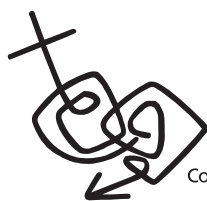


UNGASS

MONITOREO DE LOS COMPROMISOS
ASUMIDOS FRENTE AL SIDA EN
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

“Sociedad Civil Luchando por Derechos”

INFORME ARGENTINA



GESTOS
Soropositividade
Comunicação e Gênero



**FUNDACIÓN
PARA ESTUDIO
E INVESTIGACIÓN
DE LA MUJER**

(ORGANIZACIONES PARTICIPANTES)

AMMAR – Asociación de Mujeres Meretrices de la Argentina – Paraná (Prov. de Entre Ríos).
AMMAR – Asociación de Mujeres Meretrices de la Argentina - Santiago (Prov. de Santiago del Estero).
Asociación Civil Jóvenes Adolescentes Comprometidos y Activos (Jo.A.CyA.) -Posadas -Prov. de Misiones.
Asociación Civil Trama – Lazos para el desarrollo – Municipalidad de Vicente López (Prov. de Buenos Aires).
Asociación de Lucha por la Identidad Travesti y Transexual (ALITTT).
Católicas por el Derecho a Decidir (CDD). Córdoba (Prov. de Córdoba)
Comisión Internacional por los Derechos Humanos de Gays y Lesbianas (IGLHRC).
Conciencia Joven – Azul (Prov. de Buenos Aires).
Desalambrando-Bs. As.
Fundación Huésped -Bs. As.
FEIM – Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer - Bs. As
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)
Lic. Victoria Barreda (Experta invitada)
Lic. Andrea Mariño
Dra. Mabel Bianco

UNGASS

**MONITOREO DE LOS COMPROMISOS
ASUMIDOS FRENTE AL SIDA EN
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

“Sociedad Civil Luchando por Derechos”

**Informe Argentina
Junio 2008**

PRESENTACIÓN

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.

El estudio del cumplimiento de las metas UNGASS salud sexual y reproductiva nos da elementos para insistir en la abogacía nacional, regional e internacional sobre la necesidad de una atención integral y comprehensiva de la salud sexual y reproductiva en la respuesta al VIH/Sida.

La fragmentación de los servicios, la desatención que del tema hacen los servicios de SSyR así como los de VIH/Sida es una constante en Argentina que se repite en la mayoría de los países de la región. En este reclamo estamos juntas mujeres que viven con el VIH y afectadas, así como población LGTTTB. La unidad entre organizaciones de mujeres, grupos de MVVS y población LGTTTB es clave para la abogacía en VIH/Sida y las mujeres. Para lograrlo tenemos que revisar nuestras agendas y sus prioridades.

Este estudio fue un ejemplo del trabajo conjunto entre organizaciones de mujeres, de MVVS, de jóvenes, de personas en situación de encierro, de trabajadoras sexuales y población LGTTTB. Es expresión del trabajo articulado que implica también la abogacía.

Mabel Bianco, M.D., M.P.H., Epidemióloga
Presidenta de FEIM

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 año 1982, alcanzando en 1998 niveles de incidencia y prevalencia muy elevadas, el 40% ha surgido desde el 2001.¹ Las estimaciones al año 2007 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.²

El número de enfermos de SIDA notificados a octubre de 2007 es de 34.214 personas. Tomando en cuenta el retraso en la notificación, se estima que el número real es de 36.570. Sobre el total de casos acumulados, las mujeres representan el 25,1% los hombres el 74,6%³. Según las estimaciones, la tasa de incidencia en el 2007 era de 41 casos por millón de habitantes presentando respecto a 1996 una reducción de aproximadamente un 50%.

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.⁴ **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.**

En los últimos años la epidemia evidenció una tendencia a la feminización. La primera mujer enferma se diagnosticó en 1987, y la razón hombre/mujer fue de 92/1. En el 2006 fue de 2,4 hombres por mujer y en VIH fue de 1,5 hombres por mujer. En mujeres la tendencia es decreciente en usuarias de drogas inyectables (UDIs) con el incremento de transmisión sexual en relaciones heterosexuales desprotegidas, en el 2006 el 88% de los nuevos casos diagnosticados de sida fue por transmisión sexual en mujeres heterosexuales.⁵

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. Esto entraña un doble riesgo, ya que existe la probabilidad de transmisión madre-hijo. Actualmente la prevalencia de VIH en mujeres embarazadas en todo el país es de 0,32% con picos de 1% o más en algunos hospitales públicos de CABA y Gran Buenos Aires. Cabe destacar la disminución en el grupo de 15 a 24 años [históricamente el grupo de mayor riesgo de infección]. Asimismo, desde la aplicación del protocolo 076 y la triterapia con ARV, ha disminuido del 30% al 2% la probabilidad que un hijo de madre con VIH nazca con VIH.⁶

En menores de 13 años, la transmisión madre-hijo representa el 94,7% de los casos en ambos sexos. La tasa de incidencia de VIH por transmisión madre-hijo entre 1991-1995 fue de 4,2 – 4,7 nacidos con VIH cada 10.000 nacidos vivos. En el año 2005 era de 2,4, un 50% menor que la de 1996 y por debajo de la tasa de incidencia acumulada [3 por 10.000 NV]⁷.

