



# VIH/SIDA+VIOLENCIA

**Dos caras de una misma realidad**

Violencia contra las mujeres y feminización del VIH/SIDA  
en el MERCOSUR



## VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y VIH/SIDA EN CUATRO PAÍSES DEL MERCOSUR

Estadísticas, políticas públicas, legislación y estado del arte

Compiladoras:

Dra. Mabel Bianco

Lic. Andrea Mariño

Lic. María Inés Re



## Autoras Informes Nacionales

---



María Eugenia Calvin y Sonia Covarrubias



Mabel Bianco, Andrea Mariño y María Inés Re



Alessandra Nilo, Patricia Leitao, Glandston Lima y Wilza Vilella



Lilian Abracinkas, Verónica Burstin y Alejandra López

# VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y VIH/SIDA EN CUATRO PAÍSES DEL MERCOSUR

---

Estadísticas, políticas públicas, legislación y estado del arte

## Compiladoras:

Dra. Mabel Bianco  
Lic. Andrea Mariño  
Lic. María Inés Re

FEIM - Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer  
VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y VIH/SIDA EN CUATRO PAISES DEL MERCOSUR:  
Estadísticas, políticas públicas, legislación y estado del arte / Bianco, M.; Mariño, A. y Re, M.I.  
(compiladoras) - 1ª. Edición. Buenos Aires. 2009.  
40 p.: 21 x 29,7 cm., 1000 ejemplares.  
ISBN 978-987-9414-04-0  
1. Derechos Sexuales y Reproductivos. 2. Legislación. 3. Jurisprudencia

Fecha de catalogación: 13/07/2009.

Hecho el depósito que marca la Ley N° 11.723

© FEIM - Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer

Paraná 135, piso 3, dto. 13 (C1017AAC)

Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Tel./Fax: (+54-11) 4372-2763

[www.feim.org.ar](http://www.feim.org.ar)

### **Diseño de tapa y diagramación**

Melisa Margaride

[melisa.margaride@gmail.com](mailto:melisa.margaride@gmail.com)

### **Impresión**

Altuna Impresores / Doblas 1968 (C1424BMN)

Buenos Aires, Argentina. Tel./Fax: (+54-11) 4923-0471/5773

Impreso en Argentina

Se terminó de imprimir en Julio 2009.

Permitida la reproducción parcial de los textos incluidos en esta obra, hasta 1000 palabras, según ley 11.723, art 10°, colocando el apartado consultado entre comillas y citando la fuente: si este excediera la extensión deberá solicitarse autorización a FEIM.

# INDICE

PRESENTACION .....	7
INTRODUCCION .....	9
I. ESTADÍSTICAS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES .....	10
II. ESTADÍSTICAS DE VIH/SIDA .....	13
III. LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS	
a. Violencia .....	16
b. VIH/SIDA .....	20
IV. LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS QUE ARTICULAN VIOLENCIA Y VIH .....	23
V. PROTOCOLOS DE ATENCIÓN .....	24
VI. ESTADO DEL ARTE .....	26
VII. ACCIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL .....	29
VIII. ANÁLISIS Y COMENTARIOS .....	32
IX. BIBLIOGRAFÍA .....	35





## PRESENTACIÓN

El presente informe se realizó en el marco del Proyecto "Dos caras de una misma realidad. Violencia contra las mujeres y feminización del VIH en el Mercosur", realizado en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay con el apoyo del Fondo Fiduciario del Fondo de Desarrollo de Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM). Como parte de dicho proyecto, en 2008 las organizaciones responsables de cada país elaboraron un informe de situación nacional en base a una guía común de manera de contar con información comparable. En base a estos informes se realizó este documento que analiza y compara estos datos para lograr una aproximación a la interacción entre violencia contra las mujeres y VIH/SIDA en el MERCOSUR.

Este informe fue elaborado por María Inés Re, Mabel Bianco y Andrea Mariño en base a los informes de cada país realizados por, Alessandra Nilo, Glandston Lima, Patricia Leitao y Wilza Vilella (Gestos, Brasil), María Eugenia Calvin y Sonia Covarrubias (EPES; Chile), Verónica Burstin, Alejandra López y Lilian Abracinskas (MySU, Uruguay) y Mabel Bianco, Andrea Mariño y María Inés Re (FEIM, Argentina)

El informe está estructurado siguiendo la guía temática de los informes nacionales, con una introducción; la presentación de las estadísticas disponibles de violencia y VIH/SIDA; un análisis de la legislación y las políticas públicas en el campo de la violencia contra las mujeres y el VIH/SIDA; las articulaciones entre una y otra, tanto legales como en políticas públicas; los protocolos de atención a las mujeres en situación de violencia; el estado del arte respecto de trabajos científicos que articulen ambas problemáticas; las acciones de la sociedad civil; y concluye con comentarios y recomendaciones.







## INTRODUCCIÓN

Los países de la región latinoamericana y muy especialmente los del MERCOSUR comparten características culturales, históricas, sociales, económicas y políticas. Una gran cantidad de países de América Latina comienza la década del '80 con gobiernos autoritarios y dictatoriales. No obstante, a partir de 1983 se inicia un paulatino proceso de democratización en algunos países de la región. Argentina, Uruguay, Paraguay, Brasil, México, Perú, Bolivia, Colombia y Ecuador inician gobiernos elegidos por el voto popular. Conjuntamente con la apertura democrática, surgen en los países de la región, formas de organización social y políticas diferentes a las tradicionales, que basan fundamentalmente su lucha en defensa de temas más específicos, vinculados en general a la segunda generación de derechos humanos, los derechos económicos y sociales. La década de los '80 en América Latina se caracteriza por un franco estancamiento económico que produce un descenso del producto bruto interno, con un crecimiento de la deuda externa y con un aumento de la puja distributiva entre sectores, que produce desestabilizaciones sociales que afectan los procesos de democratización iniciados.

En la década del '90 como consecuencia de la crisis económica por el aumento de la deuda externa, la inflación y el aumento de la desigualdad, se adoptan modelos de ajuste estructural con la consecuente privatización de servicios públicos y la apertura de los mercados. En América Latina se adoptan procesos de reforma de los servicios públicos de salud, educación, y otros, que se caracterizaron por una disminución notoria de la intervención del Estado en las esferas económica y social, principalmente a través de políticas de privatización de servicios, descentralización de programas de salud, educación, vivienda y otros, y la focalización de los programas sociales en los sectores pobres que crecen en nuestros países.

Paralelamente al desentendimiento del Estado se evidencia un crecimiento de actividades y funciones por parte de las organizaciones sociales y grupos comunitarios que incluyen acciones en forma subsidiaria del Estado. El cambio en la estructura

laboral no sólo se caracteriza por el crecimiento del trabajo informal sino también por el aumento de su precarización. A partir del 2000 la situación en América Latina continuó profundizando la desigualdad, que es la mayor en relación a los otros continentes. Disminuyó la proporción de población con cobertura de la seguridad social, continuó creciendo el trabajo informal y precario y empeoró la redistribución de la riqueza, concentrándose cada vez más los ingresos. Según CEPAL el decil más rico de la población recibió en el 2004 36,1% del ingreso total y el más pobre, el 3,5%<sup>1</sup>. Se registra una tendencia al aumento de esta brecha, en la mayoría de los países de la región sigue creciendo la riqueza que se concentra en el decil más rico de la población y disminuye en el decil más pobre.

---

<sup>1</sup> CEPAL. "Panorama social de América Latina, 2004". Santiago de Chile, noviembre, 2004.

## I. ESTADÍSTICAS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

10

Resulta preocupante la limitación de datos oficiales que permitan tener un panorama de la magnitud de la violencia contra las mujeres en estos cuatro países, siendo Uruguay el de mayor desarrollo estadístico al respecto. Sumado a ello, es evidente la falta de actualización de los datos. La mayoría de los datos provienen del rastreo de las denuncias por violencia contra las mujeres. En cuanto a los tipos de violencia, Chile y Uruguay son los países que cuentan con registros más detallados. Si bien los datos de Chile son parciales porque representan a solo cuatro regiones del país, resulta interesante la división de categorías: sin violencia; con violencia y prevalencias según tipo de violencia en donde se incluye: violencia psicológica, violencia física leve, violencia física grave y violencia sexual. Por su parte, Uruguay cuenta con un registro de denuncias de delitos sexuales, en donde discrimina las violaciones consumadas de las tentativas, y otros tipos de delitos sexuales.

Los datos disponibles en Argentina diferencian los delitos contra la integridad sexual femenina y las violaciones. En la misma línea, las cifras de Brasil distinguen entre violaciones y "atentado violento al pudor". Ambos países no cuentan con registros unificados a nivel país de violencia contra las mujeres, lo que atenta contra la confiabilidad de los datos.

En cuanto a los perfiles sociodemográficos de las víctimas, los datos disponibles en los cuatro países son parciales e incompletos. En general no se incluyen datos sobre etnia, religión, ni lugares de ocurrencia de los episodios violentos. El único país de este estudio en el que se realiza un registro sistemático de denuncias es Uruguay, a través del Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad del Ministerio del Interior. Sumado a ello, este país es el que presenta los datos oficiales más actualizados (2007).

Si bien existen algunos datos disponibles sobre muertes por violencia contra las mujeres (la mayoría, no oficiales), existe información limitada sobre la prevalencia de violencia no letal.

El incremento de las denuncias en todos los países evidencia un cambio en la percepción social que deja de visualizar a la violencia contra las mujeres como un tema netamente privado que no debe trascender a la esfera de lo público y evidencia el aumento de confianza y legitimidad de los organismos judiciales, que requiere un mejoramiento urgente de los mecanismos jurídicos y de los sistemas de registros de datos, que además deberían incluir el perfil sociodemográfico de las víctimas y sus agresores.

En **Argentina**, los datos provienen principalmente del relevamiento de los medios masivos de comunicación, información disponible de ONG's y fuentes provenientes de servicios municipales y provinciales de atención a la violencia contra las mujeres. A nivel nacional no se dispone de información estadística sistematizada sobre incidencia y prevalencia de casos de violencia contra la mujer<sup>2</sup> y no existe un registro que sistematice los datos de todo el país.

Los análisis estadísticos de ONG's y centros de investigación señalan que en una de cada cinco parejas hay episodios de violencia. En el 42% de los casos de mujeres asesinadas, el crimen lo realiza su pareja. El 37% de las mujeres golpeadas por sus esposos lleva 20 años o más soportando la situación de violencia y se estima que el 23% de las mujeres argentinas son víctimas de violencia<sup>3</sup>.

Según la Dirección Nacional de Política Criminal dependiente del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación, en 2005 se reportaron 10.318 delitos contra la integridad sexual femenina, de los cuales 3.154 fueron violaciones. Según la misma Dirección, las denuncias por violación que ingre-

<sup>2</sup> Ministerio Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto y UNFPA. Primer informe argentino para el seguimiento de la aplicación de la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, CNM presentado a la CIM, 28 abril 2006. Publicado en "Mujer contra la discriminación y la violencia por el desarrollo social". Buenos Aires, 2007.

<sup>3</sup> Diario Hoy: <http://www.diariohoy.net>. Argentina, 15 de mayo, 2005.

saron en las distintas fiscalías del país tuvo en lo que va del 2008 un promedio de un ataque sexual cada 150 minutos, y en la mitad de los casos las víctimas fueron menores de edad. La línea 911 es una línea de emergencia que funciona en la Provincia de Buenos Aires donde se recibe todo tipo de problemas desde un incendio, un robo o una pelea entre vecinos hasta situaciones de maltrato y violencia. Según las estimaciones oficiales, el 70% de los llamados del 2008 se hicieron por una situación de violencia contra la mujer. En febrero del 2009, los operadores recibieron 11.893 denuncias por esta causa; y en marzo 10.500. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de los 6541 llamados recibidos durante el 2008 en la línea 137 de las Brigadas de Intervención del Programa de Víctimas contra las Violencias del Ministerio de Justicia, entre el 70 y el 75% fueron realizadas por mujeres maltratadas física o psicológicamente.

La Oficina de Violencia Doméstica de la Corte Suprema, que depende del Poder Judicial de la Nación, con área de acción en Ciudad de Buenos Aires, registra desde su creación el 15 de septiembre hasta el 31 de enero, 2.072 denuncias que afectaron a 2.430 personas (2.080 mujeres y 350 hombres). En cuanto a los tipos de violencia según la denuncia se distribuye en violencia psicológica el 90%, le sigue la física con el 70%, y la sexual con el 18%<sup>4</sup>.

De acuerdo con un monitoreo realizado por Amnistía Internacional-Argentina, durante los diez primeros meses de 2008 en nuestro país cada tres días una mujer fue asesinada por su marido, su pareja o su ex pareja<sup>5</sup>.

En **Brasil**, según la Secretaría Nacional de Seguridad Pública del Ministerio de Justicia, en 2005 la Policía Civil registró 1872 homicidios dolosos contra mujeres. Con respecto a los casos de violencia no letal, los datos son limitados. De acuerdo a una investigación realizada por la Fundación Perseo Abramo en 2001, aproximadamente el 33% de las mujeres brasileñas sufrieron algún tipo de violencia en sus vidas.

En 2001 en la encuesta nacional La Mujer Brasileira en los Espacios Públicos y Privados, el 43% de las mujeres declararon haber sufrido alguna violencia y el 33% se identificó como víctima de violencia física<sup>6</sup>.

En 2007, la Central de Atención a la mujer registró 204.978 atenciones. El 61% reporta sufrir violencia diariamente. En

cuanto a las características sociodemográficas, el 67.8% tiene entre 20 y 40 años de edad, el 40.6% es de raza negra y el 47.7% ha terminado parte o toda la enseñanza básica. En **Chile**, El Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) realizó en 2005 estudios que establecen la prevalencia de violencia en cuatro regiones del país: Región Metropolitana y IX Región Araucanía<sup>7</sup>, en la II Región (Antofagasta) y IV Región (Coquimbo). Los estudios realizados por SERNAM muestran que la prevalencia de VIF (violencia intrafamiliar)<sup>8</sup> oscila entre 42,8% en Antofagasta y un 50,3% en la Región Metropolitana. Según tipo de violencia, estos estudios muestran que la violencia psicológica alcanza un valor mínimo de 39,1% en la Región de Antofagasta y un valor máximo de 43,2% en la Región Metropolitana. La menor prevalencia de violencia física corresponde a la Región de la Araucanía con un 25,3% y la mayor a la Región de Coquimbo, en donde la violencia física alcanza al 32,6%. Estos estudios distinguieron violencia física leve y grave, constatándose que la violencia física grave se presenta con mayor frecuencia que la leve, en especial en las Regiones Metropolitana y de Coquimbo.

