UNGASS *

Monitoreo de los compromisos asumidos frente al

Sida en Salud Sexual y Reproductiva

"Sociedad Civil Luchando por Derechos"

Informe Argentina - Febrero 2010

GESTOS
Soropositividade
Comunicação e Gênero

FEIM
FUNDACIÓN
PARA ESTUDIO
E INVESTIGACIÓN
DE LA MUJER

UNGASS *

Monitoreo de los compromisos asumidos frente al

Sida en Salud Sexual y Reproductiva

"Sociedad Civil Luchando por Derechos"

Informe Argentina - Febrero 2010

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

Mabel Bianco
Andrea Mariño
Eleonora Sacco
Compiladoras

Indice

Introducción ..... pág. 5

Sección I - Panorama general del sistema de salud del país y de las políticas de salud sexual y reproductiva y de VIH/sida ..... pág. 8

Sección II - Metas UNGASS (Sesión extraordinaria de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida) ..... pág. 14
Meta 37 - Liderazgo de los gobiernos respecto a epidemia de VIH/sida ..... pág. 15
Meta 52 - Prevención ..... pág. 16
Meta 53 - Prevención ..... pág. 21
Meta 54 - Prevención ..... pág. 23
Meta 59 - Derechos humanos ..... pág. 26
Meta 60 - Derechos humanos ..... pág. 30
Meta 61 - Derechos Humanos ..... pág. 31
Meta 62 - Reducción de la vulnerabilidad ..... pág. 33
Meta 63 - Reducción de la vulnerabilidad ..... pág. 34
Meta 64 - Reducción de la vulnerabilidad ..... pág. 35
Meta 65 - Huérfanos ..... pág. 38
Meta 68 - Mitigación de los Efectos Sociales y Económicos ..... pág. 39
Meta 72 - Investigación y Desarrollo ..... pág. 40

Sección III – Fortalezas, deficiencias y recomendaciones ..... pág. 42

Notas ..... pág. 49
Anexo I - Organizaciones participantes ..... pág. 52

Introducción

Este es el segundo informe de monitoreo y evaluación que realiza la sociedad civil argentina sobre las metas vinculadas al VIH/sida y la salud sexual y reproductiva de las mujeres, que el país se comprometió a cumplir en la "Sesión Extraordinaria de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida" (UNGASS, por su sigla en inglés), celebrada en 2001.

El informe fue elaborado por el Foro **UNGASS Argentina,** coordinado por la **Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM)**, en el marco del proyecto internacional "MONITOREO DE LAS METAS UNGASS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA" que lidera la organización Gestos, de Brasil, y conformado por trece entidades no gubernamentales de los ámbitos de la salud, el movimiento de mujeres, las trabajadoras sexuales, las trans, gays y lesbianas, las mujeres viviendo con VIH/sida, las y los jóvenes, y las mujeres en situación de encierro. La segunda etapa de este proyecto internacional se realiza en nueve países del mundo: Argentina, Bélice, Brasil, Chile, Nicaragua, Perú y Uruguay de América Latina; Sudáfrica, Kenya y Uganda de África; India, Indonesia y Tailandia de Asia; y en Ucrania de Europa del Este.

El resultado del monitoreo en Argentina, que será incorporado al informe oficial que el país entregue al Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), muestra **pocos avances y muchas situaciones sin cambios respecto del primer monitoreo**, realizado en 2008 y presentado como informe sombra a ONUSIDA al que presentó oficialmente el Gobierno ante ese organismo internacional.

La falta de integración, coordinación y/o articulación entre las políticas y los servicios de Salud Sexual y Reproductiva con los de VIH/sida en todas las jurisdicciones del país **es la principal deuda pendiente que el país mantiene a través del tiempo.**

Cerca de la mitad de las personas con VIH/sida en el mundo son mujeres y la feminización de la epidemia es una realidad en aumento. Sin embargo, los planes de lucha contra VIH/sida no registran acciones específicas para las mujeres. A su vez, la política en salud sexual y reproductiva de las mujeres no incorpora particularmente la prevención de la epidemia, si bien la Ley 25673 de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable lo incorpora, ni tampoco especifica la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH. Por estas razones, este monitoreo se centra en las metas que involucran concretamente la salud sexual y reproductiva de niñas, adolescentes y mujeres adultas.

El objetivo central es incidir para que los gobiernos, a nivel nacional y provincial, implementen las propuestas sugeridas por la sociedad civil organizada para enfrentar la feminización del VIH/sida y garantizar el goce de los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas.

A su vez, este monitoreo señala las deudas pendientes y las posibilidades para saldar los compromisos asumidos en relación con estos temas, así como pone a disposición datos procedentes de las organizaciones de la sociedad civil participantes, que de otra manera están dispersos y poco accesibles. También es una estrategia para contribuir a que las mujeres conozcan sus derechos, los reclamen si están siendo vulnerados y puedan ejercer su ciudadanía más plenamente.

Cada una de las metas monitoreadas fue evaluada de cerca por las organizaciones intervinientes a través de pedidos de informes, estudios cuali y cuantitativos y, sobre todo, a partir de las propias experiencias de sus miembros, como usuarias de los diferentes servicios públicos.

Argentina tiene un marco normativo muy apropiado respecto al acceso de todas las personas a su derecho a la salud. Sin embargo, el país no logra garantizar en los hechos la provisión de atención adecuada a todas las personas. El monitoreo registró una vez más graves problemas en la respuesta a la epidemia, especialmente un fuerte predominio de la respuesta medicalizada; demoras y problemas en la distribución de insumos de la Nación a las provincias; el retraso en implementar la Ley de Educación Sexual Integral; la falta de participación de las y los adolescentes y jóvenes, y su no consideración como sujetos de derecho; la situación de desprotección de muchas niñas, niños y adolescentes que viven con VIH/

sida y/o son huérfanos a causa del sida, vivan o no con el VIH/sida; la ausencia de un enfoque integral sobre la violencia contra las mujeres como un factor más de riesgo ante el VIH, entre otros aspectos.

En este contexto, se destacan los avances logrados en la disminución en la transmisión vertical del virus y en la reciente redacción de un Protocolo nacional de atención a víctimas de violencia sexual, que aun no está concluida.

El informe del monitoreo está organizado en tres partes: La Sección I incluye un panorama general del sistema de salud del país y de las políticas de salud sexual y reproductiva y de VIH /sida, con información estadística sobre la epidemia y la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

La Sección II desarrolla las trece metas monitoreadas, anunciando los indicadores definidos para evaluar las políticas y acciones implementadas por el país para disminuir la epidemia y su impacto en las mujeres, y contrastando con los aportes de las organizaciones que participaron.

La Sección III identifica las fortalezas, brechas y deficiencias de Argentina para la promoción de la salud sexual de las mujeres, especialmente de las que viven con VIH, y para la prevención de la epidemia entre las mujeres. Finalmente, se proponen recomendaciones para alcanzar una respuesta más integral de la epidemia, que incluya la salud sexual y reproductiva como eje articulador y central.

SECCIÓN I

Panorama general del sistema de salud del país y de las políticas de salud sexual y reproductiva y de VIH/sida

Situación general y del sector salud en Argentina

La población argentina asciende a 39.745.613 habitantes según estimaciones del INDEC para el año 2008; con una distribución de 51% (20.280.308) de mujeres y 49% (19.465.305) de varones.[1] La estructura de edades, resultante del Censo 2001,[2] revela que las personas menores de 15 años alcanzan el 28,3% del total de habitantes, la franja poblacional entre los 15 y los 64 años condensa el 61,8%, y los grupos de 65 años y más años totalizan el 9,9%. El 89,5% de los habitantes del país reside en áreas urbanas.[3]

Persiste la considerable desigualdad entre los grupos de menores y mayores ingresos; que se refleja en la distancia entre los ingresos del decil de mayores ingresos y el decil de más bajos ingresos, que se sitúa en alrededor de 30 veces. La población bajo la línea de pobreza alcanzó en aglomerados urbanos en 2009 el 13,9%; en tanto que la población bajo la línea de indigencia llegó al 4,0% en el mismo período.[4]

El desempleo, uno de los problemas con mayor crecimiento durante la década de las reformas estructurales, evidenció desde 2004 en adelante una disminución progresiva. La actual tasa de desempleo se sitúa en 9,1%.[5] La tasa de desocupación por sexo indica la presencia de desigualdades de género persistentes en el mercado laboral; en tanto para el primer trimestre del 2009 la tasa de desocupación femenina es del 9,8% superando a la tasa de desocupación masculina que se sitúa en 6,3%.[6]

La salud y el medio ambiente sano han sido incorporados a la Constitución Nacional como derechos en 1994.[7] No obstante ello, existe una escasa cultura de exigencia, demanda y monitoreo por parte de toda la población sobre los servicios de salud.

Las distintas jurisdicciones: nacional, provinciales y municipales, así como la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, tienen por mandato la responsabilidad del cuidado y protección de la salud de la población. Con el objetivo de coordinar las políticas de salud, que albergan tal diversidad de actores y escenarios a nivel país, a partir del año 2002 el Ministerio de Salud fortaleció el papel del Consejo Federal de Salud (COFESA), integrado por los Ministerios o Secretarías de salud de todas las provincias y CABA; que aún continúa funcionando.

Por su parte, el gobierno nacional se encuentra habilitado para la sanción de normas en materia sanitaria. En razón de esta competencia, por ejemplo, en 1995 se reguló por decreto nacional [8] el Programa Médico Obligatorio (PMO) que incluye las prestaciones mínimas a las que están obligados los subsectores que conforman el sistema nacional de salud.

El sistema de salud argentino está constituido por tres subsectores: el público, el de obras sociales y el privado; evidenciando una gran fragmentación y superposición de servicios que tiende a profundizarse.

El subsector público brinda cobertura de salud a prácticamente la mitad de la población del país. [9] En él convergen las funciones de regulación y provisión directa de servicios del estado nacional y los estados provinciales y municipales. Garantiza los servicios básicos y la asistencia esencial mediante prestaciones gratuitas. Es financiado por los impuestos federales, provinciales y tasas municipales.

El subsector de la seguridad social, conformado por múltiples obras sociales asociadas a distintas ramas de actividad laboral, está destinado a atender a: trabajadores en relación de dependencia (incluyendo el personal de Fuerzas Armadas y de Seguridad), jubilados y pensionados, y trabajadores independientes que optan por el sistema, y a sus grupos familiares; con cuyos aportes, sumandos a subsidios estatales, se financia.

Por último, el subsector privado se financia con los aportes de los afiliados a seguros o planes de medicina pre paga. Vale destacar que su actividad no cuenta con regulación sanitaria específica, dirimiéndose los conflictos de cobertura en el marco de las asociaciones y derechos de los consumidores.

En atención a la adhesión del país a la Declara-

ción del Milenio de Naciones Unidas (año 2000), el subsector público es el que participa con mayores esfuerzos en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) atinentes al sector salud: reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna y combatir el VIH/sida, la Tuberculosis, el Paludismo, el Chagas y otras enfermedades.

Situación en Salud Sexual y Reproductiva

La tasa global de fecundidad estimada para el período 2005-2010 es de 2,3 hijos por mujer. [10]

La tasa de natalidad fue del 18,8‰ para el año 2008.[11] En ese año, el total de nacimientos fue de 746.460; el 15,5% correspondió a madres menores de 20 años. Casi la totalidad de estos nacimientos (99,4%) ocurrieron en un establecimiento de salud y fueron atendidos por personal capacitado (médicos o parteras); el 56,1% fue atendido en establecimientos del subsector público.[12]

La tasa de mortalidad materna ha tenido un leve descenso respecto de 2006 situándose en 4.0 por 10.000 nacidos para 2008. El 21,0% (62) del total de defunciones maternas del año 2008 fue producto del aborto en condiciones inseguras. A pesar del desarrollo de los servicios asistenciales públicos y privados y del alto nivel institucional que se registra desde hace más de tres décadas, aún la tasa de mortalidad materna es elevada y las causas que conducen a la muerte materna en Argentina son mayoritariamente reducibles mediante acciones de prevención y una adecuada atención del embarazo y el parto.[13]

El cáncer uterino representa aproximadamente el 10% de la mortalidad femenina por cáncer. De acuerdo a datos del año 2008,[14] se registraron en Argentina 2.514 muertes por tumor maligno de útero, de las cuales el 41% (1013) corresponde a tumores malignos de cuello uterino. Este valor probablemente sea mayor en tanto para 1.151 (46%) de las defunciones por cáncer uterino no se especifica su localización.

La tasa de mortalidad infantil a nivel país fue del 12,5‰ en el año 2008 (manteniéndose en el nivel relevado en 2006); correspondiendo el 8,3‰ a muertes neonatales y el 4,2‰ a muertes postneonatales.[15]

Situación en VIH/sida

La epidemia de VIH/sida en Argentina ha evolucionado en forma disímil desde que se registró el primer caso en el año 1982; sin embargo "sabemos hoy que en Argentina tenemos una epidemia concentrada, (…) que significa que la prevalencia de VIH en la población general (estimada a través de la serología en las mujeres embarazadas) es menor al 1%, y que existen algunos grupos en los que esta prevalencia es igual o mayor al 5%. Distintos estudios han determinado estas cifras en los siguientes colectivos: travestis-transexuales (34%), homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (12%), usuarios de drogas (5%) y trabajadores sexuales (5%)".[16]

Las estimaciones realizadas en base a la información recogida hasta 2008 en forma conjunta entre ONUSIDA, OMS y la DSyETS muestran que aproximadamente 134.000 (128.000 a 140.000) personas viven con VIH/sida en Argentina, de las cuales el 50% desconocerían su situación serológica.[17]

La información acumulada para el período 1982-2008,[18] da cuenta de la notificación de infecciones para 75.009 personas; de las cuales 37.998 (51%) presentaron al menos un evento definidor de sida, ya sea al momento del diagnóstico o en una instancia posterior.[19] Se estima que 56.000 personas se encuentran en tratamiento o seguimiento en los tres subsectores de salud; de ellas, el 69% se encuentra bajo cobertura del subsector público. De acuerdo con el registro de la medicación distribuida, 28.168 personas recibieron tratamiento antirretroviral provisto por la DSyETS durante 2008.[20]

La tasa de incidencia de casos de sida, probablemente por la incorporación de la terapia antirretroviral de alta eficacia en 1996, ha descendido continuamente desde ese período hasta situarse en 4 por 100.000 habitantes en 2007. La revisión de las tasas de incidencia de infección por VIH[21] indica que la misma se sitúa en 10,2 casos por

100.000 habitantes [22] para el año 2008; con la notificación de 4.067 nuevos casos de infección en ese año. El seguimiento de las notificaciones indica que anualmente son notificados entre 5 y 6 mil nuevos diagnósticos de infección por VIH.[23]

La vía de transmisión predominante son las relaciones sexuales desprotegidas tanto para varones como para mujeres. Para los primeros, el análisis de las notificaciones de infección por VIH para el trienio 2005-2008 indica que el 48% adquirió la infección por relaciones sexuales heterosexuales y el 34%, por relaciones sexuales con otros varones; estableciendo un peso relativo de 82% de infecciones adquiridas por esta vía. En el grupo de varones se releva desde hace dos años un crecimiento del peso de las relaciones sexuales desprotegidas con otros varones como vía de transmisión. Para las mujeres, el 87% de las infecciones se deben a relaciones sexuales desprotegidas con varones. En todas las regiones las mujeres infectadas con el VIH tienen menor nivel de instrucción que los varones.[24]

En los últimos años la epidemia evidenció una feminización. La primera mujer enferma se diagnosticó en 1987, y la razón hombre/mujer fue de 92/1. Para 2008, la razón es de 1,6 hombres por cada mujer en los casos de infección por VIH. La razón hombre/mujer presenta variaciones en grupos edad; en el grupo de 15 a 24 años se sitúa a nivel país en 0,9, mientras que en el intervalo de 35 a 44 años, es 2,2.

La extensión de la infección por VIH hacia las mujeres, especialmente en edad fértil, conlleva el riesgo de transmisión del virus por vía vertical a sus hijos/as. La notificación de casos de infección por esta vía descendió desde el bienio 1995/1996 por el impacto en la universalización de la oferta de test diagnóstico y aplicación del protocolo ACTG076. Para el año 2008 se reportaron 113 casos de infección por VIH por vía perinatal, que representan el 2,8% del total de notificaciones de casos de infección.[25]

La evolución de la tasa de mortalidad por sida es similar a la evolución de la tasa de incidencia de diagnóstico de sida, con un pico en el año 1996 que descendió desde la incorporación del tratamiento ARV de alta eficacia y se estabilizó hacia 1999. En el año 2007, la tasa de mortalidad por VIH/sida fue de 36,2 por millón de habitantes; registrándose un incremento de 2 puntos con respecto al año 2005.

Una característica del país es la marcada diferencia en el valor de los indicadores señalados tanto en el campo de la salud sexual y reproductiva como del VIH/sida, entre las distintas jurisdicciones que lo componen; esta diferencia da cuenta de la relación de desigualdad en relación con el acceso a bienes y servicios sociales. Las regiones del Noreste y Noroeste del país son las que presentan indicadores más críticos. Así también, cabe destacar el escenario de alta vulnerabilidad legado de las últimas décadas y que aún muestra sus efectos.

Política de salud sexual y reproductiva y de VIH/sida

Con la creación, en 2003, bajo dependencia del Ministerio de Salud de la Nación, del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR), por ley 25673/02, Argentina avanzó hacia la superación de la tradición pro natalista fuertemente anclada en el país; que aún conserva una presencia significativa.[26]

La inclusión de la provisión gratuita de anticonceptivos con consejería y a solicitud de los/as usuarios/as constituye un avance en el acceso universal a métodos de cuidado para la regulación de la fecundidad, hasta ese momento sólo garantizada a quienes podían acceder a ellos en el mercado.

En este sentido, la ley además dispone que las prestaciones contempladas, incluida la provisión de métodos anticonceptivos, debe ser cubierta por los prestadores de los subsectores de obras sociales y privado en las mismas condiciones que las prestaciones mínimas fijadas en el PMO.

Son objetivos del PNSSyPR: a) Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacción o violencia; b) Disminuir la morbimortalidad materno-infantil; c) Prevenir embarazos

no deseados; d) Promover la salud sexual de los adolescentes; e) Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/sida y patologías genitales y mamarias; f) Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable; g) Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable. Asimismo, establece que el programa está destinado a la población en general, sin discriminación alguna.

Si bien la Ley Nº 25673 excluía la anticoncepción quirúrgica y la educación sexual se planteaba sólo para escuelas del sistema público, con posterioridad se sancionan leyes que reconocieron la anticoncepción quirúrgica (agosto de 2006) incluyéndola en el PNSSyPR, y la educación sexual en todos los establecimientos educativos públicos y privados (octubre de 2006).[27]

Por la organización federal de Argentina, las provincias son las principales responsables de la implementación del programa. La mayoría de las jurisdicciones han sancionado leyes similares a la 25673; cuyos contenidos resultan dispares. Algunas solamente han adherido a la ley nacional y otras han sancionado leyes específicas. También resulta dispar el compromiso de participación en la implementación del programa; que se refleja, entre otros indicadores, en la disponibilidad y facilitación del acceso a todos los métodos anticonceptivos que prevé el ordenamiento jurídico vigente.

Durante el período, el PNSSyPR pasó de tener entidad autónoma dentro del Ministerio de Salud de la Nación a incorporarse nuevamente como programa del área de Maternidad e Infancia. Este pasaje reafirma la orientación predominante en los servicios de salud y el ámbito sanitario en general, que prioriza los aspectos reproductivos por sobre el ejercicio de la sexualidad no vinculada a la procreación.