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 (...)”

(1) A partir de junio de 2001 se incorpora al registro de SIDA la notificación obligatoria por VIH. El Programa Nacional, comienza a trabajar en forma conjunta con los Programas Provinciales y médicos notificantes para la reconstrucción histórica del registro.

(2) 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, Bs.As., Argentina.

(3) *Ibíd. anterior.*

(4) *Ibíd. anterior*

(5) *Ibíd. anterior*

(6) *Ibíd. anterior*

(7) *Ibíd. anterior*

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.

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. 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 existe la posibilidad de presentarse a las convocatorias de financiamiento. No hay participación de jóvenes.

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

Se observa una ausencia en las políticas públicas en el abordaje del VIH/SIDA de manera integral respecto a la SSyR. El VIH/SIDA se plantea desde una perspectiva infectológica, hecho que se replica en los servicios de atención. **El sistema público de salud no tiene estrategias específicas para reducir la prevalencia del VIH en los/as jóvenes de 15 a 24 años.** 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 actividades conjuntas con organismos oficiales o financiadas por estos y por organismos internacionales⁸. Los servicios de salud públicos aceptan y valoran los proyectos que implican la participación de grupos de PVVS, especialmente porque cubren gratuitamente necesidades que ellos no pueden brindar. 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. Brindan 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.

Teniendo en cuenta el aumento de la incidencia del VIH/SIDA en los/as adolescentes, se podría señalar que la implementación de estas acciones aún no es efectiva y su cobertura aún insuficiente. *“A pesar que en los últimos años se han incrementado las acciones de prevención, la cobertura sigue siendo relativa debido a que los*

(8) En el marco del Proyecto Vigilancia del VIH/SIDA de Segunda Generación, financiado por el Fondo Global, se realizó en el 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.

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).

No existen 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.

En octubre de 2006 se sancionó la Ley Nacional N° 26.150 que establece la obligación de las escuelas de todo el país de impartir un Programa Integral de Educación Sexual desde el Nivel Inicial hasta el Superior. **Sin embargo, aún no se implementó, por lo cual dentro de las escuelas no hay acceso a la información y educación sobre VIH/SIDA. El Ministerio de Educación de la Nación no cumple con la implementación de la educación sexual.** “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... aquellos que conocen más en profundidad, son quienes se han acercado a un efector de salud por diversas causales... el sistema de salud tiene una estrategia de prevención que no presenta una política de apertura a la comunidad, sus estrategias son de carácter interno” (Conciencia Joven).

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 casos se reducen a la 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 se realizan campañas de prevención, las mismas no tienen una larga duración, sino que se realizan en eventos y fechas específicas” (Jo.A.CyA Misiones).

La cobertura de preservativos masculinos y lubricantes, es gratuita a través del sistema público. Son distribuidos, a demanda, en los efectores de salud públicos y también a través de organizaciones comunitarias como comedores, clubes, entre otros. Sin embargo, no hay registros ni planificación sobre qué grupos son los principales destinatarios. Existen dificultades para el acceso, debido a barreras socioeconómicas, culturales y geográficas de las propias mujeres y jóvenes. Estas dificultades también se vinculan con problemas en las instituciones de salud: discontinuidad en la logística y gestión del reparto, horarios de atención restringidos, falta de recursos humanos para la distribución y escasa capacitación de los médicos y equipos de salud. A su vez, en muchos centros asistenciales no se entregan preservativos a mujeres y jóvenes⁹.

Teniendo en cuenta que la prevención y promoción de la salud son componentes de la estrategia de APS, se observa una heterogeneidad jurisdiccional en el rol que cumple este componente. 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.

No existen campañas nacionales respecto a las ITS, si bien, la política para el control de las mismas está contemplada dentro del PNLRHS y se propone disminuir la infección por ITS en la población general. El PNLRHS provee métodos diagnósticos para sífilis, 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.

Respecto a las estadísticas, las ITS 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 mensual. Sin embargo, no todos los/as profesionales denuncian, dando lugar al subregistro de las ITS.

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.

En la formulación de los Programas de VIH/SIDA y de SSyR se propone la atención integral y acciones de articulación, pero 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**

[9] Informes provinciales de monitoreo del CoNDeRS, 2006, <http://www.conders.org.ar/monitoreo.asp>

y los de VIH/SIDA. La desarticulación entre los servicios de SSyR y los de VIH/SIDA es una constante en todas las jurisdicciones. Ambos se desentienden de las responsabilidades que le compete al otro: el PNLRHS se desentiende de la anticoncepción de las PVVS y el PNSSyPR no aborda la cuestión del VIH/SIDA.

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

“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).

La SSyR de las MVVS es difícilmente atendida de manera conjunta en los servicios de salud. No se ha elaborado material de divulgación específico que aborde estos temas, la capacitación de los/as 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 definitiva, se percibe una distancia entre lo que teóricamente 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 derechos¹⁰.