Respecto de las denuncias por Violencia Intrafamiliar-VIF-, en el año 2008, Carabineros de Chile, el sistema policial de ese país, informa un total de 86.165 denuncias de mujeres mayores de 15 años. Cabe señalar que las denuncias por violencia han aumentado de manera progresiva entre los años 2000 y 2008, con 17.466 denuncias versus 86.165 respectivamente, lo que determinó un crecimiento de la tasa de denuncias por cada 10.000 mujeres de 15 años y más, de 31.4 en 2000 a 131,6 denuncias por cada 10.00 mujeres de 15 años y más<sup>9</sup>.

En cuanto a las denuncias por Violencia Sexual, en el año 2008 según cifras de Carabineros de Chile, se registraron un total de 5.229 denuncias por abuso sexual y violación de mujeres de 14 y más años de edad. De estas, 2.072 correspondían a mujeres adolescentes de 14 a 19 años de edad y 3.157 a mujeres de 20 años y más.

Respecto de las muertes de mujeres producto de la violencia, no hay formas de registro que permitan conocer estas cifras. En el año 2006 SERNAM realizó un seguimiento a través de la prensa de los asesinatos de mujeres en manos

<sup>4</sup> Corte Suprema de la Nación. Oficina de Violencia Doméstica. Datos estadísticos más relevantes a los seis meses de su puesta en funcionamiento (15/09/08 a 16/03/09). Argentina, Marzo, 2009.

<sup>5</sup> Amnistía Internacional. "Muy tarde, muy poco. Mujeres desprotegidas ante la violencia de género en Argentina. Prioridades de acción para el Estado argentino". Noviembre, 2008.

<sup>6</sup> Fundación Perseo Abramo. Núcleo de Opinión Pública. La Mujer Brasileira en los Espacios Públicos y Privados (encuesta). Brasil, 2001.

<sup>7</sup> SERNAM. "Detección y análisis de la prevalencia de la violencia intrafamiliar". Santiago de Chile, Junio, 2002.

<sup>8</sup> SERNAM. "Datos básicos VIF Comparación 4 regiones". Santiago de Chile, Julio, 2005.

<sup>9</sup> Observatorio de Equidad de Género en Salud. Chile: [www.observatoriorogenososalud.cl](http://www.observatoriorogenososalud.cl) y cifras entregadas por Carabineros de Chile.

<sup>10</sup> Observatorio de Equidad de Género en Salud. "Respuestas Efectivas en Violencia de Género: Materias pendientes. Informe 2006". Chile, Febrero, 2007.



de su pareja, los casos así identificados fueron posteriormente ratificados por el Ministerio Público confirmándose un total de 36 casos de femicidio íntimo, ocurridos entre enero y diciembre de 2006<sup>10</sup>. En el 2007 según información de MINSAL<sup>11</sup> en contextos de violencia intrafamiliar fueron asesinadas un total de 61 mujeres, según datos del sitio web de SERNAM en el 2008 se contabilizaron 59 femicidios y desde Enero al 9 de Junio de 2009, han sido asesinadas 23 mujeres a manos de sus parejas.

En Uruguay, en 2007 se registraron un total de 131.289 denuncias, de las cuales 193 corresponden a homicidios, 9.113 a lesiones, 11.850 a daños y 1.118 a delitos sexuales<sup>12</sup>. Estos últimos han aumentado un 19% entre 2000 y 2007<sup>13</sup>. Las denuncias por violación se han mantenido estables entre 2005 y 2007, con un total de 1.167 y 1.118 respectivamente. Mientras que las denuncias por violencia doméstica sufrieron un incremento del 49.3% entre 2006 y 2007, sumando un total para ese año de 10.682.

Según el informe elaborado por el Ministerio del Interior, si se consideran de manera separada las distintas variedades de denuncias relacionadas con hechos de violencia, "las situaciones que involucran el ámbito doméstico emergieron durante el 2007 como la categoría dominante (5,8 % del total de denuncias). Este último patrón marca un cambio bastante impactante respecto de años anteriores, cuando las rapiñas eran la categoría de denuncias más frecuente entre los hechos violentos" (Paternain, 2007)<sup>14</sup>.

Las denuncias por violencia doméstica en el año 2007 representan el 45.8% del total de denuncias de delitos contra la persona<sup>15</sup>. Si se sumaran las situaciones de violencia doméstica presentes en las lesiones, los homicidios, las amenazas, la violencia privada, los delitos sexuales, los suicidios, etc., se estaría en el Uruguay ante un fenómeno más frecuente que los robos con violencia. Según datos preliminares del Ministerio del Interior, en el primer trimestre del 2009, las denuncias por violencia doméstica se incrementaron en un 11 % en comparación a igual período del año anterior.

Según el reporte mencionado (Paternain, 2008) "en cuanto a las víctimas de violación, al igual que fuera constatado

para otros delitos violentos, el número de víctimas tiende a disminuir con la edad. Sin embargo, la concentración de las víctimas de violación en franjas de edad correspondientes a la población joven es todavía mayor que en los casos de homicidio y lesiones. Mientras el intervalo de edad de 15 a 19 años representa la cuarta parte de las víctimas (25%), el porcentaje de víctimas en los tramos de edad por encima de 35 años se reduce drásticamente, no superando en ningún caso al 3% del total. Asimismo, resulta impactante constatar que bastante más de un tercio de las víctimas (38%) son menores de 15 años". Con respecto a las muertes por violencia de género, se registraron 17, entre noviembre 2006 y octubre 2007.

En síntesis, los datos de violencia contra las mujeres a los que se tiene acceso en estos cuatro países del Mercosur, son parciales, incompletos y difíciles de acceder. Esto impide dimensionar correctamente la magnitud real de esta problemática en sus aspectos cuanti y cualitativos, y constituye un obstáculo epistemológico para la elaboración de políticas públicas integrales.

Si bien existen algunos datos disponibles sobre mortalidad de mujeres debida a violencia de género, es muy limitada la información disponible sobre la cantidad de mujeres que viven en situación de violencia, las formas de violencia que éstas padecen, la efectividad de las modalidades de intervención, estudios económicos sobre el impacto de la violencia de género en los países, entre otros aspectos.

Sumado a ello, resulta necesario avanzar en desarrollos conceptuales de las categorías trabajadas, por ejemplo: violencia leve, grave, violaciones tentativas y consumadas, a fin de prevenir criterios de diagnósticos contradictorios y erráticos. También en la inclusión de los perfiles sociodemográficos de las víctimas, lo que permitiría el cruce de esta problemática con otras variables, facilitando el mejoramiento de las estrategias de abordaje.

<sup>11</sup> Ministerio de Salud. Guía Clínica VIF, documento borrador. Chile, 28 abril, 2008.

<sup>12</sup> Ministerio del Interior. Departamento de Datos, Estadísticas y Análisis. Uruguay.

<sup>13</sup> Ministerio del Interior. Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad. Uruguay.

<sup>14</sup> Paternain, R (coord.). "Panorama de la violencia, la criminalidad y la inseguridad en Uruguay. Datos, tendencias y perspectivas". Ministerio del Interior, PNUD. Montevideo, 2008.

<sup>15</sup> Ministerio del Interior. Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad. Uruguay.

## II. ESTADÍSTICAS DE VIH/SIDA

Las características de la epidemia en los cuatro países de este estudio se corresponden con muchos de los patrones internacionales. Evidencian una concentración urbana de las personas que viven con el virus, un predominio creciente de la transmisión heterosexual, una franca feminización de la epidemia, y una disminución de la edad de infección que afecta más profundamente a las mujeres.

En **Argentina**, los primeros enfermos de SIDA se registraron en 1982. Desde 1982 hasta el 31 de diciembre de 2007 la Dirección de SIDA y ETS registró 67.245 notificaciones de personas infectadas<sup>16</sup>. La primera mujer enferma se registró en 1987, momento en que la razón varones/mujeres diagnosticados era 92/1. La razón hombre/mujer en notificaciones de VIH en mayores de 13 años en 2005-2007 fue de 1.7, marcando una franca feminización de la epidemia.

Actualmente la prevalencia de VIH en mujeres embarazadas es de 0.32%, con picos del 1% en algunos hospitales de conglomerados urbanos más grandes del país (Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires). De todas maneras, debido a la aplicación del Protocolo 076 desde 1997, la transmisión madre a hijo presenta una disminución evidente en los últimos años. Mientras en 1995-96 se registraron 595 infecciones, en 2005-2007 éstas sumaron 134<sup>17</sup>, con tasas de niños infectados por 10.000 nacidos vivos de 4.74 en 1995, año con la mayor tasa, y de 0.87 en el 2005<sup>18</sup>.

En cuanto a la concentración por edades, Argentina se corresponde con el patrón internacional, presentando la mayor cantidad de enfermos e infectados en las edades sexualmente activas. Se concentra mayoritariamente entre los 25 y 39 años de edad si se tiene en cuenta que el acumulado de casos es entre 25

y 34 años. La mediana de edad de diagnóstico de varones y mujeres mayores de 13 años fue en 2001-2002 de 34 años para hombres y 31 para mujeres; en 2003-2007 de 35 y 32, respectivamente, evidenciando que las mujeres se infectan a edades más tempranas. Entre 2001 y 2007 el 82% de las mujeres y el 73% de los varones se infectaron por vía sexual. Pero cuando se considera sólo a las mujeres mayores de 13 años, este porcentaje trepa a 87%.

En **Brasil**, de 1980 a Junio de 2008, fueron notificados un total de 506.499 casos de SIDA y en 2007 los casos notificados de SIDA en mujeres fueron 159.973. La tasa de incidencia de 2003 era de 20,7/100000 habitantes, en hombres era de 25,4 y la de mujeres de 16,1. La mayor concentración por edad se ubica entre los 30 y 34 años, con 30.433 notificaciones. La principal vía de transmisión es la sexual<sup>19</sup>. En cuanto a la razón hombre/mujer, la misma fue de 40/1 en 1983. Luego fue disminuyendo drásticamente, manteniéndose en 1.6/1.7 varones por cada mujer enferma entre 2000 y 2007. Entre 1980 y Junio de 2008, del total de casos identificados en hombres el 78% están en la franja etaria de 25 a 49 años y para las mujeres ese porcentaje corresponde a 71%.

Respecto al testeo de VIH en las embarazadas, en un estudio realizado por el Ministerio de Salud de Brasil en el 2004, se estimó que el 63% de las embarazadas fueron testeadas, pero con grandes desigualdades a nivel regional que oscilaron entre el 35% en el nordeste y el 75% en regiones del sud, sudeste y centro-oeste. Esta cobertura varía según la condición socioeconómica<sup>20</sup>.

En cuanto a **Chile**, los primeros casos se registraron en el

<sup>16</sup> Ministerio de Salud. Programa Nacional de Lucha contra los retrovirus del humano, SIDA e ITS. "Boletín sobre el SIDA en Argentina". Año XII, N° 25. Buenos Aires, Argentina, agosto 2008.

<sup>17</sup> Ministerio de Salud. Programa Nacional de Lucha contra los retrovirus del humano, SIDA e ITS. Op. cit.

<sup>18</sup> Idem cita 13.

<sup>19</sup> Ministerio da Saude. Secretaria de Vigilância em Saude. Programa Nacional de DST e AIDS. "Boletín epidemiológico 2007". Brasil.

<sup>20</sup> Ministerio da Saude. Secretaria de Vigilância em Saude. Programa Nacional de DST e AIDS. Boletín Epidemiológico AIDS/DST, Año III-n° 1-01°-26° de 2006-semanas epidemiológicas-janeiro a junho de 2006. Brasil, noviembre 2006.

país en 1984. Hasta el año 2007 se han notificado 18.552 casos acumulados<sup>21</sup>. El SIDA afecta principalmente a la población masculina de 20 a 29 años, y la sexual es la principal vía de transmisión (90%). Tanto para los casos de VIH y de SIDA se produce un aumento de la exposición por vía heterosexual en el segundo y cuarto quinquenio, siendo el incremento de un 182% y un 64% respectivamente. Así mismo, para los casos de VIH y SIDA las vías de exposición entre hombres y mujeres difieren. Para los hombres la principal vía de exposición es la homosexual. En ellas en cambio, la vía heterosexual es la más declarada y corresponde a 86,1% en los casos de SIDA y a 90,4% de casos por VIH. Con respecto a la razón varón/mujer, las mujeres con VIH aumentaron su proporción en el total de casos hasta el año 1996 estabilizándose en los dos últimos, con un crecimiento similar en ambos sexos, siendo en 1992 de 6,5 y en el 2007 de 3,7.

En 1985 se diagnosticó la primera mujer infectada. A diciembre del 2006 el número de mujeres había ascendido a 2.682. En relación a la edad de las mujeres, las tasas más altas de mujeres con VIH/SIDA ocurren entre los 20 y 49 años, que corresponde el período fértil, siendo entre los 20 y 29 años el grupo que concentra las tasas más altas de notificación. La tasa de notificación de mujeres por VIH del último quinquenio (2002-2006) es 15 veces mayor a la que este último grupo de edad tenía entre 1987 y 1991. Es decir que la epidemia está afectando a mujeres cada vez más jóvenes.

Respecto a la escolaridad de las mujeres que viven con VIH/SIDA, se aprecia que en los últimos años de la epidemia, ha decrecido el nivel educativo de las afectadas, siendo el nivel de escolaridad básica la condición más frecuente de quienes viven con SIDA.

Entre las mujeres notificadas con VIH, las sin escolaridad que representaban el 1,8% en el período 1987-1991, aumentaron al doble su representatividad en los años siguientes (4%), aunque la educación media continúa siendo el nivel de escolaridad más frecuente entre mujeres que viven con VIH<sup>22</sup>.

La ocupación de las mujeres también muestra que el VIH/SIDA es más frecuente en mujeres que declaran "otras ocupaciones" (51,5%) entre las cuales un 80% son amas de casa; un 29,1% son operarias y un 8,8% son oficinistas<sup>23</sup>. De acuerdo al último Informe del Observatorio de

Equidad de Género y Salud correspondiente al período 2007-2008, respecto del indicador "porcentaje de mujeres en las notificaciones de SIDA, existe un retroceso ya que aumentó el porcentaje de mujeres notificadas de 13,5% en el año 2006 a 16,9% en el año 2007. Así también se señala un retroceso en el indicador respecto de tasas de mortalidad<sup>24</sup>, ya que aumentó levemente la tasa de mortalidad en hombres de 4,1 en el 2005 a 4,4 el 2007.

En Uruguay, la primera persona infectada se diagnosticó en 1985, y hay un total acumulado de 11.223 personas diagnosticadas hasta el 31 de marzo de 2009<sup>25</sup>. La incidencia de VIH por sexo indica un 64,6% para los varones y un 36,1% para las mujeres. La máxima incidencia de VIH se presenta en la franja etaria de 15 a 34 años acumulando el 63,7% de los casos. En el caso del SIDA la incidencia por sexo indica un 74,7% para los varones y un 25,3% para las mujeres. En este caso la máxima incidencia se da en la franja de 20 a 49 años. Es interesante señalar que la tendencia de los últimos años muestra un lento pero constante aumento de la incidencia de VIH/SIDA para la población femenina. El mecanismo de transmisión más frecuente, tanto para el VIH como para el SIDA, es la vía sexual. En el caso del VIH representa el 66,9% y el 71,7% en el caso del SIDA. Uruguay descendió su tasa de transmisión vertical del VIH/SIDA de 26% en 1995 a 3% en la actualidad.

