservativo no llegan a la consulta lo suficientemente rápido como para poder realizar la profilaxis adecuada. En este sentido es de vital importancia la manera en que se aborda este tema en los servicios de guardia o de atención de emergencia de los hospitales.

En la CABA, la AHE se compra a través del Programa de SSyR. Pero aún en esta ciudad, en aquellos servicios en los que se hace la indicación, depende de la predisposición de los profesionales para brindar la información adecuada a las pacientes e indicarla. Esto lo que manifiestan tanto las usuarias como las ONG, que cuando necesitan AHE no recurren a cualquier centro de salud sino que tienen que saber dónde están disponibles y existen los profesionales que lo proveen adecuadamente.

La AHE es un recurso más accesible en casos de violación, pero no tanto cuando se lo requiere por haber tenido sexo sin protección. Como resultado, en general las mujeres recurren a la automedicación la compra directa cuando lo saben y pueden acceder económicamente.

¿Está disponible y accesible la profilaxis anti-HIV en los casos de exposición sexual sin protección?

A pesar de que desde el PNLRHS la normativa respectiva que existe desde el 2001 establece la disponibilidad, en todos los hospitales, de un kit de atención para un mes de tratamiento profiláctico en los servicios de guardia, esta medida no siempre se cumple, a excepción de los casos de accidentes laborales (siempre que el trabajador esté cubierto por una ART o empresa que cubra riesgos laborales).

Son restringidos los servicios que la brindan para casos de violaciones y otras formas de exposición al VIH (Rosario y CABA son las jurisdicciones en las que se brinda mayor accesibilidad). Asimismo, no existe un protocolo nacional para la atención sistemática de mujeres víctimas de violencia sexual, no sólo para la atención integral biomédica, psicosocial y legal, sino también del riesgo de embarazo y la PEP por riesgo de infección con el VIH/SIDA.

Por último, las restricciones horarias de los servicios y la falta de descentralización de estos insumos en un mayor número de servicios atenta contra la accesibilidad en tiempo y forma. Se registran algunas jurisdicciones en que la PEP está disponible, pero que no se entrega.

Meta 54 – Prevención

“Para 2005 reducir el número de lactantes infectados con el VIH en un 20% y para 2010 en un 50%, ofreciendo al 80% de las mujeres embarazadas que acuden a servicios de atención prenatal información, apoyo psicológico y otros servicios de prevención del VIH, aumentando la disponibilidad de tratamiento eficaz para reducir la transmisión del VIH de madre para hijo y dando acceso a tratamiento a mujeres y bebés infectadas por el VIH y brindando acceso a tratamiento a las mujeres infectadas por el VIH y a sus hijos lactantes, así como intervenciones eficaces para las mujeres infectadas por VIH, que incluyan servicios de apoyo psicológico y de detección voluntarios y confidenciales, acceso a tratamiento, especialmente la terapia antirretroviral y, cuando proceda, a sucedáneos de la leche materna y a una serie continua de servicios de atención.

Indicadores propuestos:

- Alcance, calidad y calidez de los servicios para mujeres embarazadas infectadas por el VIH
- Acceso al tratamiento adecuado para el estado de salud de la mujer embarazada
- Disponibilidad de pruebas de detección
- Calidad de la consejería para pruebas de detección VIH realizados en los servicios de prenatal
- Acceso a detección de sífilis en los servicios de atención de la maternidad
- Acceso a tratamiento de los casos de sífilis identificados durante la gestación
- Soporte nutricional para gestantes con VIH
- Profilaxis anti VIH en el momento del parto
- Alcance, adecuación y efectividad de programas que aseguran sucedáneos de leche

Preguntas relacionadas a este indicador:

¿Los servicios (públicos y privados) que atienden mujeres embarazadas ofrecen información, consejería y pruebas anti HIV? ¿Existe demora/lista de espera para la realización del test? ¿Se retira/esta disponible a tiempo para hacer tratamiento con antelación al parto?

El testeo voluntario con aconsejamiento previo existe a partir del año 2001, pero al profundizar en el tema se evidencia que no se trata de una práctica generalizada en los servicios de salud, sino que su implementación es heterogénea y muy dispar su implementación en los distintos efectores, y su calidad muy variable.

Algunas ONGs hacen testeo y consejería, o derivan a servicios públicos que tienen previamente identificados como amigables. También en algunos servicios públicos se hace con la participación de PVVS. Como ocurrió con otros aspectos de prevención y atención, si bien los responsables de programas gubernamentales en el ámbito nacional, provincial o local dicen se promueve, la implementación depende de las modalidades de gestión de cada efector de salud o del profesional que la atiende, o a veces de cada municipio y/o provincia.

En el caso de las mujeres embarazadas hay mayor predisposición a realizar el test aunque no hay certezas de que siempre se realice previa consejería adecuada. El acceso a una prueba de VIH para cada mujer embarazada no es aún una realidad garantizada, y menos aún que los resultados sean informados antes del parto.

Esto varía no solo por la consulta tardía de muchas embarazadas (se registran *“dificultades en el acceso por cobro de estas prestaciones (bonos para embarazada)” (CDD)*), sino también por las demoras en el proceso de toma de sangre, análisis y envío del resultado del test al efector para ser informado a la embarazada y adoptar el tratamiento, si consiente en hacerlo.

Como ejemplo, puede tomarse el testimonio del MLCM+ acerca del Municipio de Moreno, cuyo relevamiento sobre transmisión vertical arroja datos alarmantes, sumado a los innumerables paros y falta de insumos que impiden la realización de las extracciones en tiempo y forma. Señalan que gracias a la presión y monitoreo de la sociedad civil se logró la descentralización de las extracciones, el aumento en la cantidad de turnos para laboratorio, etc.

Asimismo, cabe señalar que la realización del test dentro de los controles básicos de embarazo significa en muchos casos el primer acercamiento de muchas mujeres y jóvenes al sistema de salud, y específicamente, a la realización de una prueba de VIH.³¹

“Con respecto al testeo de VIH, se observa un mayor acceso en las adolescentes y jóvenes con respecto a sus pares varones”, “la gran mayoría de las mujeres que llegan a testearse para el VIH lo hacen en el embarazo, por sugerencia médica. Esto mostraría el porque de la disparidad entre varones y mujeres en el testeo de VIH” (Fundación Huésped).

Al respecto, profesionales de la ciudad de Azul manifiestan que *“Lo que estamos empezando a hacer es solicitar el Test de VIH no sólo a la embarazada sino también a su pareja. El análisis de VIH no puede ser forzado, tiene que ser voluntario, con firma y consentimiento del paciente, por lo que es dificultoso realizarlo. Lo decidimos implementar porque de lo contrario el varón es difícil de controlarlo porque tiene menos asistencia al consultorio, consulta pero sólo cuando tiene algún problema” (Conciencia Joven).*

La Resolución N° 105/97 recomienda ofrecer serología universal y voluntaria para VIH como parte del control prenatal de rutina a todas las embarazadas en la primera consulta prenatal y a las puérperas que no controlaron su embarazo, previo al alta. La Ley N° 23.798 y su Decreto Reglamentario N° 1244/91 exigen el consentimiento informado y escrito de la paciente o de sus padres, tutor o encargado si es menor de edad, para efectuar serología para VIH. En el año 2001 se

³¹ Los resultados del relevamiento realizado por Fundación Huésped en tres Municipios del Gran Buenos Aires arrojan que de las encuestadas en el 2005 que realizaron el test de VIH (48,5%), en su mayoría (80,7%) fueron testeadas la última vez en relación a su embarazo. Esta alta proporción de testeo por embarazo también se observa en el 2006 (79%).

promueve la Ley Nacional N° 25543 que ratifica la obligatoriedad del ofrecimiento del test diagnóstico del VIH a toda mujer embarazada como parte del cuidado prenatal normal, previo asesoramiento, y respetando el consentimiento informado. Se establece la obligación de cobertura de este análisis a todo establecimiento de salud público, de obras sociales o de medicina prepaga. Los artículos 3ero, 4to y 5to aluden a aspectos contextuales diversos como el consentimiento informado, la confidencialidad, el acceso al tratamiento adecuado, la información al entorno familiar, el abordaje interdisciplinario, etc.

En los hechos, el test resulta legal porque las interesadas firman su consentimiento. Sin embargo, muchas sufren presiones para realizarse el análisis o simplemente no reciben explicaciones claras acerca del consentimiento que firman. Esto sucede más por preconcepciones médicas, por los cuales los profesionales “necesitan” tener conocimiento del estado serológico para tomar las medidas de bioseguridad adecuadas, cuando en realidad éstas deberían tomarse en todos los casos.

Una concepción fuertemente arraigada es la necesidad de evitar la infección con el VIH del feto, en muchos casos sin evaluar adecuadamente las consecuencias del tratamiento en las mujeres, ni interesarse por ellas. Esto reduce la atención de la mujer al embarazo y parto, que luego se concentra en el niño nacido. La mujer pasa a segundo término y se olvida que para el bienestar del bebé es fundamental la del binomio madre-hijo.

Por último, ONGs señalan que *“si una madre lesbiana con VIH/sida no puede comentar al profesional que la atiende en un proceso de inseminación, que su pareja es mujer, por miedo a que le saquen al hijo o sea tratada de forma despectiva y además no cuenta con materiales de prevención específico que le aporten información para su cuidado, es de esperar que su salud no esté garantizada plenamente. En las estrategias de prevención de transmisión vertical, se da por hecho que las mujeres con VIH embarazadas son heterosexuales, es decir, se circunscribe la maternidad a mujeres heterosexuales negando el derecho al deseo de serlo a cualquier otra mujer que no entre dentro de esta “categoría” (Desalambrando).*

¿Se realiza consejería pre y post test en los servicios de control pre-natal?

La consejería pre y post test está contemplada en estos servicios, pero sin embargo los distintos efectores y servicios demuestran grados de heterogeneidad en el cumplimiento de la misma.

“La información que reciben es básica, muchas veces no la comprenden, que solo le entregan un folleto para que lean y que las consultas con el médico son muy rápidas por la gran cantidad de mujeres que hay para la atención, los trámites para la entrega de turnos son burocráticos y con períodos muy largos” (MLCM+).

“La calidad de la información y la consejería no está sistematizada entre los integrantes del equipo de salud lo cual no garantiza la calidad ni equidad de la información y consejería” (Asociación Civil Trama).

“En los lugares donde se realizan los controles no son relevantes en incidencias las consejerías pre y post test por parte del Estado, las consejerías que se conocen generalmente se realizan por las organizaciones de la sociedad civil y en algunas oportunidades acompañada por psicólogos/as, trabajadoras Sociales etc. de los centros, pero no es una tarea ordenada e implementada por los centro de salud” (MLCM+).

¿Se cumplen las normas para evitar la transmisión perinatal en los programas impulsados por el Ministerio de Salud desde 1997?

Desde 1997, se aplica en el país la Propuesta Normativa de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH, mediante la cual se ofrece el test de VIH, con asesoramiento previo a la embarazada (la misma fue actualizada y publicada en 2002 según las recomendaciones internacionales referidas a alternativas de diagnóstico, tratamiento y modalidad de parto, y su distribución fue acompañada por actividades de capacitación del personal involucrado en su puesta en práctica).

En el caso de resultar un test positivo, se instituye el Protocolo 076, que consiste en la administración de medicamentos ARV (AZT) desde el momento de la detección de la madre embarazada, durante el parto de la madre VIH positiva, y se complementa con la administración del mismo al recién nacido. Esta medida, junto con la difusión del testeo de la enfermedad, disminuyó la tasa de incidencia de VIH por transmisión vertical, que muestra su descenso sostenido.

Existe material de los Programas Nacionales y las ONGs sobre difusión de los derechos de las PVVS con menciones a la transmisión madre-hijo, en publicaciones recientes. El Ministerio de Salud de la Nación ha publicado las nuevas “Recomendaciones para la Prevención de la Transmisión Perinatal del VIH (2002)” y “Recomendaciones para el Diagnóstico y Tratamiento del VIH/SIDA en Pediatría (2004)”.

En la ciudad de Bahía Blanca (Provincia de Buenos Aires), la Secretaría de Salud conjuntamente con la Red de PVVS y la ONG ADEPROS, publicaron en 2005 una cartilla sobre Consejería Sexual dirigida al equipo de salud, que recoge y señala los derechos humanos de las MVVS, especialmente los sexuales y reproductivos, así como la cartilla “Decisiones Reproductivas y Embarazo en las Mujeres que Viven con VIH/SIDA: Recomendaciones para el equipo de salud”, elaboradas conjuntamente por FEIM y los Programas de Salud Reproductiva y Procreación Responsable de la de la CABA y de Bahía Blanca. Ambas cartillas se elaboraron con el apoyo del Fondo Mundial, en el marco de dos proyectos que tuvieron componentes de capacitación del equipo de salud, especialmente el del primer nivel de atención.

La Coordinación SIDA de la CABA ha publicado en diciembre de 2004 “Recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical del VIH, el tratamiento de la infección en mujeres embarazadas y el asesoramiento sobre procreación y anticoncepción en parejas seropositivas o serodiscordantes. Actualización, 2004”.

Sin embargo, se evidencia un desconocimiento por parte de los responsables de la aplicación de estas normas. Es necesario aun realizar esfuerzos para universalizar la consejería a las madres y sus parejas, la realización del test, así como también promover el seguimiento de la mujer posteriormente al parto para garantizar la continuidad de su tratamiento, ya que en general no es seguido ni registrado por el servicio de obstetricia ni el hospital (son derivadas al servicio de SIDA, pero las mujeres no siempre asisten, postergando la continuidad de su tratamiento) y los recursos y atención son dirigidos hacia el recién nacido.

¿Se realizan las pruebas de detección de sífilis a todas las embarazadas? ¿Se retiran y entregan en tiempo y forma para recibir tratamiento?

La realización de la prueba de detección de sífilis está contemplada dentro de los controles básicos y gratuitos a realizar durante la gestación en todos los servicios de salud (junto con Chagas, Toxoplasmosis, entre otros), sin embargo, no se encuentra reglamentado como obligatorio por ninguna ley. Asimismo, muchos profesionales no interpretan los resultados de estas pruebas para dar comienzo al tratamiento oportuno.

La entrega de los resultados en tiempo y forma está sujeta a las mismas circunstancias que las señaladas para la entrega de los resultados de los tests de VIH, como demoras en el proceso de toma de sangre, análisis o envío del resultado del test al efector, entre otras.

Se releva que muchas MVVS *“no realizan todos los análisis ya que no todos los centros de salud cuentan con los reactivos necesarios y las trasladan a otras unidades sanitarias perdiendo así la continuidad en la atención” (MLCM+)*.