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

A nivel de las escuelas, aún no se implementó el Programa Nacional de Educación Sexual por parte del Ministerio de Educación, aunque existen iniciativas aisladas en algunas provincias. En Ciudad de Buenos Aires, el Programa “Nuestros Derechos, Nuestras Vidas”, que desarrollaba el Consejo Nacional de Derechos Niños, Niñas y Adolescentes con ONGs desde el 2000, pero alcanzaba solo al 20% de las escuelas públicas y en el 2008 se interrumpió.

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).

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. “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).

(10) Bianco, M.; Re, M.I. y Acerbo, M. “Los derechos sexuales y reproductivos de las Mujeres viviendo con VIH/SIDA en Argentina”, Revista DeSIDamos, Año XIII, N°1, Septiembre 2005

No existen barreras formales para atender a adolescentes y jóvenes pero sí informales. Para el caso de la prevención en menores de edad, hay que destacar que la atención sin acompañamiento de adultos sigue siendo problemática, a pesar de que existen normativas específicas que obligan al equipo de salud a brindar atención sin acompañante adulto; y que la Ley Nacional de SSyR especifica 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).

A esto se suma la falta de medios y de tiempo suficiente para dedicar a los/as jóvenes en la atención, el no abordaje de la sexualidad y el VIH/SIDA con menores de edad, el conocimiento escaso de los equipos de salud sobre la legislación y sobre el respaldo que otorga a los/as profesionales para el cumplimiento de sus obligaciones.

La capacitación de los equipos demuestra que es necesario seguir profundizando y abordando la prevención para mujeres desde una perspectiva integral. Desde lo formal, el abordaje preventivo está incluido, pero el “como” se trabaja queda librado al compromiso personal e iniciativas que asuman los profesionales. 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 y que se promueva la capacitación del personal.

Los servicios hospitalarios en general no realizan acciones de prevención y promoción, estas son realizadas por OSC y las asociaciones de PVVS. 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.

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/as usuarios/as. De acuerdo a su experiencia de trabajo en el Conurbano Bonaerense, la Fundación Huésped señala que *“En relación con las consejerías 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).

Cabe señalar **la falta de un protocolo nacional que normatice la atención de las mujeres víctimas de violencia sexual que especifique la provisión de AHE para prevención de embarazo, de la Profilaxis Post Exposición para prevención del VIH, la atención psico-social.** La AHE está incorporada entre los métodos reconocidos y provistos por el PNSSyPR, **su distribución se inició recién en el año 2007.** Sin embargo, su provisión depende de decisiones de prestadores, algunos se niegan a proveerla por considerarla abortiva.

Es importante brindar información a las mujeres acerca de la posibilidad y el derecho a acceder a la AHE ya que en general se desconoce, por lo tanto en caso de violación o rotura del preservativo no llegan a la consulta lo suficientemente rápido como para poder realizar la prevención del embarazo.

A pesar de que desde el PNLRHS la normativa respecto a la PEP 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 para riesgos laborales. Son pocos los servicios que la brindan para casos de violaciones y otras formas de exposición al VIH siendo Rosario y CABA las jurisdicciones con mayor accesibilidad.

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 pre-natal
- 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

Desde 1997, se aplica en el país la Norma de Prevención de la Transmisión Madre-Hijo del VIH con AZT, mediante la cual se ofrece el test de VIH, con asesoramiento previo a las embarazadas.

Fue actualizada en 2002 según las recomendaciones internacionales referidas a alternativas de diagnóstico, tratamiento y modalidad de parto, y 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. Sin embargo aún no se trata de una práctica generalizada en los servicios de salud, su implementación es dispar en los distintos efectores, y su calidad muy variable. Sin embargo se evidencia una mejora en su aplicación que se expresa en la disminución de la transmisión madre-hijo registrada. El PNLRHS garantiza los reactivos para el testeo del VIH de las embarazadas que se atienden en el subsector público, así como los medicamentos 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.

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. La implementación depende de las modalidades de gestión de cada efector o del profesional, o a veces de cada municipio y/o provincia.

En el caso de las embarazadas hay mayor predisposición a realizar el test aunque no siempre se acompaña de previa consejería adecuada. Si bien el acceso a la prueba de VIH teóricamente está garantizada, aún los resultados no siempre son informados rápidamente para posibilitar el tratamiento. Esto varía no solo por la consulta tardía de muchas embarazadas, sino también “*dificultades en el acceso por cobro de estas prestaciones*” (CDD), también por las demoras en el proceso de toma de sangre, análisis y envío del resultado al efector para adoptar el tratamiento.

El testimonio de MLCM+ es muy gráfico, “*gracias a la presión y monitoreo de la sociedad civil se logró la descentralización de las extracciones, y el aumento en la cantidad de turnos para laboratorio, entre otros*”. 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. “*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).