La evolución de la razón hombre/mujer muestra que en Uruguay la epidemia comenzó con razones mayores a los demás países de este estudio, con 6.0 en 1988 y picos de 8.5 en 1989 y 1991, descendiendo paulatinamente a través de los años y llegando en el primer trimestre de 2009 a 1.4 varones por cada mujer infectada. La tasa de mortalidad por sida es de 4.4 cada 100.000 habitantes. En el caso de los varones la tasa es de 6.9 y en el caso de las mujeres es de 2.1<sup>26</sup>. **En síntesis**, resulta interesante destacar la situación de vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH, especialmente en Argentina y Brasil, que presentan una disminución pronunciada de la razón hombre/mujer infectado/a y también de la edad de infección en las mujeres. El cruzamiento de las cifras de VIH con otras variables como el nivel de instrucción, evidencia la

<sup>21</sup> Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. Quinquenios analizados: 1988/1992, 1993/1997, 1998/2002, 2003/2007. Evolución del VIH/SIDA Chile 1984-2007. Chile, Agosto, 2008.

<sup>22</sup> MINSAL. CONASIDA "Informe consolidado. Evidencias epidemiológicas, comportamentales y culturales a considerar en el abordaje de acciones preventivas del VIH y las ITS en mujeres. Documento de Trabajo". Chile, Junio, 2007.

<sup>23</sup> MINSAL. CONASIDA. 2007 op, cit pag. 20.

<sup>24</sup> Tasa por 100.000

<sup>25</sup> Ministerio de Salud Pública. Informe Epidemiológico ITS - Sida. Montevideo, Uruguay, Diciembre, 2008.

<sup>26</sup> Idem 25.

vinculación del aumento del VIH con el incremento de la situación de pobreza y/o exclusión de los países del Mercosur.

No existen datos oficiales que articulen las estadísticas de violencia de género con la feminización del VIH. Resulta indispensable el cruzamiento de estas dos variables para lograr un diagnóstico del impacto de la violencia contra las mujeres (especialmente la sexual) en el aumento del VIH en las mujeres, y un análisis del VIH como facilitador/determinante de la violencia de género en los ámbitos doméstico y público, y en los servicios de salud.

---





#### a. Violencia

Los cuatro países cuentan con legislación específica de atención a la violencia contra las mujeres. Sin embargo, los principales avances legislativos y de políticas públicas se han focalizado en la atención a la violencia en el ámbito doméstico. La legislación de Chile y Uruguay aún tiene este enfoque, que soslaya la consideración de todas las formas de violencia que padecen mujeres y niñas. Brasil y Argentina, esta última, muy recientemente, han avanzado en enfoques más integrales, acordes con el cumplimiento de la Convención de Belem do Pará, firmada por todos los países.

Los cuatro países signaron esta Convención entre 1995 y 1996, y sin embargo su implementación en los ámbitos nacionales es reciente, como en el caso de Argentina, un poco antes en Brasil y aún Chile y Uruguay no adaptaron su legislación a la Convención. Si bien todos los países cuentan con centros de atención de diferentes características, incluyendo casas "refugio" para mujeres en situación de violencia, se evidencia una desarticulación de los programas y una mayor concentración de servicios en los grandes centros urbanos. Respecto a las casas refugios no abundan especialmente en Argentina donde son muy escasas e insuficientes.

En Argentina en 1994 se sancionó de la ley 24.417 de Protección contra la Violencia Familiar, que entró en vigencia en 1995 y se reglamentó en 1996. La ley prevé la exclusión del agresor de la vivienda, la prohibición de su acceso al domicilio o a los lugares de trabajo del damnificado, la orden de reintegro al hogar de quien por razones de seguridad debió abandonarlo, la estipulación de alimentos, tenencia y comunicación con los hijos.

En marzo del 2009 se sancionó la ley 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Esta nueva ley implica un avance porque se refiere específicamente a la violencia contra la

mujer. También en la definición de violencia, ya que la relaciona con una situación desigual de poder y se refiere a la que ocurre en todos los ámbitos posibles, así como todos los tipos, inclusive la violencia mediática y la obstétrica. La ley 24.417, será sólo de aplicación en aquellos casos de violencia doméstica no previstos en la nueva ley.

En cuanto a las políticas públicas, el Consejo Nacional de la Mujer (CNM), dependiente del Ministerio de Desarrollo Social, es el órgano encargado de monitorear la implementación en Argentina de la Convención de Belem de Pará y también el organismo conductor de la implementación de la ley 26.485. En 1996 puso en marcha el Plan Nacional de Capacitación, Asistencia Técnica y Sensibilización en la Temática de Violencia contra la Mujer, pero no desarrolla acciones sistemáticas ni cuenta con presupuesto específico. De hecho el presupuesto del CNM se redujo el 80.3% entre 2005 y 2007. El CNM ha realizado intentos para implementar un registro unificado de casos, pero son muy pocos los servicios que informan sus datos y no se realiza un seguimiento que garantice la conformación de este registro. Se debe señalar que las pocas casas-refugios que existen en el país son algunas de gobiernos locales o provinciales y de ONG's<sup>27</sup>.

La nueva ley señala que el Consejo Nacional de la Mujer será el organismo rector encargado del diseño de las políticas públicas para efectivizar sus disposiciones, siendo sus principales facultades: elaborar, implementar y monitorear un Plan Nacional de Acción; articular y coordinar las acciones para el cumplimiento de la presente ley, promover en las distintas jurisdicciones la creación de servicios de asistencia integral y gratuita; entre otras. Resulta evidente que para el cumplimiento adecuado de estas funciones, se requiere de un fortalecimiento jerárquico y técnico del CNM y también de un aumento de su presupuesto. Con respecto a

<sup>27</sup> Bianco, M; "Nota de opinión al Proyecto de Ley de la Senadora Gallego", 18/11/2008, Buenos Aires, Argentina.  
[http://www.feim.org.ar/pdf/violencia/Opinion\\_MB\\_proyecto\\_ley\\_violencia\\_S en\\_Gallego.pdf](http://www.feim.org.ar/pdf/violencia/Opinion_MB_proyecto_ley_violencia_S en_Gallego.pdf)



este último punto, el artículo 43 de la ley indica que las partidas necesarias serán previstas anualmente en la ley de Presupuesto General de la Administración Nacional.

La ley 26.485 crea un Observatorio de Violencia contra las Mujeres para el monitoreo, registro y sistematización de casos, que controlará el cumplimiento de la propia ley y estará integrado por ONG's. Resulta indispensable que este Observatorio se ponga en funcionamiento lo antes posible para que el país pueda contar finalmente con datos adecuados sobre la problemática de la violencia de género.

En 2006 se creó el Programa "Víctimas contra las Violencias", dependiente del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación. El Programa brinda asistencia a víctimas de delitos sexuales, violencia familiar, maltrato infantil y explotación sexual infantil. Aunque es un programa nacional, su radio de acción desde su creación se limita a la Ciudad de Buenos Aires. El Programa cuenta con Brigadas Móviles de Emergencia, integradas por psicólogos/as y trabajadores/as sociales, que actúan inmediatamente después que la víctima realiza la denuncia al agresor, con el objetivo de contener a la víctima y de asesorarla sobre la importancia de mantener esta denuncia. En setiembre de 2008 se inauguró la Oficina de Violencia Doméstica creada por la Corte Suprema de Justicia de la Nación, con el objetivo de brindar atención especializada durante las 24 horas del día. Si bien es una dependencia nacional, funciona solamente en la Ciudad de Buenos Aires, a manera de experiencia piloto, es un modelo que se espera que las Cortes provinciales lo adopten.

En **Brasil** se encuentra vigente la ley 11.340/2006 llamada "Ley María da Penha" porque fue el resultado de un caso denunciado ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos que Brasil debió cumplir con la reparación económica o indemnización y el consiguiente cambio legal. De hecho, el concepto de violencia adoptado por la legislación y las políticas nacionales es el de la Convención de Belem do Pará. Por lo tanto, considera un concepto amplio de toda forma de violencia contra las mujeres y niñas que se ejerza en cualquier ámbito, y propone acciones amplias y articuladas de carácter multi-sectorial. Estas acciones incluyen normas penales que garantizan la punición de los agresores y la creación de los Juzgados de Violencia Doméstica y Familiar contra la Mujer. La Política también incluye estrategias de prevención en los ámbitos educativos y culturales.

En cuanto a las políticas públicas, en 1998 el Ministerio de Salud elaboró la "Norma sobre Prevención y Tratamiento de las consecuencias de la violencia contra la mujer y adolescentes". Con el trabajo mancomunado de los profesionales de la Federación Brasileña de Sociedades de Ginecología y Obstetricia se visitaron hospitales en todo el país para detectar en cuáles se podía implementar. En diciembre del 2000 había 53 hospi-

tales de 20 Estados<sup>28</sup>.

En noviembre del 2003 se aprobó la ley 10.778, que dispone la notificación obligatoria de casos de violencia contra la mujer por parte de los servicios de salud y la creación del grupo interministerial para elaborar una propuesta legislativa y otros instrumentos. En este marco encuadra la nueva técnica de prevención y tratamiento de los agravios resultantes de la violencia sexual contra mujeres y adolescentes del Ministerio de Salud. La norma tiene como objetivo reducir las barreras para el acceso al aborto en casos de violencia sexual, conforme a lo previsto en el art. 128, inc. II del Código Penal. En relación a la atención señala: "el derecho a vivir libre de violencia, incluido el derecho a recibir tratamiento humanizado que previene la violencia institucional"<sup>29</sup>.

A partir de 2003 se implementa el Programa de Prevención y Combate a la Violencia contra las Mujeres, dependiente de la Secretaría Especial de Políticas para las Mujeres (SPM). En lo referido a la asistencia de las mujeres en situación de violencia, prevé la atención humanizada y calificada, a través de la capacitación de recursos humanos, la creación y reestructuración de los servicios, y la creación/fortalecimiento de la Red de Atención a través de la articulación entre el gobierno y la sociedad civil. Sin embargo, se evidencia aún una falta de coordinación y un aislamiento de los servicios. En el 2007 se concretó el Pacto Nacional para Enfrentar la Violencia contra las Mujeres, que posibilitó un aumento significativo de los recursos de la SPM para 2008-2011. Sin embargo, este presupuesto no representa el total del gasto público en la temática, ya que otros organismos del gobierno también contribuyen a su atención.

En **Chile** es importante señalar que la promulgación de la primera ley de violencia (N° 19.325) en el año 1994, tuvo como antecedente una amplia movilización de las organizaciones de mujeres y el desarrollo de propuestas dirigidas a lograr una legislación que permitiera sancionar la violencia contra las mujeres, lo cual encontró serios obstáculos, prueba de ello es que la ley que se promulgó se refiere sólo a violencia intrafamiliar, la que se reconoce como falta y no como delito. En los años siguientes las organizaciones ciudadanas de mujeres desarrollaron iniciativas tendientes a documentar las limitaciones que tuvo la aplicación de esta ley,

<sup>28</sup> Andalaft, Jorge y Faundes, Aníbal. "Violencia Sexual y la respuesta del sector salud en Brasil", presentado en Simposio 2001 "Violencia de género, salud y derecho en las Américas", Cancún, México, Junio, 2001.

<sup>29</sup> Galli, B y Adesse, L. "Reduzindo Barreras para o exercicio dos direitos humanos e a auto-determinacao sexual e reprodutiva das mulheres em situacao de violencia sexual". IPAS, Brasil, 2005.

lo que finalmente llevó a su reemplazo por la Ley 20.066 actualmente vigente, la que también tiene como objeto la violencia intrafamiliar, pero incluye el delito de maltrato habitual y algunas orientaciones que podrían dar lugar a la generación de políticas más adecuadas para responder a este problema.

Una de las consecuencias de las limitaciones que presenta la actual legislación y su aplicación por parte de los Tribunales de Familia y Fiscalías, es que la institucionalidad vigente no ha sido capaz de sancionar y proteger efectivamente la vida de las mujeres que denuncian la violencia. La constatación de muertes de mujeres que habían denunciado e incluso que tenían medidas de protección, posibilitó la ejecución de un proyecto piloto por parte de la Red Chilena Contra la Violencia Doméstica y Sexual, realizado en conjunto con Carabineros de Chile, organismo que recibe la mayoría de las denuncias, dirigido a modificar el parte denuncia de modo que este sea un instrumento útil para la evaluación de la gravedad de la situación denunciada, del riesgo de femicidio y consecuentemente, un alerta para acelerar los procedimientos destinados a la protección de las mujeres.

En cuanto a las políticas públicas, el organismo de gobierno que tiene el rol de diseñar las políticas sobre la violencia de género es el Servicio Nacional de la Mujer (SERMAN), que ha incorporado esta temática entre sus prioridades a través de un Plan de Igualdad de Oportunidades, que contempla "asegurar el derecho a la integridad física, psicológica y sexual de las mujeres y las niñas", "prevenir la violencia contra las mujeres y entregar servicios para el apoyo a las víctimas". A noviembre de 2008, el SERNAM había abierto 25 casas de acogidas en todo Chile y tiene como meta para el 2009 aumentar a 90 los centros de atención ambulatoria para mujeres que viven violencia en el país.

Por su parte, el Ministerio de Salud aprobó en 2008 una política de salud en violencia de género, la cual integra algunos de los programas y acciones que este ministerio ya venía desarrollando en materia de violencia intrafamiliar. Esta política propone la instalación del Programa Diagnóstico y Tratamiento Integral en todos los establecimientos de Atención Primaria; aplicación de indicadores de riesgo para prevenir nuevos eventos de violencia y femicidios; instalación de protocolos y/o programas de atención especializados en salud mental y psiquiatría, traumatología, odontología, ginecología, cirugía, oftalmología.

Respecto de su implementación cabe señalar que a la fecha el Programa de Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Violencia hacia la Mujer aún no se ha instalado en todos los establecimientos de atención primaria existentes en el país, ni tampoco la detección sistemática y primera respuesta a

mujeres que viven violencia de género. Este procedimiento se está aplicando en algunos de los servicios de atención primaria que cuentan con el programa de violencia y más recientemente, en un programa piloto dirigido a la detección, primera atención de VIF y tratamiento de algunos tipos de lesiones en mujeres de 15 años y más, consultantes en servicios de urgencia de los hospitales de la Región Metropolitana.