“No. Diferentes causas, se le pide y la mujer no va al laboratorio. Va le dan turno y no vuelve. El resultado no vuelve o la paciente no vuelve. Muchas llegan al parto sin el resultado de VDRL, se le hace extracción allí y muchas veces queda también nuevamente en el hospital” (CDD).

¿En caso de gestantes seropositivas/os, se ofrecen tratamientos eficaces para reducir la transmisión del VIH de madre a hijo, orientación nutricional para el alimento del recién nacido, y soporte psicosocial?

En el caso de resultar un test positivo, se administran medicamentos ARV (AZT) desde el momento de la detección de la madre embarazada, durante el parto de la madre VIH positiva, y se complementa con la administración del mismo al recién nacido.

El PNLRHS garantiza los reactivos para el testeo del VIH de las embarazadas que se atienden en el subsector público, así como los medicamentos ARV y no ARV necesarios para tratamiento y/o prevención de la madre VIH positiva y su recién nacido, incluido el componente intraparto de AZT endovenoso, las drogas para el RN y la leche de fórmula para la sustitución de la lactancia hasta los 6 meses de edad para los hijos de madres VIH positivas.

“en lo que refiere a atención psicosocial y orientación nutricional específica a mujeres positivas no hay ayuda de ningún tipo” (MLCM+).

¿Están disponibles, de forma gratuita, los sucedáneos de leche materna para la alimentación de los recién nacidos hijos de mujeres con VIH? Si es así, ¿en cantidad suficiente? Describa y comente

Actualmente, el PNLRHS contempla la provisión gratuita de alimentación artificial sustitutiva de la lactancia para los recién nacidos de mujeres con VIH hasta el sexto mes de vida.

La provisión en cantidad suficiente, tiempo y forma, está sujeta a la gestión y obstáculos internos de la gestión del sistema de salud.

Meta 59. Derechos humanos

“ Para 2005, teniendo en cuenta el contexto y el carácter de la epidemia y que a escala mundial las mujeres y las niñas están desproporcionadamente afectadas por el VIH/SIDA, elaborar y acelerar la aplicación de estrategias nacionales que promuevan el adelanto de las mujeres y su pleno disfrute de todos los derechos humanos; promuevan la responsabilidad compartida de hombres y mujeres para asegurar relaciones sexuales sin riesgo; capaciten las mujeres para controlar y decidir de manera libre y responsable las cuestiones relativas a su sexualidad a fin de aumentar su capacidad de protegerse contra la infección por le VIH”

Indicadores propuestos:

- Alcance, adecuación y efectividad de políticas y programas de gobierno dirigidos a la promoción, garantía y reparación de los derechos de las mujeres y niñas;
- Vinculación de las políticas dirigidas a los derechos de las mujeres con los Programas de VIH/SIDA
- Alcance, adecuación y efectividad de políticas, programas y acciones del gobierno dirigidas para la promoción de la responsabilidad masculina en cuestiones de salud sexual y reproductiva
- Alcance, adecuación y efectividad de las políticas y programas de protección de los derechos sexuales reproductivos de las mujeres y niñas más vulnerables.
- Acceso a servicios de reproducción asistida de calidad

Preguntas relacionadas con este indicador:

¿Su gobierno ha desarrollado políticas y programas destinados a la promoción de los derechos de las mujeres y las niñas? Si es afirmativo, ¿existe un organismo específico para coordinar las acciones? ¿Cuál es su evaluación sobre la efectividad de las acciones desarrolladas? ¿Cuáles son las principales fortalezas y debilidades en la implementación de estas políticas y programas?

Cabe destacar que desde el año 2001 al 2006, en nuestro país la aprobación del Protocolo Facultativo de la CEDAW estuvo paralizada en el Congreso Nacional. Si bien existe el Consejo Nacional de la Mujer, como órgano específico en la temática, desde el 2002 se disminuye su presupuesto y es muy poco activo y exitoso en sus acciones. Asimismo, la efectivización de los derechos de las mujeres y niñas no sólo se vincula con la existencia de normativas, publicaciones, programas, documentos y la adhesión formal a los principios que allí se establecen, sino con la definición de políticas públicas que promuevan estos derechos incluida la capacitación del personal de los servicios de salud.

“La fortaleza principal es contar con equipos capacitados para evaluar situaciones de violación de derechos y buscar formas de reestablecerlos. La debilidad principal es que estos organismos no cuentan con los recursos humanos y materiales necesarios para sostener acciones de concientización y difusión de derechos en forma permanente que generen en la comunidad un accionar independiente y preventivo” (Asociación Civil Trama).

“Deficiencia en recursos humanos, capacitación y conserjería, redes para derivación de pacientes y laboratorio” (CDD).

“Las políticas de prevención implementadas por el gobierno se centran en su mayoría en la población en su conjunto no existiendo políticas específicas y efectivas dirigidas a las mujeres y a las jóvenes en particular, menos aún a las mujeres viviendo con VIH o a las trans. El ejercicio de la una sexualidad plena como un derecho humano es una cuestión pendiente en cuanto a la promoción por parte del estado en lo referente a la prevención del VIH y las ITS en las mujeres del país” (IGLHRC).

“Diferentes enfoques ideológicos. Falta de un organismo coordinador. Concepción errónea de que determinados temas son de un sector y no de otro, por ejemplo género de la secretaria de la mujer, derechos de los legisladores, etc., lo cual se traduce en la adjudicación de cada uno de los objetivos del milenio, a diferentes sectores, con la pérdida de recursos y de visión integral” (CDD).

Los programas o políticas gubernamentales que en sus objetivos adhieren a los lineamientos de los documentos y declaraciones internacionales sobre derechos humanos, y las adopta como pautas de trabajo, no siempre tienen las herramientas de gestión para garantizar que efectivamente se cumplan en los servicios de atención, no se acompaña de marcos conceptuales y criterios que permitan contemplar la complejidad de los abordajes y los mecanismos de soporte e intervención pertinentes para ser desarrollados en cada caso.

Surgen diferencias entre lo enunciado por los programas gubernamentales y lo que sucede efectivamente en los servicios de atención. Por un lado, se manifiestan y promueven posturas respetuosas de los derechos, sin embargo no siempre se percibe esto en la práctica de los servicios, lo cual da cuenta de una falla en la instancia de implementación de las propuestas.

El Consejo Nacional de la Mujer (CNM) es el organismo gubernamental de nivel nacional responsable de las políticas públicas de igualdad de oportunidades y trato entre varones y mujeres. Sin embargo, es limitado su accionar y el nivel de difusión de sus actividades.

Respecto a políticas destinadas a la promoción de los derechos de las niñas, en el año 2005 se sanciona la Ley Nacional N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, cuya aplicación evidencia lentitud y heterogeneidad a nivel jurisdiccional en su implementación.

¿Existen acciones de fortalecimiento de las mujeres desarrolladas en conjunto con el Programa de HIV/SIDA o con el Programa de Salud Sexual y Reproductiva? ¿Cuáles son los principales obstáculos o facilitadores para la implementación de un trabajo conjunto?

No. Los Programas de VIH/SIDA y SSyR no cuentan entre sus acciones el fortalecimiento de las mujeres. Cabe señalar que la Ley de SSyR se sanciona en el 2002, dando inicio a las acciones programáticas en el año 2003, con posterioridad a las acciones del PNLRHS.

“El enfoque del programa nacional y de los programas provinciales de VIH relacionados con mujeres y jóvenes se centran en la prevención de la transmisión perinatal. Rara vez se enfocan en brindar servicios básicos de salud sexual y reproductiva considerados ciertamente como necesidades universales de las mujeres. El acceso a consejería voluntaria sobre VIH y al testeo, como así también su promoción para todas las mujeres, tampoco es uniforme en todo el país, siendo mucho más relevante en mujeres embarazadas por el énfasis que se le da a la transmisión vertical” (IGLHRC).

“La falta de articulación y trabajo conjunto en las áreas de VIH-Sida y otras ITS con las de SSyR son factores determinantes en la falta de políticas de prevención y tratamiento del VIH-Sida conjuntamente con la promoción del ejercicio de una sexualidad saludable abarcando todo los aspectos que esto significa, pudiendo también de esta manera evaluar y relacionar concretamente las infecciones de VIH e ITS con los embarazos no deseados como resultado de relaciones sexuales sin protección. Esta falta de articulación también redundo en la escasez de percepción por parte de las encuestadas de una conjunción de la problemática de SSyR con la de VIH-Sida considerándolas aisladamente y recurriendo a servicios distintos para su atención” (IGLHRC).

¿Existen estrategias para promover la responsabilidad compartida de hombres y mujeres respecto al sexo seguro? Si es así, ¿cómo Ud. evalúa su cobertura, efectividad y adecuación al contexto de las relaciones de género en su país?

No existen estrategias de trabajo que promuevan la responsabilidad compartida de hombres y mujeres respecto al sexo seguro.

“Si bien los contenidos y mensajes de las acciones (...) están adecuados a la realidad, resultan escasas para impactar efectivamente en las relaciones entre hombres y mujeres, dada su falta de continuidad y escasa cobertura” (Asociación Civil Trama).

“No existen estrategias para promover la responsabilidad compartida de hombres y mujeres respecto al sexo seguro” (AMMAR Paraná).

Se observa una falta de estrategias orientadas a la capacitación y materiales de divulgación en torno a la negociación en situaciones de desigualdad, subordinación y violencia.

¿Existen estrategias gubernamentales específicas para fortalecer la capacidad de decisión de las mujeres y de las niñas en lo que respecta a asuntos de su sexualidad y prevención del VIH y otras ITS? Si es sí, ¿cómo Ud. evalúa su efectividad? ¿Cuáles son sus principales fortalezas y debilidades? Describa y comente

No existen políticas públicas que relacionen la promoción del sexo seguro y la procreación responsable, con la prevención del VIH/SIDA y las ITS.

“si esta mujer está enmarcada en un sistema patriarcal que la ubica en un espacio de desigualdad frente a su pareja y además, no tiene trabajo o se encuentra en situación de pobreza económica, resulta complejo pensar que la misma va a poder posicionarse en un lugar de cuidado hacia su cuerpo. Y resulta de una gran carga exigirle una “procreación responsable” cuando el Estado no asume la responsabilidad de brindar las condiciones básicas para revertir dicha situación de desigualdad que propicia la sumisión” (Desalambrando).

Cabe destacarse además que, “en cuanto a la prevención y tratamiento del VIH/SIDA, el énfasis en la homosexualidad solo está puesto en los llamados HSH mientras que en relación con la SSyR quienes son objeto de las políticas implementadas son casi exclusivamente mujeres heterosexuales en edad fértil, excluyendo no solo a las lesbianas sino también todas las mujeres que por distintas razones no implican la sexualidad y el sexo con la reproducción” (IGLHRC).

De esto también se infiere “*la limitación de la Salud Reproductiva a lo puramente materno infantil sin abarcar el cuidado de su sexualidad y salud en forma integral, como así también la falta de empoderamiento de la mujer, la participación y responsabilidad del hombre en las decisiones, acciones y problemática de las mujeres y algo sumamente importante muy pocas veces tenido en cuenta en las políticas del estado: el derecho de toda mujer a mantener relaciones sexuales gratificantes sin coerción ni miedos de ningún tipo y no la concepción de la sexualidad como un ejercicio de poder y dominación en el cual muchas veces se basan erróneamente las políticas de los programas en busca de la protección, prevención o atención por medio del temor a todo lo relacionado con el sexo y la sexualidad*” (IGLHRC).

¿Existen estrategias gubernamentales específicas de protección de los derechos de las mujeres trabajadoras? ¿Y para las trabajadoras que viven con VIH? ¿Existen datos que apunten acosos laborales para las mujeres viviendo con VIH?

La adopción de normas internacionales ha sido uno de los principales medios de acción de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en cuyos convenios y recomendaciones se abarcan casi todos los aspectos del trabajo (empleo, condiciones de trabajo, seguridad social, relaciones de trabajo, seguridad y salud en el trabajo, igualdad de oportunidades, no discriminación, otros derechos humanos, laborales y sociales). Aunque la mayoría de los instrumentos son de carácter general y se aplican a todos los trabajadores, algunos de ellos contienen normas encaminadas a atender las necesidades propias de las mujeres. Otros refieren a los derechos humanos fundamentales, por ejemplo la eliminación de toda discriminación y el fomento de la igualdad de oportunidades en el empleo.

En vinculación con legislación específica para la protección de derechos de trabajadoras que viven con VIH, la Ley de Accidentes de Trabajo establece la obligatoriedad de suministrar tratamiento profiláctico en casos de accidente de trabajo con elementos cortopunzantes contaminados con líquidos biológicos.

Con respecto al trabajo sexual, “*El gobierno no a desarrollado políticas y programas destinados a la promoción de los derechos de las mujeres trabajadoras sexuales por que no reconoce como trabajo al trabajo sexual, lo que decimos que fue decisión política la derogación del artículo 45 inciso 4 de la ley 3815 de contravenciones de la provincia de Entre Ríos que nos regia con la policía. A lo que después no hubo continuidad por parte del gobierno en crear nuevas políticas acompañando el trabajo sexual*” (AMMAR Paraná).

La aplicación efectiva de las normas mencionadas no siempre resulta garantizada, en tanto el mercado laboral argentino se caracteriza en la actualidad por la informalidad y precariedad en las formas de contratación, lo cual repercute en la posibilidad de las mujeres trabajadoras de capitalizar estos derechos. Si bien por la Ley Nacional de VIH/SIDA N° 24.978 se prohíbe la realización del testeo de VIH sin consentimiento informado, en la práctica de algunos empleadores no se cumple con dicha disposición, violando la confidencialidad y el anonimato de los trabajadores.

No se cuenta con datos sobre acosos laborales para las MVVS.

¿Cuál ha sido la orientación anticonceptiva para las mujeres con VIH? ¿Cuál es la actitud de los profesionales y los servicios de salud sobre la maternidad de las MVVS? ¿Se induce la esterilización?

Respecto a la orientación anticonceptiva para las mujeres con VIH, es persistente la indicación del uso del preservativo como el único método para PVVS, la doble protección no se promueve ni trabaja regularmente. Se observa, entonces, que el consejo médico no contempla la diversidad de las necesidades de las PVVS, las cuales pueden referir el interés de tener hijos para muchas de las PVVS bajo tratamiento con ARV o las dificultades reales que muchas MVVS expresan para conseguir que sus compañeros acepten siempre el uso del preservativo.

“La orientación anticonceptiva es claramente el uso de preservativo. En relación a la actitud de los profesionales y los servicios: una vez concretado el embarazo: prevenir la transmisión” (Asociación Civil Trama).