Profesionales de la salud de la ciudad de Azul manifiestan “*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, tiene que ser voluntario, con firma y consentimiento del paciente, por lo que es difícil 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 consejería pre y post test está contemplada en los servicios de control prenatal, pero los diferentes servicios muestran distintos grados de cumplimiento y calidad. “La información que reciben es básica, muchas veces no la comprenden, solo les entregan un folleto para que lean, 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).

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.

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. 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 el resultado queda también nuevamente en el hospital” (CDD).

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 y reproductivos de las mujeres y niñas más vulnerables.
- Acceso a servicios de reproducción asistida de calidad

Desde el 2001 al 2006 la aprobación del Protocolo Facultativo de la CEDAW estuvo paralizada en el Congreso Nacional. La efectivización de los derechos de las mujeres y niñas no sólo se vincula con la existencia de normas, 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 al personal de los servicios de salud. El 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, así como su jerarquía y presupuesto asignado.

Los programas o políticas gubernamentales que deben adherir a los lineamientos de las declaraciones internacionales sobre derechos humanos de las mujeres¹¹ y adoptarlas como pautas de trabajo, no

[11] La CEDAW fue incorporada en la Constitución Nacional en la reforma de 1994.

siempre tienen las herramientas de gestión para garantizar que efectivamente se cumplan en los servicios de atención, ni se acompañan de marcos conceptuales y criterios que permitan abordajes y mecanismos de intervención pertinentes para ser desarrollados. No hay políticas públicas específicas para disminuir la inequidad de género y fortalecer los derechos de mujeres y niñas. Respecto a políticas destinadas a la promoción de los derechos de las niñas, en el año 2005 se sanciona la Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, cuya aplicación evidencia lentitud y heterogeneidad a nivel jurisdiccional en su implementación.

Los Programas de VIH/SIDA y SSyR no cuentan entre sus acciones el fortalecimiento de las mujeres.

“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 madre-hijo. Rara vez brindan 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).

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).*

No existen estrategias ni políticas públicas para fortalecer la capacidad de decisión 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-Bs. As.).*

La adopción de normas internacionales de la OIT, cuyos convenios y recomendaciones abarcan casi todos los aspectos del trabajo. Aunque la mayoría son de carácter general y se aplican a todos los trabajadores, algunos contienen normas para atender las necesidades 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. La legislación específica para la protección de derechos de trabajadoras/es, la Ley de Accidentes de Trabajo que 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... ...fue decisión política la derogación del artículo 45 inciso 4 de la ley 3815 de contravenciones de la provincia de Entre Ríos que nos regía con la policía... ...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 está garantizada, en tanto el mercado laboral argentino se caracteriza en la actualidad por la informalidad y precariedad en las formas de contratación, lo que repercute en la posibilidad de las mujeres trabajadoras de capitalizar estos derechos. Si bien por la Ley Nacional de VIH/SIDA se prohíbe la realización del testeo de VIH sin consentimiento, en la práctica algunos empleadores no la cumplen, violando la confidencialidad y el anonimato de los/as trabajadores/as. No se cuenta con datos sobre acosos laborales para las MVVS.

Respecto a la atención de la salud reproductiva de MVVS, **es persistente la indicación del uso del**

preservativo como el único método, la doble protección no se promueve regularmente. El consejo médico suele no contemplar la diversidad de las necesidades de las PVVS, las cuales pueden referir el interés de tener hijos, especialmente quienes están bajo tratamiento con ARV, o las dificultades reales que muchas MVVS expresan para conseguir que sus compañeros acepten siempre el uso del preservativo. La anticoncepción 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 las derivan a profesionales individualmente detectados.

En relación al tipo de información y consejo que se le brinda a las MVVS sobre el derecho de elegir tener o no hijos. Desde los servicios de salud, las respuestas son contradictorias. Por un lado, el discurso de los/as 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 esta muy presente y constituye el principal contenido de la consejería. **Existe un prejuicio implícito: no se considera razonable que una MVVS tenga hijos, por lo tanto, se desalienta el embarazo y en algunos casos la actividad sexual de las MVVS**¹². Desde la perspectiva de las MVVS usuarias de los 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 los servicios de salud. Esto indica **el desamparo que padecen las MVVS respecto a sus derechos reproductivos, no tienen interlocutores con quien hablarlo, siendo forzadas al silencio o a que no se respeten sus derechos y menos se satisfagan sus necesidades en los servicios de salud**¹³. Por otra parte, son casi nulas las posibilidades de acceder a fertilización asistida a las parejas serodiscordantes en servicios públicos de salud. Solo está disponible en servicios privados y a costos inaccesibles para la mayoría de la población.

En Argentina el aborto es ilegal excepto en caso de riesgo para la salud y la vida de la mujer y de violación. El Código Penal establece penas tanto para la mujer que se lo practica como para quien realiza el procedimiento. Las dos causas de excepción: a) en situaciones particulares con riesgo grave de vida y salud para las mujeres y b) en caso de violación de mujer demente o idiota. Los 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 esta prohibido excepto en algunas circunstancias 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 punibles o permitidos por la ley atendidos en hospitales públicos. En octubre del 2004, los Ministros de Salud de todas las provincias y de la Nación firmaron un acta compromiso con el propósito de disminuir la mortalidad materna, en la que incluyeron: "facilitar la atención de los casos de aborto no punible en los hospitales públicos". Sin embargo, en la práctica cotidiana, los médicos raras veces atienden 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 contradictoria aún en muchos tribunales. Recientemente, algunos jueces han impuesto penas administrativas o económicas a los médicos que negaron esta práctica. Otros, por el contrario, intentaron procesar a las mujeres.