El Programa piloto para la atención integral de lesiones físicas producto de violencia intrafamiliar, implementado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la División de Gestión de la Red Asistencial del Ministerio de Salud, en ocho servicios de urgencia de la Región Metropolitana, considera la implementación de tamizaje para detectar situaciones de violencia, primera atención en VIF (acogida, orientación) y el tratamiento de traumatismo de piezas dentarias, lesiones ginecológicas, traumatológicas y oftalmológicas. Respecto de la detección de violencia y la primera respuesta a mujeres que viven situaciones de violencia, cabe señalar que durante el transcurso de los meses de marzo a agosto de 2008 el Ministerio de Salud con apoyo de otros organismos del estado, cooperación técnica internacional y sociedad civil ha trabajado en la elaboración de la "Guía Clínica Violencia Intrafamiliar en personas Adultas", la cual se esperaba someter a la discusión y aprobación del Consejo responsable de decidir las prestaciones que son cubiertas a través del sistema de Garantías Explícitas de Salud (GES), lo cual finalmente no fructificó. Respecto de otros servicios proporcionados por el Ministerio de Salud, cabe señalar que en los hospitales e inicialmente en convenio con el Ministerio Público se han instalado Salas de Primera Acogida para Personas Víctimas de Violencia Sexual, con el objetivo de entregar una atención que evite la re-victimización y facilite los procedimientos judiciales. En la actualidad se encontrarían en funcionamiento 13 salas a nivel del país<sup>30</sup>.

En **Uruguay** en el año 2002 se sancionó la ley N° 17.514 de violencia doméstica, que creó el Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica, encargado de elaborar el Primer Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica, con un enfoque integral, orientado a la prevención, atención y rehabilitación de las personas involucradas a efectos de lograr el uso más adecuado de los recursos existentes.

Desde el año 2004, existe a nivel nacional el Plan de lucha contra la violencia doméstica, que compromete a las instituciones para la instrumentación y monitoreo de sus resultados, a través del desarrollo intersectorial de actividades de promoción de derechos y prevención, así como la formación y capacitación permanente de recursos humanos. Desde el año 2006, se ha iniciado un proceso de implementación de servicios de atención a la violencia doméstica en diferentes departamentos del país.

La creación por ley y puesta en marcha del Plan Nacional de

Igualdad de Oportunidades y Derechos liderado por el Instituto Nacional de las Mujeres (Ministerio de Desarrollo Social), significa un avance importante para el desarrollo de políticas contra la violencia de género y en tal sentido incluye una serie de líneas estratégicas vinculadas a prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres.

A partir del decreto del Poder Ejecutivo de 2006 (Decreto 494/2006), las instituciones y servicios de salud públicos y privados, deben prestar atención y asistencia a las mujeres en situación de violencia doméstica. En todos los casos en que los profesionales intervinientes tomen conocimiento de un hecho de violencia doméstica deben dar cuenta al juez competente en la materia. Se exige que estas instituciones o servicios procuren que el personal posea información que permita detectar y brindar una primera respuesta a las mujeres víctimas de violencia doméstica. También se espera que constituyan un equipo multidisciplinario de referencia para la atención específica y que reporten información al Programa de Salud de la Mujer y Género (MSP). Por otra parte, deben asegurar la existencia de los insumos necesarios para la instrumentación de la atención, promover y participar en acciones de prevención, y establecer mecanismos institucionales para la denuncia judicial en los casos que lo requiera. A partir de noviembre de 2008, se incorpora la capacitación de los equipos de salud en violencia doméstica y sexual como meta prestacional de observancia obligatoria para todos los servicios integrantes del sistema nacional integrado de salud (SNIS).

En el 2007 se lanzó el "Sistema Integral de Protección a la Infancia y la adolescencia contra la Violencia" (SIPIAV). Este sistema se propone abordar integralmente el problema de la violencia contra niños, niñas y adolescentes. El SIPIAV funcionará como una red interinstitucional compuesta por el Instituto de Niños y Adolescentes del Uruguay (INAU) -que lo coordinará-, la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP) y los Ministerios del Interior, Desarrollo Social y Salud Pública, con el objetivo de combatir el maltrato y el abuso sexual a niños, niñas y adolescentes<sup>31</sup>.

El principal avance legislativo obtenido en relación a los delitos sexuales no comerciales, es la aprobación de la ley 17.938 del 2006, que derogó los artículos 116 del Código Penal y 23 del Código de Procedimiento Penal, conforme a los cuales los delitos de violación, atentado violento al pudor, estupro y rapto se extinguían si el agresor contraía matrimonio con la víctima. Asimismo, la ley 18.039 incorporó nuevas circunstancias que habilitan la acción de oficio en los delitos sexuales: la relación

de dependencia laboral de la víctima respecto del ofensor, y la condición del ofensor de responsable de la educación o de la salud de la víctima.

Existen vacíos y dificultades de la legislación penal en relación a los delitos sexuales. Una disposición que se contraponen groseramente a las recomendaciones del Comité de CEDAW y que debería ser objeto de modificación, es el Art. 36 del Código Penal. El mismo incluye como causal de impunidad la pasión provocada por el adulterio. Conforme a esta norma se otorga al juez la posibilidad de conferir el perdón judicial, si el homicidio es provocado por la denominada "pasión provocada por el adulterio"<sup>32</sup>. *El Art. 36 declara: "La pasión provocada por el adulterio: La pasión provocada por el adulterio faculta al Juez para exonerar de pena por los delitos de homicidio y de lesiones, siempre que concurren los requisitos siguientes: 1. Que el delito se cometa por el cónyuge que sorprendiera in fraganti al otro cónyuge y que se efectúe contra éste o contra el amante. 2. Que el autor tuviera buenos antecedentes y que la oportunidad para cometer el delito no hubiera sido provocada o simplemente facilitada, mediando conocimiento anterior de la infidelidad conyugal."* Se trata de una norma que legitima formas de violencia familiar, culpabilizando a la víctima del hecho, basada en patrones socioculturales discriminatorios de la mujer.

**En síntesis**, si bien se han dado avances legislativos en materia de políticas públicas en el campo de la violencia de género en los cuatro países, persisten algunos enfoques jurídicos, políticos y técnicos, que perpetúan los abordajes patriarcales y que constituyen un obstáculo evidente para construir un marco de protección y contención adecuadas para las mujeres en situación de violencia, y para delinear estrategias efectivas de prevención.

<sup>30</sup> Ministerio de Salud. "Política de Salud en Violencia de Género". Chile, 2008.

<sup>31</sup> Sitio Institucional Presidencia de la República: [www.presidencia.gub.uy](http://www.presidencia.gub.uy). Uruguay.

<sup>32</sup> Ministerio de Desarrollo Social. Instituto Nacional de las Mujeres. "Informe de la República Oriental del Uruguay acerca de la aplicación de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer". Montevideo, Uruguay, 2007.

## b. VIH/SIDA

Los cuatro países cuentan con marcos legislativos que garantizan la cobertura universal de tratamiento y asistencia a las personas viviendo con VIH/SIDA. En el caso de las mujeres, las acciones se orientan principalmente a prevenir la transmisión madre-hijo, en general no se desarrollan programas sistemáticos que contemplen de manera integral las necesidades específicas de salud sexual y reproductiva de las mujeres viviendo con VIH.

Una de las principales falencias es la falta de articulación de programas y servicios de VIH/SIDA con los de Salud Sexual y Reproductiva, y una tendencia a trabajar de forma aislada, que atenta contra el logro de la respuesta integral que requiere las complejidades específicas de la prevención y asistencia del VIH/SIDA en las mujeres. Sumado a lo cual, no se ha implementado en general en los cuatro países un sistema efectivo de evaluación y monitoreo permanente de los Programas.

En **Argentina** la Ley 23.798, sancionada en 1990, establece que la autoridad de aplicación es el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, conservando un mecanismo de ejecución centralizado en lo relativo a la provisión de medicamentos y reactivos para los estudios diagnosticados. Leyes posteriores obligan a esta cobertura a las obras sociales (seguridad social) y prepagas (seguros privados de salud).

En 2002 se sancionó la ley 25.673 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, que crea el Programa del mismo nombre y establece entre sus prioridades la detección y atención temprana del VIH. En 2006, la ley 26.150 crea el Programa Nacional de Educación Sexual Integral, señalando entre sus objetivos: promover actitudes responsables ante la sexualidad; prevenir los problemas relacionados con la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular; procurar igualdad de trato y oportunidades para varones y mujeres.

En relación a las políticas públicas, el Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS fue creado en 1992 con el objetivo de elaborar un programa de actividades tendientes a la detección e investigación, tratamiento, prevención, asistencia y rehabilitación y a evitar la propagación de la epidemia. El Programa provee medicamentos antirretrovirales y para enfermedades asociadas al SIDA en todo el país. También cubre la realización de cargas virales y CD4/CDE8, provee gratuitamente la leche fórmula para recién nacidos hijos de madres viviendo con VIH. También realiza el análisis y la difusión de datos a través de su boletín epidemiológico.

Desde 1997 se aplica en el país la Norma de Prevención de

la Transmisión Madre-Hijo. En 2002 el Programa publicó las Recomendaciones para la Prevención de la Transmisión Perinatal, basándose en los avances científicos y la efectividad de la aplicación del Protocolo 076 en otros países. Sin embargo, pese a la disminución de la transmisión, aún no se ha generalizado esta práctica en todos los servicios de salud.

El Programa Nacional de Salud Reproductiva y Procreación Responsable no desarrolla una articulación sistemática con el Programa Nacional de SIDA. En general, cuando una mujer es diagnosticada con VIH, su asistencia pasa a ser responsabilidad del Programa de SIDA, con un enfoque eminentemente infectológico.

En **Brasil**, las leyes garantizan la cobertura universal de tratamiento y asistencia médica y psicológica de las personas viviendo con VIH/SIDA bajo responsabilidad de provisión gratuita de diagnóstico y tratamiento por parte del Ministerio Nacional de Salud. También la ley del Sistema Único de Salud prevé la descentralización de los Servicios de Salud Públicos en los Estados y Municipios incluyendo la participación comunitaria que regula el funcionamiento de las Conferencias y Consejos de Salud en todos los niveles: Nacional, Estadual y Municipal.

En cuanto a las políticas públicas, en 2007 el gobierno implementó una iniciativa para contener la diseminación del virus del SIDA entre las mujeres. Se elaboró el Plan de Enfrentamiento de la Feminización del SIDA y otras ITS. Este Plan es pionero en la región y el mundo, propone estrategias específicas para enfrentar esta problemática y tiene como objetivo: enfrentar la feminización de la epidemia del VIH/SIDA y otras ITS por medio de la reducción de las vulnerabilidades que alcanzan a las mujeres, estableciendo políticas de prevención, promoción y atención integral que incluyen la violencia contra las mujeres. Entre sus acciones estratégicas incluye: ampliación de la cobertura y garantía de acceso a insumos de prevención, incluida la provisión de preservativos femeninos; al diagnóstico del VIH y de la sífilis; a servicios de salud de calidad; al tratamiento universal y gratuito; a la información y a las acciones educativas sobre ITS, VIH/SIDA y cáncer ginecológico, para mujeres; establecimiento de asociación con sectores gubernamentales y no gubernamentales para implementación del Plan; interlocución con Programas de Gobierno, en las tres esferas de gestión; redes de mujeres, redes de servicios de salud, seguridad pública, justicia, asistencia social - establecimiento de referencia y contra-referencia; apoyo a los Estados y Municipios para efectivizar el Plan y capacitación técnica y de gestión local; establecimiento de mecanismos para monitoreo del cumplimiento de los pactos en los tres niveles de gobierno; capacitación permanente de profesionales de salud y educación sobre Género, Derechos Humanos, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos; entre otros. El plan especialmente propone la implementación del programa para enfrentar la

violencia contra la mujer y su vinculación con la atención integral, incluido el VIH/SIDA. En ese sentido promueve la articulación con el Consejo Nacional de los Derechos de la Mujer (CNDM), el Consejo Nacional de Salud (CNS), el Consejo Nacional de Secretarios de Salud (CONASS), el Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud (CONASEMS) y otros Consejos e instancias de control ciudadano<sup>33</sup>. Si bien se ha iniciado su implementación es aún muy lenta y no ha logrado universalizarse.

En Chile se aprueba en el 2001 una legislación integral sobre VIH/SIDA, la Ley N° 19.779 que "Establece norma relativas al virus de inmunodeficiencia humana y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas". La ley reconoce los derechos de las personas VIH positivas y que viven con SIDA y prohíbe expresamente la discriminación (art 1), a la vez que explicita el deber del Estado de velar por la atención de salud de estas personas (art 6). Señala que el Estado es responsable de desarrollar las políticas para controlar la extensión de la pandemia y disminuir su impacto psicológico, económico y social en la población. El Ministerio de Salud es el encargado de la dirección y orientación técnica de las políticas públicas en la materia.

La ley 19.966, establece una serie de garantías en salud para diversas patologías graves que afectan la salud de la población entre las cuales se agregó al VIH/SIDA, estableciéndose garantías en relación a: acceso, calidad, oportunidad y protección financiera. Estas garantías en salud cubren el acceso universal a medicamentos antirretrovirales, examen de carga viral y examen CD4 para todas las personas que adquieren el VIH. Así también esta ley incluye la oferta de examen para la detección del VIH en embarazadas, el tratamiento gratuito antirretroviral respectivo, incluyendo la prevención de la transmisión vertical. De acuerdo a un estudio realizado en las regiones Metropolitana y de Valparaíso, para evaluar el acceso y la calidad de la aplicación de la norma de prevención de la transmisión vertical del VIH, la cobertura del acceso al examen de diagnóstico de VIH de las embarazadas en Chile, observada para el año 2006, alcanzó el 55% de las mujeres usuarias del sistema público de salud<sup>34</sup>. Ante estos resultados, el equipo investigador señala que hay registro insuficiente.

En relación a las políticas públicas, no existe un programa de prevención y atención del VIH/SIDA destinado específicamente a mujeres, ni tampoco un programa integral o articulación en las políticas de violencia contra las mujeres y el VIH. Las políticas

públicas en VIH/SIDA abordan una serie de grupos, donde están incluidas las mujeres como grupo vulnerable emergente. En relación a las acciones dirigidas hacia las mujeres, se ha priorizado la detección del VIH en embarazadas para prevenir la transmisión vertical, la que gracias a la aplicación del Protocolo 076 y a la Norma de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH, que data del año 2005, se ha reducido ostensiblemente.

Las estrategias de prevención del VIH/SIDA desarrolladas por el gobierno chileno, han estado a cargo del Ministerio de Salud, a través de la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA). La Estrategia Global de Prevención del VIH y las ITS<sup>35</sup>, se ha planteado el objetivo central de "incrementar cambios de comportamientos individuales y sociales que disminuyan la transmisión del VIH-ITS y la discriminación con las personas que viven con el virus" y se ha implementado a través de acciones con objetivos específicos, desarrollados en 4 niveles simultáneamente, que complementan y potencian su quehacer: individual, comunitario, masivo e intersectorial.