La anticoncepción en PVVS es una problemática pendiente, de debate relativamente reciente. Hay un reconocimiento de su existencia pero aún no se han producido las transformaciones institucionales para abordarlo, ni desde los servicios de salud y ni tampoco desde la mayor parte de las ONGs. Algunas ONGs, especialmente las de mujeres y jóvenes, trabajan en la identificación de servicios o profesionales que brindan la atención y asesoramiento adecuado, porque saben que no es un servicio que se preste de manera generalizada por eso derivan a profesionales individualmente detectados que se ocupan.

En relación al tipo de información y consejo que se le brinda a las MVVS en relación al derecho de elegir tener o no hijos, la observación generalizada es que subsiste en los prestadores de salud el prejuicio de que no deben tener reproducirse (FEIM). En servicios de infectología más actualizados, la mujer tiene derecho a elegir pero con la salvedad de controlar su carga viral. Desde los servicios de salud, las respuestas son contradictorias. Por un lado, el discurso de los profesionales de la salud defiende el derecho de las mujeres a decidir si tener o no hijos. Por el otro lado, la sugerencia del uso siempre de preservativos está muy presente y constituye el principal contenido en el marco de la consejería. Es evidente que existe un prejuicio implícito: no se considera razonable que una MVVS tenga hijos, por lo tanto, existe la tendencia (no declarada pero real) a desalentar el embarazo y en algunos casos la actividad sexual de las MVVS.

Con la divulgación del tratamiento a las embarazadas positivas con AZT disminuyó la transmisión madre-hijo, pero estos resultados parecen quedar circunscriptos a los/as infectólogos y algunos gineco/obstetras que se dedican al VIH/SIDA. El resto de los profesionales todavía persiste en la resistencia y rechazo del embarazo y maternidad de las MVVS.

Se relevan, en este sentido, *“graves críticas de los efectores de salud hacia las mujeres que ejercen el derecho de tener hijos, tildándolas de irresponsables, malas madres, imprudentes, que no piensan en sus hijos, egoístas, sugiriendo por Ej. La ligadura de trompas, para impedir futuros embarazos. Esto genera un estigma y por lo tanto una mayor vulnerabilidad en las mujeres seropositivas” (MLCM+).*

En cambio, desde la perspectiva de las MVVS usuarias de servicios y desde algunas ONGs, el derecho a la opción de tener hijos es motivo de conversación frecuente y debate interno, pero con escasas posibilidades de plantearlo en servicios de salud. Esto indica el desamparo que padecen las MVVS respecto a sus derechos reproductivos, no tienen interlocutores con quien hablarlo, no encuentran quien las atienda y en general son forzadas al silencio o a que no se respeten sus derechos y menos se satisfagan sus necesidades en los servicios de salud.

Por otra parte, son casi nulas las posibilidades de acceder a fertilización asistida para parejas serodiscordantes en servicios públicos de salud. Solo está disponible en servicios privados y a costos inaccesibles para la mayoría de la población.

¿Cuál es la política de su país respecto al aborto? ¿Cómo la opinión pública considera el derecho de una mujer con VIH para interrumpir su gestación?

En Argentina el aborto es ilegal. El Código Penal establece penas tanto para la mujer que se lo practica como para quien realiza el procedimiento, estableciendo solo dos causas de excepción a estas penas: el aborto sólo es legal en situaciones particulares con riesgo grave de vida y salud para las mujeres y en caso de violación de mujer demente o idiota. Los limitados o inexistentes marcos normativos en relación al aborto, aumentan la confusión y potencian la toma de decisiones basadas en criterios personales por parte de los equipos de salud.

“El aborto está prohibido por el Código Penal y, en consecuencia, es considerado un delito. No se cuenta con datos sobre la opinión pública en este tema específico pero según encuestas

realizadas a nivel nacional, más del 60% de la población está a favor de la despenalización del aborto” (Asociación Civil Trama).

Todavía son raros los casos de abortos no punibles³² realizados en hospitales públicos. En octubre del 2004, los Ministros de Salud de todas las provincias y el Ministro de Salud de la Nación firmaron un acta compromiso con el propósito de humanizar y mejorar la atención de las complicaciones del aborto y disminuir la mortalidad materna en el que incluyeron: “facilitar la atención de los casos de aborto no punible en los hospitales públicos”. Sin embargo, no se realiza adecuadamente en la práctica cotidiana. Los médicos no siempre ejecutan los abortos legalmente permitidos en tiempo y forma, y en muchos casos solicitan autorización a un juez, cuando tal procedimiento es innecesario. La norma penal es confusa y restrictiva, y ha sido interpretada de manera más contradictoria aún por los tribunales en todas las instancias. Recientemente, algunos jueces han impuesto penas administrativas o económicas a los médicos que siguieron esta conducta. Otros, por el contrario, intentaron procesar a las mujeres. El Estado debería difundir la existencia de aborto no punible y elaborar una norma nacional que lo garantice y permita actuar en consecuencia, con la celeridad y responsabilidad requeridas.

Respecto a la atención post aborto, cabe señalar que las MVVS viven en Argentina la misma suerte que el resto de las mujeres. La no atención humanizada post aborto y según normativa vigente afecta a todas las mujeres vivan o no con el VIH/SIDA. Esto significa que en general todas las mujeres deben reclamar esta atención en los hospitales públicos. Tanto la CABA como la Provincia de Buenos Aires poseen desde mediados de 2007 Protocolos de Atención post aborto. Asimismo, el Ministerio de Salud de la Nación elaboró Guías para su atención que difundió en enero de 2008 y que aún no se implementaron.

En el caso de un aborto inseguro, es necesario reconocer que en las MVVS el riesgo para su salud y vida es mucho mayor. Por eso es tan importante que se generalice una adecuada atención de las complicaciones del aborto y que en ella se reconozca las necesidades específicas de las MVVS.

Meta 60 Derechos humanos

“Para 2005 poner en práctica medidas para que las mujeres y las adolescentes estén en mejores condiciones de protegerse del riesgo de infección por el VIH, principalmente mediante la prestación de servicios de cuidados de salud, incluidos servicios de salud sexual y reproductiva, y mediante una educación que promueva la igualdad de género en un marco en que se tengan en cuenta los aspectos culturales y de género”

Indicadores propuestos:

- Alcance, adecuación y efectividad de las acciones de programas de prevención específica para mujeres jóvenes
- Alcance, adecuación y efectividad de programas de educación formal y no formal que promuevan la equidad entre los sexos, considerando aspectos de las masculinidades, la homofobia, la misoginia, el heterosexismo, la heteronormatividad, la lesbofobia y la transfobia
- Alcance, adecuación y efectividad de las acciones de servicios de salud sexual y reproductiva y promoción de Derechos de Mujeres viviendo con VIH

Preguntas relacionadas a este indicador:

³² El Código Penal establece dos causas de despenalización: por razones terapéuticas y por razones eugenésicas, siempre que sea realizado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer.

¿Existen directivas gubernamentales para educación que busquen promover la igualdad entre los sexos desde una perspectiva de DDHH? Si es así, ¿como Ud. evalúa su cobertura y efectividad?

En Argentina se aprobó la ley de educación sexual en el 2006 pero que aún no se comenzó a implementar.

En cuanto a su cobertura e implementación, las iniciativas son recientes y se encuentran demoradas. El cuadro de situación en las provincias, escuelas y niveles es sumamente heterogéneo en la práctica. A pesar de la vigencia de las leyes señaladas, la enseñanza ha dependido y depende, de la convicción de los docentes que, habilitados por sus directivos, han tenido y tienen la decisión de llevarla a cabo con sus alumnos/as, dándoles un lugar de participación y protagonismo.

Cabe señalar, por tanto, que la Meta UNGASS N° 53 que preveía asegurar que por lo menos el 90% de los jóvenes de ambos sexos de 15 a 24 años de edad para 2005, y para 2010, por lo menos el 95% de ellos, tengan acceso a la información, la educación, incluida la educación entre pares y la educación específica para jóvenes sobre el VIH, no se ha cumplido.

OSCs señalan que *“en general estas normas se refieren sólo a mujeres y varones heterosexuales y de esta manera refuerzan la binariedad de los géneros y excluyen a las identidades travestis, transexuales y transgéneros (TTT). En cuanto a la educación, aunque hay algunas iniciativas para introducir la perspectiva de género y los derechos humanos en los contenidos de los programas educativos, no se contempla la identidad o la apariencia de género como motivo de menoscabo ni se educa en la diversidad sexual y de géneros. Las TTT somos expulsadas de la escuela a edades muy tempranas, tanto por violencia explícita por parte de docentes y compañeras y compañeros como a partir de mecanismos menos evidentes, pero muy insidiosos. Esta expulsión tiene consecuencias muy graves porque refuerza los procesos de discriminación por los cuales se nos confina a la prostitución y se nos priva de nuestro derecho a un trabajo digno. Asimismo, la vulneración de nuestro derecho a la educación produce un daño que es muy difícil de revertir a lo largo de nuestras vidas” (ALITTT).*

La Ley N° 26.206 de Educación Nacional sancionada en el año 2006 postula como fines y objetivos de la política educativa, entre otros: Asegurar condiciones de igualdad, respetando las diferencias entre las personas sin admitir discriminación de género ni de ningún otro tipo.

En el mismo año se sancionó la Ley N° 26.150 que crea el Programa Nacional de Educación Sexual Integral en el ámbito del Ministerio de Educación, destinada a los todos los alumnos del sistema educativo nacional que asisten a establecimientos públicos de gestión estatal o privada, desde el nivel inicial hasta el nivel superior de formación docente y de educación técnica no universitaria. Uno de sus objetivos es procurar igualdad de trato y oportunidades para varones y mujeres.

En la CABA, a través de su Constitución del año 1996 se garantiza en el ámbito público y promueve en el privado la igualdad real de oportunidades y trato entre varones y mujeres en el acceso y goce de todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. En Educación, el trabajo sobre género estuvo dado inicialmente por la Ley N° 474 del Plan de Igualdad Real de Oportunidades y de Trato entre Mujeres y Varones sancionada en el año 2000, con el objetivo de garantizar a las mujeres el pleno reconocimiento, goce y ejercicio de sus derechos y garantías, y promover la igualdad real de oportunidades y de trato entre varones y mujeres. El plan abarca varias áreas, entre ellas, la de Educación, ciencia y tecnología. Educación toma esta ley para incluir el trabajo sobre sexualidad. A partir de allí comienzan a incluirse algunos contenidos en los diseños curriculares. A partir de la Ley N° 2110 de Educación sexual Integral, sancionada en 2006, se incluye el tema de género y se incorpora como contenido en todos los niveles. Esta ley pudo cristalizarlo como contenido, en todos los niveles a través de sus currículas, y en el marco del trabajo en educación sexual, a los cuales se incorporan otros, tales como: el desarrollo de la autonomía vinculado a la toma de decisiones, el fortalecimiento de la autoestima y autovaloración, la valoración de los sentimientos y su expresión, el enriquecimiento de las distintas formas de comunicación, y el trabajo reflexivo sobre género. El tema de género no fue incluido sólo pensando

en prevención de VIH, sino pensando en sexualidad en general, aunque gran parte de su inclusión se ha vinculado con la identificación de obstáculos al momento de tener prácticas sexuales más protegidas. Es la única jurisdicción que avanzó en este sentido.

¿Cómo se abordan las desigualdades y estereotipos de género en los programas educativos de prevención contra SIDA dirigidos por el gobierno?

A pesar de los avances y legislación existente, hay coincidencias respecto de que “el tratamiento de la cuestión de Género se circunscribe en las directrices ministeriales, básicamente a cuestiones biológicas: diferencias anatómicas entre los varones y las mujeres, y enfermedades de transmisión sexual que incluyen el tratamiento de la prevención de infección de VIH. En la última modificación de las currículas que se realizó en el año 2005, logró imponerse como cuestión fundamental y previa al tratamiento de la infección por VIH, la problemática de la discriminación enmarcada en la idea del “Respeto por la diversidad”. El alcance o profundidad de los temas desarrollados dependen, por un lado, del nivel escolar con el cual se trabaja y de la predisposición de los docentes a trabajar los temas planteados. Por lo tanto, desde lo formal, tanto la cuestión de género como del respeto por la diversidad están incluidos en los programas de estudios, pero el “cómo” se trabajan los mismos queda librado al compromiso personal que asuman los/las docentes y en el mejor de los casos la Institución educativa.

Cuando señalamos que el tratamiento de estas temáticas se realiza desde una mirada biologicista, que estamos diciendo que no se toman en cuenta los aspectos sociales y relacionales, justamente en donde se pone en juego la dinámica de la estigmatización y discriminación que termina obturando la posibilidad de aprehender no solo conductas no discriminatorias sino básicamente cuestiones de cuidado para la propia salud. Además, el planteo queda circunscripto a una clase o charla cuando lo ideal sería plantear los temas de identidad de género, orientación sexual y diversidad como ejes transversales a todo el contenido de formación escolar” (Desalambrando).

“Si bien el respeto por la identidad de género es un tema que se viene tratando y ya se han superado algunas barreras en el acceso a la prevención, atención y tratamiento a trans por medio de decretos provinciales, estos básicamente apuntan al aspecto asistencialista y no son percibidos por esta comunidad como un verdadero promotor de SS o efectivo trabajo paliativo de la epidemia de VIH-Sida y otras ITS en ellas. La concepción de las trans como HSH desvirtúa todo su concepto de identidad de género no encontrando en el sistema de salud espacios eficientemente adecuados para el tratamiento de su problemática, sintiéndose muchas veces invisibilizadas y marginadas del sistema de salud y viéndose, en consecuencia, vulnerados sus mas trascendentales derechos humanos” (IGLHRC).

“No hay política pública de prevención del sida a nivel nacional formulada con perspectiva de género y con un abordaje específico de la realidad TTT” (ALITTT).

“En lo que se refiere al trabajo en espacios de educación no formal, “Las dificultades que encontramos en estas intervenciones -además de las enunciadas con respecto al enfoque dado en el ámbito de la educación formal- tienen que ver básicamente con la falta de adecuación del contenido de los talleres en función de la población objeto de dichas intervenciones, sumados a la falta de seguimiento y continuidad de los encuentros con una población cuya vulnerabilidad frente al VIH es mayor que la de los y las jóvenes que asisten a algún establecimiento educativo” (Desalambrando).

La Ley N° 26.206 de Educación Nacional anuncia que el Ministerio de Educación fijará y desarrollará políticas de promoción de la igualdad educativa, destinadas a enfrentar situaciones de injusticia, marginación, estigmatización y otras formas de discriminación, derivadas de factores socioeconómicos, culturales, geográficos, étnicos, de género o de cualquier otra índole, que afecten el ejercicio pleno del derecho a la educación.