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

Argentina es uno de los primeros países de América Latina en contar con una legislación para enfrentar la epidemia y proteger los derechos de las personas con VIH/sida. En 1990, se sanciona la Ley Nacional Nº 23798 de Lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

En 1992, de acuerdo a la Ley Nº 23798, se creó el Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA e ITS (PNLRHS). En 2007, el PNLRHS adquirió jerarquía de dirección en la estructura del Ministerio de Salud de la Nación; bajo la denominación de Dirección de Sida y ETS (DSyETS).

Dos leyes nacionales[28] disponen, en el marco de las prestaciones reconocidas en el PMO, que los prestadores de los subsectores de obras sociales y privados deben cubrir la atención integral de la infección por VIH, incluida la provisión de ARV.

La DSyETS, en el marco que la ley 23798 fija para la lucha contra el sida, administra el 100% de los tratamientos ARV[29] (incluyendo los destinados a la prevención de la transmisión vertical del VIH), medicación para enfermedades oportunistas[30] y cubre los estudios de monitoreo de infección (Medición de carga Viral, Recuento de CD4 y Test de Resistencia), a las personas con VIH que se encuentran bajo cobertura del sistema público de salud.

Además, incluye entre sus acciones la provisión a las jurisdicciones provinciales y la CABA de: preservativos, reactivos para la detección de VIH y sífilis destinados a mujeres embarazadas, medicación para el tratamiento de ITS y sucedáneo de leche materna para los hijos/as de mujeres madres que viven con VIH. La provisión de estos insumos es producto de complejos arreglos institucionales, cuyos orígenes se remontan a los primeros acuerdos firmados en 1997, que promovían responsabilidades compartidas en la cobertura de las

personas con VIH pero dejan en el Ministerio de Salud nacional las mayores responsabilidades.

La vigilancia epidemiológica del VIH/sida es también competencia del Ministerio de Salud de la Nación. En 2001, el país incorporó la notificación de casos de infección por VIH a la vigilancia epidemiológica; hasta ese momento la notificación obligatoria alcanzaba sólo a los casos de sida.

En relación también con la provisión de fármacos ARV, desde el año 2002 Argentina ha liderado la renegociación de precios de medicamentos para VIH/sida en la región[31]. Además, en 2001 y 2003 se dictaron sendas resoluciones en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación relativas a la obligatoriedad de pruebas de bioequivalencia y biodisponibilidad de los fármacos ARV.

Tanto el PNLRHS como la DSyETS alentaron la elaboración y difusión de Normas, Guías y Recomendaciones Terapéuticas relacionadas con distintos aspectos de la epidemia. Actualmente se dispone de Normas, Recomendaciones Terapéuticas y/o Guías para: Transmisión Perinatal del VIH/sida (1997, actualizada en 2002), Tratamiento Antirretroviral- (2007); Salud, VIH/sida y sexualidad trans: Atención de la salud de personas travestis y transexuales (2008); Tratamiento y Profilaxis de las Infecciones Oportunistas y otras infecciones relevantes en Personas Viviendo con VIH/sida (PVVS); Tratamiento de HYPERLINK "http://www.msal.gov.ar/sida/pdf/sifilis-embarazada.pdf" \t "_blank" Sífilis en la embarazada y el recién nacido; Manejo de las ITS y Atención Integral de mujeres con infección por VIH (2009).

En la actualidad, el país cuenta con un Plan Estratégico Nacional definido para el período 2008-2011 (Respuesta estratégica actualizada al VIH y el SIDA de Argentina: hacia el acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo); elaborado en 2007 y revisado en 2008. En su elaboración han participado organismos de gobierno, representaciones de la sociedad civil, del sector académico y de los organismos internacionales de la cooperación asociados al ONUSIDA con actuación en el país.

Relación entre los programas de VIH/SIDA, SSYR y control de las ITS

No existe una relación entre estos programas nacionales. Si bien la ley de creación del PNSSyPR tiene entre sus objetivos y acciones el diagnóstico y prevención del VIH/sida y otras ITS, y la DSyETS tiene entre sus lineamientos estratégicos la articulación con la política de SSyR, **la desarticulación entre los servicios de SSyR y los de VIH/sida se confirma en la mayoría las jurisdicciones.**

A nivel nacional, las iniciativas de articulación son aún incipientes. **Recién desde mediados de 2009 se inició el trabajo coordinado en la elaboración del protocolo de atención de la violencia sexual y en actividades de prevención; pero aún no se avanzó en la capacitación conjunta y/o separada de los profesionales, que continua siendo escasa.**

La relación entre anticoncepción y VIH se reconoce en una publicación reciente (agosto de 2009) de la DSyETS, dedicado a la atención integral de las mujeres que viven con VIH; ésta constituye el primer documento de recomendaciones a los equipos de salud que aborda específicamente esta temática. Sin embargo, aún no se ha difundido suficientemente entre los responsables de los programas provinciales de VIH/sida y, menos aún entre los prestadores del PNSSyPR; aspecto clave para lograr su efectiva incorporación en los servicios de atención.

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

SECCIÓN II
Metas UNGASS

Meta 37-
Liderazgo de los gobiernos respecto a epidemia de VIH/sida

"Para 2003, asegurar el establecimiento y la ejecución de estrategias y planes de financiamiento nacionales multisectoriales para luchar contra el VIH/sida que se refieran a la epidemia en términos directos; hagan frente al estigma, el silencio y a la negación de la realidad; tengan en cuenta las dimensiones de género y de edad de la epidemia; eliminen la discriminación y la marginación; implica la colaboración con la sociedad civil y el sector empresarial y la plena participación de las personas que viven con VIH/sida, las que pertenezcan a grupos vulnerables y las que se encuentren más expuestas, especialmente las mujeres y los jóvenes (...)"
La revisión del cumplimiento de esta meta relevó la situación y avances de la efectiva participación de mujeres y jóvenes en los procesos de toma de decisión respecto de las políticas nacionales en relación con el VIH/sida. Incluyó, además, una revisión de la participación de los representantes de los colectivos de mujeres, jóvenes y adultas, mujeres viviendo con VIH/sida, mujeres lesbianas y transgéneros en el planeamiento y monitoreo de acciones dirigidas a reducir su vulnerabilidad frente al VIH.

Participación de la sociedad civil en el diseño de políticas públicas en VIH

Respecto del Informe 2008, sigue sin contemplarse la participación sistemática de organizaciones de la sociedad civil en los procesos decisorios respecto de la política gubernamental; a excepción de su presencia en el Comité Técnico Asesor.[32]

"La participación de los movimientos de mujeres o grupos de mujeres, se reduce a instancias especificas de la planificación del Programa Nacional de Sida, espacio único de interlocución entre gobierno y sociedad civil donde se puede incidir en políticas específicas en VIH/sida y Mujer; los/as jóvenes no se encuentran incluidos en las planificaciones.(…) no se ha logrado conformar en forma efectiva una instancia multisectorial en donde gobierno y sociedad civil logren consensos que permitan la inclusión de la sociedad civil en espacios de toma de decisiones, quedando esta instancia bajo el organismo gubernamental exclusivamente." (Red Bonaerense de PVVS). Vale aclarar que esta situación alcanza a las mujeres integradas a redes y OSC's que nuclea MVVS.

Los Procesos de Planificación Estratégica Nacional (PPEN) iniciados en 1999 resultan el ámbito de encuentro de actores gubernamentales y de la sociedad civil para la generación de consensos para la acción. El PPEN actual fue elaborado en 2007 y revisado durante 2008 y 2009.[33]

> **❝ Sin participación**. *"No se ha logrado la inclusión de la sociedad civil en espacios de toma de decisiones"*
> Red Bonaerense de PVVS ❞

Hacia finales de 2008, la DSyETS, con el apoyo de las agencias de la cooperación multilateral, alentó procesos de programación operativa anual relacionados con el PPEN en algunas de las jurisdicciones con mayor presencia de la epidemia. Estos espacios, localmente convocados, contaron con la participación de organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil. **La convocatoria no contempló específicamente colectivos de mujeres y jóvenes sino a las organizaciones y colectivos con presencia jurisdiccional en relación con la atención de la epidemia. En todos los casos participaron de estos encuentros representantes de personas viviendo con VIH.**
El proceso de elaboración de las "Guías para la atención integral de las mujeres con infección por VIH" [34] impulsado por la DSyETS es reconocido como una instancia de participación por parte de las mujeres viviendo con VIH. Las Guías constituyen las primeras recomendaciones elaboradas específicamente para la atención de mujeres que viven con VIH que no toman como eje principal la prevención de la transmisión vertical e incluyen cuestiones relacionadas con derechos reproductivos. El proceso de consulta se desarrolló durante 2008 con reuniones regionales, en las que participaron referentes de los programas provinciales

y municipales de VIH, representantes de sociedades científicas, equipos de salud y representantes de OSC's.
"Participaron activamente mujeres VIH+, mujeres trabajadoras sexuales. No fuimos invitadas al diseño del proyecto, fuimos invitadas a los talleres regionales en diferentes partes del país; validamos el vocabulario más adecuado y menos estigmatizante. Lo importante fue la oportunidad que tuvimos de fundamentar la mala atención que recibíamos las mujeres usuarias de los servicios frente a los equipos de salud (…)" (RedAR +)

El Mecanismo Coordinador País (MCP), implementado en el país en 2002 ante la aprobación del Programa del Fondo Global, no integraba a organizaciones de mujeres.[35]

✻ Mujeres y jóvenes desde afuera. La epidemia del VIH/sida es cada vez más joven y más femenina, pero las opiniones y experiencias de las organizaciones de mujeres y de jóvenes son excluidas del diseño, la planificación y el monitoreo de las políticas y acciones en VIH/sida. Y la perspectiva de género está ausente como eje transversal.

En relación con otras estructuras gubernamentales de nivel nacional y la posibilidad de diseño y monitoreo de acciones y políticas, en el ámbito del Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI)[36], se crearon Foros de la Sociedad Civil. En esta línea se han conformado Foros dedicados a Género, VIH/sida y Diversidad Sexual, entre otros.

En el área de transgéneros no se relevaron posibilidades de incidir en el diseño o participar de manera sistemática del monitoreo de políticas que colaboren en reducir su vulnerabilidad.[37]

En relación con el Informe 2008, si bien se incorporó a las OSC en acciones puntuales, no se releva una incorporación sistemática y amplia de organizaciones de mujeres y jóvenes en las discusiones y consensos sobre la acción en VIH/sida. En base al diagnóstico de afectados/as con mayores prevalencias de infección por VIH, las MVVS, ya sea por redes propias y por su participación en redes de personas con VIH, las transgéneros y trabajadoras sexuales han logrado ser convocadas en algunas en instancias de planificación, diseño de recomendaciones de atención y/o acciones programáticas. La incorporación de la perspectiva de género como eje transversal a la acción en VIH/sida es un desafío pendiente.

Meta 52- *Prevención*

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

La revisión de los avances en relación con esta meta relevó: componentes preventivos de la política nacional de VIH/sida relacionados con salud sexual y reproductiva; estrategias implementadas para reducir la prevalencia del VIH en jóvenes entre 15 y 24 años de edad, incluyendo su cobertura y efectividad, con especial énfasis en las estrategias informativas y educativas y en campañas; acceso y disponibilidad de condones (masculino y femenino) y lubricantes para mujeres adultas y jóvenes; obstáculos para el acceso de mujeres a servicios e insumos preventivos; disponibilidad y accesibilidad de servicios de diagnóstico y tratamiento de ITS en efectores de atención primaria de la salud y disponibilidad de estadísticas y campañas en relación con ellas; y existencia de

acciones de monitoreo gubernamental regulares sobre las acciones en SSyR, VIH/sida e ITS y de generación de información confiable y disponible al respecto.

Componentes preventivos de la política nacional en VIH/sida y SSyR

El PPEN 2008-2011 establece entre sus objetivos estratégicos: *garantizar e incrementar el acceso a la prevención del VIH destinada a la población en general con énfasis en poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad frente a la infección: personas en situación de pobreza (PSP), personas usuarias de drogas (PUD), hombres que tienen sexo con hombres (HSH), gays, trabajadoras sexuales (TS), personas en situación de encierro (PSE), trans, migrantes, refugiados, niños/as, adolescentes, jóvenes, mujeres y pueblos originarios.*

En el desarrollo de las líneas estratégicas se identifican acciones y contenidos relacionados con la transmisión sexual y vertical del VIH. Entre ellas: intensificar la prevención de la transmisión vertical del VIH y de la sífilis congénita; implementar y apoyar programas sobre educación sexual, prevención de ITS y VIH en población en situación de vulnerabilidad social y económica; establecer programas y proyectos conjuntos sobre salud sexual y prevención del VIH e ITS para niños, niñas, adolescentes y jóvenes, en una alianza efectiva entre Salud y Educación; garantizar la periodicidad de la comunicación masiva y focalizada de prevención del VIH, teniendo en cuenta las distintas situaciones y singularidades de las personas y garantizar a la población la accesibilidad a los preservativos, teniendo en cuenta las distintas especificidades, perfeccionando la política y las estrategias de distribución de preservativos.

Cabe destacar que en el objetivo estratégico relacionado con la atención integral de personas con VIH, no se referencia una sola línea estratégica relacionada con la salud sexual y reproductiva; aunque se contempla el relacionamiento con otras áreas gubernamentales, específicamente la de prevención y tratamiento de la tuberculosis.

Por otra parte, la política nacional relacionada con el VIH/sida incluye entre sus ejes estratégicos la promoción y accesibilidad al preservativo y herramientas preventivas; en este caso, menciona entre otras acciones la articulación con las políticas de salud reproductiva y maternidad e infancia.

✻ **Poca articulación**. La única iniciativa que articuló acciones entre los programas de lucha contra el VIH y de salud sexual y reproductiva fue la elaboración y redacción del Protocolo Nacional de Atención a Víctimas de Violencia Sexual, que aún no está finalizado.

La inclusión de la búsqueda de articulación con las políticas de salud reproductiva es un aspecto novedoso respecto de anteriores formulaciones de la política nacional de VIH/sida. Durante 2009, ambos programas trabajaron en la redacción del Protocolo Nacional de Atención a Víctimas de Violencia Sexual, que aún se encuentra en su fase de diseño. Sin embargo, se observa que más allá de actividades puntuales no hay una articulación integral que atraviese las acciones desarrolladas por ambos programas.

Adolescentes

No se relevan, tal como sucediera en el Informe 2008, estrategias específicas para el trabajo con adolescentes y jóvenes impulsadas desde el sector público de salud. Si bien los/as jóvenes son incluidos como grupo destinatario de acciones de prevención de la infección por VIH, las acciones y estrategias preventivas emprendidas no contemplan especificidades para el trabajo con ellos/as. "En cuanto a las políticas nacionales, se ve una clara omisión por parte del Estado puesto que no tiene ninguna estrategia para abordar a (…) los/las adolescentes y jóvenes entre 14 y 30 años." (JOACYA). Gran parte del trabajo preventivo con adolescentes y jóvenes es sostenido por OSC's; incluyendo la provisión regular de preservativos masculinos y lubricantes en lugares amigables.

Como se informara en 2008, el Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación y los Ministerios de Educación provinciales y de la CABA aún no implementan de manera extendida y suficiente el Programa Nacional de Educación Sexual Integral creado por la ley nacional 26150, sancionada en 2006.[38]

✻ Educación sexual ausente. La omisión gubernamental en la implementación efectiva del Programa de Educación Sexual Integral excluye del acceso a información y formación en un tema prioritario a niñas, niños y jóvenes, vulnerando sus derechos.

"No existen estrategias para reducir el aumento del VIH para los/as jóvenes. Si bien desde 2006 existe la Ley de Educación Sexual Integral para que (…) tengan acceso a la información y educación sobre el VIH, aún no se implementó efectivamente en todas las provincias, por lo cual no se garantiza el cumplimiento de este propósito." (RedNac)

Cabe señalar el caso de algunas jurisdicciones, como la de la Ciudad de Buenos Aires, que en 2007 había iniciado junto con OSC's algunas acciones destinadas a los y las adolescentes escolarizados, pero en 2008, con el cambio de la gestión de gobierno, éstas se redujeron e incluso para el año 2010 ha programado una disminución del presupuesto para ejecutar este tipo de actividades.
La omisión gubernamental en la implementación efectiva del Programa de Educación Sexual Integral excluye del acceso a información y formación en un tema prioritario a niñas, niños y jóvenes, vulnerando sus derechos.

✻ Insuficientes, esporádicas, limitadas. Así consideran las organizaciones a campañas de prevención de VIH/sida dirigidas a los jóvenes.

Existe consenso entre las organizaciones informantes en considerar las campañas: insuficientes, esporádicas y de alcance limitado. El trabajo de difusión/sensibilización se basa principalmente en la entrega de folletería y preservativos, ya sea de manera continuada y sistemática o en eventos masivos realizados en fechas conmemorativas. *"Las campañas específicas últimamente se basaron en la distribución de folletería, en sitios puntuales, pero no logran implementarse a través de distintos medios por lo cual siempre el mensaje transmitido queda fuera del alcance de muchos/as jóvenes (…)"* (RedNac.) *"Las campañas de comunicación para difundir la política de la Dirección de Sida y las herramientas preventivas son nulas. La difusión es brindada a través del sitio web y/o de las organizaciones que conocen los recursos. No hemos identificado campañas provinciales o locales de durabilidad e impacto."* (RedAR+).

Insumos Preventivos

Preservativos masculinos y lubricantes están disponibles para su entrega gratuita en centros de atención y hospitales del sistema público de salud. La DSyETS, (preservativos masculinos y lubricantes) y el PNSSyPR, (preservativos masculinos) son las fuentes principales de provisión de estos insumos. La provisión se realiza, mayoritariamente, por la vía de los respectivos programas provinciales de VIH/sida y SSyR.

A su vez, la DSyETS provee preservativos a OSC's y redes para su distribución gratuita; modalidad de trabajo que replican la mayoría de los programas provinciales de VIH/sida. Las organizaciones involucradas en la distribución son de distinto carácter; se incluyen las que nuclean a trabajadoras/es sexuales, trans, gays, mujeres, jóvenes, personas con VIH, como así también comedores comunitarios, sociedades de fomento, organizaciones barriales, clubes, entre otras. Esta estrategia responde a uno de los ejes centrales tanto del PPEN como de la política de la DSyETS: la accesibilidad a los preservativos. En esta línea se promueve la generación de redes de distribución/entrega organizadas en torno a puntos fijos de distribución, que garanticen a los/las usuarios/as la posibilidad de acceso continuado en diversos lugares.

Una investigación [39] realizada por la DSyETS relevó que sólo 6 jurisdicciones adquirieron preser-

vativos para su distribución entre la población; la mayoría de los programas provinciales de VIH/sida sólo cuentan con los insumos provistos por la DSyETS; similar es la situación para los programas provinciales de SSyR.

✻ **Preservativos**. Hubo faltantes y demoras en la entrega de preservativos en las provincias; en especial en los sitios alejados de las ciudades capitales.