En el último tiempo se han incorporado los Planes Regionales Intersectoriales (PRI), cuyas actividades se vinculan con los cuatro niveles de acción. Los PRI buscan la consolidación de procesos descentralizados, intersectoriales y participativos que posibiliten la integración y articulación en el nivel local. En este marco, se considera que el género es un eje transversal cuya incorporación se considera en todos los niveles, enfatizando una gestión de riesgo pertinente a la realidad de género y que considere los elementos de vulnerabilidad que le son propios, de acuerdo a las acciones propias de cada nivel.

En el período de enero del 2006 a diciembre del 2007, se han desarrollado 7 iniciativas regionales para apoyar la participación social y liderazgo de mujeres que viven con VIH en Salud Sexual y Reproductiva y Derechos<sup>36</sup>.

Durante el 2008 las políticas públicas en VIH/SIDA y los fondos para la prevención han sufrido un retroceso. Producto de la crisis originada por las personas que se habían realizado el examen de VIH y no habían sido notificadas, y que costó la vida a un número indeterminado de compatriotas, el gobierno suspendió dos campañas públicas masivas sobre VIH/SIDA; una para la población en general y otra específica para mujeres, ninguna de las dos se concretó. Más aún, durante el pasado año, producto de esta crisis y de la suspensión de la última remesa del proyecto del Fondo Global en Chile, debido a malos manejos de los fondos por

<sup>33</sup> Ministerio de Salud. Secretaría de Vigilancia en Salud. Programa Nacional de ITS y Sida. Plan Integrado para Enfrentar la Feminización de la Epidemia de SIDA y otras ITS. Brasil, Marzo, 2007.

<sup>34</sup> UNICEF, CONASIDA. "Evaluación del acceso y calidad de la aplicación de la norma de prevención de la transmisión vertical del VIH de las mujeres embarazadas en Chile". Santiago de Chile, Julio, 2008.

<sup>35</sup> Idem.

<sup>36</sup> MINSAL, ONUSIDA. "Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS". Chile, Enero de 2006-Diciembre 2007. Versión final. Enero, 2008.



parte del Receptor Principal la CONASIDA, el organismo técnico de Ministerio de Salud para el SIDA, redujo su personal de 23 personas a sólo 4 funcionarios de planta, más el personal administrativo.

A raíz de los recortes presupuestarios, no ha habido una adecuada distribución de condones destinados a la prevención del VIH, que alcanzan a un 60% del aporte fiscal. Producto de esto, hay escasa disponibilidad de condones para las personas que viven con VIH/SIDA, para quienes ejercen el comercio sexual y para los grupos más vulnerables a la epidemia. Esta situación también ha afectado a otros servicios públicos del país, que se beneficiaban con la entrega de condones por parte de la CONASIDA, tales como Gendarmería y el Instituto Nacional de la Juventud, que han debido suspender los Programas de Prevención basados en la entrega de preservativos debido a la falta de disponibilidad de estos<sup>37</sup>.

En Uruguay en 1987 el Decreto 345 crea el Programa Nacional de SIDA. El Decreto N° 295/97 del Ministerio de Salud Pública (MSP, 1997), establece la obligatoriedad de ofrecer a todas las embarazadas la serología para VIH en su primer control obstétrico y de resultar positiva está indicado iniciar el tratamiento antirretroviral, para disminuir la posibilidad de transmisión vertical. El Decreto 233/988 (1988) establece la obligatoriedad del Control de Sangre y hemoderivados para ser utilizados en todo el País a efectos de detectar el virus del SIDA. En 2006/7, se creó la Comisión de Consenso de Tratamiento bajo la órbita de DIGESA (Dirección General de Salud Ambiental) y PPITS/SIDA (Programa Prioritario de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA), creada por Resolución Ministerial (Ordenanza Ministerial 288/13.04.2005) para elaborar las Guías para Diagnóstico Tratamiento Anti Retro Viral y Monitorización para Adultos y Embarazadas, y también en Pediatría.

En relación a las políticas públicas, el Programa Prioritario de ITS/SIDA está en funciones desde 1987 y depende de la Dirección General de Salud del Ministerio de Salud Pública. Entre sus responsabilidades se incluyen: la elaboración de normativas, la promoción de políticas saludables, el monitoreo y evaluación de la normativa vigente y de las prestaciones. El Programa ha elaborado guías para el diagnóstico, tratamiento viral y monitorización de adultos y embarazadas con VIH/SIDA, y orientaciones para la intervención en pediatría.

En 2005 inició su trabajo el Mecanismo Coordinador País, que funciona como un espacio de articulación de organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y académicas

en las discusiones sobre políticas nacionales sobre VIH/SIDA.

En el 2006 se elaboran las Directrices Básicas para la realización de Consejería / Orientación en VIH/SIDA, bajo la coordinación del Programa Prioritario ITS-Sida.

En mayo del 2008, mediante Decreto Presidencial se crea la Comisión Nacional de Lucha Contra el SIDA (CONASIDA) constituyéndose en *Consejo Consultivo de Coordinación, presentación de propuestas e incidencia en las políticas públicas elaboradas y aprobadas por el MSP, respecto al VIH/SIDA en el marco del acceso universal a la atención integral, trabajando en términos de prevención, asistencia y apoyo a las personas que viven con VIH-SIDA*<sup>38</sup>. Dicha Comisión oficia desde entonces como MCP / Mecanismo Coordinador País ante el Fondo Global de Lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis. La CONASIDA tiene carácter interministerial e intersectorial, estando constituido tanto por organismos del Estado como de la sociedad civil.

En síntesis podemos señalar que los cuatro países integrantes de este estudio cuentan con legislación, políticas y programas con respecto al VIH/SIDA. Sin embargo, con excepción de Brasil, éstos no incluyen las especificidades y necesidades de las mujeres, excepto en lo que se refiere a la prevención de la transmisión madre-hijo, campo en el cual se han logrado avances en la disminución de la transmisión.

<sup>37</sup> ASOSIDA, VIVO Positivo. "Declaración pública ASOSIDA y VIVO POSITIVO". Santiago de Chile, 19 de Junio, 2009.

<sup>38</sup> Decreto Presidencial 87/2008. Uruguay, 2008.

## IV. LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS QUE ARTICULAN VIOLENCIA Y VIH

En Argentina, Chile y Uruguay no existen a nivel nacional programas gubernamentales que articulen estrategias para mitigar ambas pandemias.

En Brasil, el Plan Nacional de Enfrentamiento a la Feminización de la Epidemia del VIH/SIDA y otras ITS, incluye el enfrentamiento a la violencia contra la mujer entre las necesidades para dar respuesta a la feminización de la epidemia. Sin embargo, aún no se han implementado todas las acciones específicas.



La elaboración e implementación de protocolos específicos de atención a las mujeres víctimas de violencia, debe incluir los distintos sectores, entre ellos el de Salud, éste es clave porque en los casos de lesiones, suelen ser el servicio de salud el primer ámbito al que concurre la víctima. Estos servicios de salud también deberían ser activos en la detección precoz de víctimas de violencia, ya que es habitual que las mujeres concurren a esos servicios, aún sin lesiones corporales, pero con síntomas inespecíficos o "malestares", los profesionales de la salud deberían investigar la presencia de violencia. En la atención de mujeres en situación de violencia sexual resulta fundamental la existencia de protocolos especiales en los servicios de salud, para garantizar una atención integral adecuada, efectiva y humanizada de las mismas y brindar un marco de garantías a los/as profesionales intervinientes con criterios universales para una asistencia de calidad e integral.

En **Argentina**, no existe aún un protocolo nacional que normatice la atención integral de las mujeres víctimas de violencia sexual que especifique la provisión de AHE (anticoncepción hormonal de emergencia) para prevención de embarazos, la Profilaxis Post Exposición para prevención del VIH, la detección y tratamiento de otras ITS y la atención psico-social y legal. La AHE está incorporada entre los métodos reconocidos y provistos por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Su distribución comenzó recién en el año 2007. Sin embargo, en la actualidad, su provisión aún depende del conocimiento por parte de las mujeres y las decisiones de los prestadores, excepto en algunas provincias y municipios en los cuales existe un protocolo asistencial y hay difusión del mismo. En la Ciudad de Buenos Aires existe la Brigada de atención a víctimas de violencia sexual desde el 2007, que se ocupa de asegurar la atención médico-socio-legal en la primera semana.

Existe, asimismo, una ausencia de protocolos de atención a la violencia contra la mujer, por lo que en cada jurisdicción

y a veces en las distintas ciudades de la misma provincia, las modalidades de atención difieren entre sí, y dependen en mayor medida del sentido común e interés de los efectores que de una capacitación específica y con perspectiva de género.

**Brasil** cuenta con un protocolo de atención para las víctimas de violencia sexual, a través de una Norma Técnica de Prevención y Tratamiento de los Daños Resultantes de la Violencia Sexual contra Mujeres y Adolescentes. Esta Norma garantiza la atención de la mujer víctima de violencia sexual por una enfermera o médica (si se niega a ser atendida por profesionales masculinos), además de garantizar el acceso a pruebas de VIH y otras ITS. Los Servicios de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia Sexual ofrecen AHE, terapia post exposición al VIH y otras ITS, y algunos realizan en los casos de embarazo la interrupción del mismo.

En **Chile**, se elaboró en 1988 el "Manual de Apoyo Técnico para las Intervenciones en Salud en Violencia Intrafamiliar". En 2004 se publican la "Guía Clínica para la Atención Primaria: Violencia Intrafamiliar, Detección, Diagnóstico y Tratamiento" y el "Manual para Atención Primaria: Intervención Psicosocial de grupo para el Tratamiento de la VIF". Ambos instrumentos, puestos en ejecución ese mismo año, apoyan la implementación del Programa de Atención Integral para Mujeres que viven Violencia Intrafamiliar en establecimientos de Atención Primaria. También en 2004 se elaboran las "Normas y Guía Clínica para la atención en Servicios de Urgencia de Personas Víctimas de Violencia Sexual" que incorporan la entrega de anticoncepción de emergencia y prevención post exposición para el VIH a las mujeres violadas.

En **Uruguay** existe desde el año 2007 una guía de procedimientos para el primer nivel de atención en salud sobre abordaje de situaciones de violencia doméstica, emitido por el Ministerio de Salud Pública, elaborado por integrantes de la unidad de reconversión del modelo asistencial, los equipos de gestión de los centros de salud de la Red de atención primaria y representantes de las direcciones departamentales de salud y de las



coordinaciones departamentales de ASSE (Administración de servicios de salud del Estado). Esta guía refiere a la atención y orientación a potenciales usuarias de la anticoncepción hormonal de emergencia. Sin embargo, no existe un protocolo específico para la atención a la violencia sexual.

También existe una Guía de Procedimientos Policiales, que pretende dar cumplimiento a la Ley No. 17.514, y aportar un instrumento que permita mejorar la atención a quienes requieran de los servicios de la Policía. La Guía cuenta con el apoyo y consenso de aquellos actores más involucrados en la temática. Fue así que a instancias del Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU) y con el apoyo del Ministerio del Interior, se integró una mesa de trabajo con participación del sistema de justicia y representantes de las organizaciones de la sociedad civil (ONG's), para establecer los criterios y procedimientos para su abordaje y brindar a los efectores la formación necesaria.

Frente a esta **situación actual** en los cuatro países, resulta fundamental la implementación de protocolos de atención tanto de las víctimas de violencia contra la mujer, como específicamente a las víctimas de violencia sexual y la aplicación adecuada de los existentes para prevenir la revictimización de las mujeres y lograr una protección real de las denunciadas, con contención y asesoramiento jurídico, sanitario, psicológico, social y económico. Esto debería complementarse con protocolos de atención de las mujeres que viven con VIH/SIDA o vulnerables sobre detección, tratamiento y/o prevención de la violencia, ya que existe la asociación aunque no está aún bien dimensionada a través de investigaciones en los cuatro países en estudio.

---



Si bien los países cuentan con trabajos científicos sobre los aspectos de género relacionados con el VIH/SIDA y con la violencia contra las mujeres, éstas temáticas en general se han trabajado de manera independiente y existen escasos trabajos con un enfoque integrador de ambas pandemias. De hecho, en Uruguay no existen estudios con este enfoque.

Los estudios disponibles en **Argentina**, son:

- Canido, L. y otros. *Asistencia a la víctima de agresión sexual (VAS)*. Boletín Asociación Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires e Instituto para el Desarrollo Humano y la Salud. Año 11 N° 52. Nov-dic 2006. Este artículo propone un protocolo de atención para las mujeres víctimas de violencia sexual.

- FEIM/GESTOS/ACTIONAID/Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe/IAWC. *Las mujeres no esperamos. Acabemos la violencia contra la mujer y el VIH/SIDA Ya!. Publicación para América Latina y el Caribe*. 2007. Esta publicación sistematiza estadísticas sobre el VIH/SIDA y violencia contra las mujeres y niñas en Latinoamérica, presenta historias de vida de mujeres de la región y establece una propuesta para que los gobiernos implementen acciones que reconozcan e integren las intersecciones entre estas temáticas.

- GESTOS/FEIM. UNGASS, *Monitoreo de los compromisos asumidos frente al SIDA en salud sexual y reproductiva. Sociedad civil luchando por derechos. Informe Argentina.*, 2008. El estudio da cuenta de la fragmentación de los servicios, la desatención que del tema hacen los servicios de salud sexual y reproductiva (SSyR), así como los de VIH/SIDA. Presenta conclusiones sobre las principales fortalezas para la promoción de la salud sexual de las mujeres viviendo con VIH/SIDA y para la prevención de la epidemia entre mujeres, y sobre las principales brechas y deficiencias respecto a la articulación SSyR/VIH/SIDA y recomendaciones para su superación.

- Red Argentina de Mujeres viviendo con VIH/SIDA. *Mujeres*

*impacientes. informe de la situación de las mujeres viviendo con VIH/SIDA*. 2007. Presenta los resultados de una investigación participativa que tuvo como objetivo comprender y analizar las particularidades que adquiere el VIH/SIDA en MVVS en la Argentina, focalizando en la salud sexual y reproductiva y los cambios que se producen en la sexualidad, los controles ginecológicos y la utilización de métodos anticonceptivos a partir de la recepción de un diagnóstico positivo.

Los estudios disponibles en **Brasil**, son:

- Nilo, Alessandra (org.). *Mujer, Violencia e AIDS: Explorando Interfaces*. GESTOS, Seropositividade, Comunicação e Gênero: Recife, 2008. Esta publicación describe los esfuerzos y las lecciones aprendidas por Gestos al abordar la violencia de género y el VIH/SIDA y presenta los resultados de una investigación cualitativa desarrollada con mujeres viviendo con VIH. Como principal resultado el estudio muestra que la relación entre violencia y VIH/SIDA está formada por situaciones estructurales de violencia, expresadas en las formas de opresión racial y de género y propone una serie de acciones en el campo de la salud, el sistema legal, la educación y los medios de comunicación como posibles respuestas para abordar la intersección.