El derecho de todos a la educación, sin discriminaciones de género o religión, entre otras, se ha incorporado como contenido en los Contenidos Básicos Comunes de la Educación General Básica y

del nivel Polimodal, fundamentalmente en los capítulos de Formación Ética y Ciudadana y de Ciencias Sociales.

Por último, la normativa se confronta muchas veces con posiciones adversas de sectores de la sociedad que, desde el prejuicio o las creencias religiosas, obstaculizan su efectiva implementación. Es por eso que en la mayoría de las escuelas el tema sigue siendo eludido, en el mejor de los casos, y censurado en otros.

¿Existen barreras legales o tradicionales (informales, socio culturales) que limiten a las mujeres jóvenes para obtener cuidados de salud sexual y reproductiva y tratamiento ARV, cuando sea necesario?

En Argentina, el tratamiento para las PVVS es gratuito incluido el acceso a la medicación ARV y el control de carga viral y otros estudios complementarios, está garantizado por la ley, tanto en los servicios de salud públicos como en la Seguridad Social, asegurando la cobertura gratuita del 100% de la población. A pesar de contar con una legislación protectora, aún en la actualidad hay dificultades de acceso a los servicios públicos de salud, lo cual es reiteradamente mencionado por las usuarias, las ONGs y los profesionales de la salud.

Estas dificultades tienen que ver principalmente con los trámites necesarios para conseguir la medicación, el desgaste físico y emocional que implica el tratamiento, y la dificultad de cumplirlo adecuadamente, en el marco de la falta de recursos para cubrir las necesidades básicas de la vida cotidiana, sumado a la discontinuidad en la logística, organización y gestión del sistema de salud, horarios de atención restringidos, falta de recursos humanos, escasa implementación de acciones de capacitación para los médicos y equipos de salud orientados a optimizar los recursos disponibles, falta de recursos materiales, insumos e infraestructura, fragmentación de los servicios, resistencia o temores desde los equipos, demoras para conseguir turnos, obstáculos para la atención de adolescentes y niñas si no están acompañados por sus padres, escasez o inexistencia de prestaciones fuera de las capitales de provincia, falta de difusión a la población, carencia de estrategias para captar población, efectores “expulsores o poco amigables”, y falta de sensibilización a los equipos.

“No existen barreras legales, pero los tratamientos no son específicos para nosotras las TS” (AMMAR Santiago del Estero).

“Las barreras son tradicionales, sobre todo socioculturales, lo que presenta un desafío para trabajar estos temas con nuestra población” (CDD).

“La más frecuente es el desconocimiento del derecho de las adolescentes a la información y MAC sin la necesidad de un adulto” (CDD).

“El servicio no está en su totalidad sensibilizado para atender a las trabajadoras sexuales (médicos, enfermeras y administrativos)” (AMMAR Paraná).

“A pesar de que el tratamiento es gratuito, las TTT enfrentamos barreras particulares para el acceso al cuidado de nuestra salud y la atención en la red de hospitales públicos que con frecuencia implican que no recibamos tratamiento hasta que es demasiado tarde. Además, las estadísticas oficiales nos invisibilizan, ya que se formulan incluyéndonos en la categoría HSH (hombres que tienen sexo con hombres). De esta manera, nuestras muertes quedan silenciadas, nuestras identidades son ignoradas y no se pone en evidencia que las políticas de prevención fracasan estrepitosamente cuando se trata de comunidades TTT. Simplemente es imposible conocer el número de TTT muertas a causa del sida porque las estadísticas oficiales no dan cuenta de ello. Cabe destacar que existen algunas iniciativas importantes para nosotras en el sector salud, en Ciudad y en provincia de Buenos Aires. Nos referimos a las resoluciones que exigen que seamos tratadas con nuestros nombres de elección en las instituciones sanitarias. Estas medidas son fruto de la lucha y el trabajo sostenidos de organizaciones de defensa de derechos de las TTT en estas regiones mencionadas. Sin embargo, tienen limitaciones propias de las medidas locales. Es necesaria una política nacional en este sentido para promover el acceso de las TTT a los hospitales y centros de salud de todo el país” (ALITTT).

“Si bien la entrega de medicamentos ARV es regular y continua (...) no sucede lo mismo con algunos medicamentos para tratar infecciones oportunistas específicas: la entrega del Bactrin pediátrico es irregular y los inhibidores de la lactancia no son parte del Vademécum del Ministerio. Entendemos la inclusión o no dentro del vademécum que maneja el Estado -en este caso Nacional- como una barrera legal que limita a las mujeres a obtener cuidados de salud en general. Lo mismo podemos enunciar con respecto a la calidad de los medicamentos ARV que el Estado provee, ya que no existen estudios de genotipo ni controles de biodisponibilidad y bioequivalencia, siendo, en estos casos el propio Estado el que viola la Ley Nacional 23.798 y las resoluciones firmadas del Ministerio de Salud” (Desalambrando).

También existe cobertura gratuita de la SSyR a través del subsector público, para toda la población sin ningún tipo de discriminación, incluyendo asesoramiento, prescripción y suministro de métodos anticonceptivos (hormonales orales e inyectables, preservativo masculino y dispositivo intrauterino). Sin embargo, las dificultades de acceso a los servicios públicos de salud son reiteradas. Se trata entonces de problemas que trascienden el vivir con el VIH y se refieren a las dificultades de acceso a la atención, debidas a barreras económicas, culturales y geográficas.

¿Existen servicios de salud sexual y reproductiva y promoción de Derechos de Mujeres viviendo con VIH?

Las políticas de salud no cuentan con servicios específicos de SSyR y promoción de Derechos para MVVS.

Meta 61 Derechos Humanos

“Para 2005, asegurar el establecimiento y la ejecución acelerada de estrategias nacionales para la potenciación de la mujer, la promoción y la protección del pleno disfrute por las mujeres de todos los derechos humanos y la reducción de su vulnerabilidad al VIH/SIDA, mediante la eliminación de todas las formas de discriminación, así como de todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas, entre ellas las prácticas tradicionales y consuetudinarias nocivas, el abuso, la violación, y otras formas de violencia sexual, el maltrato y el tráfico de mujeres y niñas”

Indicadores propuestos:

- Alcance, adecuación y efectividad de las leyes específicas para prevenir, castigar y reparar el daño en relación a la violencia contra las mujeres
- Alcance, adecuación y efectividad de acciones específicas para prevenir, castigar y reparar el abuso, las violaciones y otras formas de violencia y trata.
- Alcance, adecuación y efectividad de acciones específicas contra la explotación sexual de las niñas
- Cobertura, calidad y calidez de los servicios de atención a mujeres y niñas víctimas de violencia o violación sexual, con profilaxis Anti HIV, y anti ITS, contracepción de emergencia y aborto
- Existencia de un sistema público de recolección y divulgación de datos relativos al tráfico y a la violencia contra mujeres y niñas, denuncias y situaciones no denunciadas

Preguntas relacionadas con este indicador:

¿Cómo Ud analiza la cobertura y la efectividad de las iniciativas gubernamentales para impedir la violencia contra mujeres y niñas?

Los programas de prevención no llegan de manera suficiente a las mujeres, adolescentes, niñas y trabajadoras sexuales, habiendo escasa difusión de los recursos públicos disponibles. Asimismo, existe falta de compromiso para resolver la falta de cumplimiento de las leyes vigentes, no se ha capacitado lo suficiente a educadores y profesionales de la salud en la detección de situaciones de abuso sexual y violencia, ni tampoco las acciones a seguir en los casos de violencia, faltan lugares adecuados para la contención de violencias y maltratos, con equipos interdisciplinarios para tal fin.

La violencia de género no figura dentro de los objetivos prioritarios del CNM, y no ha desarrollado, salvo algunas actividades esporádicas, líneas de acción que revistan el carácter de políticas públicas tendientes a prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres. Del mismo modo, el Consejo Federal de la Mujer, creado por el CNM y que cuenta con la representación de las provincias y la ciudad de Buenos Aires tampoco tiene entre sus funciones específicas alguna referencia en relación con la violencia de género.

“Existe falta de compromiso para resolver falencias de leyes, para combatir violencia abusos maltratos y trafico de trabajadoras sexuales. proyecto de ley no aprobado en trafico de personas, falta de lugares adecuados en contención de violencias y maltratos, equipos interdisciplinarios. Falta de cumplimiento de las leyes vigentes.” (AMMAR Paraná).

Es fundamental se brinde capacitación, no solo a los profesionales de salud, sino también a funcionarios del ámbito de la seguridad y justicia, quienes necesitan ser sensibilizados en dichas temáticas e informados sobre los aspectos médicos y psicosociales a considerar en sus intervenciones para no poner en riesgo la salud de la víctima.

El ordenamiento jurídico argentino no tiene disposiciones que discriminen a la mujer para el ejercicio y goce de los derechos humanos y de las libertades fundamentales en las distintas esferas de la sociedad. A su vez, manifiesta una tendencia clara hacia la progresiva eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Sin embargo, es necesario seguir trabajando en la actualización de la legislación adecuando, cada una de sus disposiciones a los diferentes tratados de derechos humanos. La evolución de la legislación no es, ni lineal, ni se da homogéneamente, tanto en los distintos ámbitos de aplicación como en las distintas jurisdicciones del país.

Cabe señalar que la Reforma de la Constitución Nacional de 1994 incorpora en su texto diversos Tratados Internacionales de Derechos Humanos, entre los que se encuentran la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, que reafirma y garantiza el derecho de todas las mujeres a una vida libre de violencia.

En el mismo año, se sanciona la Ley N° 24.417 de Protección contra la Violencia Familiar. En el año 1996, se incorpora al derecho interno las obligaciones asumidas internacionalmente por nuestro país mediante la Ley N° 24.632 la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer. Sin embargo, su alcance es limitado.

Por su parte, la Convención de Belem do Pará (de aplicación obligatoria en todo el territorio nacional) afirma que la violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales y limita total o parcialmente a la mujer el reconocimiento, goce y ejercicio de tales derechos y libertades. Sin embargo, la misma no ha sido traducida a normas, políticas, planes o servicios concretos, o los avances son parciales e insuficientes, tampoco se han realizado acciones a nivel nacional a los fines de su difusión. Por consiguiente, existe un gran desconocimiento de la Convención por parte de jueces/zas, abogadas/os, policía, sistema de salud, funcionarios/as públicos/as, docentes, etc. En relación con las obligaciones del Estado, se observa un significativo retraso en darles cumplimiento de una manera integral y efectiva, fundamentalmente a nivel nacional.

La Ley nacional N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas/os y Adolescentes, dispone que los mismos tienen derecho a la dignidad como sujetos de derechos y de

personas en desarrollo; a no ser sometidos a trato violento, discriminatorio, vejatorio, humillante, intimidatorio; a no ser sometidos a ninguna forma de explotación económica, torturas, abusos o negligencias, explotación sexual, secuestros o tráfico para cualquier fin o en cualquier forma o condición cruel o degradante. Su implementación es lenta y muy dispar.

Queda mucho por hacer, principalmente para potenciar y estructurar como una red esos servicios y esfuerzos. Entre otras cosas, la creación de servicios especializados de atención a mujeres víctimas de violencia en la mayoría de las provincias; la coordinación entre los diferentes servicios (áreas de salud, de violencia, de la mujer, de seguridad, judiciales); la capacitación de los equipos para el abordaje de la temática, el sistema de registro a los efectos de contar con datos confiables y comparables; la accesibilidad a la Justicia con patrocinio jurídico gratuito y mayor difusión de los derechos protegidos, a través de campañas de sensibilización generalizadas y sostenidas. También aparece como necesario desarrollar a nivel nacional campañas sostenidas contra la Violencia contra la Mujer, la creación de refugios para mujeres adultas y sus hijos/as a nivel de todo el país, y de mecanismos de ayuda y de reinserción de las mujeres víctimas de violencia.

¿Existe un sistema de monitoreo efectivo de esas acciones desde el gobierno? ¿Y desde la sociedad civil?

Nuestro país no cuenta con un sistema de monitoreo efectivo a nivel gubernamental que permita evaluar el impacto de las acciones.

El Municipio de Vicente López (Provincia de Buenos Aires) cuenta, por ejemplo, con un Centro Municipal de la Mujer, que desarrolla acciones de promoción y defensa de derechos, contando con un servicio de prevención y asistencia de la violencia de género. Señalan que el mismo *“es el organismo público encargado del seguimiento de esta problemática. El registro se realiza en base a las mujeres que consultan los servicios de atención de violencia de género por lo cual se estima que existe un subregistro de los casos totales. No existen monitoreos desde la sociedad civil”* (Asociación civil Trama).

A nivel de la sociedad civil, especialmente de las ONGs se han empezado a desarrollar. A nivel de organizaciones de mujeres, jóvenes y DH, desde mayo 2003 existe el CoNDeRS –Consortio Nacional por los Derechos Reproductivos y Sociales- que monitorea la implementación de la ley 25.673 y que por tanto incorpora el VIH/Sida y la violencia contra la mujer en sus actividades.

¿Están disponibles antirretrovirales, profilaxis de ITS, anticoncepción de emergencia y consejería para las mujeres violentadas sexualmente? ¿Existen estadísticas nacionales sobre la violencia sexual contra mujeres y niñas?

La AHE está incorporada entre los métodos reconocidos por el PNSSyPR. Su provisión recién comenzó en el 2007, es heterogénea, la disponibilidad depende de la política de salud de cada provincia o municipio. Es un recurso más accesible en casos de violación que para casos de relaciones sexuales sin protección. Falta promoción e información al respecto, en general las mujeres desconocen que tienen derecho y no la solicitan, por lo tanto en caso de violación no llegan a la consulta lo suficientemente rápido como para poder realizar la profilaxis adecuada.

“cuando llega una paciente por ejemplo con un posible caso de abuso sexual han pasado semanas o meses, o sea la denuncia la realiza en sede policial o judicial mucho tiempo después, por diferentes motivos entre ellos miedo, vergüenza, desinformación, y no se llega a poder hacer la adecuada profilaxis. También los tiempos de la Justicia son otros, son más lentos y más burocráticos. No es lo más frecuente que se haga la denuncia en forma inmediata, y eso dificulta todo” (Conciencia Joven).

A pesar de que hay acuerdo generalizado acerca de que la Profilaxis Post Exposición (PEP) debe estar disponible, son restringidos los servicios que la brindan para casos de violaciones y otras formas de exposición al VIH. La normativa vigente en el país exige la disponibilidad en los servicios

de guardia de todos los hospitales de un kit de atención para un mes de tratamiento. Esta medida no siempre se cumple, a excepción de los casos de accidentes laborales.