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 afecta a todas las mujeres vivan o no con el VIH/SIDA.** Tanto la CABA como la Provincia de Buenos Aires poseen desde mediados de 2007 Protocolos de Atención post aborto y el Ministerio de Salud de la Nación elaboró Guías para su atención que difundió en enero de 2007 pero que aún no se implementó. Un aborto inseguro es un grave riesgo para 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"

[12] *Ibíd.* 10
[13] *Ibíd.* 10

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

La Ley de Educación sancionada en el 2006 tiene como objetivos, 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 que crea el Programa Nacional de Educación Sexual Integral en el ámbito del Ministerio de Educación, destinada a todos los alumnos del sistema educativo, 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. **Como se dijo en la Meta 53, no se ha cumplido.**

“En general estas normas se refieren sólo a mujeres y varones heterosexuales, 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 alumnos como por 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).

A pesar de la legislación existente, hay coincidencias respecto a que “el tratamiento de la cuestión de Género se circunscribe en las directrices ministeriales, básicamente a cuestiones biológicas: diferencias anatómicas entre varones y mujeres, y enfermedades de transmisión sexual que incluyen el tratamiento de la prevención de infección de VIH. En la última modificación curricular en el 2005, logró imponerse como cuestión fundamental y previa al tratamiento de la infección por VIH, la discriminación enmarcada en el “Respeto por la diversidad”. El alcance o profundidad de los temas desarrollados dependen, 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, pero el “cómo” se trabajan queda librado al compromiso personal de los/las docentes y en el mejor de los casos la Institución educativa. (Desalambrando-Bs. As.). “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).

El derecho a la educación, sin discriminaciones de género o religión, entre otras, se ha incorporado en los Contenidos de la Educación General Básica y del nivel Polimodal. La norma se confronta muchas veces con posiciones adversas de sectores de la sociedad que, desde el prejuicio o las creencias religiosas, obstaculizan su efectiva implementación. Por eso en la mayoría de las escuelas el tema sigue siendo eludido o censurado.

En Argentina, el tratamiento de las PVVS, incluido el acceso a los ARV es gratuito, la carga viral y otros estudios complementarios están garantizados por la ley, tanto en los servicios de salud públicos como en la Seguridad Social. A pesar de la legislación protectora aún hay dificultades de acceso. Debido principalmente a los trámites necesarios para conseguir la medicación, el desgaste físico y emocional que implica el tratamiento, la dificultad de cumplirlo adecuadamente, la falta de recursos para cubrir otras necesidades básicas, la discontinuidad en la logística, organización y gestión del sistema de salud, los horarios de atención restringidos, la falta de recursos humanos, la escasa capacitación de los equipos de salud, la falta de recursos materiales, insumos e infraestructura, la fragmentación de los servicios, la no atención de adolescentes y niñas si no están acompañados por adultos, la concentración de servicios en las capitales y la existencia de efectores “expulsores o poco amigables”. “Lo más frecuente es el desconocimiento del derecho de las adolescentes a la información y MAC sin la

necesidad de un adulto" (CDD, Córdoba). "El servicio no está en su totalidad sensibilizado para atender a las trabajadoras sexuales (médicos, enfermeras y administrativos)" (AMMAR Paraná).

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

Los programas de prevención no llegan a las mujeres, adolescentes, niñas y trabajadoras sexuales, habiendo escasa difusión de los recursos públicos disponibles. 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 esos casos, faltan ámbitos para la contención, con equipos interdisciplinarios para tal fin. El CNM, no ha desarrollado políticas públicas tendientes a prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres. El Consejo Federal de la Mujer, que cuenta con la representación de las provincias y la ciudad de Buenos Aires tampoco tiene entre sus funciones específicas la violencia de género. A nivel legislativo si bien las formas de discriminación contra la mujer, es necesario seguir actualizando la legislación a los tratados de derechos humanos. En 1994 se incorporó a la Constitución Nacional tratados Internacionales de Derechos Humanos, como 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 1994, se sanciona la Ley de Protección contra la Violencia Familiar. En 1996, se incorporan las obligaciones asumidas mediante la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer (Belem do Pará), aún su alcance es limitado. Sin embargo, no ha sido traducida a normas, políticas, planes o servicios concretos, los avances son parciales e insuficientes, tampoco se han realizado acciones a nivel nacional para su difusión. Existe un gran desconocimiento de la Convención por parte de personal de la justicia, policía, sistema de salud, funcionarios/as públicos, docentes y otros. En relación con las obligaciones del Estado, hay un significativo retraso en dar cumplimiento de manera integral y efectiva, fundamentalmente a nivel nacional.

La Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de las Niñas/os y Adolescentes, reconoce el derecho a la dignidad como sujetos de derechos, a no ser sometidos a trato violento, discriminatorio, 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.

Se han detectado redes de prostitución infantil y turismo sexual con niños/as y adolescentes. Los organismos estatales a quienes les compete abordar esta problemática no han desarrollado políticas activas para eliminar la explotación sexual infantil. La Secretaria Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNAF) del Ministerio de Desarrollo Social, estableció en el 2007 el Programa de Capacitación y Tratamiento de la Violencia Familiar, Maltrato Infantil y Abuso Sexual, de asistencia y prevención a niños víctimas de "negligencia, abandono, maltrato físico y/o psicológico, abuso sexual, y toda forma de maltrato ejercido por sus padres o cuidadores", pero su desarrollo es aún insuficiente.

El Programa Las Víctimas contra las Violencias en la Ciudad de Buenos Aires posee Brigadas para la atención en emergencia, asistencia y contención de las víctimas de Violencia sexual, familiar y de niños/as contra explotación sexual, pero no garantiza su continuidad. *“Las mujeres y niñas víctimas de violencia sexual, tanto dentro o fuera del matrimonio y trabajadoras sexuales pocas veces tuvieron correcto asesoramiento en referencia al riesgo de contraer VIH, ITS como de quedar embarazadas, tampoco información suficiente sobre el acceso a la PEP ni al diagnóstico y tratamiento de ITS y a la disponibilidad de provisión de anticoncepción de emergencia”* (IGLHRC).

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

Una investigación reciente sobre trata y tráfico de mujeres con fines de explotación sexual en 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 en nuestro país. Remarca el fortalecimiento tanto de las redes locales como de las vinculadas a contactos en el exterior, a expensas de las condiciones sociopolíticas, culturales, económicas y de exclusión existentes y muy especialmente en algunas provincias. Son pocas las estadísticas confiables a nivel país, hay datos periodísticos que hacen alusión al tráfico de mujeres. La ausencia de políticas orientadas a la inclusión de mujeres de grupos con vulnerabilidad incrementada se traduce en una falta de comités de planeamiento y evaluación de estas iniciativas. Se acaba de aprobar una ley especial.

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

Se reconocen diversos tipos de familia, pero no siempre conciben 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. *“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, constituyen un obstáculo importante en la formación de competencias saludables en niños y en los más jóvenes”* (Conciencia Joven). La perspectiva multicultural está ausente en la formulación de los proyectos sociales. *“Los programas nacionales no siempre tienen en cuenta estas características dejando excluidos a los aborígenes y habitantes de las zonas rurales y extranjeros”* (Jo.A.CyA Misiones).

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 relacionados a la SSyR son limitados y están plasmados desde un punto de vista biologicista y unidireccional. El abordaje aún se realiza desde el campo de las disciplinas tradicionales (biología), existiendo pocos antecedentes de trabajo para la prevención desde un plano más integral.

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

Tanto el PNLRHS como los programas provinciales no cuentan con actividades específicas para MVVS. Respecto a acciones para población en situación de encierro, hay una dicotomía entre el marco legal y la realidad que padecen. Debido a las condiciones de insalubridad en las cárceles, en detrimento de las condiciones físicas de la detención y las actividades y derechos de los/as detenidos/as. Las mujeres en situación de encierro necesitan atenciones médicas muy concretas, dados los altos niveles de violencia de que han sido objeto muchas de ellas antes de su reclusión. Representan un núcleo de alto riesgo en 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”.* (Grupo de Mujeres Argentinas, Bs. As. Arg.) Esto no existe. A la vez,

en distintos estudios se indica que las mujeres en situación de encierro presentan un mayor riesgo de contraer algún tipo de cáncer del aparato reproductor y otras enfermedades similares. Sin embargo, **el Estado argentino no ha orientado políticas públicas para contemplar adecuadamente la salud de las mujeres en situación de encierro en las cárceles argentinas.** En las unidades penitenciarias femeninas, no se proveen periódicamente preservativos a las mujeres detenidas, una falencia en materia de prevención teniendo en cuenta la cantidad de internas que mantienen visitas conyugales. Tampoco se provee información sobre los mecanismos de transmisión y de prevención, tanto a las internas como al personal penitenciario.

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 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 MVVS en tratamiento no se les ha realizado estudios de Carga Viral, Recuento de CD4, ni otros. Ellas se sienten estigmatizadas por los servicios de salud no ven como “amigable” y/o “confiable” (MLCM+).* Varios informes señalan que la prueba diagnóstica no se realiza en un marco de asesoramiento previo y posterior, en algunos casos es compulsiva, sin garantizar el derecho a la confidencialidad.

En cuanto a las comunidades indígenas, cuentan 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 general con abordajes de intervención socio sanitaria que tengan en cuenta las representaciones y prácticas culturales de las comunidades involucradas, no se plantean estrategias de educación para la salud que consideren la construcción cultural del proceso salud- enfermedad, lo cual se traduce en la dificultad para acceder al sistema por parte de estas poblaciones.** En el marco del Programa Médicos Comunitarios, desde el 2006 se conformaron equipos comunitarios para Pueblos Originarios que desarrollan acciones en comunidades a lo largo del país (54 localidades y parajes rurales, y en dos localidades periurbanas). Sin embargo, las acciones no dejan de ser acotadas, y los abordajes no siempre son respetuosos de las realidades y prácticas de estas mujeres.