- Ruzany, M; Taquette, S; Oliveira, R; Meirelles, Z; Ricardo, I. *A violencia nas relações afetivas dificulta a prevenção de DST/AIDS?* - Jornal de Pediatria (v, 79 n.4 2003). Este estudio demostró que existe una asociación importante entre la violencia en las relaciones emocionales y un uso inconsistente del preservativo, en el grupo estudiado. Por lo tanto, las estrategias preventivas deberían tener en cuenta el comportamiento sexual de riesgo para la infección por VIH asociado con campañas contra la violencia.

- Andalaf, Jorge y Faundes, Ambar: *Violencia sexual y la respuesta del sector salud en Brasil*, presentado en Simposio 2001: "Violencia de género, salud y derechos de las Américas, Cancún, México, junio 4-7 del 2001. Estudio realizado en Campinas en 1800 mujeres, establece que el 62% tuvo relaciones contra su

voluntad y 30% fue víctima de violencia. Considera las consecuencias de la violencia a corto y largo plazo. Reconoce la importancia de los Foros interprofesionales realizados anualmente desde 1996 y la acción de abogacía mancomunada de grupos de profesionales y de mujeres activistas.

- Freire Diniz, N; Guimaraes de Almeida, L; dos S. Riberiro, B; Góes de Macedo, V. *Estudo da Adesão à Quimioprofilaxia Antirretroviral para a Infecção por HIV em Mulheres Sexualmente Vitimadas* - Rev. Bras. De Ginecologia e Obstetrícia (v21 N.9 1999). La finalidad de este estudio fue investigar si las mujeres víctimas de violencia sexual adhieren o no al uso de medicamentos para prevención del HIV. Fue realizado un estudio cuantitativo en un servicio de atención a personas sexualmente violentadas, ubicado en Salvador (Bahía, Brasil). Los resultados demostraron que el 45.4% de las mujeres víctimas de violencia eran adolescentes y que el 40.7% de las mujeres asistidas fueron violadas. Sólo el 54% de las mujeres fue aconsejado a usar medicamentos antirretrovirales para prevención del VIH, El 57.4% de ellas adhirió al tratamiento y el 42.6% no lo continuó. Aquellas que no adhirieron al tratamiento alegaron disturbios psicológico y/o emocional o no comprensión del tratamiento instituido. Por lo tanto, es necesaria una mirada atenta de los profesionales para percibir las condiciones que implican un aumento en la vulnerabilidad de las mujeres a la infección.

En **Chile**, no hay estudios que se propongan recoger información sobre los vínculos en ambas epidemias, pero sí existen estudios que podrían ser útiles para este fin:

- Estudio *Mujeres chilenas viviendo con VIH/SIDA, ¿Derechos Sexuales y Reproductivos?*, VIVO POSITIVO, FLACSO y Universidad ARCIS, 2004<sup>39</sup>. Este estudio entrega un primer antecedente de la ligazón entre la Violencia y el VIH. El estudio se realizó con una muestra de 100 mujeres que viven con VIH/SIDA. Los resultados muestran que un 77% de las mujeres que viven con VIH/SIDA han sufrido violencia en el transcurso de sus vidas. De ellas, un 92,2% reporta maltrato psicológico; 74% maltrato físico, 39% abuso sexual y 33,8% violación. Respecto al responsable del maltrato, este estudio concluye que en el 30% de los casos en que las mujeres reportan Abuso Sexual, éste fue cometido por su pareja, otro 30% señala haber sido abusada por un familiar que no es el padre ni la pareja y un 16,7% indicó haber sido abusada por su padre. En los casos de violación el mayor porcentaje se concentra en la pareja, en un 34,6% de los casos, en un 26,9% este delito fue cometido por un familiar, en el 23,1% por un desconocido o no familiar, y en un 11,5 % por

el padre.

- Estudio cualitativo *"Puertas adentro. Mujeres, vulnerabilidades y riesgos frente al VIH/SIDA"*, investigación del MINSAL ejecutada por FLACSO, 2006<sup>40</sup>. En relación a factores de riesgo y vulnerabilidad en las experiencias de las mujeres dueñas de casa y trabajadoras de casa particular, en este estudio se identifican comportamientos y situaciones que contribuyen a aumentar su exposición al riesgo, en la cual uno de ellos es la violencia en la pareja. La pareja se constituye como espacio de vulnerabilidad por la dependencia económica, como por la violencia en todas sus formas. Menos generalizada que la violencia psicológica fue el reconocimiento de la violencia física. La mayoría de las mujeres señaló haber vivido violencia psicológica y física ella, los hijos/as y entre cónyuges también. Mayoritariamente se reconoce la violencia psicológica de parte de sus parejas. Se menciona la violencia física, pero menos frecuente que la psicológica, como episodios, donde algunas de ellas se han involucrado activamente. Ambos grupos de mujeres declaran que la "dinámica" que adquiere el primer evento de violencia física en la pareja y la "actitud" que tome la mujer para enfrentarlo y resolverlo, parece ser un elemento "fundante" para la erradicación o persistencia de los episodios de violencia a futuro.

En **Uruguay**, no existen artículos disponibles sobre la vinculación entre la violencia de género y el VIH/SIDA. Para el caso uruguayo, este estudio constituye el primero en la materia.

Es evidente la falta de investigaciones que relacionen la violencia contra las mujeres con el VIH/SIDA en los cuatro países en estudio. Si bien la OMS y la OPS han estudiado y promovido estudios e investigaciones sobre violencia contra la mujer y el enfoque e incorporación en los servicios de salud, en los países analizados no se registran estudios que permitan identificar la aplicación de un modelo para investigar los impactos en la salud, que en salud sexual y reproductiva incorporan el VIH y las ITS<sup>41</sup>.

Del estudio del estado del arte se evidencia la escasa investigación y estudios que consideren el impac-

<sup>39</sup> Vidal, Francisco; Carrasco, Marina. "Mujeres chilenas viviendo con VIH/SIDA: ¿Derechos sexuales y reproductivos? Un estudio de correlaciones en ocho regiones del país". FLACSO-Chile, Universidad ARCIS, VIVO POSITIVO. Santiago, 2004.

<sup>40</sup> Barrales, Katerin; Dides, Claudia; Márquez, Arturo; Valdés, Teresa. "Puertas adentro. Mujeres, vulnerabilidades y riesgo frente al VIH/SIDA". FLACSO-Chile, MINSAL. Santiago de Chile, 2006.

<sup>41</sup> Velzeboer Marijke; Ellsberg, Mary; Arcas, Carmen Clavel; García Moreno, Claudia. "Violencia contra la mujer: responde el sector de la salud". OPS. Washington D.C., 2003.

to de la violencia de género en la salud de las mujeres y el VIH/SIDA, así como del VIH/SIDA como la causa y generador de violencia contra las mujeres. Los estudios e investigaciones detectados en tres de los cuatro países, se orientan principalmente a la violencia sexual y a caracterizar el antecedente de violencia en mujeres que viven con VIH/SIDA. En Chile se registra el único estudio que investiga la violencia con factores de riesgo y vulnerabilidad. En Brasil se estudió la adherencia al tratamiento de mujeres que viven con el VIH y víctimas de violencia. De esto surge la necesidad de promover estos estudios e investigaciones a fin de caracterizar los vínculos y contar con fundamentos para diseñar y elaborar políticas públicas destinadas a enfrentar ambas pandemias.

---

Es destacable la cantidad y calidad de los esfuerzos de la sociedad civil a través de sus ONG's y grupos de mujeres en el trabajo para la prevención y asistencia de la violencia de género por un lado, y el abordaje integral del VIH/SIDA en las mujeres en el marco de los derechos humanos, por el otro. Preocupa la desarticulación entre las ONG's del movimiento de mujeres y las ONG's y redes de lucha contra el SIDA, lo que se origina en y a la vez reproduce una falta de visibilización de la relación existente entre la violencia de género y el VIH/SIDA. Esta situación determina que las modalidades de abordaje de ambas pandemias en las mujeres, no sean en general, reclamadas por los distintos grupos comunitarios y organizaciones de mujeres para que tengan un abordaje integral que enfrente ambos problemas conjuntamente.

Si bien en los cuatro países el movimiento de mujeres y el movimiento feminista realizan un activismo visible en muchos campos de los derechos de las mujeres, no han tomado todavía en forma abierta y manifiesta la feminización del VIH/SIDA como una problemática importante vinculada a las reivindicaciones de género pendientes. Algo similar ocurre con las ONG's que trabajan en temáticas de salud sexual y reproductiva, aunque entre estas ya se visualiza una creciente incorporación. Como contrapartida, los grupos y ONG's con trabajo en VIH/SIDA, en general no han incorporado el problema de la salud sexual y reproductiva, y mucho menos la perspectiva feminista. Algunas recientemente se han incorporado al monitoreo de las políticas públicas, pero pocas ofrecen servicios a las personas viviendo con VIH/SIDA en la institución, como Gestos en Brasil, la Red Bonaerense de Personas Viviendo con VIH/SIDA y la Red Argentina de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA en Argentina y VIVO POSITIVO en Chile. Respecto a la violencia contra las mujeres en la feminización del VIH/SIDA se empieza a notar interés y preocupación.

En dos de los países existe desde el 2006, la campaña internacional<sup>42</sup> "Las Mujeres No Esperamos - Acabemos la violencia contra la mujer y el VIH/SIDA. Ya!", coordinada en latinoaméri-

ca por Action Aid Americas, Colectiva feminista, FEIM, Gestos, Grupo Guatemalteco de Mujeres y la Red de Salud de las Mujeres de LAC (RSMLAC), que introdujo el tema de la interrelación VIH/SIDA/Violencia de género en espacios estratégicos del movimiento de VIH/SIDA y de mujeres en la región. La campaña se lanzó en el Foro regional de SIDA realizado en abril del 2007 en Buenos Aires, Argentina y luego en ese mismo año en CONCASIDA, Nicaragua.

En **Argentina**, desde el inicio de la democracia (1983) las organizaciones de mujeres y otras mixtas han desarrollado una amplia actividad de sensibilización social e incidencia en las políticas públicas, en temáticas relacionadas a las distintas formas de violencia contra las mujeres, incluida la sexual. No obstante, el impacto de la violencia contra las mujeres en la salud en general y específicamente en la feminización del VIH, constituye un aspecto abordado muy escasamente y recién en los últimos años.

Con respecto al VIH/SIDA, desde la década del '90 las ONG's han desarrollado en el país un activismo visible, con un impacto reconocible en las políticas públicas y en la sensibilización social acerca de la problemática. Sin embargo, las acciones se han orientado más a garantizar el acceso a medicamentos más que a la necesidad de una política integral y son pocas las que se centran en los problemas del VIH/SIDA en las mujeres. Con respecto al campo de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres viviendo con VIH, la tendencia histórica ha sido principalmente la lucha por el acceso al derecho a la maternidad y más recientemente a los servicios de salud sexual y reproductiva, más que una consideración más integral de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos. Si bien desde el 2000 con la aplicación masiva de tratamientos ARV y la prolongación de la vida de las PVVS, así como su mejor calidad de vida, especialmente las mujeres que viven con el VIH/SIDA piden

<sup>42</sup> [www.womenwontwait.org](http://www.womenwontwait.org)



poder ejercer el derecho a tener hijos y que los servicios de salud atiendan esa necesidad. Sin embargo saben por la experiencia que es muy difícil excepto con algunos profesionales, contar con atención de su salud reproductiva.

En los últimos años, las organizaciones y grupos de mujeres que viven con el VIH/SIDA, como la Red Bonaerense de Personas Viviendo con VIH/SIDA y la Red Argentina de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA, empezaron a vincularse más orgánicamente con organizaciones feministas que trabajan en salud sexual y reproductiva, incluido el VIH/SIDA y se están interesando en la prevención y erradicación de la violencia, así como en la atención de sus necesidades reproductivas. En **Brasil**, recientemente la sociedad civil y las autoridades de salud han comenzado a priorizar estrategias que evidencien la relación entre la violencia contra las mujeres y el crecimiento del VIH/SIDA; y que enfrenten la limitada integración entre las políticas de salud sexual y reproductiva y las de VIH/SIDA; y el diálogo aún incipiente entre el movimiento organizado de mujeres y el de VIH/SIDA ha sido protagonizado por Gestos que propuso estrategias de articulación entre los dos problemas. En marzo del 2007 el gobierno brasileño a través del Ministerio de la Mujer y el programa de VIH/SIDA del Ministerio de Salud hizo el lanzamiento público del Plan Integrado para Enfrentar la feminización del VIH/SIDA y otras ITS que tiene como objetivo reducir el impacto de la enfermedad en las mujeres pero hasta hoy su implementación aún es un reto y muchos estados nacionales no tienen acciones definidas todavía.

En el marco de la campaña "Las mujeres no esperamos", en el año 2007 se crea la Campaña "Niñas Unidas contra la violencia y el SIDA"<sup>45</sup>. La Campaña, implementada en el Estado de Pernambuco por GESTOS, una ONG con trabajo en VIH/SIDA, ofrece acompañamiento jurídico y social a niñas y adolescentes víctimas de violencia y/o viviendo con SIDA, capacita a jóvenes como multiplicadoras/es y creó un observatorio para acompañamiento de los casos de violencia contra las niñas, intercede frente al Estado y servicios responsables por el acompañamiento de los casos y promueve rondas de diálogos con profesores(as) y alumnos(as) de la red pública de enseñanza.

<sup>45</sup> Actualmente el Observatorio de Equidad de Género en Salud se sostiene por el esfuerzo de organizaciones de la sociedad civil (Universidades, ONG's y Redes), en su origen estuvo vinculado a la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS, en el marco del proyecto Género, Equidad y Reforma de Salud en Chile (segunda fase).

<sup>46</sup> Center for Reproductive Rights: [www.reproductiverights.org](http://www.reproductiverights.org). Febrero, 2009.

En **Chile**, el movimiento de salud de las mujeres y organizaciones feministas tuvo un rol fundamental en el posicionamiento de la violencia contra las mujeres como un problema público y un problema de derechos humanos. Desde las ONG's se han desarrollado investigaciones dirigidas a conocer la prevalencia de la violencia, como a conocer percepciones respecto de violencia y evaluar la respuesta pública. Un trabajo muy importante sobre femicidios producto de la violencia de género, fue el desarrollado por La Morada<sup>44</sup>. Los resultados de esta investigación fueron ampliamente difundidos y el movimiento de mujeres logró posicionar el femicidio como la expresión más brutal de la violencia contra las mujeres. En 2007 esta misma organización ejecuta el "Proyecto Modelo de Atención Nivel Secundario en Violencia hacia la Mujer", los que constituyen un insumo importante para el diseño de programas y políticas públicas en materia de violencia.