Desde el PNLRHS se ha trabajado en la normativa respectiva que existe desde el 2001, la cual establece la disponibilidad, en todos los hospitales, de un kit de atención para un mes de tratamiento profiláctico en los servicios de guardia. Esta medida que no siempre se cumple porque el kit está reservado para casos de accidentes laborales. A pesar de que desde algunos programas gubernamentales y ONG se promueva, la disponibilidad de medicamentos para la profilaxis no está tan extendida como sería conveniente en los servicios de guardia, tanto para atender casos de violación, como accidentes laborales. Cabe señalar además que estas pacientes no son monitoreadas ni existe un seguimiento de las mismas por parte de los servicios asistenciales.

“Antirretrovirales existen en cantidad suficientes, en la anticoncepción de emergencia falta de promoción e información, y no hay cantidad suficiente para la población. No existe consejería en VIH/SIDA” (AMMAR Paraná).

“Sí, están disponibles. Sin embargo la consejería no está garantizada en todos los casos” (Asociación Civil Trama).

Asimismo, la falta de un protocolo nacional que garantice la atención sistemática de mujeres víctimas de violencia sexual, no solo para la atención integral biomédica, psicosocial y legal, sino también del riesgo de embarazo y la PEP por riesgo de infección con el VIH/SIDA.

Información suministrada por las usuarias refleja que *“las mujeres y niñas víctimas de violencia sexual, tanto dentro o fuera del matrimonio y trabajadoras sexuales pocas veces tuvieron correcto aconsejamiento en referencia al riesgo de contraer VIH, ITS como de quedar embarazadas, tampoco información suficiente sobre el acceso a la Profilaxis Post-Exposición ni al diagnóstico y tratamiento de ITS y a la disponibilidad de provisión de anticoncepción de emergencia” (IGLHRC).*

En la CABA, en el año 2003 la Secretaría de Salud aprobó el Protocolo de Acción ante Víctimas de Violación mediante la Resolución N° 2557, que establece la obligación de proporcionar a la víctima de violación la medicación dirigida a la AHE y la PEP destinada a prevenir la infección por VIH/SIDA, estableciendo los plazos para dar inicio al tratamiento de modo de reducir considerablemente la posibilidad de infección. Se aplica actualmente en algunos de los Hospitales de la jurisdicción (Álvarez, Muñiz y Pirovano), en el resto de los hospitales si bien en general cuentan con la medicación necesaria, muchas veces sucede que los/as profesionales no saben exactamente como administrarla y no conocen el Protocolo de Acción correspondiente para dichos casos. Lo que señala la necesidad de capacitación de los/as profesionales de salud en torno a los aspectos médicos y psicosociales relacionados a la atención a víctimas de violencia sexual y específicamente garantizar la aplicación del mencionado protocolo. En la provincia de Buenos Aires, por su parte, son pocos los hospitales que administran en forma correcta el tratamiento post exposición al VIH e ITS y la AHE.

Respecto a la existencia de estadísticas nacionales sobre la violencia sexual contra mujeres y niñas, no hay un registro exhaustivo acerca de la cantidad de casos de violaciones atendidos, ni existe ningún trabajo o investigación especial que lo promueva. Los números son incompletos, no hay un registro que unifique las denuncias que se reciben en comisarías comunes, en tribunales y en los hospitales, y porque es una problemática que muchas veces, es ocultada y vivida en silencio, sin intervención de la justicia. Por ejemplo, los datos recabados por la Dirección Nacional de Política Criminal, sólo reflejan los delitos contra la integridad sexual que han sido denunciados en policías provinciales y federal, prefectura y gendarmería, por lo cual no evidencian la cantidad real de hechos de violencia sexual, ya que deja por fuera aquellos casos en los que no se radica la denuncia (se estima que solo el 10% se denuncia). Existen estadísticas de atención de casos de violencia sexual y violencia de género en los distintos servicios de salud, pero no estudios sobre la población en general.

¿Son realizadas regularmente campañas nacionales de combate a la violencia contra las mujeres y explotación sexual de las niñas? Si es así, ¿cómo Ud. evalúa la efectividad de esas iniciativas y la pertinencia de los contenidos de los mensajes?

No se han realizado campañas nacionales en torno a estas temáticas ni existe suficiente difusión sobre servicios. Hay recortes presupuestarios en las políticas públicas que impactan en la implementación de las mismas, repercutiendo en la disminución de denuncias como así también en la consulta a los servicios especializados por parte de las mujeres afectadas.

Cabe señalar que durante los años 2006 y 2007, por iniciativa de ONGs con apoyo internacional se iniciaron campañas pero con baja cobertura.

¿Cuáles son las iniciativas gubernamentales para cohibir la explotación sexual de las niñas? ¿Cómo Ud. evalúa su cobertura y efectividad? ¿Existe un sistema de monitoreo efectivo de esas acciones desde el gobierno? ¿Y desde la sociedad civil?

Las iniciativas gubernamentales son recientes y parciales. Cabe señalarse que en diferentes puntos del país, se han detectado redes de prostitución infantil y turismo sexual con niños/as y adolescentes. Los organismos estatales a quienes le compete abordar esta problemática (el Consejo Nacional de la Mujer, el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, el Consejo Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia), no han desarrollado políticas activas para eliminar la explotación sexual infantil.

La Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNAF) dependiente del Ministerio de Desarrollo Social, tiene en marcha el Programa de Capacitación y Tratamiento de la Violencia Familiar, Maltrato Infantil y Abuso Sexual. El Programa de asistencia y prevención atiende a niños víctimas de “negligencia, abandono, maltrato físico y/o psicológico, abuso sexual, y toda forma de maltrato ejercido por sus padres o cuidadores”.

El Programa Las Víctimas contra las Violencias, incluye entre sus objetivos la lucha contra el maltrato, la explotación y la prostitución infantil. Actualmente están en funcionamiento (en la CABA) tres Brigadas, de Violencia sexual, familiar y de niños/as (contra explotación sexual), conformadas por psicólogos y trabajadores sociales que trabajan en conjunto con personal policial.

El Municipio de Vicente López (Provincia de Buenos Aires) cuenta, por ejemplo, con un Centro Municipal de la Niñez y Adolescencia, que desarrolla acciones de promoción y defensa de derechos, contando con un equipo especializado en esta temática (excepto trata) (Asociación Civil Trama).

No existe un monitoreo efectivo a nivel nacional. Al respecto, resulta necesario focalizar en las acciones del sistema judicial, en relación a las sanciones y resoluciones en los hechos de violencia sexual y familiar.

¿Existen servicios específicos para la atención, prevención y contención de violencia, violencia sexual, explotación, trata y abuso?

No existen servicios específicos para la atención, prevención y contención de la explotación, trata y abuso. Es incipiente el desarrollo de programas o servicios específicos de atención a las víctimas de violencia y violencia sexual. Se pueden destacar algunas experiencias de programas locales, en particular en la CABA, en la Provincia de Santa Fe, y en la Provincia de Buenos Aires.

En la CABA, existen servicios de atención a víctimas de violencia familiar y sexual pertenecientes a la Dirección General de la Mujer, y varios hospitales públicos cuentan con un servicio especializado en Violencia Familiar. La Policía Federal también cuenta con un Centro de Atención a Víctimas de Violencia Sexual, en donde se brinda tratamiento a las víctimas y asesoramiento legal y el Centro de Atención a la Víctima para violencia familiar, también de la Policía Federal Argentina.

El Programa Las Víctimas contra las Violencias posee en esta jurisdicción Brigadas para la atención en emergencia, asistencia (psicológica y judicial) y contención de las víctimas de Violencia sexual, familiar y de niños/as (contra explotación sexual).

Existen, dependientes de la Dirección General de la Mujer, una serie de programas atendiendo distintos aspectos de la violencia doméstica y sexual (Asistencia al Maltrato Infantil, Asistencia a Mujeres Víctimas de Delitos Sexuales, Asistencia a Hombres Violentos, Programa Lazos, Programa Noviazgos violentos). A finales de agosto de 2000, se creó un Centro Único de Atención Telefónica, en el que confluyen tres servicios: la Línea Violencia Familiar (de asistencia a la mujer víctima de violencia doméstica), la Línea Te Ayudo (de asistencia al Maltrato infantojuvenil), y la Línea Pappama (de asesoramiento en la prevención de cáncer de mama). A febrero de 2006, existen 9 Centros Integrales de la Mujer (CIM), que ofrecen asistencia interdisciplinaria a las víctimas de violencia familiar.

Otra experiencia es la del Centro de Asistencia a la Víctima y al Testigo del Delito de la Provincia de Santa Fe, creado en el año 1995 por ley N° 11202, dependiente de la Defensoría del Pueblo de la Provincia. Posee dos casas de atención, en las ciudades de Santa Fe y Rosario. Se ocupa de situaciones de violencia física o emocional, delitos que comprenden maltrato infantil, violencia familiar, violencia contra la mujer, apremios ilegales, violaciones, homicidios, abuso carcelario, etc. El equipo interviene por iniciativa de la víctima o de sus representantes; por derivación de instituciones; por derivación del tribunal -ya sea en el marco de la ley de violencia familiar- o por funcionarios judiciales que lo requieran.

Por último, se puede mencionar la experiencia de las Comisarías de la Mujer que existen en algunas provincias (algunas cuentan con brigadas o personal femenino para asistir a las mujeres víctimas), destacándose la experiencia de la Provincia de Buenos Aires, creadas por Resolución N° 4570/90 con el objetivo de tomar intervención en delitos de instancia privada y de acción pública cuando resultar en víctimas mujeres, menores e integrantes del grupo familiar, prevenir los delitos de violencia contra la mujer y contra la familia. Así también, la existencia de Protocolos vinculados a violencia en las Provincias de Río Negro, Neuquén, Santa Fe (Rosario) y Mendoza.

Meta 62 – Reducción de la vulnerabilidad.

“Para 2003, a fin de complementar los programas de prevención de actividades que expongan al riesgo de infecciones por el VIH, como el comportamiento sexual de alto riesgo y sin protección y el uso de drogas inyectables, establecer en todos los países estrategias, normas y programas que individualicen y comiencen a enfrentar a los factores que hacen particularmente vulnerables a la infección por el VIH, entre ellos el subdesarrollo, la falta de seguridad económica, la pobreza, la falta de potenciación de la mujer, la falta de educación, la exclusión social, el analfabetismo, la discriminación, la falta de información y/o de productos para protegerse, y todos tipo de exploración sexual de mujeres, niños y niñas, inclusive con fines comerciales; tales estrategias, normas y programas deben abordar la dimensión de género de la epidemia, especificar las medidas que se han de adoptar para superar la vulnerabilidad y fijar las metas que se han de alcanzar”

Indicadores propuestos:

- Alcance, adecuación y efectividad de programas de apoyo a las mujeres más vulnerables;
- Alcance, adecuación y efectividad de programas o proyectos productivos (microempresa) para mujeres más vulnerables
- Alcance, adecuación y efectividad de políticas afirmativas para la inclusión de mujeres más vulnerables

■ Alcance, adecuación y efectividad de las políticas y programas de protección de los derechos humanos de las mujeres más vulnerables

■ Alcance, adecuación y efectividad de programas que atiendan la causa y problemas estructurales de tráfico de mujeres y niñas, evitando la criminalización y discriminación individual

■ Alcance, adecuación y efectividad en la aplicación de acuerdos, convenios y tratados internacionales así como el impulso de leyes federales que castiguen el tráfico de las mujeres

■ Alcance, adecuación y efectividad de las acciones de monitoreo por parte del gobierno, con indicadores claros y disponibles y con participación de la sociedad civil

Preguntas relacionadas con este indicador:

¿Existen programas o acciones específicas con respecto al tráfico de mujeres? Si es así, ¿cómo usted evalúa su efectividad?

Una reciente Investigación sobre trata y tráfico de mujeres con fines de explotación sexual en la República Argentina realizada por la Defensoría del Pueblo de la Nación señala que el Tráfico y la Trata de personas, especialmente de mujeres y niñas con fines de Explotación Sexual, es uno de los grandes flagelos que tiene como escenario a nuestro país. Allí se remarca el fortalecimiento tanto de las redes locales como de las que tienen contactos en el exterior, a expensas de las condiciones sociopolíticas, culturales, económicas y de exclusión existentes en el país y muy especialmente en algunas provincias.

Son pocas las estadísticas confiables a nivel país, si bien hay datos periodísticos que hacen alusión al tráfico de mujeres, más allá de los datos expuestos por la Oficina de Asistencia a las Víctimas dependiente de la Procuración General de la Nación, no hay datos construidos.

A su vez, la carencia de una legislación punitiva disponible, es uno de los factores que facilitan la continuidad del delito. En el mes de agosto del año 2002, por Ley nacional N° 25.632 se aprobó la Convención contra la Delincuencia Organizada Transnacional y sus Protocolos complementarios para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños y contra el tráfico ilícito de migrantes por tierra, mar y aire.

Su efectividad aun es un tema pendiente e incipiente, ya que no se cuentan con diagnósticos y datos de las distintas provincias para realizar el seguimiento, monitoreo y evaluación de las actividades.

¿Las acciones del gobierno relacionadas con la inclusión de mujeres de grupos más vulnerables (mujeres y niñas en situación de encierro, inmigrantes, etc.) son monitoreadas de forma pública y transparente?

Nuestro país no cuenta con un sistema de monitoreo efectivo que permita evaluar el impacto de las acciones relacionadas con la inclusión de mujeres de grupos más vulnerables.

¿Hay representantes de mujeres en los comités de planeamiento/ evaluación de estas iniciativas?

La ausencia de políticas orientadas a la inclusión de mujeres de grupos más vulnerable se traduce en una falta de comités de planeamiento y evaluación de estas iniciativas.

¿Existen articulaciones y/o contradicciones entre los tratados internacionales y legislaciones locales referidos a tráfico y protección de los derechos humanos de las mujeres más vulnerables?

No se cuenta con información al respecto.