Se han reportado dificultades con la logística de distribución entre los programas provinciales y los efectores de las jurisdicciones; en especial los situados fuera de las ciudades capitales y períodos (cortos) sin disponibilidad de insumos. Adicionalmente, de acuerdo a la variación de demanda, los preservativos que se reciben desde la DSyETS pueden resultar insuficientes en algunas jurisdicciones. *"Las mujeres jóvenes y mayores tienen **disponibilidad** en los centros de atención primaria y en algunas asociaciones civiles para acceder a condones masculinos y lubricantes. Durante el año hay carencias no muy prolongadas. Con lo que no se cuenta es con **fácil acceso** para adquirir estos elementos."* (Fundación Huésped- testimonio de un médico infectólogo de Jujuy)

El preservativo femenino no se encuentra disponible para su entrega en efectores del sistema público de salud en todo el país.[40] Su inclusión como insumo preventivo de distribución gratuita es una de las propuestas realizadas; considerando especialmente los efectos de la violencia de género. "*(…) atendiendo a los efectos de la violencia de género en el crecimiento de la epidemia entre mujeres y pensando en promover acciones que posibiliten que las mujeres no dependan de la decisión masculina para la prevención, creemos que es necesaria la distribución del preservativo femenino"*. (AMMAR)

En este sentido, desde la DSyETS se ha comenzado a implementar un proyecto relacionado con el uso del preservativo femenino. *"Con el apoyo de UNFPA, la Dirección Nacional de Sida está planificando una prueba piloto relacionada al uso del preservativo femenino; se ha convocado para la participación de la misma a organizaciones de la Sociedad Civil y al Programa de Salud Sexual y Reproductiva, este último ha tenido una débil participación relacionada a la dificultad que tienen los diferentes Programas del Ministerio de Salud de la Nación en articular acciones en conjunto."* (RAMVIHS)

Si bien los preservativos masculinos (y otros métodos anticonceptivos, incluida la anticoncepción quirúrgica) se encuentran disponibles y garantizada por ley su entrega gratuita, se reportan obstáculos múltiples para el acceso a los mismos; en especial para los/as jóvenes.

El acceso, tanto a preservativos como a otros métodos anticonceptivos, se ve obstaculizado por el predominio de valoraciones de orden moral, de actitudes prejuiciosas y prescriptivas respecto del ejercicio de la sexualidad por parte del personal de los efectores de salud.

✻ **Identifiquese.** Algunos servicios exigían el DNI a las personas que solicitaban preservativos.
En la provincia de Buenos Aires, la Fundación Huésped debió realizar un pedido formal a los programas provincial y nacional de salud sexual y reproductiva para que cese esta práctica y, tras el reclamo, una resolución estableció indicar cuántos preservativos se entregan pero no a quién.

En una encuesta realizada en la provincia de Entre Ríos en el marco del monitoreo de los servicios de salud reproductiva, los jóvenes consultados/as respondieron que *"nunca o casi nunca van al centro de salud porque no les gusta como los tratan allí, entre otras cosas hablaron de que no respetan su privacidad y los acusan de promiscuos/as e irresponsables."* (RedNac). Jóvenes de otras localidades tienen similar consideración sobre la atención recibida. Otro de los principales obstáculos para el acceso a preservativos y otros métodos anticonceptivos por parte de los/las jóvenes deviene de la vigencia del paradigma tutelar sobre los menores (que imputa al Estado y a los

padres la posibilidad de decidir sobre cuestiones atinentes a desarrollo) en las prácticas de un gran número de efectores e integrantes de los equipos de salud y del desconocimiento por parte de los mismos del marco legal vigente.

El decreto reglamentario de la ley 25673 (PNSSyPR) define taxativamente que los/las **adolescentes de 14 y más años pueden acceder a la consulta médica y a la provisión de anticonceptivos sin necesidad de presencia adulta.** Sin embargo, *"si bien la cobertura de preservativos masculinos y lubricantes es gratuita a través del sistema público, las mujeres jóvenes continúan teniendo restricciones para obtener en cantidad suficiente y de modo gratuito a preservativos masculinos y lubricantes en los servicios de salud, ya que aún estando reconocido como derecho por ley 25.673, que pueda concurrir libremente a partir de los 14 años, se les continúa exigiendo acompañamiento de sus padres o adulto responsable"* (RedNac).

> **❝ Por tres forros.** *"No utilizo el servicio del hospital ni la salita porque cada vez que he ido a pedir las pastillas anticonceptivas, me interrogaban como si fuera a cometer un delito". "(en el hospital) preguntan hasta el nombre y dni de tu mamá, o si tenés muchas relaciones durante el mes, para que después te den tres forros"* - ICW ❞

Cuestiones programáticas y burocráticas ligadas al manejo de los recursos de los programas obstaculizan claramente el acceso, no sólo de los jóvenes, sino de toda la población usuaria de servicios.

Entre las primeras se encuentra el requisito exigido en algunos servicios (sin necesidad ni sustento programático) **de presentar documento nacional de identidad y firmar planillas de entrega en el caso de los preservativos entregados por el PNSSyPR; Si bien el PNSSyPR**,[41] desde 2007, definió que la entrega de preservativos debía hacerse a libre demanda y sin registro nominalizado, la práctica referida subsiste en la gran mayoría de los efectores de salud; especialmente en los de primer nivel de atención.

Un ejemplo de las acciones necesarias para garantizar el libre acceso: *"En octubre de 2009, la Fundación Huésped realizó un pedido formal al Sub- Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Provincia de de Buenos Aires y al Programa Nacional de Salud Sexual para que la entrega de preservativos no sea nominalizada. El reclamo fue resuelto con un acuerdo, por el que a partir de ese momento sólo se consignara la cantidad entregada pero no a quién se entregó. Esta resolución fue comunicada en una reunión con referentes regionales de Salud Reproductiva, a los que además se les dio en mano una nota que aclaraba este punto. Este acuerdo facilitará el acceso y distribución de los preservativos para quienes lo soliciten, en especial a los y las adolescentes y jóvenes, ya que pueden hacerlo en forma anónima."* (Fundación Huésped)

Infecciones de transmisión sexual

La disponibilidad de diagnóstico y tratamiento de las ITS en el primer nivel de atención es diferencial según zonas del país y jurisdicciones. La DSyETS provee insumos para el diagnóstico de sífilis y blenorragia y tratamiento para la mayoría de las ITS; cuenta con Recomendaciones para el tratamiento de sífilis en la embarazada y el recién nacido. La prescripción de prueba diagnóstica para detección de sífilis en mujeres embarazadas se incluye como parte de los controles pre natales.

No existen campañas de alcance masivo dirigidas a la prevención de ITS. La DSyETS ofrece solamente a través de su página web materiales de difusión relativos a las ITS e incluye información sobre ellas en los materiales relativos al VIH/sida.

Los efectores de salud deben notificar obligatoriamente algunas de las ITS al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE); para el caso de la sífilis, adicionalmente deben notificar a la DSyETS. **Sin embargo, no todos los profesionales y efectores cumplen debidamente con la notificación.**

En relación con la efectividad de las acciones tanto relativas a la prevención del VIH/sida como de otras ITS, los reportes de estudios de distinto alcance [42] indican que aún subsisten entre los jóvenes, tanto varones como mujeres, importantes niveles de desconocimiento sobre el VIH/sida y otras ITS y desiguales niveles de adopción de prácticas de cuidado.

No se relevaron acciones de monitoreo regular de las acciones en SSyR, VIH/sida e ITS. Para el caso de las dos últimas se dispone de información epidemiológica que registra atraso y subregistro.

Meta 53- *Prevención*

Para 2005, asegurar que por lo menos el 90% de los jóvenes de ambos sexos de 15 a 24 años de edad, y para 2010, por lo menos el 95% de ellos, tengan acceso a la información, la educación, incluida la educación entre pares y la educación específica para jóvenes sobre el VIH, así como a los servicios necesarios para desarrollar las habilidades requeridas a fin de reducir su vulnerabilidad a la infección por el VIH; todo ello en colaboración con los jóvenes, las madres y los padres, las familias, los educadores y el personal de atención de la salud.
La revisión del cumplimiento de esta meta relevó: la existencia de servicios específicos de prevención para mujeres jóvenes y de barreras formales o informales para brindar servicios preventivos (incluyendo información e insumos) a adolescentes menores de edad; la disponibilidad de personal de salud capacitado para brindar consejería en prevención específica para mujeres y la existencia de iniciativas para capacitar a los equipos de salud en esta tarea y la disponibilidad de AHE [43] y tratamiento ARV para profilaxis post exposición sexual.

Servicios de prevención

Como en 2008, en el ámbito público, son escasos los efectores hospitalarios que cuentan con servicios de adolescencia; y de los que tienen muy pocos destinan parte de su tarea a brindar servicios preventivos en VIH/sida. Los servicios de ginecología/obstetricia raramente incorporan actividades preventivo-promocionales entre sus acciones.

Mayormente son las OSC's las que llevan adelante esta tarea; algunas veces, en el marco de las instituciones sanitarias por acuerdos con distinto nivel de formalización con los equipos de salud.

✻ Prevencion delegada.
Los servicios de prevención destinados a mujeres y a jóvenes están principalmente a cargo de organizaciones de la sociedad civil.

Las barreras relativas a brindar servicios de prevención a adolescentes y jóvenes son similares a las encontradas para el acceso a insumos de prevención. Los obstáculos encontrados conjugan, con variaciones jurisdiccionales, prejuicios y discriminación, intervenciones basadas en estereotipos de género, desconocimiento técnico específico y legal y valoraciones morales presentes en las prácticas de algunos integrantes de equipos de salud. *"La mayoría de los servicios de salud sexual y reproductiva existentes han descuidado en gran parte las necesidades en esta esfera de los/as adolescentes como grupo. Los centros de salud no disponen de acciones de conserjería para adolescentes ni espacios especiales para su atención. La mayoría de las adolescentes mujeres que fue a parir a un hospital público no tuvo trato especializado."* (RedNac)
La existencia de equipos capacitados para trabajar específicamente con mujeres y con jóvenes es deficitaria. Si bien se relevan algunos esfuerzos por avanzar en la capacitación de integrantes de equipos de salud en consejería, estos resultan asistemáticos e insuficientes.

"La actualización y capacitación del personal de salud es una deuda pendiente en las políticas de salud, mucho más cuando se trata de MVVS, quienes siguen siendo estigmatizadas por el personal de salud, y los servicios de consejería, llegando incluso a sentir que por vivir con VIH, no tienen derecho a tener una vida sexual plena. (…) Es para destacar que en algunos servicios de salud existen fuertes prejuicios sobre la sexualidad de

las mujeres que viven con VIH." (Red Bonaerense de PVVS)

La estrategia mayormente utilizada por las organizaciones es la identificación y fortalecimiento de relaciones con profesionales capacitados y sensibilizados y con servicios amigables, y la derivación hacia ellos de la población con la que trabajan. Esta estrategia resulta limitada, tanto por la escasez de dichos profesionales y servicios, como por los alcances poblacionales y territoriales acotados. **Por otra parte el efectivo goce de derechos depende únicamente de cuestiones de compromiso personal de los integrantes de los servicios de salud; sin poder avanzar en estrategias inclusivas de promoción y efectivo ejercicio de derechos;** y menos aún en políticas públicas universales y no discriminatorias.

> **❝ Servicios poco amigables.** *"Los centros de salud no disponen de acciones de conserjería para adolescentes ni espacios especiales para su atención. La mayoría de las adolescentes mujeres que parieron en un hospital público no tuvo trato especializado"* - RedNac ❞

Protocolos de atención a víctimas de violencia sexual

A la fecha de esta publicación, no existe en Argentina un protocolo nacional que normalice la atención a las mujeres víctimas de violencia sexual y que especifique la provisión de AHE (anticoncepción hormonal de emergencia) para prevención de embarazos, de la Profilaxis Post Exposición para prevención del VIH y la atención psico-social. Sin embargo, tal como fue mencionado, durante el 2009 el PNSSyPR y la DSyETS elaboraron una versión de protocolo nacional, sobre la que han expresado su opinión algunas OSC's. Según nos informaron responsables de esas direcciones, actualmente se encuentra en la fase última de diseño y será publicado y difundido en 2010.

La AHE es provista por el PNSSyPR como parte de los métodos anticonceptivos brindados por el programa; su distribución fue aprobada por Resolución Ministerial en 2007, siendo su disponibilidad en los servicios de salud desigual debido a mitos y prejuicios sobre su carácter anticonceptivo o abortivo y a los mismos problemas de logística que afectan a la disponibilidad de preservativos en los efectores de salud alejados de las ciudades capitales se presentan para los métodos anticonceptivos provistos por el PNSSyPR. Cabe considerar que la alternativa que ofrece el método de Yuspe tampoco tiene uso extendido; estando los anticonceptivos orales disponibles en los efectores.

> **❝ Falta de capacitación.** *"En algunos servicios de salud existen fuertes prejuicios sobre la sexualidad de las mujeres que viven con VIH."* - Red Bonaerense de PVVS ❞

Respecto a la profilaxis ARV, por disposición del entonces PNLRHS de 2001, los efectores deben contar con un kit preventivo para un mes de tratamiento. Generalmente este insumo, de estar efectivamente disponible, lo está en los efectores hospitalarios y no en los centros de atención primaria. En algunos lugares del país, el acceso a esos efectores significa recorrer grandes distancias.

La aplicación de la profilaxis post exposición pareciera tener mayor presencia en situaciones de violencia sexual que en la atención de accidentes (rotura del preservativo o relaciones sexuales sin protección) que expongan a las mujeres, varones y trans.

La profilaxis post exposición *"no está a disposición en caso de solicitarlo una mujer o joven que concurre a la consulta por haber mantenido relaciones sexuales sin protección."* (Red Bonaerense de PVVS). *"Identificamos en forma aislada protocolos de profilaxis pos exposición en algunas localidades que han alcanzado un gran trabajo de articulación y han realizado un sistema de referencia en abusos sexuales, generalmente estas redes son intersectoriales lideradas por mujeres militantes."* (RedAr+)

Meta 54-
Prevención

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

El cumplimiento de esta meta relevó: disponibilidad de información, consejería y pruebas de detección de VIH en los servicios públicos y privados que atienden mujeres embarazadas; ofrecimiento y disponibilidad de tratamiento para prevenir la transmisión vertical, apoyo psicosocial y orientación para la alimentación de sus hijos/as y sucedáneos de leche materna. Orientaciones anticonceptivas para mujeres con VIH; política nacional respecto del aborto y percepción de la opinión pública respecto del derecho de una mujer con VIH a interrumpir la gestación.

Transmisión Vertical

Desde 1996, el país estableció la oferta de testeo a mujeres embarazadas y tratamiento ARV destinado a prevenir la transmisión perinatal del VIH. La ley nacional 25543 ratifica la obligatoriedad de los profesionales médicos de ofrecer el test diagnóstico a las mujeres embarazadas bajo normas de asesoramiento y confidencialidad. El tratamiento está disponible, al igual que la leche de fórmula, para los/as hijo/as de madres que viven con VIH hasta que cumplan seis meses de edad.
Se presentan desigualdades y disparidades jurisdiccionales respecto de la disponibilidad de diagnóstico oportuno y asesorado; asociados a la extensión desigual de las redes de laboratorios, a la capacidad de procesamiento de muestras de los mismos y al escaso desarrollo que se releva para las actividades de consejería.

La ausencia o el bajo nivel de desarrollo de la consejería relacionada con el test diagnóstico es un problema relevado no sólo en relación con mujeres embarazadas sino en relación con otros/as usuarios/as de los servicios de salud. *"En el único caso que se da prioridad en la oferta del test de VIH a mujeres es cuando están embarazadas, siguiendo el modelo de mujer envase y buscando evitar la transmisión vertical."* (RAMVIHS)

> **"Mujer envase.** *"En el único caso que se da prioridad en la oferta del test de VIH a mujeres es cuando están embarazadas, siguiendo el modelo de mujer envase y buscando evitar la transmisión vertical."* - RAMVIHS"

"Desde el año 1997, se aplica un protocolo a toda mujer embarazada que concurre a la consulta por primera vez, ofreciendo el test de VIH con consejería previa. Si el resultado es positivo se implementa el protocolo de profilaxis, para prevenir la transmisión vertical. (…) habiendo mejorado en los últimos años esta metodología ***y debemos reconocer que es uno de los métodos más fuertes implementados en todos los niveles de atención a nivel nacional;*** *el problema es cuando la mamá no llega a los controles y va directamente a tener al bebé, enterándose en el parto de su diagnóstico."* (Red Bonaerense de PVVS)

Respecto de la provisión de sucedáneos de la leche materna, se presentan en ocasiones problemas relacionados con la logística de distribución desde los efectores de nivel central provinciales hacia efectores del resto de las jurisdicciones.

Salud sexual y reproductiva de las MVVS

La oferta anticonceptiva para mujeres viviendo con VIH y el abordaje de los cuidados en salud

sexual en general se presenta como un tema altamente conflictivo y atravesado, en ocasiones, por prejuicios y actitudes estigmatizantes y discriminatorias por parte del personal y los servicios de salud, sumando padecimientos innecesarios a las mujeres que viven esto en "silencio" por la dificultad de encontrar interlocutores que puedan considerar sus necesidades y deseos.

El único avance reconocido en este sentido es la elaboración de la mencionada "Guía para la atención integral de mujeres con infección por VIH"; que incluyeron por primera vez aspectos ligados al seguimiento y cuidado clínico-ginecológico de la mujer con VIH, opciones anticonceptivas para personas con VIH, consulta preconcepcional en mujeres con VIH, tratamientos recomendados para ITS, reproducción en el marco de la infección por VIH y aspectos legales[44].

Sin embargo, el impacto de estas recomendaciones aún no ha cristalizado en la atención de los servicios de salud; donde **es persistente la indicación del uso del preservativo como el único método para PVVS y la doble protección no se promueve ni trabaja regularmente.** Un estudio realizado por FEIM (2009)[45] indica que de 65 MVVS entrevistadas que utilizan algún método anticonceptivo, apenas 13 usan doble protección, principalmente preservativo asociado a pastillas anticonceptivas; mientras que casi la totalidad de las MVVS utilizan sólo preservativo. *"En este grupo prevalece el uso de preservativo porque es el método que se indica en las relaciones sexuales en el caso de MVVS, prevaleciendo por su condición de prevención del VIH más que por su condición de anticonceptivo. Por eso, en esta variable también se registran diferencias con la tendencia observada en otros estudios en la población general (…)"* (FEIM:2009)

Se observa, entonces, que el consejo médico no contempla la diversidad de las necesidades de las PVVS; las cuales pueden referir el interés de tener hijos o presentar dificultades reales (que muchas MVVS expresan) para conseguir que sus compañeros acepten siempre el uso del preservativo. *"Por lo general todavía existe un rechazo a hablar de métodos anticonceptivos (salvo el preservativo) o de su salud sexual y reproductiva con mujeres que viven con VIH. Cualquier consulta al servicio de Planificación Familiar ya sea para cuidarse o para quedar embarazada, se deriva inmediatamente a Infectología. (…) Te sugieren abstenerte de tener hijos y muchas veces se juzga fuertemente la decisión de tenerlos. (…) No se habla del concepto de doble protección. Poco se explica sobre el correcto uso del preservativo ni se informa sobre la reinfección."* (Red Bonaerense de PVVS)

✻ Sexualidad y VIH. La sexualidad de las mujeres viviendo con VIH es un tema altamente conflictivo para el personal de salud y está atravesado por prejuicios y actitudes estigmatizantes y discriminatorias.