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, tráfico 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 huérfanos 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

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, y acciones llevadas a cabo por ONGs. La norma prevé la intervención de la justicia respecto de las personas menores de edad que quedan huérfanas, a los fines de definir la “tutela”, un adulto responsable para el cuidado del niño/a o adolescente y de sus bienes. También interviene la justicia en los procedimientos de adopción. 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 la intervención judicial por denuncias realizadas desde las escuelas y/o 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 hospedar a niños en instituciones (hogares de menores, “amas externas”), aunque tuviesen referentes familiares. No hay programas específicos de apoyo social a las mujeres/ familiares que asumen el cuidado de los huérfanos de SIDA. Se aplican los existentes en general para huérfanos. *“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. Por ejemplo, una compañera, Marisa, recientemente fallecida, ya era viuda, con 4 hijos -2 varones de 7 y 5 años y 2 niñas de 15 y 3 años- la mayor 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 hacía 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. (MLCM+).*

META 68-69 - Mitigación de los Efectos Sociales y Económicos

“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;

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).*

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.

No existen investigaciones específicas sobre la historia natural del VIH en el cuerpo femenino, la inclusión de las mujeres en las investigaciones clínicas depende de los objetivos de la investigación, la cantidad de voluntarios depende del objetivo y de la variabilidad ínter paciente de la droga a evaluar. Estos 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. No participan en estos comités representantes de mujeres.

El consentimiento libre y esclarecido 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. Las disposiciones 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 no están incluidas en los comités de bioética.**

Desde el PNLRHS, no existen investigaciones y/o estudios específicos sobre la interacción entre ARV y anticonceptivos, ni para evaluar el impacto de la terapia ARV en las mujeres, particularmente en relación con la fertilidad y/o reproducción.

CONCLUSIONES

Principales fortalezas para la promoción de la salud sexual de MVVS y para la prevención de la epidemia entre mujeres:

- La existencia de leyes, normas y recomendaciones que garantizan el derecho de las mujeres a la salud, a sus derechos sexuales y reproductivos, a la no discriminación, a la educación sexual, es y debe ser el marco para la implementación efectiva de las acciones. A pesar de la legislación, 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.
- A nivel legislativo se declaman posturas respetuosas de los derechos de las PVVS, que no tiene su correlato en la prestación de los servicios. Sin embargo, es importante reconocer que su existencia aporta instrumentos concretos para promover el ejercicio pleno de algunos derechos, creando condiciones para acciones públicas que exijan prevención, contención y tratamiento.
- La existencia de OSCs, ONGs y organizaciones comunitarias de mujeres, es decir, la presencia de sectores organizados de la Sociedad Civil especialmente MVVS y organizaciones de mujeres que promueven demandas para el respeto de los DDHH de las PVVS. Sin embargo no siempre están articuladas entre ellas para reclamar y promover demandas exigiendo programas que contemplen el respeto de los derechos humanos, especialmente los relacionados con el VIH/SIDA y la SSyR, para que se garanticen estos derechos.

Principales brechas y deficiencias respecto a la articulación SSyR/VIH/SIDA y recomendaciones para su superación:

- Lógicas programáticas fragmentadas, que se traducen en la falta de integración, articulación y coordinación de las acciones de ambos Programas. Esta desarticulación atenta contra la aplicación efectiva y oportuna de medidas de prevención, información y educación de las mujeres, y muy especialmente vulnera los DSR de las MVVS.
- Intervenciones con limitada capacidad de gestión para transversalizar los programas, y optimizar resultados lo que se traduce en el mal uso de recursos materiales y humanos y un bajo impacto en términos de la salud de las personas atendidas.
- Mecanismos segmentados en ambos programas para vincular acciones de salud con otros sectores: educación, desarrollo social, juventud, mujer.
- Heterogeneidad en la implementación de los programas a nivel jurisdiccional. Escasez o inexistencia de prestaciones fuera de las capitales de provincia.
- Falta de datos y cruces epidemiológicos relacionados con jóvenes y mujeres.
- 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. Insuficiente articulación entre los servicios públicos del primer y segundo nivel de atención, y de éstos con instancias como ONGs, redes, grupos de mujeres con trabajo en VIH/SIDA, y organismos de cooperación.
- SSyR sin personal capacitado para asesorar y atender a las MVVS sobre cómo regular su fecundidad, prevenir embarazos no planificados, embarazarse sin riesgo de infectarse en caso parejas serodiscordantes y que se les reconozcan y garanticen los derechos sexuales y reproductivos.
- El VIH/SIDA no es prioridad en la agenda política y 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: mujeres migrantes, privadas de la

libertad, trabajadoras sexuales, niñas/os y adolescentes, con discapacidades, usuarias de drogas, rurales, de minoría étnicas.