Meta 63 Reducción de la vulnerabilidad

“Para 2003 establecer y/o reforzar estrategias, normas y programas que reconozcan la importancia de la familia para reducir la vulnerabilidad, entre otras cosas educando y orientando a los niños, y que tengan en cuenta los factores culturales, religiosos y éticos a fin de reducir la vulnerabilidad de niños y jóvenes mediante el acceso garantizado de las niñas y los niños a la enseñanza primaria y secundaria, con programas de estudios para adolescentes que incluyan el VIH/SIDA; entornos seguros y protegidos, especialmente para las niñas; ampliación de servicios de buena calidad para los jóvenes en materia de información, educación sobre salud sexual y apoyo psicológico; el fortalecimiento de los programas de salud sexual y reproductiva, y la incorporación, en la medida de lo posible, de las familias y los jóvenes en la planificación, la ejecución y la evaluación de los programas de atención y prevención del VIH/SIDA”

Indicadores propuestos:

- Alcance, adecuación y efectividad de programas que consideran a las culturas, religiones y contextos culturales en las estrategias de educación
- Acceso a vivienda, educación, alimentación para niñas afectadas o infectadas por el VIH
- Alcance, adecuación y efectividad de los programas de salud integral para adolescentes
- Alcance y adecuación y de las acciones de consejería en salud sexual y reproductiva en los servicios de salud
- *Participación efectiva de jóvenes en el diseño, monitoreo y evaluación de los programas*
- *Alcance, adecuación y efectividad de las acciones de capacitación para los maestros en cuestiones de salud sexual y reproductiva*

Preguntas relacionadas con este indicador:

¿El concepto de familia que el gobierno reconoce y promueve en las estrategias de involucramiento familiar está adecuado a la realidad de las poblaciones más vulnerables? ¿Se reconocen diversos modelos de familia?

El modelo de familia, propuesto por el Estado y al cual se interpela, no se condice con las realidades familiares que presentan los grupos más vulnerables (familias desmembradas, un sujeto referente adulto- madre o padre, abuelos u otros familiares a cargo).

Por ejemplo, *“El discurso escolar supone que la educación de la sexualidad de los niños, adolescentes y jóvenes es de responsabilidad de las familias, sin reparar en las realidades que viven los actores implicados. Por su parte la familia conserva modelos educativos cargados de mitos, prejuicios y tabúes a la hora de la educación de la sexualidad de sus hijos. Estos aspectos, en plena conjugación, constituyen un obstáculo importante en la formación de competencias saludables en niños y en los más jóvenes” (Conciencia Joven).*

A su vez, el sistema de salud encuentra obstáculos para la atención de estas “nuevas realidades” (niños que concurren solos a las consultas, etc.).

¿El gobierno asume de hecho una perspectiva multicultural en la formulación de sus propuestas sociales?

La perspectiva multicultural está ausente en la formulación de los proyectos sociales. Tal es el caso de la Provincia de Misiones, que se caracteriza por una masiva influencia inmigratoria (por estar ubicada en una zona limítrofe con los países Paraguay y Brasil), sumado a que un porcentaje alto de su población son descendiente de extranjeros europeos y otro tanto corresponde a comunidades aborígenes (actualmente existen aproximadamente 30 comunidades aborígenes). Al respecto, OSCs señalan que *“los programas nacionales no siempre tienen en cuenta estas características dejando excluidos a los aborígenes y habitantes de las zonas rurales y extranjeros”* (Asociación Civil Jo.A.CyA Misiones) de sus formulaciones programáticas.

¿La orientación y el enfoque de las actividades de educación sobre VIH en las escuelas están adecuados a una propuesta de educación inclusiva y de respeto a las diferencias?

En donde existe lo está a nivel de formulación pero no de práctica cotidiana. Las OSCs consultadas señalan que *“En cada uno de los documentos leídos no se pudo observar una propuesta explícita de respeto por las diferencias, no se presentan contenidos específicos relacionados a aspectos socioculturales y de género que están íntimamente relacionadas con la epidemia del SIDA”* (Conciencia Joven). Se remarca que esto se debe a la preponderancia de la mirada biologicista a la hora de concebir la educación sobre el VIH/SIDA.

“no existe un tratamiento interdisciplinario en la temática “Salud Sexual”, los alumnos reciben información de una sola área o asignatura, no obstante la intención plasmada en el prediseño intenta lograrlo” (Conciencia joven).

“A partir de las encuestas realizadas a los alumnos del nivel Polimodal, sumado a la experiencia de trabajo de campo en la materia, se puede establecer que el abordaje de la temática “VIH/SIDA y otras ITS”, se incorporan al currículo desde la temática “Reproducción Sexual”, como un sub-tema. Por esta razón se limita al punto de vista “biologicista”, sin profundizar en otros puntos que hacen a la problemática, más allá de considerar la multidimensionalidad de la sexualidad y de la importancia de la toma de decisiones responsables. No existe un tratamiento interdisciplinario y/o transversal de la temática. Al mismo tiempo se puede evaluar que los docentes no tienen competencias específicas con una mirada interdisciplinaria de la Salud Sexual y Reproductiva, motivo por el cual recurren a especialistas en la materia a la hora de abordar estas temáticas” (Conciencia Joven).

La Ley de Educación Nacional anuncia que el Ministerio de Educación fijará y desarrollará políticas de promoción de la igualdad educativa, destinadas a enfrentar situaciones de injusticia, marginación, estigmatización y otras formas de discriminación, derivadas de factores socioeconómicos, culturales, geográficos, étnicos, de género o de cualquier otra índole, que afecten el ejercicio pleno del derecho a la educación. Aun no se han desarrollado acciones tendientes al desarrollo de una educación inclusiva como señala la ley.

¿Los contenidos en los libros de texto están adecuados a una propuesta de educación inclusiva y de respeto a las diferencias?

Los contenidos relacionados a la SSyR son limitados y están plasmados desde un punto de vista biologicista y unidireccional. El abordaje se realiza desde el campo de las disciplinas tradicionales (biología), no habiendo margen de trabajo para la prevención desde un plano más integral.

OSCs consultadas señalan al respecto que *“Durante la última gestión del Ministerio de Educación Ciencia y Tecnología de la Nación se han distribuido de manera gratuita libros de lectura para los alumnos en los distintos niveles de la Educación. Si bien éstos presentan una mirada más integral de las problemáticas adolescentes, y conciben al joven como un “Sujeto de Derecho”, incluidos los Sexuales y Reproductivos, en el campo no se llega a lograr esa integración interdisciplinaria para tener una mirada más abarcativa de las problemáticas. En otro orden de cosas, es de destacar que la mirada inclusiva de los textos escolares debe estar acompañada de una mirada inclusiva de todo el sistema educativo y de los actores que en él interactúan. En nuestra localidad*

predominan las corrientes tradicionales de la Educación que, dada las características de los contextos educativos actuales, no logran enfocar la mirada inclusiva y de respeto a las diferencias” (Conciencia Joven).

“Si bien desde los organismos existen inquietudes de abordar todo lo referido a la SSySR incluyendo VIH/ SIDA, debido al aumento de las demandas, en la mayoría de las veces los llevan acabo ONGs, algún docente interesado o involucrado en la temática, ya que desde el Estado y desde la currícula educativa, no es obligatorio el tema en cuestión. Recién con la modificación de la ley de educación la mayoría de los colegios tienen una apertura al desarrollo del tema. Los textos que se utilizan contienen hasta el momento poseen un lenguaje muy técnico, marcando fuertemente la diferencia de género. Existen también algunos ejemplares que se han adaptado a nuestra realidad pero que son escasos en su difusión” (Asociación Civil Jo.A.CyA Misiones).

¿Los contenidos en los libros de textos están garantizados científicamente?

Aún no. Los libros de texto atraviesan diversas instancias de consulta y discusión llevadas a cabo por diferentes especialistas, con el propósito de garantizar que sus contenidos se enmarquen en una perspectiva de educación inclusiva y de respeto a las diferencias.

Meta 64. Reducción de la vulnerabilidad

“Para 2003, elaborar y/o fortalecer estrategias, normas y programas nacionales, apoyados por iniciativas regionales e internacionales, según corresponda, aplicando un enfoque propicio a la participación, para promover y proteger la salud de los grupos identificables que actualmente tienen tasas elevadas o en aumento de la infección por el VIH o que, de conformidad con la información pública sobre salud, tienen el mayor riesgo o son más vulnerables a nuevas infecciones, según indican factores como la historia local de la epidemia, la pobreza, las prácticas sexuales, los hábitos de consumo de drogas, los medios de vida, la reclusión en instituciones, la alteración de las estructuras sociales y los movimientos de población, forzosos o no”

Indicadores propuestos:

■ Alcance y efectividad de las articulaciones desde el gobierno con socios regionales o internacionales para fortalecer los programas y actividades específicas de atención a la salud sexual y reproductiva para mujeres más vulnerables

■ Participación de mujeres más vulnerables en el proceso de articulaciones regionales o internacionales

Preguntas relacionadas con indicador:

¿Existen programas o acciones específicas de protección a la salud sexual y reproductiva de las mujeres viviendo con VIH/SIDA y/ o miembros de los grupos más vulnerables (mujeres y niñas en situación de encierro, inmigrantes, etc.) para la infección de VIH? Si es sí, ¿cómo usted evalúa su efectividad?

Tanto el Programa nacional como los programas provinciales no cuentan con programas específicos registrados para MVVS.

Respecto a acciones para población en situación de encierro, hay que destacar la dicotomía existente entre el marco legal y la realidad que padecen quienes se encuentran en situación de

encierro, en vistas de las condiciones de insalubridad en las que las cárceles se encuentran, en detrimento de las condiciones físicas de la detención y las actividades y derechos de los/as detenidos/as. Si bien existen diferencias de acuerdo a las distintas dependencias de detención, se está lejos en muchos casos de garantizar las reglas mínimas.

Las mujeres privadas de libertad necesitan atenciones médicas muy concretas, dados los altos niveles de violencia de que han sido objeto muchas de ellas antes de su reclusión. Como grupo, representan un núcleo de alto riesgo en lo referente a los problemas de SSyR. Las cárceles femeninas requieren un sistema de asistencia sanitaria específico para la mujer, que haga hincapié en la SSyR, la salud mental, el abuso de sustancias tóxicas y el asesoramiento a las víctimas de malos tratos y abusos sexuales. Esto no existe. A la vez, en distintos estudios se indica que las presas presentan un mayor riesgo de contraer algún tipo de cáncer del aparato reproductor y otras enfermedades similares. No hay políticas específicas adoptadas.

Sin embargo, el Estado argentino no ha orientado políticas públicas para contemplar adecuadamente la salud de las mujeres en situación de encierro por causa judicial en las cárceles argentinas. Los servicios de obstetricia y ginecología que prestan los centros de detención distan mucho de ser lo suficientes y adecuados que correspondería. En las unidades penitenciarias femeninas, no se provee periódicamente de preservativos a las mujeres detenidas (lo que demuestra una clara falencia en materia de prevención de la transmisión del VIH, teniendo en cuenta la cantidad de internas que mantienen visitas conyugales), falta asistencia y tratamiento para la recuperación física, psicológica y social. Por otra parte, hay una gran falencia en la información sobre los mecanismos de transmisión y de prevención, tanto por parte de las internas como del personal penitenciario. Por la Ley de Ejecución Penal N° 24.660, la persona puede solicitar una atención extramuros, y médico de cabecera si es necesario, cuando los programas internos no son contenedores a la demanda.

Han sido mayormente algunas ONGs quienes han desarrollado actividades preventivas, con alto grado de dificultades, por la falta de comprensión por parte de las autoridades de la necesidad de estas acciones. La realización de la prueba diagnóstica no se realiza en un marco de asesoramiento previo y posterior, en algunos casos ha sido efectuada en forma compulsiva, sin garantizar el derecho a la confidencialidad.

No obstante, la Resolución N° 787 del año 1991 garantiza la voluntariedad de la prueba de testeo del VIH a los/as presidiarios/as, su confidencialidad, además de asistencia médica y tratamiento con ARV para los infectados.

¿Existen programas o acciones específicas de protección a la salud sexual y reproductiva y prevención del VIH para mujeres de minorías étnicas?

La situación socio sanitaria de las comunidades indígenas del país cuenta con indicadores alarmantes en relación a las tasas de mortalidad infantil, materna, desnutrición, enfermedades infecto-contagiosas, entre otras. El sistema de salud no cuenta en todos los casos con abordajes de intervención socio sanitaria que tengan en cuenta las representaciones y prácticas culturales propias de las comunidades involucradas, no se plantean estrategias de educación para la salud que tengan en cuenta la construcción cultural del proceso salud- enfermedad, lo cual se traduce en la dificultad para acceder al sistema por parte de estas poblaciones.

Desde el PNLRHS, en el marco del Proyecto “Sistema de Vigilancia de Segunda Generación” y con el objetivo de determinar la tendencia de los principales factores de riesgo en relación con la población, el lugar y el tiempo, que acompañan la transmisión del VIH en Argentina, se realizó en el año 2005 un estudio de carácter cualitativo en comunidades aborígenes (Estudio sobre comportamiento e información en relación con el VIH/SIDA e ITS en Población Aborigen), pero no se formularon políticas específicas.

Desde el Ministerio de Salud, en el año 2004 se realizó una campaña focalizada para población aborígen, en provincias de las regiones NEA y NOA.

Dentro de la estrategia de fortalecimiento de la APS, el Ministerio de Salud ejecuta programas específicos para mejorar la situación socio sanitaria y mejorar el acceso a la salud para las comunidades de Pueblos Originarios. Ha establecido un Área de articulación de las acciones relacionadas con los distintos programas del Ministerio, otros Ministerios y el INAI, con la intención de potenciar los resultados en la población de las comunidades originarias. Actualmente esta articulación se realiza desde la Coordinación del Programa Apoyo Nacional Acciones Humanitarias para Poblaciones Indígenas (ANAHI) e incluye las acciones y planes para población indígena del Plan Nacer, y el Sub Programa Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios del Programa Nacional de Médicos Comunitarios.

En el marco del Programa Médicos Comunitarios, se conformaron equipos comunitarios para Pueblos Originarios que desarrollan acciones en comunidades a lo largo del país (en 54 localidades y parajes rurales, y en dos localidades periurbanas), con el objetivo de insertarse en el seno de las comunidades para integrarse y conocer su problemática, implementar acciones de prevención y promoción en el marco de la interculturalidad, ampliar la cobertura de los servicios y programas nacionales y provinciales en las comunidades aborígenes, adaptando su implementación a la identidad cultural de cada comunidad; diseñar e implementar junto a las comunidades, las provincias y la Nación estrategias de resolución de los problemas locales; y realizar cursos de formación en salud social y comunitaria orientado a pueblos comunitarios.

Sin embargo, como fuera señalado al comienzo, las acciones no dejan de ser acotadas, y los abordajes no siempre son respetuosos de las realidades y prácticas de estas mujeres.

¿Existen barreras legales o tradicionales (informales, socio culturales) que limiten las mujeres, trabajadoras sexuales y las mujeres privadas de libertad de obtener cuidados de salud sexual y reproductiva y tratamiento ARV, cuando sea necesario? Si es sí, describa buscando dar ejemplos y ser lo más específico posible

A las barreras ya señaladas para el acceso al cuidado y tratamiento, en estas poblaciones se ven potenciadas y se suman nuevas, por tratarse de poblaciones “estigmatizadas”.