"En cuanto a recomendaciones de métodos anticonceptivos, no hay muchas oportunidades para poder hablar abiertamente de la vida sexual de las mujeres positivas, ni siquiera un médico especializado en ginecología para que pueda realizar un chequeo general (…)." (RedAR+)

"La orientación anticonceptiva para las MVVS de parte de los profesionales de la salud se limita al uso del preservativo masculino en todas las relaciones sexuales. (…) Desde la Red Argentina de Mujeres Viviendo con VIH/sida impulsamos la doble protección debido a que muchas mujeres no logran negociar el uso del preservativo con sus parejas o ellas deciden no usarlo. No es bien visto por parte de los servicios de salud que las MVVS solicitemos píldoras anticonceptivas o DIU, nos dicen por ejemplo que el DIU baja las defensas, o que las píldoras están contra indicadas con la medicación ARV. Existe violencia institucional hacia las MVVS de parte de los servicios de ginecología y obstetricia al momento de solicitar otros métodos anticonceptivos y manifestar el deseo de tener hijas/os.(…). Las MVVS necesitamos programas de planificación familiar donde se tenga en cuenta no sólo a la mujer sino también a nuestra pareja. (…) A algunas de nuestras compañeras les han ofrecido la ligadura de trompas para evitar que tengan hijas/os." (RAMVIHS)

En la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud se

observa que del total de la muestra, el 23% de las mujeres usan el preservativo como método anticonceptivo, el 17,5% la píldora y el 8% el DIU. "Es importante remarcar que sólo una mujer encuestada utiliza DIU, lo que puede deberse a la resistencia de los/as profesionales a indicar ese método en las MVVS debido a la creencia errónea de la producción de co-infecciones agregadas y/o posibles infecciones que puede causar el uso del DIU en las MVVS (UNGASS 2008, IPAS 2006) (…) Respecto a la ligadura tubaria, dos mujeres (en un total de cuántas? Es la misma muestra?) la refieren, esto refleja una mayor proporción del uso de este método que en la población general, lo cual coincide con hechos registrados (Bianco, Ré y Acerbo 2000) y evidencia como en las MVVS hay una tendencia de los/as profesionales del sector salud a indicar la ligadura tubaria como forma de prevenir la transmisión del VIH a los/as hijos/as, algo inconcebible con la disminución de la transmisión vertical con la prevención con antirretrovirales. (…)" (FEIM, 2009)

Es evidente que **existe un prejuicio implícito: no se considera razonable que una MVVS tenga hijos, por lo tanto, existe la tendencia (no declarada pero real) a desalentar el embarazo y en algunos casos la actividad sexual de las MVVS. (FEIM, 2006). Por ello, la elaboración de la Guía de Atención Integral para mujeres que viven con VIH es reconocida por las MVVS como un avance en la instalación de la temática en la agenda de atención al VIH/sida.**

> **"Maternidad**. *"Te sugieren abstenerte de tener hijos y muchas veces se juzga fuertemente la decisión de tenerlos."* -
> Red Bonaerense de PVVS"

Continúa siendo restrictivo el acceso a la fertilización asistida. *"En el caso de las parejas serodiscordantes existe en un solo hospital de CABA un protocolo para inseminación asistida y lavado de esperma."* (RAMVIHS).

"(…) se ignora además el conocimiento técnico legal que efectivamente manejan los equipos y efectores de salud, aunque se pueda llegar a vislumbrar que la falta de información adecuada pueda operar como una posible causa del problema, ya que un conocimiento correcto y acabado de las herramientas ético-legales debería facilitar el efectivo goce del derecho a la planificación familiar y reproducción libre, esclarecida y responsable" (Fundación Huésped)

Aborto

Respecto del aborto el país continúa con su política restrictiva. *"Hay muchas mujeres que viven con VIH que no pueden negociar el preservativo con sus parejas y no acceden a ningún método anticonceptivo, teniendo embarazos no deseados; sin saber a donde recurrir, comienzan una procesión para buscar en forma clandestina la realización de un aborto"*(Red Bonaerense de PVVS). Esta situación tiene impacto negativo sobre la salud de las mujeres, especialmente de las MVVS: "(la penalización) *obliga a mujeres en situación de pobreza a prácticas caseras para provocar el aborto poniendo en riesgo su vida. En el caso de las MVVS el riesgo es mayor dependiendo del recuento de CD4"* (RAMVIHS)

> **"Aborto y riesgo de vida.** *"Existen numerosos casos de mujeres para quienes la continuación del embarazo significa un riesgo para su vida y/o su salud, y, a pesar de constituir esa circunstancia también una causal de aborto legal admitida por ley, es casi imposible obtener el acceso a servicios de salud que lo efectivicen."* (CDD)"

La realización de los abortos considerados no punibles encuentra resistencias en el ámbito de los servicios públicos de salud y los/as integrantes de los equipos de salud continúan apelando a la innecesaria autorización judicial ante las solicitudes que se les presentan por parte de las mujeres. [46]

"(…) continúan repitiéndose en Argentina dificultades en cuanto a la interpretación que se hace desde los sectores médicos y jurídicos (…), lo que ha llevado en repetidas ocasiones a que muchas mujeres sean judicializadas o privadas del acceso al Aborto No Punible (ANP) que contempla la ley." "Las dificultades para acceder al aborto legal no sólo son padecidas por mujeres

con discapacidades, que han sido violadas. Existen numerosos casos de mujeres para quienes la continuación del embarazo significa un riesgo para su vida y/o su salud, y, a pesar de constituir esa circunstancia también una causal de aborto legal admitida por ley, es casi imposible obtener el acceso a servicios de salud que lo efectivicen." (CDD)

Como se planteaba en 2008, respecto a la atención post aborto, cabe señalar que las MVVS viven la misma suerte que el resto de las mujeres de la Argentina. La no atención humanizada post aborto y según normativa vigente afecta a todas las mujeres, vivan o no con el VIH/sida. Esto significa que en general todas las mujeres deben reclamar esta atención en los hospitales públicos.
Durante el período, la provincia de Santa Fe sancionó una ley de adhesión al protocolo nacional de atención post aborto; que se suma a los protocolos propios existentes en la CABA y la Provincia de Buenos Aires desde mediados de 2007.

Asimismo, el Ministerio de Salud de la Nación elaboró Guías para su atención que difundió en enero de 2008 y que aún no se implementaron. *"En relación a casos de Aborto no punible (ANP) en el marco del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en diciembre de 2007 se trabajó en una resolución ministerial la distribución de la Guía Técnica para la Atención de los Abortos No Punibles al sector salud, que indica los procedimientos clínicos y quirúrgicos recomendados por la OMS para la interrupción de un embarazo, incluido el aborto con medicamentos. El documento apunta a clarificar la aplicación de la ley penal, "no es necesaria la autorización judicial" en los casos en que las mujeres solicitan un aborto en los términos permitidos por la ley, cabe aclarar que a raíz del cambio de gestión ministerial este documento nunca logró convertirse en resolución Ministerial (…)."* (CDD)

Meta 59-
Derechos humanos

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

La revisión del cumplimiento de la meta relevó existencia de: políticas y programas gubernamentales destinados a la promoción de los derechos de las mujeres y de organismo coordinador; incluyendo análisis de efectividad, fortalezas y debilidades de su implementación; acciones de fortalecimiento de mujeres desarrolladas en conjunto con el Programa de VIH/sida o con el Programa de Salud Reproductiva y obstáculos y facilitadores de la implementación. Estrategias para promover la responsabilidad compartida de hombres y mujeres respecto del sexo seguro; incluyendo evaluación de cobertura, efectividad y adecuación al contento de las relaciones de género. Estrategias gubernamentales especificas para fortalecer la capacidad de decisión de las mujeres en lo que respecta a asuntos de su sexualidad y prevención del VIH y otras ITS. Estrategias especificas de protección de los derechos de las mujeres trabajadoras y de las mujeres trabajadoras con VIH; de reportes de acoso laboral para las mujeres Viviendo con VIH.

Políticas y programas destinados a la promoción de los derechos de las mujeres

En términos formales el país cuenta con iniciativas fragmentadas, aisladas e incluso, en ocasiones, contradictorias respecto de la promoción de los derechos de las mujeres. **Estas iniciativas no logran ganar escala territorial ni poblacional y tienen escasa visibilidad pública.**

Como en 2008, se continúa en una situación de escasos avances respecto de la efectiva imple-

mentación de políticas y acciones relacionadas con la promoción y protección de los derechos de las mujeres. Si bien el país cuenta con un marco normativo-legal que, por vía de la ratificación de pactos, tratados y convenciones internacionales, de su incorporación con rango constitucional a la Constitución sancionada en 1994 y de la sanción legal de iniciativas generadas en el nivel nacional, protege y promueve derechos de mujeres y niñas, su **efectiva implementación es aún una deuda pendiente.**

✻ **Derechos de las mujeres.** Los servicios de asistencia y promoción de derechos de las mujeres continúan siendo escasos y se mantienen prácticas institucionales que vulneran esos derechos.

Las características de los contextos nacional y provinciales, la disponibilidad de recursos tangibles e intangibles para la gestión, la presencia de criterios no siempre compartidos y especialmente el nivel de compromiso político con la institucionalización de mejoras en la situación de las mujeres resultan en un dispar avance en el territorio nacional respecto del efectivo goce de derechos por parte de las mujeres. **Se releva la escasez o ausencia de servicios de atención tanto en aspectos asistenciales como promocionales, que trabajen efectivamente con las mujeres el ejercicio de derechos. En ocasiones, las mismas prácticas institucionales son visualizadas como vulneradoras de los estos derechos.** *"(…) las pocas experiencias exitosas de atención amigable están ligadas a las acciones de sensibilización que llevamos adelante desde la sociedad civil y que muchas veces derivan en acuerdos con profesionales puntuales y pocas veces en acuerdos institucionales que perduren en el tiempo."*(AMMAR)

Promoción de derechos de las mujeres y programas de VIH/sida y de Salud Reproductiva

La fragmentación y a veces, superposición de las acciones vinculadas a la promoción de derechos de las mujeres, se extiende a las acciones que implementan en sus respectivos ámbitos de competencia la DSyETS y el PNSSyPR, especialmente en los aspectos referidos al trabajo conjunto. En este sentido poco parece ser el adelanto o la mejora respecto de lo evaluado en 2008.

❝ **Aislados.** *"La desarticulación entre los servicios de salud sexual y los de VIH/SIDA es una constante en todas las jurisdicciones y en todos los niveles: municipales, provinciales y nacional."* - Red Bonaerense de PVVS ❞

Tal lo planteado en la **META 52**, existe en la formulación de la política de VIH/sida la intencionalidad de articular acciones con el PNSSyPR, al menos en la definición de contenidos relacionados con la promoción del sexo seguro, pero la *"desarticulación entre los servicios de SSyR y los de VIH/sida es una constante en todas las jurisdicciones y en todos los niveles, Municipales, Provinciales y Nacional y es difícil obtener un espacio de participación en la planificación de acciones"* (Red Bonaerense de PVVS). *"En Argentina existen datos limitados en cuanto al riesgo principal y a los factores de vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH. Esto se debe principalmente a la inexistencia de estrategias de prevención del VIH basadas en el género dentro del programa gubernamental de prevención del VIH, en su lugar, los mensajes y las intervenciones son comunes a toda la población"* (RAMVIHS)

Responsabilidad compartida de hombres y mujeres respecto del sexo seguro

Continúa, tal como se planteara en 2008, la ausencia de estrategias de trabajo que promuevan la responsabilidad compartida de hombres y mujeres respecto al sexo seguro. No obstante ello, estas estrategias se visualizan como necesarias tanto desde los/as jóvenes como desde las MVVS.

"No existen estrategias de trabajo que promuevan la responsabilidad compartida de hombres y mu-

jeres respecto al sexo seguro. Hay una cantidad de publicaciones y programas a niveles locales y nacional que hablan y llevan adelante un discurso con respecto al sexo seguro pero en la práctica seguimos viendo que la mayor vulnerabilidad la tienen la mujer y su subordinación." (Red Bonaerense de PVVS). "Es muy importante incorporar a los varones para que respeten la libre determinación de las mujeres y compartan con ellas la responsabilidad en lo referido a la sexualidad, la procreación y la planificación familiar. Para lograr cambios en este sentido es necesario romper el mito que considera la reproducción y sus procesos como tema exclusivo de las mujeres y enfatizar el papel de los varones como autores, protagonistas y responsables junto con la mujer. En el ámbito de los servicios que atienden la salud sexual y reproductiva, este cambio debe comenzar con la creación de un espacio para las parejas, ya que hablar de 'responsabilidad compartida' carece de sentido si se excluye al varón y sólo se considera a la mujer en compromiso de embarazo, teniendo en cuenta además, que los servicios de salud reproductiva existentes han ido reproduciendo esta concepción de brindar un espacio exclusivamente para mujeres". (RedNac)

Fortalecimiento de la capacidad de decisión de las mujeres sobre su sexualidad y prevención del VIH y otras ITS.

Las escasas acciones emprendidas respecto del fortalecimiento de mujeres para el ejercicio de derechos, no incluyen estrategias ni acciones eficaces para fortalecer la capacidad de decisión respecto de la salud sexual en perspectiva integral (cuidados anticonceptivos más prevención de VIH y otras ITS). Esta omisión resulta preocupante toda vez que son las mujeres quienes, generalmente, deben asumir solas las decisiones respecto de las relaciones sexuales protegidas. *"La* **toma de decisión** *respecto de las relaciones sexuales protegidas o no, estuvo a cargo de las mujeres en un 58.4%, siendo acompañadas por sus parejas sólo el 22.8% (...)."* (FEIM:2009)

"Hay algunas estrategias que el Ministerio de Salud y el Programa Nacional de Sida están llevando adelante, como una publicación específica hacia mujeres, folletos y alguna idea de introducir el preservativo femenino como otro método de prevención; pero estas estrategias no llegan ni alcanzan a toda la población y como sabemos el VIH y las ITS afectan generalmente a los sectores más pobres y vulnerables." (Red Bonaerense de PVVS)

El mismo estudio desarrollado por FEIM en relación con MVVS y violencia de género revela la necesidad de emprender acciones urgentes para fortalecer y acompañar la capacidad de decisión de las mujeres: *"La violencia hacia las mujeres dentro de la pareja se manifiesta también en el obstáculo para el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos por parte de sus parejas. Aún cuando una mujer pueda tener acceso a información sobre preservativos y MAC (métodos anticonceptivos), dentro de una relación violenta no tiene capacidad para pedir o negociar su uso, incluso en muchos casos el intento de negociación desencadena abusos físicos, verbales y sexuales por parte de su pareja."* (FEIM:2009)

La situación resulta agravada si se considera que *"Ninguna de las entrevistadas refirió haber usado el preservativo como método de protección previo al diagnóstico de VIH/sida. (…) La mayoría de las entrevistadas nunca recibió asesoramiento ni orientación acerca del uso del preservativo previo al diagnóstico (…). La falta de información u orientación acerca de las formas de transmisión del VIH, de la sexualidad y del uso del preservativo (…) fue señalada por las mujeres como la principal razón para su falta de cuidado."* Aún cuando logran avanzar en la decisión de adoptar prácticas de cuidado basadas en el uso del preservativo, se presentan obstáculos: *"Muchas de las mujeres señalaron las dificultades encontradas al momento de implementarlo con sus parejas, evidenciando que la utilización del preservativo no sólo depende de la información a la cual se acceda sino de la posibilidad de apropiarse de la misma a partir del empoderamiento de la mujer y la conciencia sobre sus derechos sexuales y reproductivos."* (FEIM: 2009)

Derechos laborales de las mujeres

La protección de derechos laborales reconoce por

igual a varones y mujeres; en consonancia con los lineamientos internacionales brindados por OIT se alienta la no discriminación y la igualdad de trato y oportunidades. Como se mencionara, en la órbita del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social funciona la CIOT. **La ley organizadora del derecho laboral para los/as trabajadores/as formales reconoce protecciones específicas para las mujeres en situación de maternidad** (durante el embarazo y el período de lactancia); penando económicamente a los empleadores en caso de despido y contemplando la reserva obligatoria de puestos de trabajo.

No obstante ello, una gran mayoría de las mujeres trabajadoras no se encuentra contemplada en este régimen laboral, que en gran medida trabajan en el sector informal y especialmente en el servicio doméstico.

> **❝ En riesgo por el estigma.**
> *"Durante la epidemia de la Gripe A se dio licencia a mujeres embarazadas y personas inmunodeprimidas; lamentablemente la gran mayoría de las mujeres viviendo con VIH, que tienen trabajo, no pudo gozar de este beneficio para no develar su diagnóstico en sus lugares de trabajo por causas relacionadas al estigma y la discriminación."* - RAMVIH ❞

No se relevaron instrumentos de protección específica para las mujeres que viven con VIH (tampoco para los varones). La prohibición de incluir el test diagnóstico no consentido por iniciativa de los potenciales empleadores/as resulta una protección que busca promover la incorporación al mercado de trabajo; la existencia de una ley antidiscriminatoria protege el ingreso y la permanencia de los/as trabajadores/as que viven con VIH en sus empleos. Ambas medidas resultan de carácter general, aplicables a la situación laboral y de cumplimiento muy irregular por parte de los/as empleadores/as, el mismo Estado como empleador no lo respeta.

En relación con el ámbito laboral RAMVIHS explica: *"Durante el invierno del 2009 y debido a la epidemia de la Gripe A en nuestro país, se dio licencia a mujeres embarazadas y personas inmunodeprimidas; lamentablemente la gran mayoría de las mujeres viviendo con VIH, que tienen trabajo, no pudo gozar de este beneficio debido a que no develan su diagnóstico en sus lugares de trabajo por causas relacionadas al estigma y la discriminación."*

Una protección adicional que deriva de la incorporación al mercado formal de trabajo es la posibilidad de contar con cobertura médico social de la Seguridad Social mediante la afiliación a una Obra Social. Por ley sancionada en 1995, éstas tienen la obligación de cubrir los tratamientos ARV y de eventos oportunistas sin costo adicional para las personas que viven con VIH. Además, están obligadas a mantener la confidencialidad respecto del status serológico de sus afiliados/as.

No se cuenta con datos sobre acosos laborales para las MVVS, no obstante los relatos de las personas con VIH, incluyendo las MVVS, dan cuenta de situaciones de discriminación laboral basadas en la condición de seropositividad; que se presentan tanto por la realización de test no consentidos y no incorporación ante resultados positivos como por despidos al conocerse su condición de VIH positivo. *"(…) Nos encontramos que la mayor cantidad de mujeres que trabajan lo hacen en espacios donde sus derechos son vulnerados y explotados, con bajos salarios, sin cobertura social y si su diagnóstico es conocido por el empleador se abusan de diferentes maneras argumentando que es el único trabajo que podrá tener, se han registrados abusos físicos, sexuales, verbales, o de echarlas del trabajo sin reconocer ni siquiera el salario de lo trabajado."* (Red Bonaerense de PVVS)

Meta 60- *Derechos humanos*

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

La revisión del cumplimiento de la meta relevó: la existencia de directivas gubernamentales para educación que busquen promover la igualdad entre los sexos y su cobertura y efectividad. El abordaje de las desigualdades de género en los programas educativos gubernamentales para el VIH/sida. La existencia de barreras legales o tradicionales que limiten a las mujeres jóvenes para obtener cuidados en SSyR y tratamiento ARV.

Educación Sexual Integral

Pese a que desde 2006 el país cuenta con la ley 26150 que crea el Programa de Educación Sexual Integral, aún no se ha implementado a nivel nacional por lo que aún no se puede evaluar el impacto de las acciones. Si bien el Ministerio de Educación de la Nación ha elaborado el programa y los contenidos, las provincias aún no lo están implementando. La Ciudad de Buenos Aires que había iniciado acciones en 2007, en 2009 ha sufrido un importante retroceso. Atento en 2008, en México, los ministros de Educación y de Salud de los países de la región firmaron un acuerdo para implementar la educación sexual. En Argentina los avances han sido escasos. La falta de decisión política del gobierno nacional y de la mayoría de los gobiernos provinciales, sumado a la fuerte presión de los sectores conservadores religiosos o no, constituye el principal obstáculo.

✻ **En espera.** A casi cuatro años de su sanción, el país aún no ha implementado efectiva y sustentablemente la Ley 26150 que creó el Programa de Educación Sexual Integral, por lo que todavía no puede evaluarse su impacto.

Si en el ámbito educativo no se relevaron avances significativos en relación con la promoción de la igualdad de género y la consideración y el respeto por la diversidad, en el ámbito de los programas de VIH y SSyR y de los servicios de salud los avances tampoco son significativos, especialmente en el espacio de las prácticas del sistema sanitario. *"El abordaje de género es más una postura individual de parte de los profesionales, aunque reconocen que hay acciones recientes que contemplan las desigualdades de género."* (CDD)

Barreras al acceso a servicios de SSyR y VIH/sida

Existe consenso en reconocer, tal como se planteara en las **METAS 52, 53 y 54,** que los obstáculos para el acceso a servicios de prevención, promoción y asistencia en VIH/sida y SSyR no derivan de los marcos legales. El país cuenta con legislación protectora de derechos en relación con el acceso de medicamentos, insumos anticonceptivos, anticoncepción quirúrgica, diagnostico y tratamiento de VIH y otras ITS; adhirió y/o sancionó leyes y otras normativas legales garantes de derechos (civiles, sociales, políticos, humanos e inclusive los de cuarta generación, la identidad entre ellos).

✻ **Rechazo y criminalización.** Son la principal barrera que impide a las personas trans el acceso a los servicios de prevención, promoción y asistencia en VIH/sida y salud sexual.

"Las leyes contemplan el acceso de las mujeres jóvenes al cuidado de su salud sexual y reproductiva pero son las normas socioculturales, enraizados en los servicios y en los mismos efectores de salud, las que muchas veces imponen límites a este acceso en la práctica" (Fundación Huésped)

Los obstáculos se vinculan con cuestiones de prejuicio, estigma y discriminación; cuestiones administrativo-burocráticas de los programas y efectores; razones de logística de insumos; deficiente capacitación de los equipos de salud en temas propios de su disciplinas y en temas legales; concurrencia de diferentes niveles de gobierno; ausencia de controles y monitoreo sistemático que permitan corregir los aspectos restrictivos de los servicios de salud y educativos, entre otros.

❝ **Transfobia.** *"Las personas trans no terminan la escuela secundaria producto de la transfobia que existe en esos ámbitos"* - ATTTA ❞

Una parte importante de ellos fueron listados en el análisis de las METAS 52, 53, 54 y 59. Se agregan a éstos la "transfobia" o rechazo a las personas trans relevada en el ámbito educativo [47]; y las *"reglamentaciones que criminalizan a las MTS; los códigos contravencionales y los códigos de convivencia están fundados en el estigma y la discriminación (…)"* (AMMAR). La criminalización alcanza también a las transgéneros. En relación con los códigos contravencionales, un estudio de IGLHRC respecto de las legislaciones provinciales identificó que aún en ocho jurisdicciones provinciales [48] el travestismo se encuentra penalizado por los Códigos de Faltas o Contravencionales.

Meta 61- *Derechos Humanos*

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

✻ **VIH+Violencia.** Nueve de cada diez mujeres que viven con VIH padecieron algún tipo de violencia (en general, varias formas de violencia asociadas) a lo largo de su vida, de acuerdo con un estudio de **FEIM**. La investigación demostró la condición de mayor vulnerabilidad frente al VIH/sida de las mujeres víctimas de violencia.

La revisión del estado de situación y avances en el cumplimiento de la meta relevó: la cobertura y efectividad de las iniciativas gubernamentales para impedir la violencia de género; la disponibilidad de protocolos y recursos para la atención de víctimas de violencia sexual; la existencia de campañas (incluyendo su efectividad y pertinencia de contenidos) y la implementación de acciones de monitoreo gubernamental y de la sociedad civil sobre las acciones relativas a impedir la violencia contra mujeres y niñas y la explotación sexual.

Violencia contra las mujeres

Como se menciona en la **META 59**, el país cuenta con un marco normativo-legal que promueve la erradicación de la violencia de género, protege y promueve derechos de mujeres y niñas y penaliza la trata de personas, a la vez que busca asistir y proteger a las víctimas. Sin embargo, **su efectiva implementación a nivel nacional es aún una deuda pendiente.**

El marco legal vigente referenciado en el Informe 2008, se amplió en marzo 2009, con la sanción de la ley nacional 26485 sobre Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las Mujeres en los ámbitos en los que desarrollen sus relaciones interpersonales. La norma establece al Consejo Nacional de la Mujer (CNM) como el organismo encargado del diseño de las políticas públicas para efectivizar las disposiciones de la ley; y le confiere, entre otros mandatos, acciones de diseño y monitoreo de un Plan Nacional de Acción para la Prevención, Asistencia y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres; desarrollo de servicios preventivos-asistenciales y registro y monitoreo de situaciones de violencia contra las mujeres y acciones implementadas. Crea asimismo, un Observatorio de Violencia contra las Mujeres. El CNM se encuentra realizando rondas de consulta para la reglamentación de la norma pero **aún no se ha reglamentado a un año de la sanción de la Ley.**

Los programas de prevención y asistencia actualmente vigentes resultan insuficientes; al igual que las campañas[49] destinadas a sensibilizar e instalar la temática en la agenda pública. Han sido las OSC's, particularmente las incorporadas al movimiento de mujeres, las que han logrado durante el período instalar y sostener en al agenda pública la magnitud que cobra la violencia contra las mujeres, tanto en lesiones como en muerte de mujeres

a causa de la violencia de género.

El CNM si bien implementa algunas actividades de asistencia técnica y capacitación a organizaciones de gobiernos provinciales y municipales **no ha logrado liderazgo en la temática ni trabajar en la definición de políticas proactivas para erradicar la violencia de género o al menos mitigar sus impactos.**

Resultan prácticamente inexistentes las acciones destinadas a abordar la relación violencia contra las mujeres y VIH/sida. Desde 2008, FEIM desarrolló un estudio para explorar la existencia de situaciones de violencia en mujeres que viven con VIH/sida y la vinculación entre ambos [50]; sus principales hallazgos indican que 9 de cada 10 MVVS padeció algún tipo de violencia (en general, varias formas de violencia asociadas) a lo largo de su vida, y que el 80% padeció violencia antes de su diagnóstico de VIH; dejando de manifiesto **la condición de mayor vulnerabilidad frente al VIH/sida de las mujeres víctimas de violencia.**

✻ **Sin datos**. La ausencia de sistemas de información sobre la situación de violencia contra las mujeres y de monitoreo de acciones se mantiene sin modificaciones.

La atención de la problemática como así también el desarrollo de normativas, la disponibilidad de servicios de prevención y asistencia y de otros recursos es desigual en el territorio nacional; incluso dentro de las jurisdicciones provinciales, las grandes ciudades tienden a concentrar los escasos recursos existentes. En 2008, comenzó a funcionar la Oficina de Atención a la Víctima dependiente de la Corte Suprema de Justicia de la Nación; pero su accionar se extiende sólo al territorio de la Ciudad de Buenos Aires. Algunas jurisdicciones disponen de: comisarías destinadas a recibir y atender denuncias relacionadas con la violencia de género (Comisarías de la Mujer); dependencias ministeriales, programas u oficinas para la atención de la violencia contra las mujeres; al igual que algunos municipios. La realidad, cobertura y calidad de los servicios es muy dispar y con baja cobertura.

La ausencia de un sistema de información sobre la situación de violencia contra las mujeres y de monitoreo de acciones se mantiene sin modificaciones.

Desde la sociedad civil, especialmente desde las organizaciones que trabajan con el movimiento de mujeres y desde las MVVS, se procura sostener algunas acciones de monitoreo de la situación y de las acciones de respuesta.

Un aspecto central relativo a la protección de mujeres y niñas víctimas de violencia sexual es la exposición a embarazos e infección por VIH y otras ITS, cuya atención resulta insuficiente, es el tratamiento adecuado y oportuno en el ámbito de los efectores sanitarios. Como se mencionó anteriormente, **hasta el momento no se conoce un protocolo nacional para la Profilaxis Post Exposición que unifique los criterios de atención.**

Las dificultades en la aplicación de los protocolos existentes, cuando los hay, son similares a los planteados en la **META 54**. Si bien la AHE está incorporada por resolución ministerial entre los métodos distribuidos para su provisión gratuita por el PNSSyPR y la medicación ARV está disponible (en virtud de la normativa emanada desde el Programa Nacional en 2001), su utilización en los servicios de salud no es uniforme. No obstante identificarse avances en la cantidad de efectores que aplican profilaxis post exposicional; **su aplicación efectiva y oportuna aún depende de factores como la capacitación de los equipos de salud, la disponibilidad de recursos y el adecuado funcionamiento de las redes asistenciales para garantizar la provisión de insumos en tiempo y forma.**

Trata de personas

Un tema que ingresó recientemente en la agenda pública, vía el accionar de madres, familiares de víctimas y referentes sociales, es el de la trata de personas y la explotación sexual. Renombrados casos sucedidos en el país han llevado a la luz pública la existencia de redes de prostitución infantil y turismo sexual con niños/as y adolescentes.

Las acciones gubernamentales en este sentido son recientes y se van incluyendo progresivamente en las agendas de distintas agencias gubernamentales. Durante el período monitoreado, se sancionó la ley 26.364 que legisla sobre Prevención y sanción de la trata de personas y asistencia a sus víctimas.

Los organismos estatales a quienes le compete abordar esta problemática (el Consejo Nacional de la Mujer, el Ministerio de Justicia. Seguridad y Derechos Humanos de la Nación, la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia), no han desarrollado políticas activas de alcance nacional. Desde mediados de 2009 funciona una Brigada contra la trata en el ámbito del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación, pero no ha logrado impactar en la identificación de traficantes ni en la recuperación de víctimas.

Si bien continúa en funcionamiento el Programa Las Víctimas contra las Violencias [51] (dependiente del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación), que incluye entre sus objetivos la lucha contra el maltrato, la explotación y la prostitución infantil; sus acciones se desarrollan sólo en la Ciudad de Buenos Aires.

Meta 62- *Reducción de la vulnerabilidad*

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

La revisión del cumplimiento de esta meta relevó: la situación y avances relacionados con programas y acciones especificas de represión al tráfico de mujeres; la participación de mujeres en espacios de diseño y evaluación de las iniciativas destinadas a promover la inclusión de mujeres de grupos vulnerables y la existencia de mecanismos de monitoreo transparentes y públicos relacionados con las acciones gubernamentales orientadas a la inclusión de mujeres de grupos más vulnerables.

❝ Los tiempos de la participacion.
"Las mesas participativas muchas veces quedan en las buenas intenciones, la demanda de los grupos es urgente y los tiempos burocráticos, infinitos; más aún cuando la política a ser diseñada no cuenta con recursos necesarios" - RedAr+ ❞

En consonancia con lo planteado en la **META 61**, la sanción de la Ley 26364 constituye una de las acciones específicas relacionadas con la represión de la trata de mujeres. En su articulado establece las disposiciones penales y procesales aplicables a la trata de personas; distinguiendo para ello las situaciones que alcanzan a personas mayores y menores de 18 años (límite etario establecido en la Convención sobre los Derechos del Niño y por la ley nacional de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes).

La incorporación reciente de la temática en la agenda pública y la tarea todavía pendiente de dimensionar y caracterizar adecuadamente el problema y las respuestas nacional y jurisdiccionales, no permiten valorar aún la efectividad de las medidas adoptadas.
En relación con la inclusión de mujeres de grupos más vulnerables en las políticas de lucha contra el VIH, como se refiriera en la META 37, la incorporación de la perspectiva de género en el

diseño de estrategias de desarrollo es tarea por afrontar. Este escaso nivel de desarrollo, que deriva en la ausencia de políticas y programas que efectivamente promuevan la inclusión de mujeres de grupos más vulnerables, impacta en la ausencia de comités y/o espacios de diseño y evaluación de tales políticas y programas; a la vez que no promueve el monitoreo de impacto inclusivo en relación con mujeres y niñas de las políticas y programas vigentes.

"Las acciones son escasas y no se conocen ningún monitoreo realizado de forma pública, ni mucho menos la formación de un comité de planeamiento y evaluación." (JOACYA)

Extendiendo la consideración del imperativo de inclusión para grupos más vulnerables independientemente de su adscripción de género, RedAR+ considera:

"En cuanto a la inclusión de grupos de vulnerabilizados en el planeamiento de acciones, se perciben muchas iniciativas desde sectores nacionales provinciales y municipales, generalmente esta inclusión es más una conquista de los grupos más militantes. En ocasiones podemos identificar que algunos grupos son utilizados por los gobiernos como emblema para demostrar la inclusión. Desconocemos acciones de monitoreo trasparentes sobre recursos utilizados. Las mesas participativas muchas veces quedan en las buenas intenciones, la demanda de los grupos es urgente y los tiempos burocráticos infinitos, más aún cuando la política a ser diseñada no cuenta con recursos necesarios" (RedAr+).

Meta 63- *Reducción de la vulnerabilidad*

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

✻ Excluida. La perspectiva multicultural es inexistente en la formulación de programas sociales; incluidos los relativos al VIH/sida o la salud sexual.

La revisión del cumplimiento de esta meta relevó: la adecuación del concepto de familia implicado en las estretgias de involucramiento familiar a la realidad de los grupos más vulnerables; la inclusión de perspectiva multicultural en los programas sociales y la adecuación a la perspectiva inclusiva y de respeto a las diferencias en los programas educativos escolares sobre VIH.
Se reconocen diversos modelos de familia, pero no siempre se condice con las realidades familiares que presentan los grupos más vulnerables (familias desmembradas, familias monoparentales, abuelos u otros familiares a cargo de los niños/as y adolescentes, familias ensambladas).

El aspecto más desatendido, independientemente del modelo familiar que se reconozca, es la dificultad y escaso acompañamiento con que se enfrentan los/as referentes adultos de los grupos familiares vulnerables en cuestiones relativas a su propia sexualidad y a los cuidados en salud sexual y reproductiva. Diversos estudios, incluido el desarrollado por FEIM en relación con MVVS, dan cuenta de la desinformación, creencias erróneas, dificultades de acceso a información, servicios e insumos preventivos y prácticas ineficaces en relación con la prevención del VIH/sida y embarazos que refieren no sólo los/as adolescentes sino también la población adulta. En este contexto, la posibilidad de los referentes adultos de involu-

crarse activamente en la promoción de prácticas saludables en relación con los niños/as y adolescentes integrantes de sus grupos familiares se complejiza; en tanto les carga responsabilidades que se pretende asuman con escasas herramientas y escaso o nulo apoyo de los efectores sociales, educativos y sanitarios.

La perspectiva multicultural es una deuda pendiente en la formulación de programas sociales; incluidos los relativos a la prevención del VIH/sida y la promoción de SSyR. En la **META 64** se presentan los hallazgos relativos a las acciones destinadas a integrantes de pueblos originarios.

El análisis de las **METAS 52 y 60** indica la **escasa o nula incorporación de la perspectiva inclusiva y de respeto de las diferencias en los programas educativos escolares; particularmente en relación con la diversidad sexual.** La escasa o nula inclusión de la perspectiva de género tanto en programas educativos como sociales y sanitarios obstaculiza la inclusión plena de las mujeres jóvenes y adultas.

Meta 64- *Reducción de la vulnerabilidad*

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

La revisión de esta meta alcanzó: el relevamiento de programas o acciones especificas de protección de la salud sexual y reproductiva de las MVVS y/o miembros de los grupos más vulnerables para la infección por VIH (mujeres privadas de libertad e integrantes de minorías étnicas) y a la identificación de barreras que limiten el acceso de mujeres de grupos vulnerables a cuidados de salud sexual y reproductiva y tratamiento ARV. Adicionalmente se relevó el desempeño gubernamental en relación con los aportes presupuestarios para el trabajo con poblaciones más vulnerables frente al VIH.

La revisión de las **METAS 37, 53 Y 59** brindó información significativa respecto de acciones o programas destinados a proteger la salud sexual y reproductiva de las MVVS y/o mujeres miembros de grupos vulnerables.

> **❝ ONG suple al estado.** *"En nuestra población existe un alto porcentaje de trabajadoras inmigrantes y pertenecientes a pueblos originarios. Eso nos ha hecho ver la necesidad de desarrollar materiales en Wichí y Guaraní, ya que muchas de ellas hablan muy poco o casi nada el castellano, y menos aun lo leen"* - AMMAR❞

En relación con la posibilidad efectiva de ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, las MVVS y mujeres integrantes de grupos vulnerables (entre ellas las MTS) encuentran más obstáculos que acciones positivas por parte de los efectores públicos de salud y proveedores de servicios. El diseño de las acciones programáticas en salud sexual y reproductiva y atención de la niñez y la adolescencia toman escasamente en cuenta la protección y promoción de derechos y cuidados en los grupos más vulnerables.

En relación con mujeres y jóvenes integrantes de pueblos originarios, la implementación de acciones de protección de la salud sexual y reproductiva se refieren como acotadas y dificultadas por razones socio culturales, incluyendo el idioma.
"Existen programas en los cuales los efectores de salud van a la comunidad y visitan casa por casa controlando la salud de la familia, en especial de los niños. En estas ocasiones se les entregan pre-

servativos a las mujeres como método anticonceptivo. Los preservativos se los dan a las mamás que acaban de tener bebes, les dicen 'tomá, no te quedes embarazada de nuevo". (Fundación Huésped- testimonio de integrantes de la comunidad Ava Guarani de Orán - Salta)

"Los más jóvenes no acceden a los preservativos en los centros de salud por desconocimiento y vergüenza. No hay una atención específica para los jóvenes (…) A los jóvenes se les tienen que informar sobre el preservativo, como prevenir…" (Fundación Huésped- testimonio de integrantes de la comunidad Ava Guarani de Orán - Salta)

"Hemos observado que en nuestra población existe un alto porcentaje de trabajadoras inmigrantes y trabajadoras pertenecientes a pueblos originarios como el Wichi, eso nos ha hecho ver la necesidad de desarrollar materiales en idioma Wichi y Guarani ya que muchas de ellas hablan muy poco o casi nada el castellano, y menos aún lo leen" (AMMAR).

Se mantiene casi sin cambios el hallazgo del Informe 2008 respecto de la atención de pueblos originarios. "El sistema de salud no cuenta en todos los casos con abordajes de intervención socio sanitaria que tengan en cuenta las representaciones y prácticas culturales propias de las comunidades involucradas, no se plantean estrategias de educación para la salud que tengan en cuenta la construcción cultural del proceso salud- enfermedad, lo cual se traduce en la dificultad para acceder al sistema por parte de estas poblaciones."

Esta exclusión y/o contacto dificultado con los servicios de salud agrava aún más la situación sanitaria en la que se encuentran la mayor parte de los grupos y comunidades pertenecientes a pueblos originarios. Durante el período, tampoco se diseñaron acciones especificas para el trabajo preventivo-asistencial con comunidades pertenecientes a pueblos originarios, esperables luego de la realización del estudio comportamental realizado en 2005.[52]

En relación con las mujeres privadas de libertad, durante el período (julio 2008) se firmó el Convenio Marco Salud en Cárceles[53] entre el Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos y el Ministerio de Salud; y los acuerdos complementarios relativos a la implementación de acciones en Prevención de las adicciones, Prevención y lucha contra el VIH/sida y enfermedades de transmisión sexual y enfermedades vinculadas, salud sexual y procreación responsable y en el área materno infantil, salud integral de la mujer, la niñez y la adolescencia.