En VIH/SIDA, existen dos redes que agrupan a las organizaciones con trabajo en VIH/SIDA: ASOSIDA que agrupa a ONGS y grupos comunitarios y VIVO POSITIVO que agrupa a las organizaciones de personas que viven con VIH. En ambas instancias, a pesar de que existen organizaciones que trabajan la prevención del VIH con mujeres, esta problemática no ha sido relevada en sus planes de trabajo.

Desde finales de 2008 y principios del 2009, se ha generado un desplome social de estas organizaciones que trabajaban de manera coordinada con el Gobierno en una respuesta integral e intersectorial a la pandemia. Ante la disminución de fondos para el VIH/SIDA, la entrega de recursos a regiones dejó de llegar y las personas de la sociedad civil que trabajaban como consejeras entre pares, y formaban parte de las mesas intersectoriales para las campañas regionales dejaron de recibir el aporte necesario para continuar realizando sus funciones. Además, producto del fin de la ayuda internacional a Chile a través del Fondo Global, muchas de estas Organizaciones de la Sociedad Civil se vieron en una crisis de sustentabilidad al carecer de recursos para seguir funcionando.

La Red Comunal El Bosque de Acción en VIH/SIDA, una red compuesta por organizaciones de mujeres pobladoras ha incorporado en los últimos años a sus talleres y jornadas educativas sobre prevención de VIH/SIDA, la violencia contra las mujeres, como un factor de riesgo para la adquisición del VIH.

Durante los años 90, el Foro Abierto de Derechos Sexuales y Reproductivos, una red nacional de organizaciones, instituciones y mujeres activistas por los derechos sexuales y reproductivos, realizó campañas nacionales, investigación y materiales educativos sobre la problemática de SIDA y Mujer en todo el país. En

la actualidad, esta Red está muy debilitada por la falta de recursos. En el 2004 se creó el Observatorio de Equidad de Género en Salud, un instrumento de la sociedad civil dirigido a ejercer seguimiento y evaluación de las políticas públicas en salud<sup>45</sup>, este Observatorio ha cumplido un rol central en la difusión de información y de las propuestas de la sociedad civil para abordar la violencia contra las mujeres, la salud sexual y reproductiva, la salud mental, los daños en la salud producto del trabajo, así como en los otros campos de observación, los que en su conjunto permiten mostrar las inequidades de género en la salud. Específicamente en el ámbito de la violencia de género, los informes 2005 y 2006 fueron divulgando evidencia acerca de las limitaciones existentes en su abordaje, relevando la necesidad de una política nacional integral e intersectorial dirigida a abordar el problema, un resultado de este esfuerzo es que en el 2007 algunas de las propuestas surgidas desde la sociedad civil fueron incorporadas en la actual política de salud en violencia de género del Ministerio de Salud. Desde Marzo de 2006, funciona el Observatorio de Género y Equidad, formulado con el respaldo de un gran número de organizaciones y ONG's de mujeres, tanto chilenas como de otros lugares de América Latina, es un espacio y un instrumento de instituciones y organizaciones de mujeres de la sociedad civil chilena destinado a la reflexión, monitoreo y evaluación del proceso político iniciado con el Gobierno de Bachelet y su agenda de equidad de género y social.

A comienzos del 2009, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos consideró la acción legal iniciada varios años antes por una mujer chilena que vive con VIH/SIDA, por haber sido esterilizada sin su consentimiento en un hospital público. El recurso fue presentado por el Centro de Derechos Reproductivos y la agrupación chilena VIVO POSITIVO en nombre de esta mujer de 27 años de edad. En el mismo se denuncia que ésta fue esterilizada debido a su estatus seropositivo, sin que los médicos hubiesen discutido el tema con ella ni solicitado su autorización<sup>46</sup>. El país fue penalizado y constituye el primer antecedente sobre esta práctica que parece ser bastante generalizada, pero de la cual no hay antecedentes.

En **Uruguay**, el movimiento de mujeres y feminista ha jugado un rol sustantivo en dar visibilidad y tratamiento público al problema de la violencia contra las mujeres como un asunto de derechos humanos, de democracia y de justicia social. El trabajo sostenido, por más de 20 años de las organizaciones ha permitido que esta problemática sea incorporada como asunto de políticas públicas y que la sociedad uruguaya esté hoy más sensibilizada frente a esta realidad. En el país, existen numerosas organizaciones de mujeres y feministas que surgieron a partir de la recuperación de la democracia en 1985. La Comisión Nacional de Seguimiento, Mujeres por Democracia,

Equidad y Ciudadanía (CNS Mujeres, creada en 1996) es la articulación política de organizaciones de mujeres y feministas más importante por su extensión (60 organizaciones) como por su legitimación política y social. La CNS elabora desde el año 2004, la Agenda de las Mujeres, una herramienta de incidencia política que incluye un conjunto de demandas y propuestas para el logro de la igualdad y la equidad de género. Entre ellas, tanto la violencia contra las mujeres como la salud sexual y reproductiva (incluyendo la prevención y atención del VIH - Sida) están incluidas como prioridades. Por su parte, la Red Uruguay contra la Violencia Doméstica y Sexual es un espacio de articulación de organizaciones sociales que desarrolla, desde hace más de una década, acciones de incidencia política. Actualmente está integrada por 18 ONG's, que incluye aquellas que abordan la problemática en relación a la niñez, adolescencia, mujeres y varones. Algunas organizaciones que integran esta red, cuentan con programas de apoyo a las mujeres víctimas de violencia sexual y doméstica, en convenio con el Instituto Nacional de las Mujeres (Mides). Sin embargo, estas organizaciones incorporan débilmente la relación entre ambas epidemias.

Existe también en el país un importante número de organizaciones y grupos de la sociedad civil con trabajo en la temática del VIH/SIDA. Una de ellas trabaja específicamente con la población femenina: la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH. De todas formas, la interrelación entre VIH Sida y violencia contra las mujeres no ha sido abordada por estas organizaciones.





Si bien la violencia contra las mujeres se ubica entre las primeras causas de muerte de mujeres en América Latina, son escasos los países que cuentan con cifras oficiales acerca de esta problemática. Esta realidad constituye una de las evidencias del lugar marginal que ocupa la temática en las agendas de los gobiernos, especialmente en Latinoamérica y en el Mercosur. Llama la atención que si bien en 1996 la OMS reconoció la importancia del impacto de la violencia contra la mujer en la salud y la necesidad de incorporar la detección y atención de la violencia en los servicios de salud, así como su prevención<sup>47</sup>. En los países del MERCOSUR, esto no ha tenido un gran impacto.

En el Mercosur, los gobiernos se han limitado a difundir un lenguaje "políticamente correcto" respecto de la violencia de género y el VIH/SIDA, y a implementar planes y programas, con evidentes problemas técnicos, políticos y presupuestarios. En 1998 se crea la Reunión Especializada de la Mujer del MERCOSUR (REM) por resolución del Grupo Mercado Común (Resolución 20/98 del 22 de julio 1998). Desde su creación, la REM ha realizado 19 reuniones. Durante las últimas reuniones realizadas durante el 2007 y 2008, el tema del VIH/SIDA está incorporado como tema de agenda, la violencia contra la mujer lo estaba antes. Sin embargo, aún no se ha avanzado en una consideración conjunta.

La adhesión de los países a los pactos, declaraciones y tratados internacionales en la materia, y las reformas legislativas nacionales, no garantizan una atención efectiva de esta problemática compleja que requiere de un abordaje integral, con perspectiva de género. De hecho, los avances legislativos con definiciones más integrales de violencia de género se han dado muy recientemente en el Mercosur, y, si bien en muchos casos plantean medidas progresistas sin

precedentes, éstas requieren cambios culturales y estructurales en los organismos gubernamentales y sociales, difíciles de lograr. El marco ideológico, político y técnico de la Convención de Belem do Pará debería ser la referencia en la promoción de estos cambios y si bien existe el sistema de seguimiento, aún se está lejos de lograr.

Un dato promisorio es el hecho del aumento de la cantidad de denuncias, como indicador de un incremento de la confianza en los organismos, especialmente de Justicia. Este aumento interpela a los gobiernos para lograr y mejorar los registros y el seguimiento de los datos estadísticos, así como para promover la mayor eficiencia del sistema jurídico y el acceso a la justicia, para evitar que las mujeres que denuncian situaciones de violencia, queden doblemente expuestas a riesgos mayores, debido a la ineficacia de los procesos judiciales, al escaso número de causas que terminan con los agresores detenidos, y a la falta de medidas que sancionen el incumplimiento de las leyes sobre violencia contra las mujeres.

En muchos casos, la violencia contra las mujeres se aborda aún hoy como una temática aislada. Resulta indispensable el mayor compromiso de los sistemas de salud, lo que obliga a una mejor articulación entre ministerios, programas y servicios de atención, a una capacitación más adecuada del equipo salud, en el marco de la perspectiva de género y los derechos humanos y a la existencia de protocolos de atención. Sumado a ello, resulta urgente el fortalecimiento de las Áreas Mujer para que se puedan promover articulaciones operativas de la diversidad de programas y servicios gubernamentales y no gubernamentales de atención a la violencia contra las mujeres. De los cuatro países estudiados, excepto Argentina, los otros tienen protocolos para la atención de víctimas de violencia en los servicios de salud. Lamentablemente no existen monitoreos ni evaluaciones que nos permitan conocer su cumplimiento.

El accionar del movimiento de mujeres y las organizaciones feministas constituye una contribución muy importante como aporte a estos cambios estructurales, aunque su poder de inci-

<sup>47</sup> Simposio "Violencia de Género, Salud y Derecho en las Américas": Auspiciado por OPS, UNFPA, UNICEF, UNIFEM, UNDP, RSMLAC, CIM, ISIS, CISM. Cancún, México, 2001.



dencia en las políticas públicas ha sido dispar según las agendas de los gobiernos de turno. Además, si bien la violencia de género ha sido históricamente un tema prioritario en sus agendas, el VIH/SIDA ha estado escasamente representado en las mismas. Si bien muchas ONG's de mujeres y feministas trabajan en el campo de los derechos sexuales y reproductivos, el VIH/SIDA aún no se ha incluido entre las principales reivindicaciones exigidas a gobiernos y organismos internacionales. Tampoco se han trabajado suficientemente las cuestiones de género que intervienen en la marcada feminización del VIH/SIDA en los países del Mercosur.

Si bien estos países ofrecen cobertura universal de la atención y tratamiento del VIH/SIDA, no existen programas específicos para mujeres, excepto en Brasil, que superen la prevención de la transmisión madre-hijo. Pareciera que para las agendas sanitarias de los gobiernos, las mujeres son importantes en tanto madres, pero no se visualizan sus necesidades e intereses respecto de su salud sexual y reproductiva de manera integral a lo largo de toda su vida.

En este marco, la falta de protocolos de atención de la violencia sexual constituye un serio obstáculo para la asistencia integral y para la prevención del VIH, otras ITS y de embarazos no deseados en mujeres que son víctimas de violaciones.

No existen datos oficiales sobre infecciones por VIH en mujeres producto de situaciones de violencia sexual. Tampoco existen programas gubernamentales que articulen estrategias para mitigar ambas estrategias con un enfoque integrador, ni financiamiento para programas de investigación y/o intervención. Recientemente, ONUSIDA ha realizado una estimación de costos para incorporar la atención de la violencia sexual en programas de atención a las mujeres viviendo con VIH/SIDA. Esto fue consecuencia de la presión de redes y ONG's de mujeres del mundo, incluida la campaña "Las mujeres no esperamos. Acabemos la violencia contra la mujer y el VIH/SIDA. YA!".

Ambas temáticas comparten en el Mercosur la debilidad de los procesos de evaluación y monitoreo de la aplicación de las leyes y del funcionamiento de los programas. En el caso en que éstos existen -por iniciativa de las ONG's-, sus recomendaciones son escasamente tomadas en cuenta por los gobiernos a la hora de mejorar los servicios y las estrategias de prevención. De todas maneras, la presencia de observatorios integrados por organismos del gobierno, ONG's y otras instituciones, resulta de vital importancia para denunciar falencias y proponer cambios legislativos en las políticas públicas.

Si bien se han comenzado a desarrollar algunas acciones visualizando a la violencia de género como problemática que aumenta la vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH, y al VIH como problema de salud pública que expone a las mujeres a mayores riesgos de sufrir violencia de género, estas actividades

se han direccionado mayoritariamente a la sensibilización de decisores políticos y miembros de ONG's, pero se han desarrollado escasas estrategias directamente dirigidas a las mujeres de sectores pobres -las más vulnerables frente a ambas problemáticas-. Tampoco se han implementado programas sostenidos de capacitación a los agentes que intervienen en dichas temáticas desde los organismos judiciales, los centros de salud, y otros.

Es necesario que los gobiernos definan y adopten estrategias para enfrentar la violencia que padecen las mujeres que viven con el VIH/SIDA, ya sea como causa o efecto. Esto debe incluir el tratamiento integral de la violencia, o sea no sólo los aspectos médicos biológicos, sino también los psicológicos, sociales, legales y económicos, para superar el ciclo de la violencia.

Todos los informes evidencian una mayor concentración de actividades de promoción, prevención, asistencia y sensibilización tanto sobre violencia de género como sobre feminización del VIH/SIDA, en los grandes centros urbanos. Si bien el VIH/SIDA registra mayor cantidad de casos en los mismos, la violencia de género resulta una epidemia más generalizada en ciudades de todos los tamaños y también en ámbitos semi-rurales y rurales.

Preocupan las dificultades en la implementación transversal y sostenida de educación sexual en el sistema educativo formal. Las iniciativas aún hoy son aisladas y muchas de ellas no incluyen la perspectiva de género, estrategia fundamental para la prevención tanto de la violencia contra las mujeres como del VIH/SIDA, otras ITS y los embarazos no planificados. Finalmente, resulta indispensable proponer mecanismos de colaboración entre los países del Mercosur que superen el aspecto meramente económico y que avancen sobre problemáticas sociales y de salud pública, como la violencia contra la mujer y la feminización del VIH/SIDA.

Estas dos complejas problemáticas han permanecido silenciadas en estos países, realidad que determinó la escasez e inadecuación de las estrategias de abordaje conjunto e integral, y la falta de eficacia en la prevención de muertes y malestares de muchas mujeres del Mercosur. Esto constituye un dilema técnico, político, epistemológico y ético que debe ser abordado de manera urgente, en el marco de la perspectiva de género y los derechos humanos.