No existen barreras legales, pero sí informales, directamente relacionadas con el alcance y la naturaleza de los prejuicios y la discriminación que existen en las personas a cargo de las instituciones penitenciarias o de los equipos de salud. Se pueden mencionar prácticas tales como discriminación y estigmatización, mala predisposición desde los equipos de salud, dificultades en la comunicación, barreras socioculturales, etc.

Las trabajadoras sexuales señalan que *“una de las barreras es la sensibilización del personal hospitalario, el horario de atención y es muy largo el tiempo de espera para los estudios programados” (AMMAR Paraná).*

“Las barreras es que no hay centros de salud con horarios acorde a nosotras las TS” (AMMAR Santiago del Estero).

“Las compañeras trabajadoras sexuales y privadas de la libertad son estigmatizadas y discriminadas por el servicio de salud ya que para ellas son “delincuentes” o “putas” (...) se sienten marginadas y buscan atención en otras ciudades o se trasladan a Bs. As, pero una gran parte no cuentan con los recursos suficientes y abandonan la atención y como consecuencia la toda a ARV” (MLCM+).

Las mujeres privadas de la libertad *“manifiestan que no cuentan con médicos especialistas de ningún tipo, que NUNCA se realizaron un examen ginecológico a pesar de tener síntomas de dolor, ardor, flujos fuertes, de saber que tiene HPV (Virus de Papiloma Humano) y no poder saber en que estadio de la enfermedad están, si sufren un traslado las Historias Clínicas se extravían o no llegan a la otra Unidad Penitenciaria y en la mayoría de los casos las PVVS mujeres en tratamiento no se les ha realizado estudios de Carga Viral, Recuento de CD4, ni rutinas. Ellas se sienten estigmatizadas por los servicios de salud no ven como “amigable” y/o “confiable” por Ej.; reclaman tener un contacto mas regular ya sea con la profesional médica, (esta concurre el primer miércoles del mes) así como*

con otros actores del sistema de salud (por Ej.: psicólogo). Esta percepción por parte de las compañeras privadas de la libertad opera de manera negativa en la adherencia a sus tratamientos o al momento de concurrir a la consulta” (MLCM+).

Una frase que ilustra lo antedicho, está dada en palabras de una mujer privada de la libertad: “me estas cargando, ¿análisis ginecológico?, si ni siquiera nos dan una toallita cuando estamos indispuestas...” (MLCM+).

¿Se han mantenido los aportes gubernamentales para el trabajo con las poblaciones más excluidas en los últimos 5 años? ¿Incrementados? ¿Reducidos? Comente

De acuerdo a lo señalado por las ONGs, no se evidencia que el aumento en algunas de las partidas presupuestarias en las políticas públicas, se vea reflejado en el incremento de planes y programas orientados al trabajo con poblaciones excluidas.

Remarcan, para sus realidades específicas, que “No existen recursos gubernamentales para que se trabaje con las trabajadoras sexuales, (no dejamos de ver que desde la organización AMMAR se realizo un proyecto de capacitación de multiplicadoras de salud conjuntamente con la municipalidad en el programa municipal de la mujer, pero es algo muy acotado)” (AMMAR Paraná).

Meta 65.- Huérfanos

“Para 2003, elaborar y para 2005 poner en práctica, normas y estrategias nacionales a fin de establecer y fortalecer la capacidad de los gobiernos, las familias y las comunidades para dar un entorno que brinde apoyo a los huérfanos y las niñas y los niños infectados o afectados por el VIH/SIDA, entre otras cosas, dándoles asesoramiento y apoyo psicosocial adecuado, y asegurándoles escolarización y acceso a la vivienda, buena nutrición, y servicios sociales y de salud en pie de igualdad con otros niños y proteger a los huérfanos y a las niñas y los niños vulnerables de toda forma de maltrato, violencia, explotación, discriminación, trafico y pérdida del derecho de sucesión”

Indicadores propuestos:

■ Alcance, adecuación y efectividad de programas específicos de soporte a huérfanos y niños infectados y afectados por el VIH;

■ Alcance, adecuación y efectividad de programas específicos de maltrato y la violencia a huérfanas y niñas infectadas y afectadas por el VIH/SIDA;

■ ¿Persisten modelos de institucionalización de huérfanos?

■ Calidad de los albergues los contextos socio-afectivos, familias sustitutas y/o apoyo a sus familias ampliadas.

■ Alcance, adecuación y efectividad de programas educativos para los niños huérfanos y en situación de vulnerabilidad a causa del VIH/SIDA

Preguntas relacionadas con este indicador:

¿Su gobierno ha implementado estrategias de apoyo para niños / niñas con VIH/SIDA, asegurando acceso a apoyo y psicosocial, la no institucionalización educación, albergue, nutrición, servicios en salud, y garantizando la no-discriminación? Si es así, ¿cómo Ud. evalúa la cobertura y efectividad de estas iniciativas?

El gobierno no ha implementado estrategias de apoyo para niños / niñas con VIH/SIDA. Se observa la fragmentación y no sistematización de intervenciones socio-sanitarias, la existencia de recursos distribuidos en distintos servicios y efectores a través de diferentes programas, conjugado con acciones llevadas a cabo por ONGs (entrega de medicamentos por un lado, entrega de bolsa de alimentos para la familia por otro, actividades de apoyo escolar y soporte domiciliario desde ONGs). La problemática del VIH/SIDA queda diluida, e integrada a la problemática de las poblaciones vulnerables.

El sistema normativo argentino prevé la intervención de la justicia respecto de las personas menores de edad que quedan huérfanas, a los fines de definir la “tutela”, esto es, el nombramiento de un adulto responsable para el cuidado del niño/a o adolescente y de sus bienes (en especial cuando puede fortalecerse el ámbito familiar y/o comunitario). También interviene la justicia en los procedimientos de adopción (en particular, para los casos en que no hay familia ni entorno comunitario o afectivo que pueda hacerse responsable). El VIH/SIDA ha operado en el ámbito judicial muchas veces como un factor de “riesgo”, sustentado en posturas discriminatorias y estigmatizantes, y ha originado muchas de las veces la intervención judicial por las denuncias realizadas desde las escuelas y/o a través de los hospitales. Muchas veces se ha dado intervención judicial por mero control sobre el grupo (por ejemplo, por falta de adherencia al tratamiento médico), o para colocar a niños en instituciones (hogares de menores, “amas externas”), aunque tuviesen referentes familiares.

El PNLRHS actualmente se está realizando un relevamiento nacional de niños huérfanos y vulnerables por el VIH. Se han realizado acciones de apoyo para niños/as con VIH/SIDA a nivel provincial, no dependiendo directamente del Programa Nacional.

¿Existen programas de apoyo social a las mujeres/familiares que asumen el cuidado de los huérfanos de SIDA?

No hay programas de apoyo social a las mujeres/ familiares que asumen el cuidado de los huérfanos de SIDA.

Respecto de las instancias de gestión vinculadas al cuidado y protección de las personas menores de edad, existen instituciones públicas que dependen de las áreas de infancia locales, y también OSC que alojan niños por órdenes judiciales. En ambos casos, la derivación y colocación institucional ha sido mayoritariamente judicial, y los efectos de la institucionalización en la vida de todos los niños (especialmente de los que tienen VIH/SIDA) producen efectos devastadores en el desarrollo.

De acuerdo a testimonios de las ONGs *“No existe apoyo oficial y no están alcanzados por estrategia alguna del gobierno, salvo provisión de medicación. Ninguna de las familias que se encuentran en esta situación recibe apoyo social alguno. Nuestra experiencia en este campo, ha sido definitivamente desesperanzadora. Queremos dar cuenta por ejemplo, de la historia de una compañera, Marisa, recientemente fallecida (07/10/2007), ella ya era viuda, con 4 hijos -2 varones de 7 y 5 años y 2 niñas de 15 y 3 años- la mayor es quién se hace cargo de todos sus hermanos. Los dos más pequeños viven con VIH. No encontramos un solo centro que se hiciera cargo de ellos y la joven de 15 años le pidió, en la desesperación a su padre biológico, que hacia años que no veía, poder ir con sus hermanitos a vivir con él, el padre aceptó a pesar de que los otros tres niños no son hijos suyos. Este es sólo un caso que mencionamos, podríamos mencionar muchos más en los cuales los niños se encuentran en el desamparo total, en el mejor de los casos encontraremos un Centro Infantil para Huérfanos que los admita y les de la medicación y quizá los deje seguir juntos, en la realidad los separan a niños de niñas (por sexo) y terminan en la desintegración total de esa familia y de los pocos lazos que pueden servirles de sostén”* (MLCM+).

“Tampoco hay políticas de apoyo psicológico y emocional a esta población, no solo a los niños/as que viven con VIH si no también las/os niños afectados por el VIH, pocos se interesan por cómo lo están viviendo, cómo lo viven después del fallecimiento de ambos padres, cómo lo seguirán viviendo en su futuro próximo y lejano. Es imprescindible una respuesta del Estado y la sociedad para la planificación y efectiva aplicación de apoyos sustentables en estos casos” (MLCM+).

Por tanto, señalan como urgente la necesidad de contar con políticas públicas que atiendan estos casos, no únicamente de “Albergues”, sino apoyos financieros ya sea mensuales o para emprendimientos económicos. Así también, que aquellas familias que decidan y quieran cuidar a niños afectados por el VIH/SIDA puedan tener una ayuda, ya que en general los que se hacen cargo de estas situaciones son los abuelos -personas que ya de por sí, son vulnerables por la edad- a los que se le suma el hecho de tener que atender, cuidar y solventar a uno o mas niños en sus gastos básicos de alimentación, educación, vivienda, etc.

Meta 68. Mitigación de los Efectos Sociales y Económicos Meta 69

“Para 2003, evaluar los efectos sociales y económicos de la epidemia del VIH/SIDA y elaborar estrategias multisectoriales para hacer frente a esos efectos en los planos individual, familiar, comunitario y nacional, elaborar y acelerar la ejecución de estrategias nacionales de erradicación de la pobreza para hacer frente a los efectos del VIH/SIDA en los ingresos de los hogares, los medios de vida y el acceso a los servicios sociales básicos, prestando especial atención a las personas, las familias y las comunidades más gravemente afectadas por la epidemia; estudiar los efectos sociales y económicos del VIH/SIDA en todos los planes de la sociedad, especialmente en las mujeres y personas de edad, particularmente en relación con su función de proporcionar cuidados y su función en las familias afectadas por el VIH/SIDA, y atender a sus necesidades especiales; ajustar y adaptar las políticas de desarrollo económico y social, incluida la política de protección social, para hacer frente a los efectos del VIH/SIDA en el crecimiento económico, la prestación de servicios económicos esenciales, la productividad laboral, los ingresos fiscales y las presiones que producen un déficit de los recursos públicos”

Indicadores propuestos:

■ Disponibilidad de datos o estudios sobre el impacto socio económico del HIV sobre las mujeres;

Preguntas relacionadas con este indicador

¿El gobierno realiza estudios sobre el impacto socio económico de la epidemia del VIH?

El gobierno no realiza estudios sobre el impacto socio económico de la epidemia del VIH.

“Hasta donde se conoce, no existen por parte del gobierno estudios socio-económicos del impacto de la epidemia del VIH-Sida en la Argentina, los estudios realizados por el estado se reducen al área de comportamiento y epidemiológicos y estos últimos sí están desglosados por sexo. Nadie pudo informar si se conocen determinaciones confiables del impacto de la epidemia en mujeres, jóvenes o niñas con respecto a todos los aspectos de la epidemia de VIH-Sida en la Argentina. Las realizadas por organizaciones no gubernamentales o universidades no están disponibles en forma clara y transparente” (IGLHRC).

Existe publicado una Guía de Procedimiento con alternativas terapéuticas y su impacto económico en el tratamiento ambulatorio y de internación de personas viviendo con VIH/SIDA, realizada a través de una beca del Ministerio de Salud durante el año 2004.

¿Esos estudios están desglosados por sexo y género?

No.

¿La información sobre el impacto socio económico del VIH sobre las mujeres y niñas está difundida de forma clara y transparente?

No existe información sobre el impacto específico sobre mujeres.

Meta 72- Investigación y Desarrollo

“Establecer y evaluar métodos adecuados para vigilar la eficacia del tratamiento, la toxicidad, los efectos secundarios, la interacción entre los medicamentos y la resistencia a éstos; establecer metodologías para vigilar los efectos del tratamiento en la transmisión del VIH y en los comportamientos de riesgo”

Indicadores propuestos:

■ Alcance y calidad de los sistemas de vigilancia de los efectos colaterales de los ARV, desagregado por sexo y género.

■ Adecuación de las respuestas de los proveedores de servicios de salud a los efectos de la resistencia y efectos secundarios de los ARV en mujeres.

Preguntas relacionadas con este indicador:

¿Existen investigaciones específicas sobre la historia natural del HIV en el cuerpo femenino?

Desde el PNLRHS no existen investigaciones específicas sobre la historia natural del VIH en el cuerpo femenino.

¿Las mujeres son incluidas en cantidad suficiente en las investigaciones clínicas para hacer análisis desagregado por sexo?

La inclusión de las mujeres en las investigaciones clínicas depende de los objetivos de la investigación llevada a cabo, la cantidad de voluntarios va a depender del objetivo y de la variabilidad inter paciente de la droga a evaluar.

Esos detalles figuran en el protocolo de una investigación, que siempre debe ser aprobada por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) y por un Comité de Ética, en lo que respecta a criterios de inclusión y exclusión, como sexo y edad, entre otros.

¿Existen incentivos para que las mujeres participen en ensayos clínicos (viáticos, guardería, búsqueda enfocada para participantes mujeres, difusión a mujeres)?

Los ensayos clínicos contemplan incentivos para la participación, como por ejemplo, el pago de viáticos, lucro cesante (cuando se solicita que un paciente debe quedarse 24 horas internado), y los desayunos (en caso de que deban asistir en ayunas). Esto está plasmado no sólo en el protocolo de la investigación, sino también en el consentimiento informado que firma el paciente, y es controlado por los Comités de Bioética por su cumplimiento. No existe nada específico para las mujeres que contemplen otras necesidades, por ejemplo cuidado de los hijos.

¿Es aplicado el término de consentimiento libre y esclarecido para las mujeres que desean participar en investigaciones clínicas?

El consentimiento libre y esclarecido es una herramienta de la bioética que tiene como objetivo proteger el derecho de los pacientes, y es el arma fundamental con que cuenta el paciente para protegerse, en tanto la participación es voluntaria y ninguna persona está obligada a realizar la investigación. Sin embargo, **en la práctica se ha convertido en un trámite burocrático, en el cual las mujeres firman los consentimientos sin recibir la suficiente información sobre los alcances y consecuencias de las investigaciones clínicas.**

¿Existen mecanismos adecuados para la protección de los derechos de los sujetos?