El convenio marco y los convenios complementarios promueven la responsabilidad del Ministerio de Salud por el cuidado de la salud de detenidos/as en la órbita del Servicio Penitenciario Federal; separando ésta de la atención exclusivamente penitenciaria, en concordancia con las recomendaciones internacionales.

❝ Carceles insalubres. *"Las mujeres en encierro no sólo sufren el encierro en sí, sino también la falta de asistencia médica, que es un derecho del ser humano. El VIH/sida ha ido avanzando a pasos agigantados en los últimos años en el encierro"* - Grupo de Mujeres de Argentina, integrante del Observatorio Argentino de Prisiones ❞

Un relevamiento implementando por OSC's en 2007 y 2008, en cárceles de varones adultos y jóvenes y mujeres del Servicio Penitenciario Federal y de los Servicios Penitenciarios de Santa Fe, Buenos Aires, Mendoza y Córdoba, expone: *"(…) [es necesario] proponer que articulaciones ministeriales como las propuestas se extiendan y repliquen a todas las jurisdicciones del país, promoviendo una participación cada vez más activa del sistema público de salud en la atención médico-sanitaria de detenidos y detenidas."*(ONUSIDA: 2008)[54]

El mismo estudio y otros anteriores realizados con participación de OSC's reconocen el carácter restrictivo del acceso a prestaciones médico sanitarias en el ámbito de las unidades carcelarias; agravado en el caso de las penitenciarias que **albergan mujeres. Estas restricciones alcanzan tanto a prestaciones preventivas como asistenciales relacionadas con la salud sexual y**

reproductiva como con la infección por VIH y se mantienen a la largo del tiempo.

"Las actividades de prevención desarrolladas se identificaron como parciales y se detectaron dificultades en relación con el acceso a insumos específicos: preservativos, diagnóstico bajo normas de confidencialidad, voluntariedad, oportunidad y devolución de resultados; y en menor medida provisión de cloro para la desinfección de equipos de inyección y tatuaje. Se identificaron situaciones de riesgo que debían ser atendidas: sexo no permitido, forzado o voluntario, practicado en forma clandestina tanto con visitas como con otros/as detenidas y personal; uso de drogas que disminuyen la capacidad de cuidado; frecuente realización de tatuajes con elementos precarios no esterilizados y dificultades en el acceso y disponibilidad de atención médica y psicológica que permitan trabajar con detenidos y detenidas, el fomento de prácticas de cuidado y de diagnóstico oportuno." (ONUSIDA: 2003) [55]

"Las mujeres en encierro no sólo sufren el encierro en si, sino también la falta de asistencia médica, que es un derecho del ser humano (…), el VIH/sida ha ido avanzando a pasos agigantados en los últimos años en el encierro (…), la falta de asistencia psicológica primordial para poder atender la situación de las niños que viven con VIH y dar contención a sus madres en el encierro y por último, la falta de asistencia social." (GMA)

Durante el período, se aprobó una ley [56] que amplia las condiciones por las que detenidos/as pueden solicitar el reemplazo del encierro carcelario por el arresto domiciliario. Entre éstas se incluyen la situación de mujeres que cursan embarazo, sean madres de niños/as menores de 5 años, y/o tengan una persona con discapacidad a su cargo.

La iniciativa consideró especialmente la situación denunciada por OSC's y órganos de control de la situación penitenciaria respecto de las condiciones de vida de las mujeres en las penitenciarias y de los hijos/as de hasta 4 años alojados con ellas.[57] Informes del Comité contra la Tortura de la Provincia de Buenos Aires, del que participa GMA, dan cuenta acabada de la gravedad de la situación.

Han sido mayormente algunas OSC's quienes han desarrollado actividades preventivas; con alto grado de dificultad en tanto la institución carcelaria no resulta un ámbito permeable al respeto y a la promoción de derechos.

Las normas[58] que rigen la vida en las prisiones argentinas se revelan restrictivas y con impacto negativo sobre la salud de los/as detenidos/as, en tanto que al penalizar administrativamente el uso de drogas y los intentos de mantener relaciones sexuales no autorizadas, obstaculizan que los/as detenidos/as consulten oportunamente ante situaciones de riesgo a las que se ven expuestos/as; y que la Administración implemente medidas de reducción de riesgos y daños ante la infección por VIH; incluida la provisión ampliada de preservativos. No se relevaron otros obstáculos legales para el acceso de cuidados en SSyR y en VIH/sida por parte de las mujeres de grupos vulnerables.

Los obstáculos legales encontrados para el acceso de cuidados en SSyR y en VIH/sida por parte de las mujeres de grupos vulnerables ya han sido descriptos en las **METAS 52, 53, 54, 59, 60 Y 61.** Estos adquieren algunas formas particulares para algunos grupos de mujeres pero encuentran, en general, orígenes comunes.

Meta 65- *Huérfanos*

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

El monitoreo del cumplimiento de esta meta se orientó a relevar el alcance, adecuación y efec-

tividad de programas específicos de soporte a huérfanos y niños/as infectados y afectados por el VIH y de programas educativos dirigidos a la misma población.

Respecto de la atención de niños/as afectados por el VIH, la situación no sufrió modificaciones respecto del informe anterior. El gobierno nacional, ya sea a través de los organismos con competencia en el tema VIH/sida como de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNAF), continúa sin implementar estrategias uniformes de apoyo a niños/as con VIH/sida y/o niños/as afectados por la epidemia. **Entre las deudas pendientes se encuentra el relevamiento que permita dimensionar y caracterizar el universo de niños/as y adolescentes afectados directamente o indirectamente por el VIH.**

✻ **Los niños y las niñas.** Entre las deudas pendientes se encuentra el relevamiento que permita dimensionar y caracterizar el universo de niños/as y adolescentes afectados directamente o indirectamente por el VIH.

La información epidemiológica disponible permite afirmar que la mayoría de ellos/as, que adquirieron la infección por vía vertical, pertenecen como sus núcleos familiares a sectores de pobreza. En este sentido, tanto su problemática específica como la posibilidad de acceso y goce de prestaciones y bienes y servicios sociales quedan subsumidas y sujetas a las condiciones de atención de la población en situación de vulnerabilidad social.

La tendencia a la desinstitucionalización en la atención de la niñez promovida por la de Ley de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, y la modalidad frecuente de crianza y cuidado de niños/as huérfanos o con figuras parentales ausentes por parte de núcleos familiares ampliados, **indica la necesidad de extender y profundizar las líneas de apoyo monetario y no monetario a estos grupos familiares extensos; considerando la ampliación de las líneas de trabajo de fortalecimiento familiar y comunitario.**

La asunción de responsabilidades de crianza y cuidado por parte de estos grupos familiares encuentra, en numerosas ocasiones, obstáculos de orden legal y programático para garantizar el acceso a prestaciones sociales[59]. La ausencia de las figuras parentales exige la tramitación de la "tutela" o "guarda" legal de los niños/as y adolescentes ante las autoridades judiciales. Las dificultades en el acceso al sistema judicial, las demoras en la resolución de los trámites, obstaculizan, entonces, la incorporación a un conjunto importante de prestaciones disponibles.

En la práctica, esta situación sobrecarga a las familias de responsabilidades sobre el cuidado y crianza restándole importantes oportunidades de apoyo a estos grupos ya inscriptos en situaciones de vulnerabilidad y exclusión.[60] Entre ellos, especialmente, a adultos/as mayores incluidos en los sectores de pobreza, toda vez que en la mayoría de los casos son los abuelos/as de los niños/as y adolescentes quienes asumen o participan activamente en el cuidado y la crianza. Si bien, en los últimos años, se han logrado avances en la inclusión previsional de los adultos/as mayores y mejoras relativas en el monto de jubilaciones y pensiones, estos resultan claramente insuficientes para garantizar su propia manutención y la de los niños/as y adolescentes a su cargo. Adicionalmente, las condiciones de salud de estos, ya sea por razones propias de la edad como por sus condiciones de vida cotidiana dificultan la realización de las extensas gestiones y trámites. En este sentido no se han relevado apoyos específicos para acompañar la inclusión de niños/as y adolescentes en programas y prestaciones; apoyos que son brindados, generalmente, por los servicios sociales de efectores de salud, agencias municipales y otras agencias gubernamentales y OSC's, con dispar nivel de desarrollo.

Aún cuando el acceso se encuentre resuelto y las prestaciones disponibles, la dispersión y fragmentación de las intervenciones sanitarias y sociales, gestionadas por distintas agencias gubernamentales generalmente de más de un nivel de gobierno y, en ocasiones, por OSC's, complejizan y dificultan su apropiación y goce por parte de los/as niños/as y sus responsables adultos. Así, la gestión de medicación y controles refiere a los efectores sanitarios; la obtención de prestaciones

alimentarias a agencias de los gobiernos locales; y la gestión de prestaciones monetarias a agencias del área social del gobierno central.

Para las situaciones de aquellos/as niños/as y adolescentes en las que no es posible la contención y crianza en el ámbito familiar y comunitario, el ordenamiento legal prevé instancias de cuidado alternativo como familias sustitutas y amas externas, la institucionalización en hogares públicos y/o gestionados por OSC's y la adopción.

Las disputas entre el antiguo paradigma del "patronato de menores" vigente hasta la sanción de la Ley 26061 y los postulados adecuados a la Convención sobre los Derechos del Niño del marco normativo vigente, deriva aún hoy en intervenciones judiciales basadas en el prejuicio, el estigma y la discriminación relativos al VIH/sida; que consideran su presencia tanto en los niños/as como en las figuras parentales o integrantes del grupo familiar como situación de "riesgo material o moral".
Un aspecto poco atendido, en la escasa inclusión que el VIH/sida ha tenido en la currícula escolar y la formación docente, **es la promoción de prácticas no discriminatorias en el ámbito escolar hacia los/as niños/as con VIH y la generación y sostenimiento de climas escolares favorecedores de su inclusión.** Todavía es frecuente escuchar los relatos de madres, padres, abuelos o familiares de niños/as con VIH referidos a sus dudas respecto de la obligatoriedad de develar el status serológico de los/as niños/as y los obstáculos que encuentran al momento de buscar apoyo de los referentes escolares adultos para acompañar la situación de sus niños/as.
En el ámbito sanitario, algunas OSC's reconocen como deuda pendiente la investigación y desarrollo en torno a las fórmulas pediátricas de ARV. También es poco extendido el trabajo tanto de efectores sanitarios como de OSC's respecto del develamiento diagnóstico y el acompañamiento de niños/as y adolescentes que viven con VIH.

En este tema, se presenta con mayor gravedad, el escaso o nulo desarrollo de acciones preventivo/promocionales y asistenciales que trabajen la relación sexualidad-VIH/sida con adolescentes ya relevado en las **METAS 52 y 53.** Resulta necesario incluir y fortalecer acciones relacionadas al asesoramiento y promoción de cuidados en las relaciones sexuales tanto para evitar la reinfección, la infección de otros/as y el embarazo no planificado.

Meta 68-
Mitigación de los Efectos Sociales y Económicos

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

No se han producido modificaciones en relación con la inexistencia de estudios implementados por el gobierno nacional, los gobiernos provinciales y municipales sobre el impacto socio económico de la epidemia de VIH.

El desarrollo de estudios relacionados con la población afectada por el VIH se centra especialmente en la vigilancia epidemiológica de primera y segunda generación. En esta línea se dispone de

información desagregada por edad y sexo; con el sesgo, en la vigilancia epidemiológica por notificación de casos, derivado de la inclusión de la población trans en el grupo de varones de acuerdo con su identidad civil y en el grupo de hombres que tienen sexo con hombres en relación con los agrupamientos relacionados con vías de transmisión.

Una aproximación a la situación de las MVVS que refleja su menor participación en el mercado laboral indica que *"estudios realizados por la CEPAL estiman que las mujeres son las más afectadas por el desempleo debido a que las actividades que sufren en mayor medida los efectos de la desaceleración o recesión económica registran una alta participación femenina (CEPAL 2008). Sin embargo, atento en este estudio se consideran mujeres que viven con el VIH, podemos hipotetizar que esta menor participación laboral en relación al total de la población femenina, está vinculada a los altos niveles de discriminación laboral que experimentan las personas viviendo con VIH en Argentina, el vivir con el virus es aún hoy motivo de despido laboral o de no contratación* (FEIM: 2009).

En 2007, en el marco del Proyecto Argentina del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, se desarrolló un Estudio Nacional sobre la Situación Social de Personas Viviendo con VIH/sida. El mismo analizó cuanti y cualitativamente datos sobre 841 personas con VIH, en tratamiento a causa de la infección, residentes en todas las regiones del país.

La ausencia de estudios sistemáticos sobre el impacto socio económico del VIH en la vida de las mujeres (y de los varones y trans) impresiona ser subsidiaria de dos dificultades u obstáculos que operan en distintos planos. La dificultad de incorporar la perspectiva de género en el análisis de la situación socio económica y en las intervenciones diseñadas para mitigar los impactos de la pobreza y la exclusión en la vida de las personas, las familias y las comunidades; y de la dificultad en interpretar la epidemia del VIH/sida y otros padecimientos crónicos como problemas complejos y multidimensionales; no atados sólo a la esfera sanitaria.

Meta 72- *Investigación y Desarrollo*

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

La revisión de esta meta continuó centrada en relevar: la existencia de investigaciones específicas sobre la historia natural del VIH en el cuerpo femenino, la inclusión suficiente de mujeres en los ensayos clínicos y protocolos de desarrollo de nuevos fármacos ARV, la existencia de incentivos para favorecer su participación y la incorporación libre, informada y consentida en investigaciones clínicas; y revisar la participación de mujeres en Comités de Ética.

En el período monitoreado no se relevaron estudios alentados por la DSyETS ni por otros organismos gubernamentales dedicados a la historia natural del VIH en el cuerpo femenino.

"El Dr. Maglio[61] señala que hasta el momento no se ha evaluado ninguna investigación específica sobre la historia natural del VIH en el cuerpo femenino, aunque las mujeres son frecuentemente incluidas en estudios clínicos." (Fundación Huésped)

"No se han realizado estudios para determinar la cantidad de mujeres incluidas en investigaciones clínicas; de todas formas hemos evaluado gran cantidad de estudios en donde mujeres con VIH/sida han sido incorporadas, esto permitiría suponer que existen datos suficientes para realizar análisis desagregados por sexo. Pero no así en estudios comportamentales, hasta el momento el COB [62] no ha evaluado estudios comportamentales relacionados a la infección por el VIH en los que estén incluidas mujeres que viven con VIH". (Fundación Huésped).

Los criterios para la selección e inclusión de sujetos en el marco de investigaciones clínicas figuran

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

Se reitera para el período la nula participación de representantes de las MVVS en los Comités de Ética que deben participar en la aprobación de los protocolos.

"A pesar de que en el COB de Fundación Huésped incluye miembros mujeres, no hay personas con VIH que lo integren, esto ocurre también en otros comités de ética de similares características". (Fundación Huésped)

La inexistencia de estudios tanto clínicos como comportamentales, aplicados sólo a mujeres, lleva aparejada la inexistencia de incentivos especiales para su inclusión.

"En los estudios clínicos las mujeres no son tratadas de manera diferente al resto de los sujetos de investigación y no se observan incentivos especiales para las mujeres que participan en ensayos clínicos." (Fundación Huésped)

En relación con la incorporación consentida, libre y esclarecida, la herramienta reconocida es el consentimiento. *"En nuestro país todos los potenciales participantes de un estudio clínico deben suscribir previamente a su incorporación un consentimiento libre y esclarecido. Los comités de ética tienen la obligación de aprobar, supervisar y hasta suspender los estudios para garantizar la protección, integridad y derechos de los sujetos de investigación. Del mismo modo, la agencia de regulación nacional (ANMAT) también supervisa e inspecciona los sitios de investigación para garantizar la seguridad y eficacia de los medicamentos y procedimientos de los estudios"* (Fundación Huésped)

Sin embargo, en la práctica se ha convertido en un trámite burocrático; las mujeres firman los consentimientos sin recibir la suficiente información sobre los alcances y consecuencias de las investigaciones clínicas.
La percepción de esta situación indicó a la ANMAT, en 2008, la necesidad de revisar el procedimiento y la herramienta para la firma del consentimiento libre y esclarecido.

Como en 2008, cabe mencionar que las disposiciones mencionadas se cumplen siempre y cuando se trate de un laboratorio que adecue su trabajo a las normas vigentes, cumpla con criterios internacionales, respete las auditorias internacionales y nacionales, controle y monitoree sus centros de investigación. En esto, cabe la responsabilidad de los organismos gubernamentales competentes de monitorear estas acciones.

SECCIÓN III

Fortalezas identificadas para la promoción de la salud sexual de las mujeres, especialmente de las mujeres viviendo con VIH y para la prevención de la epidemia entre mujeres

La revisión del cumplimiento de las METAS UNGASS que vinculan SSyR y VIH/sida permite reconocer algunas fortalezas, entendidas como aspectos facilitadores y/o logros en relación con su alcance.

*** La existencia de un marco legal, cuyo perfil se orienta a la garantía de derechos humanos, sociales y ciudadanos.** En él se incluyen: los pactos, convenciones y protocolos a los que adhirió el país y que gozan de jerarquía constitucional; la consagración constitucional de la salud como derecho; las leyes de Sida, de creación del PNSSyPR, de creación del Programa de Educación Sexual Integral, de ligadura tubaria y vasectomía, de Protección Integral de Derechos de Niños/as y Adolescentes, de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las Mujeres, de represión y asistencia a la víctimas de la trata de personas, entre otras.

Su existencia ofrece argumentos a la solicitud y el reclamo por una mejor, más oportuna y más respetuosa atención de cuestiones relacionadas con la sexualidad, la salud sexual y reproductiva y el VIH/sida y la violencia contra las mujeres; especialmente para colectivos particularmente afectados por la epidemia: las personas que viven con VIH, las mujeres y los niños/as y adolescentes.

No obstante ello, las dificultades de los efectores sanitarios, sociales y educativos para adecuar sus prácticas a la legislación vigente (como se relevara en la sección II) resultan indicadores de la vigencia del paradigma patriarcal y tutelar sobre mujeres y niños/as y adolescentes, de arraigados estereotipos de género y de la orientación fuertemente pro natalista del país.

*** La provisión garantizada por ley de insumos preventivos, tales como preservativos, métodos anticonceptivos, sucedáneo de leche materna y de tratamiento (ARV, estudios de monitoreo de infección).** Garantía legal extendida a la población cubierta por todos los subsectores del sistema de salud. Se parte así de la base material ineludible para promover el efectivo acceso y ejercicio de derechos relacionados con el cuidado de la salud.

*** La existencia y el desarrollo de una red sanitaria de alcance nacional**; en la que los efectores del subsector público tienen una relevancia particular por ser la más extendida. Su presencia también impacta sobre el desarrollo de la base material para avanzar en acciones de prevención y asistencia, toda vez que éstas requieren necesariamente de los servicios de salud.