---

Para consulta de los informes nacionales visite:  
<http://doscarasdeunamismarealidad.blogspot.com/>

Argentina:  
[http://www.feim.org.ar/pdf/blog\\_violencia/Informe\\_Argentina.pdf](http://www.feim.org.ar/pdf/blog_violencia/Informe_Argentina.pdf)

Brasil:  
[http://www.feim.org.ar/pdf/blog\\_violencia/Informe\\_Brasil.pdf](http://www.feim.org.ar/pdf/blog_violencia/Informe_Brasil.pdf)

Chile:  
[http://www.feim.org.ar/pdf/blog\\_violencia/Informe\\_Chile.pdf](http://www.feim.org.ar/pdf/blog_violencia/Informe_Chile.pdf)

Uruguay:  
[http://www.feim.org.ar/pdf/blog\\_violencia/Informe\\_Uruguay.pdf](http://www.feim.org.ar/pdf/blog_violencia/Informe_Uruguay.pdf)

---

## IX. BIBLIOGRAFÍA

Andalajt, Jorge y Faundes, Anibal. "Violencia Sexual y la respuesta del sector salud en Brasil", presentado en Simposio 2001 "Violencia de género, salud y derecho en las Américas", Cancún, México, Junio, 2001.

ASOSIDA, VIVO Positivo. "Declaración pública ASOSIDA y VIVO POSITIVO". Santiago de Chile, 19 de Junio, 2009.

Aukiñko Zomo. "Estudio comparado sobre violencia intrafamiliar en 6 comunas de la provincia de Cautín. Corporación de Servicios y Asesoría técnica y de Desarrollo de Mujeres Mapuche. Temuco, Chile, Abril, 2008.

ADEUEM, CELS, CLADEM, FEIM, Feministas en Acción, ISPM, Mujeres en Acción y ACDH. "Argentina: efectos de la crisis en las mujeres. Contrainforme al Comité de la CEDAW", 2004.

Amnistía Internacional Argentina. Relevamiento parcial de medios de comunicación. Agosto, 2008.

Amnistía Internacional. "Muy tarde, muy poco. Mujeres desprotegidas ante la violencia de género en Argentina. Prioridades de acción para el Estado argentino". Noviembre, 2008.

Barrales, Katerín; Dides, Claudia; Márquez, Arturo; Valdés, Teresa. "Puertas adentro. Mujeres, vulnerabilidades y riesgo frente al VIH/SIDA". FLACSO-Chile, MINSAL. Santiago de Chile, 2006.

Bianco, M; Re, M. I; Pagani, L; Barone, E. "Argentina: Derechos Humanos y acceso a tratamiento para VIH/SIDA. Estudios de caso sobre Derechos Humanos". LACCASO/ONUSIDA. Argentina, 1999.

Bianco, M; Re, M. I; Acerbo, M. "Cumpliendo con los derechos reproductivos de las mujeres afectadas por el VIH/SIDA 2005-2006". FEIM/IPAS. Argentina, 2006.

Bianco, M; "Nota de opinión al Proyecto de Ley de la Senadora Gallego, 18/11/2008", Buenos Aires, Argentina.  
[http://www.feim.org.ar/pdf/violencia/Opinion\\_MB\\_proyecto\\_ley\\_violencia\\_Sen\\_Gallego.pdf](http://www.feim.org.ar/pdf/violencia/Opinion_MB_proyecto_ley_violencia_Sen_Gallego.pdf)

Canido, L. y otros. "Asistencia a la víctima de agresión sexual (VAS)". Boletín Asociación Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires e Instituto para el Desarrollo Humano y la Salud. Año 11 N° 52. Buenos Aires, Nov-dic, 2006.

Center for Reproductive Rights: [www.reproductiverights.org](http://www.reproductiverights.org). Febrero, 2009.

CEPAL. "Panorama social de América Latina, 2004". Santiago de Chile, noviembre, 2004.

Cisneros, S; Chejter, S; Kohan, J. "Femicidio e impunidad". Fundación Heinrich Böll/CECYM. Argentina, 2005.



CONDERS. "Situación de la atención de la salud sexual y reproductiva: desde la perspectiva de las/os usuarias/os". Argentina, 2003.

Consejo Nacional de la Mujer. Primer informe argentino para el seguimiento de la aplicación de la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. Argentina, 28 de abril, 2006.

Corte Suprema de Justicia de la Nación. Oficina de Violencia Doméstica. Datos estadísticos más relevantes a los seis meses de su puesta en funcionamiento (15/09/08 a 16/03/09). Argentina, Marzo, 2009.

Cotidiano Mujer. "Informe de la República Oriental del Uruguay acerca de la aplicación de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer". Montevideo, 2007.

Decreto Presidencial 87/2008. Uruguay, 2008.

Diario Hoy: <http://www.diariohoy.net>. Argentina, 15 de mayo, 2005.

FEIM. Campaña "Las mujeres NO esperamos. Acabemos la violencia contra la mujer y el VIH/SIDA. YA!" - "Lo que se mide importa 2008: ¿Es la violencia contra las mujeres parte de la agenda de donantes del VIH/SIDA?", Septiembre 2008. [http://www.feim.org.ar/pdf/LO\\_QUE\\_SE\\_MIDE\\_IMPORTA2008.pdf](http://www.feim.org.ar/pdf/LO_QUE_SE_MIDE_IMPORTA2008.pdf)

FEIM, GESTOS, ActionAid, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, IAWC. "Las Mujeres no esperamos. Acabemos la violencia contra las mujeres y el VIH/SIDA YA!". Publicación para América Latina y el Caribe. Buenos Aires, 2007.

Fundación Perseu Abramo. Núcleo de Opinión Pública. La Mujer Brasileira en los Espacios Públicos y Privados (encuesta). Brasil, 2001.

Galli, B y Adesse, L.. "Reduzindo Barreras para o exercicio dos direitos humanos e a auto-determinacao sexual e reprodutiva das mulheres em situacao de violencia sexual". IPAS. Brasil, 2005.

GESTOS, FEIM. "UNGASS. Monitoreo de los compromisos asumidos frente al SIDA en salud sexual y reproductiva. Sociedad civil luchando por derechos. Informe Argentina". Buenos Aires, 2008.

Herrera, T. "Informe encuesta de prevalencia de Violencia Doméstica en Montevideo y Canelones: En "Guía de procedimientos en el primer nivel de atención. Abordaje de situaciones de violencia doméstica hacia la mujer". Ministerio del Interior del Uruguay. 2003

International Women's Health Coalition: [www.iwhc.org](http://www.iwhc.org). "With the Women Worldwide - A Compact to eradicate HIV/AIDS". Ley N° 19.779. Ley en prevención del Virus de Inmunodeficiencia Humana, publicada en el Diario Oficial. Chile, 14 de Diciembre, 2001.

Maturana, Camila; Maira, Gloria; Rojas, Soledad. "Femicidio en Chile". Corporación La Morada, Naciones Unidas. Santiago, Chile, 2004.

Ministerio de Desarrollo Social. Instituto Nacional de las Mujeres. "Informe de la República Oriental del Uruguay acerca de la aplicación de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer". Montevideo, Uruguay, 2007.

Ministerio del Interior. Departamento de Datos, Estadísticas y Análisis. Montevideo, Uruguay.

Ministerio del Interior. Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad. Montevideo, Uruguay.

Ministerio da Saude. Secretaria de Vigilancia en Saude. Programa Nacional de DST e AIDS. Boletín Epidemiológico AIDS/DST, Año III-nº 1-01ª-26ª de 2006-semanas epidemiológicas- janeiro a junho de 2006. Brasil, noviembre, 2006.

Ministerio da Saude. Secretaria de Vigilancia en Saude. Programa Nacional de DST e AIDS. "Boletín epidemiológico 2007". Brasil.

Ministerio de Salud. Programa Nacional de Lucha contra los retrovirus del humano, SIDA e ITS. "Boletín sobre el SIDA en Argentina". Año XII, Nº 25. Buenos Aires, Argentina, agosto 2008.

Ministerio de Salud. Guía Clínica VIF, documento borrador. Chile, 28 abril, 2008.

Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. Quinquenios analizados: 1988/1992, 1993/1997, 1998/2002, 2003/2007. Evolución del VIH/SIDA Chile 1984-2007. Chile, Agosto, 2008.

Ministerio de Salud. "Política de Salud en Violencia de Género". Chile, 2008.

Ministerio de Salud. Secretaría de Vigilancia en Salud. Programa Nacional de ITS y Sida. Plan Integrado para Enfrentar la Feminización de la Epidemia de SIDA y otras ITS. Brasil, Marzo, 2007.

MINSAL; ONUSIDA. "Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS". Chile, Enero de 2006-Diciembre 2007. Versión final. Enero, 2008.

MINSAL; CONASIDA. "Informe consolidado. Evidencias epidemiológicas, comportamentales y culturales a considerar en el abordaje de acciones preventivas del VIH y las ITS en mujeres. Documento de Trabajo". Chile, Junio, 2007.

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Programa Médicos Comunitarios. Módulo 5 "Políticas de Salud". Argentina, 2005.

Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual. "Boletín sobre VIH/SIDA en la Argentina". Año 12. Número 25. Diciembre, 2007.

Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil "Documento institucional del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable". Argentina.

Ministerio de Salud Pública. Informe Epidemiológico ITS - Sida. Montevideo, Uruguay, Diciembre, 2008.

Ministerio Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto y UNFPA. Primer informe argentino para el seguimiento de la aplicación de la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, CNM presentado a la CIM, 28 abril 2006. Publicado en "Mujer contra la discriminación y la violencia por el desarrollo social". Buenos Aires, 2007.

Nilo, Alessandra (org). "Mujer, Violencia y SIDA: Explotando Interfaces". Gestos. Recife, 2008.

Observatorio de Equidad de Género en Salud. Chile: [www.observatoriogenerosalud.cl](http://www.observatoriogenerosalud.cl) y cifras entregadas por Carabineros de Chile.

Observatorio de Equidad de Género en Salud. "Respuestas Efectivas en Violencia de Género: Materias pendientes. Informe 2006". Chile, Febrero, 2007.



Paternain, R (coord.). "Panorama de la violencia, la criminalidad y la inseguridad en Uruguay. Datos, tendencias y perspectivas". Ministerio del Interior, PNUD. Montevideo, 2008.

Red Argentina de Mujeres viviendo con VIH/SIDA. "Mujeres im-pacientes, informe de la situación de las mujeres viviendo con VIH/SIDA". 2007

Red chilena contra la violencia doméstica y sexual. "Dossier informativo 2008. Campaña ¡cuidado! El machismo mata". [www.nomasviolenciacontramujeres.cl](http://www.nomasviolenciacontramujeres.cl)

Reichenheim, Michael Eduardo; Moraes, Claudia Leite; Szklo, André et al. "Magnitude da violencia entre parceiros íntimos no Brasil: retratos de 15 capitais e Distrito Federal". Cad. Saúde Pública, fev. 2006, vol.22, no.2, p.425-437. ISSN 0102-311X.

38

Schuster, G; Yanos, M; Cárdenas, E. y otras. "Contrainforme. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Convención de Belém do Pará". CLADEM Argentina. Octubre, 2006.

SERNAM. "Datos básicos VIF Comparación 4 regiones". Santiago de Chile, Julio, 2005.

SERNAM. "Detección y análisis de la prevalencia de la violencia intrafamiliar". Santiago de Chile, Junio, 2002.

Simposio "Violencia de Género, Salud y Derecho en las Américas": Auspiciado por OPS, UNFPA, UNICEF, UNIFEM, UNDP, RSMLAC, CIM, ISIS, CISM. Cancún, México, 2001.

Sitio Institucional Presidencia de la República: [www.presidencia.gub.uy](http://www.presidencia.gub.uy). Uruguay.

UNICEF, CONASIDA. "Evaluación del acceso y calidad de la aplicación de la norma de prevención de la transmisión vertical del VIH de las mujeres embarazadas en Chile". Santiago de Chile, Julio, 2008.

Vallejos, S. "Violencia doméstica, un factor clave en el contagio del SIDA". Diario La Nación. Argentina, 18 abril, 2007.

Velzeboer Marijke; Ellsberg, Mary; Arcas, Carmen Clavel; García Moreno, Claudia. "Violencia contra la mujer: responde el sector de la salud". OPS. Washington D.C., 2003.

Vidal, Francisco; Carrasco, Marina. "Mujeres chilenas viviendo con VIH/SIDA: ¿Derechos Sexuales y Reproductivos? Un estudio de correlaciones en ocho regiones del país". FLACSO-Chile, Universidad ARCIS, VIVO POSITIVO. Santiago, 2004.

Videla, E. "Una brigada móvil de emergencia para casos de violencia familiar". Diario Página 12. Argentina, 30 marzo, 2006.

Vilela, Wilza; Nilo, Alessandra & Silva, José Carlos Pereira. "Monitoramento das Metas UNGASS-AIDS em saúde sexual e reprodutiva das mulheres: Fórum UNGASS-AIDS".

Yañez, F. "Argentina. Brigadas contra la Violencia". [www.redfem.net](http://www.redfem.net). 5 octubre, 2007.



**Fundación Educación Popular en Salud - EPES (Chile)**  
Gral. Köerner 38, P 30 Gran Avenida, El Bosque. Casilla 100,  
Correo 14, La Cisterna, Santiago, Chile.  
Tel.: (56-2) 54 87 617, Fax: (56-2) 54 86 021  
Email: [epes@epes.cl](mailto:epes@epes.cl)  
<http://www.epes.cl/>



**Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer - FEIM (Argentina)**  
Paraná 135, piso 3, dto. 13 (C1017AAC)  
Ciudad de Buenos Aires, Argentina  
Tel./Fax: (+54-11) 4372-2763  
E-mail: [feim@feim.org.ar](mailto:feim@feim.org.ar)  
<http://www.feim.org.ar/>



**Soropositividade, Comunicação e Gênero - GESTOS (Brasil)**  
Rua dos Médicos, 68, Boa Vista. CEP 50070-290, Recife - PE - Brasil  
Tel.: +55 81 34217670 Fax +55 81 32313880  
Email: [contato@gestospe.org.br](mailto:contato@gestospe.org.br)  
<http://www.gestospe.org.br/>



**Mujer y Salud en Uruguay - MYSU (Uruguay)**  
Salto 1267, (CPI200) Montevideo, Uruguay.  
Tel./Fax: (598) (02) 4103981/4104619  
E-mail: [mysu@mysu.org.uy](mailto:mysu@mysu.org.uy)  
<http://www.mysu.org.uy/>



FUNDACIÓN  
PARA ESTUDIO  
E INVESTIGACIÓN  
DE LA MUJER

**EPES**

Fundación  
Educación Popular en Salud



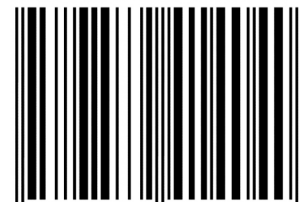
**GESTOS**

*Soropositividade, Comunicação & Gênero*

**mYSU** MUJER Y SALUD  
EN URUGUAY



ISBN 978-987-9414-04-0



9 789879 414040