- Ausencia a nivel nacional y provincial de programas y servicios que contemplen las realidades y necesidades específicas de la población LGTTTB.
- Multiplicidad de programas sociales y de salud generados por diferentes ministerios y ámbitos institucionales en las distintas jurisdicciones, que confluyen para su ejecución en los mismos efectores y equipos de salud. Esta heterogeneidad deposita en los profesionales y equipos una demanda, que 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

- Priorizar los programas de VIH/SIDA y SSyR en la agenda de salud y su articulación.
- Promover la coordinación de actividades conjuntas entre ambos programas, aumentar la eficacia y el impacto de sus acciones y articulación con otras áreas de gobierno, para un abordaje integral.
- Establecer estrategias de acción articuladas con todos los actores sociales, especialmente las organizaciones y grupos comunitarios de PVVS, mujeres, jóvenes y grupos de población con vulnerabilidad incrementada.
- Crear comités e instancias que garanticen la participación de todas las áreas gubernamentales y no gubernamentales incluidas organizaciones de mujeres y jóvenes, en la respuesta a la epidemia.
- Promover la sensibilización y capacitación permanente de decisores políticos, y prestadores de salud, ONGs, redes y organizaciones comunitarias en la perspectiva de género, para promover el acceso de las MVVS a servicios e instancias de prevención primaria y secundaria adecuadas a sus necesidades, recursos e intereses.
- Promover y fortalecer las instancias comunitarias de difusión, capacitación y sensibilización de todas las mujeres, particularmente las MVVS, acerca de sus derechos, especialmente los sexuales y reproductivos.
- Mejorar/establecer la red de servicios y crear nuevos espacios y estrategias de prevención y atención, con una mirada integral sobre la salud/enfermedad, desde un enfoque de Derecho a la salud.
- Crear y capacitar equipos interdisciplinarios con competencias y adecuados para trabajar nuevos abordajes, especialmente con amplia inserción comunitaria. Profundizar su capacitación sistemática y sostenida para una atención humanizada y con perspectiva de género.
- Garantizar el acceso gratuito a servicios de salud de calidad descentralizados en todo el país.
- Garantizar en todo el país la vigencia de las leyes existentes, que aseguren especialmente el acceso libre y gratuito de toda la población, incluidos los/as adolescentes a los servicios de SSyR incluido el VIH/Sida integrados o articulados.
- Promover la realización de estudios epidemiológicos sistemáticos y comparables a nivel nacional que incorporen la perspectiva de género, y promover la participación de organizaciones de mujeres en su planeamiento y ejecución.
- Garantizar el derecho a la salud con 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 los derechos, especialmente de jóvenes y adolescentes, promoviendo e impulsando respuestas adecuadas.
- Programar, implementar y monitorear programas de educación sexual con perspectiva de género en las escuelas, en todos los niveles.
- Promover programas de prevención que no se orienten sólo a cambio de conductas individuales sino fundamentalmente del comportamiento colectivo, tanto familiar como institucional y comunitario y basados en el respeto de los derechos humanos de las personas.
- Desarrollar programas para la atención integral de LGTTTB desde una perspectiva de género y derechos humanos.
- Monitorear los programas en forma conjunta, los niveles gubernamentales y no gubernamentales representados por los/as verdaderos actores, y difundir sus conclusiones.

GLOSARIO

AHE – Anticoncepción Hormonal de Emergencia

APS – Atención Primaria de la Salud

ARV – Antiretrovirales

CABA – Ciudad Autónoma de Buenos Aires

CEDAW – Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer

CNM – Consejo Nacional de la Mujer

DDHH – Derechos Humanos

DSR – Derechos Sexuales y Reproductivos

ITS – Infecciones de Transmisión Sexual

LGTTTB – Lesbianas, Gays, Travestis, Transgenero, Transexuales, Bisexuales

MAC – Métodos Anticonceptivos

MVVS – Mujeres viviendo con VIH/Sida

NV – Nacidos vivos

OIT – Organización Internacional del Trabajo

ONG – Organizaciones No Gubernamentales

OSC – Organizaciones de la Sociedad Civil

PEP – Profilaxis Post Exposición

PNLRHS – Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus Humanos y el Sida

PNSSyPR – Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable

PVVS – Personas viviendo con VIH/Sida

RN – Recién nacido

SINAVE – Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica

SSyPR – Salud Sexual y Procreación Responsable

SSyR – Salud Sexual y Reproductiva

TS – Trabajadoras/es Sexuales

TTT – Travestis, Transgénero y Transexuales

UDI – Usuarios de Drogas Inyectables

VDRL – Estudio de laboratorio para detección de sífilis

Adaptación y Diagramación: **(Leandro Martín Correa)**

Impreso en Buenos Aires, Junio 2008.



FUNDACION
PARA ESTUDIO
E INVESTIGACION
DE LA MUJER
Paraná 135, 3er Piso "13", (1017)
Ciudad de Buenos Aires, Argentina
TE/Fax. +54 11 4372-2763
feim@ciudad.com.ar