En relación a los actores que participan de la construcción de la respuesta nacional:

*** La existencia de un importante número y diversidad de organizaciones de la sociedad civil, especialmente las organizaciones, grupos y redes de personas con VIH (varones y mujeres) y las organizaciones de mujeres, enriquece la respuesta.** Su participación (no exenta de contradicciones, conflictos, tensiones y desarticulaciones), ofrece espacios de interlocución para los/as afectados/as y para las instancias de gobierno desde la proximidad con las necesidades y la cotidianeidad de los colectivos de los que forman parte; y aporta liderazgo y acompañamiento a las acciones de promoción y protección del efectivo ejercicio de derechos.

*** Durante el período analizado, se han relevado avances de pequeña escala promovidos por la autoridad gubernamental en VIH/sida respecto de la incorporación de la temática de SSyR.** Los espacios de consulta abiertos a MVVS y TS para la elaboración de una Guía que por primera vez integra a las recomendaciones para la atención integral de las MVVS, cuestiones de SSyR (cuidados anticonceptivos incluida la doble protección, aspectos reproductivos), sin poner el eje central en la prevención de la transmisión vertical del VIH; el planteo de una prueba piloto respecto del uso del preservativo femenino y la propuesta de normatización de la atención de víctimas de violencia sexual a la que convocó, además de OSC's y MVVS, al PNSSyPR son pistas de algún cambio respecto de la voluntad de promover el relacionamiento entre VIH/sida y SSyR. Sin embargo, todavía esto es muy insuficiente, las acciones deben ser extendidas y profundizadas.

Respecto de los logros alcanzados en evitar la extensión de la epidemia, **el nivel de desarrollo alcanzado en la implementación del protocolo de prevención de la transmisión vertical y**

la reducción en las infecciones de niños/as por esta vía, se reconoce como la principal fortaleza del trabajo preventivo.

No obstante ello, cabe destacar que el nivel de desarrollo alcanzado resulta un indicador tanto de la tendencia pro fatalista que acompaña el accionar de los servicios de salud y que redunda en la alta valoración de las acciones del área materno infantil en detrimento de la atención de otras necesidades y realidades de las mujeres; como el atravesamiento del paradigma patriarcal y tutelar sobre mujeres y niños/as.

Brechas y deficiencias identificadas respecto de una perspectiva de atención del VIH/sida que incluya la SSyR como eje articulador

*** El VIH/sida y los aspectos no reproductivos de la salud sexual no forman parte de las prioridades de la agenda política** y en consecuencia no cuentan con el apoyo político-económico necesario para incorporarse en los programas de respuesta a la epidemia; en especial entre aquellos colectivos que no se incluyen entre los más afectados de acuerdo a los diagnósticos de prevalencia; entre ellos las mujeres.

El desigual desarrollo de los programas y acciones de VIH/sida y SSyR en las distintas jurisdicciones, el escaso número de jurisdicciones que destinan parte de su presupuesto sanitario a la adquisición de insumos como preservativos y otros métodos anticonceptivos, y la desigual implementación de la legislación nacional y jurisdiccional que incorpore los adelantos en materia de derechos humanos, incluidos los derechos sexuales y reproductivos y los derechos de niños/as y adolescentes resultan indicadores claros en este sentido.

*** Lógicas programáticas en salud fragmentadas, que se traducen en la falta de integración, articulación y coordinación de las acciones que desarrollan ambos programas y los efectores y equipos de salud a ellos relacionados.** La fragmentación atenta contra la construcción de una perspectiva de análisis e intervención que considere la interrelación VIH/sida y SSyR.

Influye en la fragmentación, además de la modalidad de organización de los servicios de salud, la centralización de la atención del VIH/sida en servicios especializados (generalmente de infectología), con sede hospitalaria, orientados a la instauración y sostenimiento y avances de la TARV; y por otro lado, por las acciones en salud sexual básicamente orientadas al cuidado reproductivo y al binomio madre-hijo, muy valoradas como acciones propias de efectores del primer nivel de atención.

El sesgo reproductivo de los servicios de SSyR, el escaso interés y acompañamiento de las necesidades reproductivas incluida la maternidad en MVVS, relevada como práctica frecuente en numerosos servicios de salud y la escasa incorporación de la doble protección, tanto en los servicios dedicados al VIH/sida como en los de SSyR, genera pocos puntos de contacto entre ambas áreas de la atención sanitaria. Agravado por la pertenencia a distintos niveles de atención del sistema de salud de hospitales y centros de atención primaria genera pocos espacios y puntos de contacto entre los servicios de infectología que actúan a nivel hospitalario y los servicios de salud sexual que trabajan en el primer nivel de atención.

La confluencia en los efectores de salud de las propuestas programáticas relacionadas con VIH/sida y SSyR (y de sus vacíos de articulación), sin acompañarse de marcos conceptuales, legales y procedimentales claros y coherentes influye también en la fragmentación. Y en el mismo sentido, el establecimiento de relaciones bilaterales burocrático administrativas de los equipos de salud con cada uno de los programas, que no encuentran espacios de interlocución compartidos y menos de articulación y coordinación.

La **escasa promoción de la doble protección en caso de mujeres y jóvenes;** especialmente de aquellos/as que viven con VIH resulta un indicador claro del impacto negativo de la fragmentación y escasa interrelación con que se abordan las temáticas de VIH/sida y cuidados sexuales y reproductivos.

* **Propuestas programáticas en salud, educa-**

ción y desarrollo social que no logran transversalizar el VIH/sida ni la equidad de género; promoviendo intervenciones fragmentadas e incluso, en ocasiones, contradictorias en sus contenidos. En algunos casos se relevan articulaciones bilaterales entre programas y áreas, generalmente debidas a características personales, que deberían ser profundizadas y ampliadas como modalidad funcional regular.

*** Prácticas sanitarias y educativas que desconocen e incumplen el marco normativo vigente, incluida la perspectiva de derechos humanos.**

La revisión del cumplimiento de las metas describe, entre ellas: los escasos avances en la implementación del Programa de Educación Sexual Integral; las dificultades de las mujeres para acceder a la ligadura tubaria por decisiones restrictivas de algunos equipos de salud que sobreagregan requisitos a la sola autorización bajo consentimiento informado de mujeres y varones mayores de edad; la obstaculización del acceso autónomo de adolescentes y jóvenes a servicios e insumos de VIH/sida y SSyR, mediante la solicitud de autorización y/o presencia de adultos/as responsables; el escaso respeto a la privacidad y confidencialidad en la atención; la discriminación relevada en la atención a MVVS; las restricciones impuestas a las MVVS al acceso a cuidados anticonceptivos no basados exclusivamente en el uso de preservativo; las restricciones al acceso a insumos y servicios de prevención y atención del VIH/sida impuestas a mujeres y varones alojados en unidades carcelarias; y la prácticamente nula atención en los efectores públicos de salud a las solicitudes de abortos no punibles previstos en la legislación vigente.

Por acción u omisión todas ellas actúan vulnerando derechos reconocidos por el marco normativo vigente e impactan negativamente sobre la salud y el ejercicio de ciudadanía de las mujeres y los jóvenes.

* **Acciones preventivas tanto en el campo del VIH/sida y otras ITS como de la salud sexual con escaso desarrollo desde el sector público de salud.** Estas resultan insuficientes, fragmentadas y asistemáticas; no incluyen de manera extendida la consejería y el asesoramiento tanto en salud sexual como en VIH/sida y otras ITS y omiten la diversidad de situaciones que se reúnen bajo la categoría de población general prioritariamente utilizada. La asunción de esta categoría como organizadora de la información epidemiológica y las acciones preventivo- asistenciales omiten la diversidad de colectivos y situaciones que se reúnen en ella; especialmente en relación con los jóvenes y las mujeres.

*** Escasos o nulos servicios preventivos y asistenciales destinados a mujeres y adolescentes y jóvenes.** El desarrollo de la epidemia como así también los avances en relación a las intervenciones en salud sexual y reproductiva, incluido el análisis del contexto poco favorecedor del acceso a atención e insumos preventivos, indican la necesidad de contar con servicios o al menos con equipos de salud entrenados en el trabajo con mujeres y jóvenes; que contemplen el impacto de la desigualdad de género y de los principios tutelares sobre la salud de mujeres y jóvenes. **La ausencia se extiende a servicios o equipos entrenados en el trabajo con mujeres y adolescentes y jóvenes que viven con VIH.**

*** Equipos de salud escasamente entrenados para atender las necesidades en salud sexual y reproductiva de las MVVS y de los adolescentes y jóvenes VVS.** La promoción del uso del preservativo (como cuidado ante la preinfección y la infección a otros más que como cuidado anticonceptivo) como única forma de cuidado desatiende la realidad de las mujeres sometidas a situaciones de violencia y la subordinación de las mujeres especialmente en las relaciones sociales y sexuales. El escaso manejo en los equipos de salud de las posibilidades terapéuticas ante el deseo **de embarazo en MVVS y VVVS limita y restringe el ejercicio del derecho a la maternidad y la paternidad de las personas que viven con VIH. Asimismo, la** escasa consideración prestada a la doble protección en el caso de los adolescentes y jóvenes, así como las/los expone a embarazos no planificados o a la infección con el VIH y las ITS.

*** Monitoreo de acciones y de la calidad de atención, incluyendo en este el cumplimiento de preceptos legales y normas procedimenta-**

les, prácticamente inexistentes. El seguimiento de acciones programáticas se realiza en el caso de VIH/sida y otras ITS por vigilancia epidemiológica; ésta se ve seriamente afectada por el subregistro y la subnotificación por parte de equipos de salud, efectores y áreas ministeriales. El desarrollo de la investigación promovida por la DSyETS respecto del diagnóstico de situación en efectores y programas provinciales realizada en 2008 [63] avanza en la evaluación local de servicios y acciones. Las acciones de evaluación o seguimiento se centran en registro de provisión de insumos a los programas jurisdiccionales y OSC's en el caso de la DSyETS. En el PNSSyR el monitoreo y evaluación se ve muy dificultado por el diferente e insuficiente registro de datos sobre la población atendida, las prestaciones y la cobertura alcanzada.

*** Escasez de información epidemiológica sistematizada relacionada con jóvenes y mujeres, tanto en VIH/sida como salud sexual y reproductiva;** que dificulta la toma de decisiones respecto de las acciones a emprender en relación con ellos/as y colabora en invisibilizar su situación y sus particularidades y diversidades.

*** Heterogénea implementación y nivel de desarrollo de los programas y las acciones jurisdiccionales de VIH/sida y SSyR**. Influenciada por la valoración política de las temáticas en los contextos jurisdiccionales que redunda en la asignación de recursos materiales y no materiales. Una característica marcada es la concentración de servicios entrenados en VIH/sida y atención de violencia en las capitales provinciales; otra, la presencia de problemas de logística para garantizar la disponibilidad de insumos preventivos provistos por el gobierno central, en todos los efectores de las redes sanitarias jurisdiccionales.

*** Escaso desarrollo de programas y servicios que contemplen las realidades y necesidades específicas de la población GLTTBI.** Algunas jurisdicciones han avanzado en la reglamentación del derecho a la identidad de género en relación con la población trans; su cumplimiento es desigual. En 2008, la DSyETS produjo un documento destinado a equipos de salud centrado en la atención de salud de la población de travestis y trasnsexuales; primer documento desde el área gubernamental que trabaja específicamente la temática. Esto no se tradujo en normas para los servicios. El PNSSyR se reduce en la atención de mujeres, es nulo o casi nula o casi la atención de hombres y más aún de la población LGBTT.

*** Las acciones de apoyo para las familias que albergan niños/as y adolescentes afectados por el VIH, incluidos los huérfanos, son prácticamente nulas.** Su ausencia impresiona ser subsidiaria de la escasa atención que ha tenido en la evolución de la epidemia la situación de niños/as y adolescentes infectados por el VIH, así como de los huérfanos por el sida. El impacto económico, social y afectivo del VIH/sida en la vida de niños/as y adolescentes de sectores pobres se ve agravado por las dificultades en el acceso de bienes y servicios sociales que afectan a gran parte de la población en situación de pobreza independientemente de su condición serológica.

Recomendaciones

El monitoreo reitera la observación anterior sobre la insuficiencia y/o inadecuación de las políticas y acciones estatales en el campo del VIH/sida y la SSyR dirigidas tanto a garantizar los derechos ciudadanos, sociales y humanos de la población; especialmente los derechos de las mujeres y los jóvenes acerca de su sexualidad y su reproducción, como a proveer los servicios básicos para asegurar su acceso y la oportunidad de las intervenciones. En este sentido las recomendaciones son similares, sólo que expresan una reiteración a no considerarlas, que es preocupante.

Por ello, recomendamos:

*** Otorgar al VIH/sida y a la atención de las cuestiones de salud sexual la importancia que se deriva de su impacto sobre el ejercicio de la ciudadanía y la salud pública** y actuar en consecuencia, tanto en la asignación de recursos presupuestarios como en la adecuación de políticas y de prácticas y procedimientos en todos los sectores incluidos los servicios de salud a la normativa legal vigente.

*** Promover una respuesta multisectorial a la epidemia del VIH/sida** y a los derechos sexuales

y reproductivos, que garanticen a toda la población su vigencia.

* **Promover una revisión conceptual y metodológica de las líneas programáticas propuestas por los programas de VIH/sida y SSyR**, así como la coordinación de actividades entre ambos programas, especialmente a nivel de los efectores de salud, a fin de elevar la eficacia, la integralidad y el impacto de sus acciones.

* **Promover la plena vigencia y respeto de derechos humanos de las personas en las intervenciones sanitarias, sociales y educativas** relacionadas con el VIH/sida y otras ITS y la SSyR. Incluidos especialmente: el derecho a recibir atención integral e insumos preventivos y de tratamiento en forma gratuita y oportuna; el derecho de los adolescentes y jóvenes a recibir información y educación sexual integral así como atención e insumos preventivos sin requerir la presencia de adultos; el derecho de las mujeres a la ligadura tubaria sin otros requisitos que los que marca la ley, el derecho de las mujeres a acceder a la realización de los abortos no punibles; el derecho al reconocimiento de la identidad de género a la población trans; el derecho de las mujeres y niños/as víctimas de violencia a recibir atención oportuna, integral y adecuada en un marco de respeto y cuidado, entre otras.

* **Adoptar, difundir y aplicar el protocolo de atención a víctimas de violencia sexual,** respetuoso de derechos, que incluya la provisión de AHE, profilaxis ARV y de ITS y atención psicosocial.

* **Incorporar la perspectiva de género en el diseño de programas sanitarios, educativos y sociales,** así como la participación de OSC´s de mujeres, adolescentes y jóvenes.

* **Desarrollar de manera sistemática y orgánica la interlocución con las organizaciones de la sociedad civil involucradas en el trabajo en VIH/sida y SSyR** con el fin de incorporar sus puntos de vista y sus expertices para ampliar y mejorar la respuesta.

* **Implementar de manera efectiva y extendida el Programa de Educación Sexual Integral,** en tanto constituye un derecho de los/as niños/as, adolescentes y jóvenes y una instancia pertinente y adecuada para evitar la expansión de la epidemia, el incremento de la presencia de otras ITS y de embarazos no planificados y abortos en condiciones inseguras.

* **Atender la situación y necesidades de los niños/as y adolescentes afectados por el VIH/sida, incluidos los huérfanos,** y de sus grupos familiares en el diseño de políticas de infancia y adolescencia y en el diseño de programas sociales.

* **Ampliar la disponibilidad de servicios y prestaciones dedicados a la atención del VIH/sida y de la SSyR;** creando servicios y/o capacitando equipos de salud para la atención de mujeres y jóvenes, incluyendo mujeres y jóvenes viviendo con VIH; extendiendo la presencia territorial en las jurisdicciones con alta concentración de servicios en las ciudades capitales e incorporando acciones de asesoramiento y consejería tanto en SSyR y VIH/sida.

* **Generar, extender, fortalecer y sostener en el tiempo las instancias de capacitación de los equipos de salud de efectores de distintos niveles de atención en relación con el VIH/sida, otras ITS y SSyR** en un marco de integración conceptual y metodológica. Las instancias de formación deben prestar especial atención a incorporar la perspectiva de género y de derechos humanos, sociales y ciudadanos como parte integrante de las acciones en salud.

* **Mejorar la calidad de los servicios y prestaciones.** Para ello resulta necesario el desarrollo de acciones de evaluación y monitoreo que incluyan la perspectiva de los/as destinatarios.

Las acciones anteriores deben considerar el derecho a la salud a partir de criterios de accesibilidad, universalidad, justicia, integralidad, participación, respeto por la diversidad y efectivización de derechos, tanto en acciones de prevención, como de atención y promoción de la salud.

* **Crear y fortalecer instancias de reclamo ciudadano** por la obstrucción del ejercicio de derechos y prácticas discriminatorias en el ámbito educativo, laboral y sanitario; incluyendo el

desarrollo de instancias especificas de reclamo y protección en relación con derechos sexuales y reproductivos.

*** Promover la sensibilización y capacitación permanente de decisores políticos,** responsables de servicios de salud, OSC's, redes y organizaciones comunitarias en la perspectiva de género, para promover el acceso de las mujeres, especialmente las MVVS, a servicios de atención integrales adecuados a sus necesidades, recursos e intereses. Así también, promover y fortalecer las instancias comunitarias de difusión, capacitación y sensibilización de todas las mujeres (y particularmente las MVVS) acerca de sus derechos.

*** Promover la realización de estudios epidemiológicos sistemáticos y comparables** a nivel nacional, que tengan en cuenta la perspectiva de género y que incorporen la participación de organizaciones de mujeres, de adolescentes y jóvenes y otros grupos vulnerables.

*** Diseñar e implementar sistemas de monitoreo y evaluación de acciones, resultados e impactos en relación con el VIH/sida y la SSyR** que contemplen: la integralidad, la participación de instancias gubernamentales de distintos niveles y competencias y de las organizaciones de la sociedad civil y los/as propios usuarios/as, la diversidad de colectivos poblacionales y la oportunidad en la generación de información.

*** Diseñar e implementar registros consistentes y unificados en relación con eventos claves en VIH/sida y SSyR; incluyendo situaciones de violencia contra las mujeres y contra los niños/as.**

*** Desarrollar programas para la atención de LGTTBI desde una perspectiva de género y derechos humanos.**

*** Propiciar una participación más activa del sistema sanitario estatal en el cuidado de la salud de mujeres y varones privados de libertad, basados en la perspectiva de género y de Derechos Humanos.**

Notas

[1] INDEC, "Estimaciones y proyecciones de población. Total del país 1950-2015". Serie Análisis Demográfico Nº 30. INDEC. Buenos Aires, 2004.
[2] INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, 2001.
[3] La clasificación utilizada por el INDEC reconoce como zona urbana a aquellas localidades con 2000 y más habitantes. Fuente de datos: Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001.
[4] INDEC, Encuesta Permanente de Hogares (EPH). Datos consolidados para 31 aglomerados urbanos de 6 regiones del a país para el primer semestre 2009.
INDEC, "Estimaciones y proyecciones de población. Total del país 1950-2015". Serie Análisis Demográfico Nº 30. INDEC. Buenos Aires, 2004.
[5] INDEC. Encuesta permanente de Hogares (EPH). Dato para 3er trimestre 2009. La EPH se toma regularmente en aglomerados urbanos.
[6] Bianco, Mabel y Mariño, A. "VIH/SIDA + VIOLENCIA. Dos caras de una misma realidad. Violencia contra las mujeres y feminización del VIH/sida. Estudio cuanti cualitativo en cuatro países del MERCOSUR. Informe Nacional Argentina. FEIM. Buenos Aires. 2009.
[7] La misma reforma otorgó jerarquía constitucional a a Declaraciones, Convenciones y Pactos Internacionales como la Convención Americana sobre Derechos Humanos, la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Convención sobre los Derechos del Niño. Asimismo en sus Artículos 14 bis y 75 inciso 23 incluye la obligación del Estado de garantizar la seguridad social médica de los ciudadanos.
[8] Decreto Nacional 492/95. La normativa sufrió modificaciones a través de decretos y resoluciones del Ministerio de Salud de la Nación (Msal). En 2000, por Resolución 939 fue modificado integralmente. En 2002, en el marco de la emergencia sanitaria producida por la crisis de 2001, por decreto 486/2002 se suspendió su vigencia; creándose por Resolución 201/2002 el Programa Médico Obligatorio de Emergencia. Por Resolución 304 de 2004 se amplían nuevamente las coberturas.
[9] De acuerdo a datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, 2001, el 52% del total de la población tenía cobertura de salud a través de los subsectores de obras sociales y/o privado o mutual; el restante 48,1% se encontraba bajo la cobertura del subsector público.
[10] INDEC, "Estimaciones y proyecciones de población. Total del país 1950-2015". Serie Análisis Demográfico Nº 30. INDEC. Buenos Aires, 2004.
[11] Estadísticas Vitales. Información básica Año 2008. Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud de la Nación. Diciembre 2009.
[12] Estadísticas Vitales. Información básica Año 2008. Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud de la Nación. Diciembre 2009.
[13] Estadísticas Vitales. Información básica Año 2008. Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud de la Nación. Diciembre 2009.
[14] Estadísticas Vitales. Información básica Año 2008. Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud de la Nación. Diciembre 2009. Las muertes imputadas a tumores malignos de cuerpo uterino representan el 13% del total de defunciones por tumores malignos de útero.
[15] Estadísticas Vitales. Información básica Año 2008. Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud de la Nación. Diciembre 2009.
[16] DSyETS: Boletín sobre el VIH-sida en Argentina". Año XII, Nº 26, Noviembre 2009.
[17] Programa Nacional de Lucha contra los retrovirus del humano, SIDA e ITS, Ministerio de Salud "Boletín sobre el SIDA en Argentina". Año XII, Nº 25, diciembre 2007.
[18] 1982 es el año de notificación del primer caso de Sida en el país.
[19] DSyETS: Boletín sobre el VIH-sida en Argentina". Año XII, Nº 26, Noviembre 2009.
[20] DSyETS: Boletín sobre el VIH-sida en Argentina". Año XII, Nº 26, Noviembre 2009.
[21] La notificación obligatoria de casos de infección por VIH data de 2001. Antes sólo eran de notificación obligatoria los casos de sida, se definen por criterios clínicos, por de la presencia de alguna/s enfermedad/es marcadoras.
[22] En este aspecto, se presentan disparidades regionales, que están relacionadas con la organización de la respuesta, los contextos sociales, legales y culturales y la situación demográfica y social. Tres regiones o zonas del país presentan tasas de infección por VIH superiores a la media nacional: CABA (15,0 por 100.000 habitantes), Buenos Aires (11.1 por 100.000 habitantes) y Patagonia (13,4 por 100.000 habitantes); por debajo se ubican: NOA (9,5 por 100.000 habitantes), Centro (8.9 por 100.000 habitantes), Cuyo (8,3 por 100.000 habitantes) y NEA (6,3 por 100.000 habitantes). DSyETS: Boletín sobre el VIH-sida en Argentina". Año XII, Nº 26, Noviembre 2009.
[23] DSyETS: Boletín sobre el VIH-sida en Argentina". Año XII, Nº 26, Noviembre 2009.
[24] DSyETS: Boletín sobre el VIH-sida en Argentina". Año XII, Nº 26, Noviembre 2009.
[25] DSyETS: Boletín sobre el VIH-sida en Argentina". Año XII, Nº 26, Noviembre 2009.
[26] La historia nacional reconoce más prohibiciones y restricciones que fomento a políticas y acciones relacionadas con distintas formas de planificación familiar. En la década de los sesenta, con el desarrollo de los métodos anticonceptivos modernos, especialmente los hormonales en forma de píldoras, se desarrollaron actividades en los distintos niveles (Público y de la Seguridad Social). En 1974 el gobierno nacional aprobó el Decreto Nº 659/74 prohibiendo toda acción directa o indirecta de planificación familiar en los hospitales públicos y en la Seguridad Social, y estableció la venta de anticonceptivos con receta triplicada, como los psicotrópicos. En 1978, el gobierno militar aprobó el Decreto Nº 3938, el mismo reitera y ratifica lo establecido en el Decreto Nº 659/74. Recién en 1986 éste último Decreto se deroga y se reconocen los derechos reproductivos como derechos humanos. Sin embargo, a pesar de crearse la norma técnica a fines de los '80, no se desarrollan estas actividades.
[27] Ley Nacional 26130 que garantiza la anticoncepción quirúrgica para varones y mujeres en establecimientos sanitarios con el consentimiento informado del/la solicitante mayor de 21 años. La ley Nacional 26150 crea el Programa Nacional de Educación Sexual Integral en el ámbito del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación con alcance efectivo a los establecimientos educativos de todos los niveles tanto públicos como privados.
[28] Ley 24455 de 1995 y Ley 24754 de 1996.
[29] En relación con la provisión gratuita de ARV, cabe señalar que a fines de 1997, ante el incumplimiento de la provisión de medicamentos por parte del Ministerio de Salud de la Nación, ocho ONGs iniciaron un juicio, abogando por el acceso al tratamiento para las PVVS. La jueza interviniente dio lugar al recurso de amparo, estableciendo que el Ministerio en 48 horas debía cubrir la provisión en casos de denuncia. Esto continua vigente hasta la fecha. Con posterioridad, las ONGs obtuvieron la victoria judicial; el fallo fue apelado en segunda instancia y luego ante la Corte Suprema de Justicia, que en el 2000 reiteró la sanción al Ministerio de Salud.
[30] En 1994, el Ministerio de Salud y Acción Social, en su Resolución Nº169, estableció el "vademécum básico para la atención de pacientes de VIH" que fija los ARV y no ARV que forman parte de la cobertura brindada por el sistema público de salud. Con los avances en el desarrollo de nuevos fármacos y nuevas propuestas de tratamiento ARV se incorporaron nuevos medicamentos, con la aprobación del Comité Técnico Asesor de la DSyETS.
[31] El país se ha convertido en referente regional en la negociación de precios de ARV llevada a cabo en Perú en el año 2003, que permitió que 10 países de la región latinoamericana hayan podido acceder a precios hasta un 90% por debajo de lo que se estaba pagando; dado que tenía los menores precios de la subregión.
[32] El Comité Técnico Asesor fue creado por Resolución Ministerial Nº 866/02 con la finalidad de prestar asesoramiento técnico a la Dirección Ejecutiva. Está integrado por un representante de la Red de Personas Viviendo con VIH/SIDA, Organismos de Gobierno y Sociedades Científicas.
[33] El Proceso de Planificación Estratégica Nacional (PPEN) actual fue por convocado por la DSyETS conjuntamente con la Organización Panamericana de la Salud y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Estas organizaciones promovieron "la realización de un *"Proceso de actualización de la Respuesta Estratégica al VIH/sida e ITS en Argentina"* para el período 2008-2011, a fin de sustentar y dar continuidad a las acciones realizadas hasta el momento, así como acortar las brechas visualizadas (…), tanto en el ámbito nacional como en los ámbitos provinciales y locales en relación con la epidemia." Documento del PPEN.
[34] Las "Guías para la atención integral de las mujeres con infección por VIH" surgieron del consenso realizado en el marco de un proyecto nacional implementado por la Dirección de Sida y ETS y UNFPA durante el año 2008. Incluyen recomendaciones relacionadas con: Seguimiento y cuidado clínico-ginecológico de la mujer con VIH, Vacunación en adultos infectados con VIH, Opciones anticonceptivas para personas con VIH, Consideraciones en relación con el tratamiento antirretroviral en la población femenina, Recomendaciones para la profilaxis antirretroviral en embarazadas; y Anexos dedicados a: Consulta preconcepcional en mujeres con VIH , Tratamientos recomendados para ITS , Reproducción en el marco de la infección por VIH y Aspectos legales.
[35] Bianco, M., Mariño, A. y otros: "Participación de la Sociedad Civil en el Mecanismo Coordinador País del Fondo Global para Sida, Tuberculosis y Malaria en Argentina", 2008. La investigación se realizó en el marco del proyecto "Rol de la Sociedad Civil en el Mecanismo Coordinador País", realizado con el apoyo de la Coalición Internacional de Activistas en Tratamiento (ITPC/CIAT) en siete países: Cambodia, Cameron, Uganda, India, Jamaica, Rumania y Argentina. En Argentina, FEIM fue responsable del estudio durante el año 2008.
[36] El Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI) es un organismo descentralizado creado mediante la Ley Nº 24.515 en el año 1995. Desde el mes de marzo de 2005, por Decreto Presidencial Nº 184, se ubicó en la órbita del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación. Las acciones del INADI están dirigidas a todas aquellas personas cuyos derechos se ven afectados al ser discriminadas por algún motivo. Sus funciones se orientan a garantizar para esas personas los

mismos derechos y garantías de los que goza el conjunto de la sociedad, es decir, un trato igualitario.

37 IGLHRC informa sobre el monitoreo y acciones de incidencia necesarios para posibilitar el cumplimiento en el ámbito de los servicios de salud de las normativas de niveles provinciales y municipales que garantizan el derecho de transexuales y travestis a ser llamados por su nombre de elección. Un ejemplo: en 2008, lanzó una acción de alerta por la negativa un funcionario municipal del conurbano bonaerense que "ha rechazado una ordenanza que exige a los trabajadores y profesionales en los hospitales del municipio de respetar la identidad de género llamando a trans, travestis, transexuales o los pacientes por sus nombres elegidos. (IGLHRC)

38 Como parte de las acciones tendientes a la implementación del Programa, la DSyETS y el Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología, han desarrollado materiales para el trabajo de los/as docentes con adolescentes en escuelas medias. Los mismos constan de 4 láminas referidas a Métodos anticonceptivos; Reproducción y Embarazo; ITS; Sexualidad y Derechos de los jóvenes. *"En todas ellas, haciendo énfasis en la bipolaridad reduccionista hombre/mujer se ha omitido la existencia de otras poblaciones que por omisiones y/o discriminación son unas de las más expuestas al VIH (diversidad sexual); por otra parte no esta trabajado el tema del derecho al "NO" en las relaciones sexuales."* (Intilla)

39 DSyETS: ¿Dónde estamos? ¿Adónde queremos ir?. Respuesta al VIH-sida desde el sistema público de salud. 2008.
Disponible en www.msal.gov.ar/sida/pdf/investigacion-hiv.pdf

40 La única experiencia de provisión gratuita de preservativos femeninos en el país se realizó en 2004-2005, en el marco del Proyecto Argentina del Fondo Mundial, mediante la entrega a OSC's ejecutoras de proyectos. No se cuenta con evaluaciones de efectos e impactos de su entrega a las destinatarias de esos proyectos.

41 Se equipara la provisión de preservativos a la de otros métodos anticonceptivos; que requieren de registro nominalizado de entrega para constituir un padrón de usuaria/os bajo programa.

42 Fundación Huésped- Perfil de la población destinataria del Programa Integral de Salud Sexual y Reproductiva (SSR), VIH/SIDA e ITS en el Conurbano Bonaerense (Programa que implementa la Fundación). Estudio realizado en el marco del mismo Programa pero en la región NOA RedNac- Encuesta aplicada en campañas de sensibilización y promoción de derechos sexuales y reproductivos y prevención de VIH/sida e ITS para jóvenes y adolescentes en la ciudad de Villa Carlos Paz, Córdoba.

43 Anticoncepción Hormonal de Emergencia

44 Vale destacar que el contenido del Anexo legal alienta una postura protectora y promotora de derechos sexuales y reproductivos de las MVVS.

45 Bianco, Mabel y Mariño, A. "VIH/SIDA + VIOLENCIA. Dos caras de una misma realidad. Violencia contra las mujeres y feminización del VIH/sida.. Estudio cuanti cualitativo en cuatro países del MERCOSUR. Informe Nacional Argentina. FEIM. Buenos Aires. 2009.

46 En el período 2008-2009 se han presentado situaciones conflictivas masivamente difundidas respecto de la dificultad de acceso a la realización de abortos no punibles en efectores públicos de salud; que han dejado al descubierto los múltiples mecanismos que operan para impedir a las mujeres el efectivo ejercicio de este derecho. Estas se suman a situaciones ya relevadas en años anteriores. Católicas por el Derecho a Decidir Córdoba relevó situaciones de restricción y/o negativa al acceso a APN en efectores públicos en de distintas partes del país: Buenos Aires (2005 y 2007), Buenos Aires (2007) Rosario (Enero 2006, 2009), Mendoza, (Agosto 2006, 2008, 2009), Corrientes (Noviembre, 2006), Entre Ríos (2007), Mar del Plata (Enero 2007), y Santa Fe (Mayo 2007, 2008, 2009), entre otros.

47 "Las personas trans no terminan la escuela secundaria producto de la transfobia existe en esos ámbitos" (ATTTA)

48 Las jurisdicciones son: La Rioja, Neuquén, Catamarca, San Juan, Santa Cruz, Formosa, Santa Fe y Santiago del Estero.

49 Durante 2009, el gobierno nacional desarrolló la campaña Otra vida es posible. http://www.vivirsinviolencia.gov.ar/

50 El estudio, cuanti-cualitativo exploratorio y descriptivo se realiza en países del MERCOSUR. En Argentina comprendió la aplicación de una encuesta a 101 mujeres viviendo con VIH, mayores de 18 años que reciben asistencia en servicios de salud públicos de la Ciudad de Buenos Aires y del área norte y oeste del conurbano bonaerense, en la Provincia de Buenos Aires.

51 En este marco de implementación funcionan tres Brigadas móviles, de Violencia sexual, familiar y de niños/as (contra explotación sexual), conformadas por psicólogos y trabajadores sociales que trabajan en conjunto con personal policial. El contacto con el Programa para solicitar asistencia se realiza mediante una línea telefónica gratuita con alcance en territorio de la CABA. De acuerdo con su presentación institucional, con la implementación de las Brigadas móviles y la sanción de las leyes de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las Mujeres en los ámbitos en los que desarrolle sus relaciones interpersonales y de Prevención y sanción de la trata de personas y asistencia a sus victimas, el Programa alcanzó sus objetivos programáticos

52 Desde el PNLRHS, en el marco del Proyecto "Sistema de Vigilancia de Segunda Generación" se realizó en 2005 el "Estudio sobre comportamiento e información en relación con el VIH/SIDA e ITS en Población Aborigen". El trabajo, de carácter cualitativo, procuró determinar la tendencia de los principales factores de riesgo en relación con la población, el lugar y el tiempo, que acompañan la transmisión del VIH en Argentina.

53 El acuerdo fue suscripto por iniciativa del Comité Científico Asesor en materia de control de tráfico ilícito de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y criminalidad compleja, convocado por el Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos en 2007.

54 ONUSIDA Argentina: **"Cárceles y VIH/Sida. Relevamiento de recursos sociales y sanitarios en unidades penales seleccionadas en Argentina"**. Buenos Aires. 2008. El relevamiento fue implementado por FUNDESO Buenos Aires y FUNDESO Córdoba, Grupo de Mujeres de la Argentina, Coordinadora de Trabajo Carcelario de Rosario y un grupo de docentes colaboradores de la cárcel de jóvenes adultos de Mendoza.

55 ONUSIDA Argentina: **Cárceles y VIH/SIDA**. Avances en la prevención y en el mejoramiento de la asistencia en VIH/SIDA en cárceles de Argentina. Buenos Aires. 2004. El documento presenta la sistematización de intervenciones de prevención en VIH/sida de 7 OSC's y OG's, implementadas en cárceles de varones y mujeres de la Región Metropolitana Buenos Aires, Rosario, Santa Fe y Córdoba. El documento de 2008 actualiza la información relevada en este proyecto. Las OSC's participantes fueron CIPRESS (Santa Fe), CEADS (Rosario), Fundación La luciérnaga (Córdoba) entre las ejecutoras y GMA, y Fundeso como parte de un comité de evaluación y seguimiento externo; las OG's participantes fueron SEDRONAR, el entonces PNLRHS y el Ministerio de Justicia, Seguridad y DDHH de la Nación

56 Ley nacional 26472 sancionada en diciembre de 2008 que modifica tanto la Ley de Ejecución de la pena privativa de Libertad Nº 24660 (que rige la vida en prisiones en casi todas las jurisdicciones del país) como el Código Penal. La modificación normativa se originó en tres iniciativas legislativas.

57 Entre ellas, que en 2007 se produjo en la unidad penitenciaria de la provincia de Buenos Aires que alberga mujeres con hijos el fallecimiento de un niño menor de un año a causa de deficiencias en la atención médica brindada en la unidad. El fallecimiento dio lugar a un recurso de amparo que obligó al estado provincial a garantizar las condiciones de alojamiento y acceso a servicios médicos, sociales y educativos de los niños/as alojados con sus madres. El GMA tuvo una participación destacada en la denuncia pública de este hecho.

58 Ley de Ejecución de la pena privativa de libertad (24660) que rige en la mayoría de las jurisdicciones del país y el Reglamento Disciplinario respecto de la vida en prisión.

59 Ejemplos de éstas resultan: planes de seguridad alimentaria, pensiones asistenciales, percepción de salario familiar e incorporación a la cobertura de seguridad social en el caso de adultos/as responsables del cuidado y crianza que se encuentren empleados y/o integrados al sistema provisional, percepción de la Asignación Universal por hijo para el caso de adultos/as desempleados o incorporados a la economía informal.

60 En atención la situación de desprotección social que atraviesan muchos de los grupos familiares que incluyen niños/as viviendo con VIH, el Proyecto Argentina del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, a instancias de algunas OSC's que trabajan con ellos, impulsó en 2008 una línea de trabajo específica. La misma incluía la provisión de equipamiento familiar y materiales de construcción para refacción de viviendas y la promoción de la lectura como modalidad de trabajo promocional con niños/as y adolescentes afectados.

61 El Dr. Ignacio Maglio es coordinador y miembro del Comité de Bioética (COB) de la Fundación Huésped. El COB funciona desde el año 1998 y desde sus comienzos funcionó como un comité de ética independiente en Investigación. Allí se evalúan los aspectos éticos y científicos de ensayos clínicos farmacológicos y no farmacológicos realizados en la institución y en otros centros derivados para su análisis al COB.

62 Comité de Bioética (COB) de la Fundación Huésped

63 ¿Dónde estamos? ¿Adónde queremos ir?. Respuesta al VIH-sida desde el sistema público de salud. 2008.
Disponible en www.msal.gov.ar/sida/pdf/investigacion-hiv.pdf

Anexo I - Organizaciones participantes

Asociación de Mujeres Meretrices de la República Argentina (AMMAR) – Nacional

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

Católicas por el Derecho a Decidir (CDD)- Córdoba

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

Fundación Huésped

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

ICW Argentina

INTILLA Asociacion Civil- Buenos Aires

Red Argentina de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA (RAMVIHS)

Red Argentina Positiva (RedAR+)

Red Bonaerense de PVVS- Buenos Aires

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

Coordinación y compilación del Informe:
Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM)

UNGASS

GESTOS
Soropositividade
Comunicação e Gênero

FEIM
FUNDACIÓN
PARA ESTUDIO
E INVESTIGACIÓN
DE LA MUJER