La protección de los derechos de los sujetos está dada por el hecho de que tanto en el protocolo como en el consentimiento informado que firma el paciente constan las ventajas y desventajas de una investigación, y porque a su vez el laboratorio se hace responsable de cualquier evento adverso que sufiere el paciente (también figura en el consentimiento).

Asimismo, hay garantías internacionales que protegen a los pacientes. Desde hace casi dos décadas, están en vigencia en EE.UU. los preceptos de la "buena práctica médica" (Good Clinical Practice - GCP) en investigación clínica, los cuales reglamentan los procesos que deben cumplirse para que los ensayos clínicos con nuevos fármacos sean aceptados por la Administración de Alimentos y Drogas (Food and Drug Administration - FDA). En 1985, también en la Argentina se incorpora una reglamentación similar.

La aplicación de estos lineamientos busca proteger no sólo a las partes involucradas en la investigación, sino también los derechos y la seguridad de los sujetos. La GCP significa la aplicación de métodos estándar para la realización de estudios clínicos, los cuales regulan el diseño, conducción, monitorización, auditoría, terminación, análisis y documentación de los estudios. Esta regulación tiene su origen en la Declaración de Helsinki de 1964 (y sus respectivas enmiendas), donde se garantiza que los derechos, el bienestar y la confidencialidad de los participantes en estudios clínicos están protegidos, y que los datos obtenidos son creíbles.

En Argentina, la ANMAT es un organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional, creado mediante el Decreto N° 1490 en el año 1992. La Disposición N° 3311/01 establece las condiciones en las cuales deberán realizarse los estudios de bioequivalencia/biodisponibilidad de las especialidades medicinales que contengan como principio activo individual uno de los ARV utilizados para el tratamiento de la infección con el VIH, tanto para las actualmente en comercialización, como las registradas y no comercializadas. Señala que los estudios se realizarán de acuerdo a los procedimientos y principios establecidos en las Disposiciones N° 5330/97 y 3185/99, y que los titulares de las especialidades medicinales de referencia que incumplan lo establecido en la misma, se harán pasibles de las sanciones establecidas en la Ley N° 16463 y en el Decreto N° 341/92, en ejercicio de las atribuciones conferidas por el Decreto N° 1490/92.

Cabe mencionar, que las disposiciones mencionadas se cumplen siempre y cuando se trate de un laboratorio que adecue su trabajo a las normas vigentes, cumpla con criterios internacionales, respete las auditorías internacionales y nacionales, controle y monitoree sus centros de investigación. En esto, cabe la responsabilidad de los organismos gubernamentales competentes de monitorear estas acciones.

¿Las mujeres con VIH están incluidas en los comités de bioética?

Las mujeres con VIH no están incluidas en los comités de bioética.

¿Las mujeres que viven con VIH están incluidas en los estudios comportamentales relacionados a la infección por el VIH?

No se cuenta con información.

¿Existen investigaciones y/o estudios específicos sobre la interacción entre ARV y anticonceptivos?

Desde el PNLRHS, no existen investigaciones y/o estudios específicos sobre la interacción entre ARV y anticonceptivos.

Respecto a la existencia de estudios para evaluar el impacto de la terapia ARV en las mujeres, particularmente en relación con la fertilidad y/o reproducción, se evidencia escaso conocimiento de líneas de investigación en este sentido.

En la CABA, un profesional del equipo de la Coordinación SIDA realizó una investigación en el 2004. Los hallazgos se divulgaron a los profesionales pero quedaron principalmente en la esfera del Programa de VIH/SIDA, sin incorporarse demasiado en los de Salud Reproductiva y Procreación Responsable.

En Córdoba, el Programa de SSyR desarrolla investigaciones sobre las interacciones farmacológicas entre los anticonceptivos hormonales y otros fármacos en general, incluidos los ARV.

SECCIÓN III

¿Cuáles son las principales fortalezas (aliados, y ventanas de oportunidades) para la promoción de avances en la salud sexual mujeres viviendo con VIH/SIDA y para la prevención de la epidemia entre mujeres?

Como conclusión de lo antedicho, puede señalarse como fortaleza la existencia (a nivel nacional y en algunas jurisdicciones provinciales o municipales) de leyes, normativas y recomendaciones que buscan garantizar el derecho de las mujeres a la salud, a sus derechos sexuales y reproductivos, a la no discriminación, a la educación sexual, etc. Este es y debería ser el marco para la implementación efectiva de las acciones.

Es sabido (y el desarrollo de la Sección II a partir de la experiencia de las ONGs lo confirma) que la sola aprobación de leyes no garantiza el efectivo goce de los derechos ni tampoco modifica algunos sistemas de valores vinculados con la salud sexual de las mujeres, adolescentes y niños/as, la reproducción, los estereotipos de género, etc. A pesar de la legislación (que, por otra parte, no beneficia a toda la población, y suele abarcar parcialmente los distintos aspectos del tema) la provisión de atención adecuada no está garantizada en Argentina, es amplia la diferencia entre lo que proponen los programas gubernamentales y lo que sucede en los servicios de atención a las personas, por un lado se manifiestan y promueven posturas respetuosas de los derechos de las PVVS mientras que no siempre se percibe esto en la prestación de los servicios. Sin embargo, es importante reconocer que su existencia aporta instrumentos concretos para promover el pleno de ejercicio de algunos derechos, creando condiciones para el tratamiento de determinadas problemáticas a través de acciones públicas que aporten para tareas de prevención, contención y tratamiento.

En este sentido, otra de las fortalezas que debe desarrollarse es aquella vinculada a la existencia de OSCs, ONGs y organizaciones comunitarias de mujeres, es decir, la presencia de sectores organizados de la Sociedad Civil especialmente PVVS, MVVS y grupos de mujeres articulados entre sí que reclamen esta atención y promuevan demandas exigiendo programas que contemplen el respeto de los derechos humanos, especialmente los relacionados con el VIH/SIDA y la SSyR, para que se articulen y garanticen estos derechos.

Son estos actores quienes en su trabajo cotidiano, en red y desarrollado entre pares, mejor conocen sus problemáticas específicas y son quienes deben promover un reclamo unificado para la implementación efectiva de acciones tendientes a asegurar la accesibilidad a la promoción y atención de la salud sexual para las MVVS y para la prevención de la epidemia entre mujeres.

¿Cuáles son las principales brechas y deficiencias respecto a la articulación SSyR/VIH/SIDA y recomendaciones para su superación?

Brechas y deficiencias

- Lógicas programáticas fragmentadas, que se traducen en la falta de integración, articulación y coordinación de las acciones que desarrollan ambos programas. Esta desarticulación atenta contra la aplicación efectiva y oportuna de medidas de prevención, información y educación de las mujeres, y muy especialmente en satisfacer las necesidades reproductivas de las MVVS.
- Intervenciones atravesadas por una limitada capacidad de gestión para transversalizar los programas, restando posibilidades para optimizar resultados. Además de implicar un mal uso de recursos (materiales y humanos) y un bajo impacto en términos de la salud de las personas atendidas.
- Mecanismos segmentados al interior de cada uno de ambos programas para vincular acciones de salud con otros sectores o áreas (educación, desarrollo social, juventud, mujer, etc.).

- Metodologías e intervenciones poco eficaces, rutinizadas. Ausencia de campañas o acciones de prevención y atención con objetivos comunes.
- Ausencia de datos y cruces epidemiológicos relacionados con jóvenes y mujeres, imposibilidad de establecer comparaciones.
- Heterogeneidad en la implementación de los programas a nivel jurisdiccional. Escasez o inexistencia de prestaciones fuera de las capitales de provincia.
- Desconocimiento de los instrumentos legales de Derechos Humanos, especialmente los relacionados con el VIH/SIDA y la SSyR, por parte de los equipos de ambos programas, para que se articulen y garanticen estos derechos. Se percibe una distancia entre lo que proponen los programas gubernamentales y lo que sucede en los servicios de atención a las personas.
- Insuficiente articulación entre los servicios de SSyR y los de VIH/SIDA, así como entre el primer y segundo nivel de atención en el subsistema público de salud, y de éstos con otras instancias como ONGs, redes, grupos de mujeres con trabajo en VIH/SIDA, organismos de cooperación, entre otros. La SSyR de las MVVS es difícilmente atendida de manera conjunta en los servicios de salud y existe escaso material disponible sobre el tema (división entre servicios de infectología y SSyR), es escasa la capacitación (conjunta y/o separada) de los profesionales de ambos Programas.
- Ausencia (a nivel nacional) de servicios de SSyR capacitados para promover el asesoramiento y la atención de las MVVS sobre cómo regular su fecundidad, prevenir el embarazo no planificado, embarazarse sin riesgo de infectarse en las parejas serodiscordantes y que se les reconozcan y garanticen sus derechos humanos incluidos los sexuales y reproductivos.
- La temática de VIH/SIDA no forma parte de las prioridades de la agenda política y en consecuencia no cuenta con el apoyo político-económico necesario para controlar y disminuir la expansión de la epidemia.
- Falta de estrategias de prevención y asistencia dirigidas a las mujeres con modalidades diferenciales y con especial atención a los sectores vulnerables, tales como mujeres migrantes, mujeres privadas de la libertad, mujeres trabajadoras sexuales, niñas/os y adolescentes, mujeres con discapacidades, mujeres usuarias de drogas, mujeres rurales, mujeres de minoría étnicas, entre otras.
- Existencia de una multiplicidad de programas sociales y de salud generados por diferentes ministerios y ámbitos institucionales desde las distintas jurisdicciones, que confluyen para su ejecución en los mismos efectores y equipos de salud. Esta heterogeneidad y las particularidades que los mismos poseen depositan en los profesionales y equipos una demanda, que más allá de sus objetivos, no se acompaña de marcos conceptuales y criterios que permitan contemplar la complejidad de los abordajes y los mecanismos de soporte e intervención pertinentes para ser desarrollados.

Recomendaciones

Todo lo detallado indica la falta, escasez o inadecuación de las políticas y acciones estatales dirigidas a promover un cambio cultural sobre los derechos de las mujeres acerca de su sexualidad y su reproducción, así como a proveer los servicios básicos para asegurar su acceso al cuidado de su salud, especialmente respecto al VIH/SIDA.

Por ello, recomendamos:

- Transformar las temáticas de VIH/SIDA y SSyR articuladas en prioritarias para la agenda de salud. Definir políticas públicas que aseguren la articulación.
- Promover una revisión conceptual y metodológica, así como la coordinación de actividades conjuntas entre ambos programas, con la intención de elevar la eficacia de sus intervenciones y el impacto de sus acciones.
- Articular y promover la comunicación entre ambos programas (y de éstos con otras áreas de gobierno), impulsar espacios de diálogo y trabajo conjunto entre los mismos, a partir de un abordaje

integral e integrado. Identificar los actores involucrados (no sólo los gubernamentales, sino también ONGs, redes y organizaciones comunitarias, etc.) y establecer estrategias de articulación o mejorar las existentes.

- Fortalecer la intersectorialidad con la comunidad, instituciones educativas, de recreación y laborales.
- Crear comités que garanticen la participación de todas las áreas gubernamentales y no gubernamentales incluidos organizaciones de mujeres y jóvenes.
- Mejorar la calidad de la red de servicios y crear nuevos espacios y estrategias de prevención y atención, desde una mirada integral sobre los problemas de salud/ enfermedad, desde un enfoque de Derechos.
- Crear equipos interdisciplinarios con competencias y adecuados para trabajar en nuevos dispositivos de abordaje, especialmente con amplia inserción comunitaria. Profundizar su capacitación (de manera sistemática y sostenida en el tiempo) para una atención humanizada y con perspectiva de género para adecuarlo a las nuevas demandas.
- Promover la sensibilización y capacitación permanente de decisores políticos, responsables de servicios de salud, ONGs, redes y organizaciones comunitarias en la perspectiva de género, para promover el acceso de las MVVS a servicios y a instancias de prevención secundaria adecuadas a sus necesidades, recursos e intereses. Así también, promover y fortalecer las instancias comunitarias de difusión, capacitación y sensibilización de todas las mujeres (y particularmente las MVVS) acerca de sus derechos.
- Promover la realización de estudios epidemiológicos sistemáticos y comparables a nivel nacional, que tengan en cuenta la perspectiva de género y que incorporen la participación de organizaciones de mujeres.
- Garantizar el derecho a la salud a partir de criterios de accesibilidad, universalidad, equidad, integralidad, participación, respeto por la diversidad y efectivización de derechos, tanto en acciones de prevención, como de atención y promoción de la salud.
- Garantizar el cumplimiento de los derechos, especialmente en aquellos programas que tengan como población objetivo a jóvenes y adolescentes, promoviendo, proporcionando e impulsando respuestas adecuadas en salud; principalmente para quienes se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad o afectados en su pleno desarrollo.
- Desarrollar monitoreo de los programas en forma conjunta por parte de niveles gubernamentales y no gubernamentales representados por los/as verdaderos actores.
- Garantizar el acceso gratuito a servicios de salud de calidad descentralizados (en particular, en zonas desfavorecidas).
- Programar, implementar y monitorear programas de educación sexual en las escuelas, en todos los niveles y ramas.
- Garantizar en todo el país la vigencia de leyes amplias, no restrictivas por edad, que aseguren especialmente el acceso libre y gratuito de toda la población, incluidos los/as adolescentes, sin necesidad de autorización alguna.
- Promover transformaciones que no dependan sólo de la conductas individuales sino fundamentalmente del comportamiento colectivo, tanto familiar como institucional y comunitario.

Organizaciones participantes

AMMAR – Paraná (Provincia de Entre Ríos).

AMMAR - Provincia de Santiago del Estero.

Asociación Civil Jóvenes Adolescentes Comprometidos y Activos (Jo.A.CyA.) – Provincia de Misiones.

Asociación Civil Trama – Lazos para el desarrollo – Municipalidad de Vicente López (Provincia de Buenos Aires).

Asociación de Lucha por la Identidad Travesti y Transexual (ALITTT).

Católicas por el Derecho a Decidir (CDD).

Comisión Internacional por los Derechos Humanos de Gays y Lesbianas (IGLHRC).

Conciencia Joven – Azul (Provincia de Buenos Aires).

Desalambrando Buenos Aires.

Fundación Huésped.

Grupo de Mujeres de Argentina, integrante del Observatorio Argentino de Prisiones.

Movimiento Latinoamericano y del Caribe de Mujeres Positivas (MLCM+) – Argentina.

Red Argentina de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA.

Red Nacional de Adolescentes por la Salud Sexual y Reproductiva (REDNAC)

Coordinación y compilación del Informe:

Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM)