



PROGRAMA

En clave de Derechos

XIII Jornadas sobre interrelación entre las violencias machistas y VIH

Barcelona, 20 de marzo 2018 en Espai La Cuina (Espai Francesca Bonnemaison, c/Sant Pere Més Baix 7)

9 a 9:30	Entrega de material
9:30 a 10:00	Inauguración
10:00 a 10:40	PONENCIA 1: Marco jurídico conceptual para la garantía de los derechos. Noelia Igareda González Doctora en Derecho por la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), Máster en Políticas de Igualdad de Género: Agentes de Igualdad (UAB), Miembra de Antigona. Modera: <i>(pendiente de confirmación)</i>
10:45 a 11:20	PONENCIA 2: Abordando el VIH en el marco de derechos. Derechos sexuales. Montserrat Pineda Lorenzo (Creación Positiva) Modera: Mireia Mata i Solsona (Directora Gral. d'Igualtat, Departament de Treball, Afers Socials i Famílies)
11:25 a 11:55	Encuentro café
12:00 a 13:00	MESA 1: Promoción de la salud sexual desde un enfoque de derechos. Analizando el estigma y la discriminación en los mensajes de prevención. • Alberto Pérez-Martín Rodríguez • David Paricio Salas (SidaStudi) • M^a Luisa García Berrocal (Creación Positiva) Modera: Fernando Villaamil Pérez (UCM)
13:00 a 14:00	MESA 2: Superando estereotipos. Vulnerabilidades y resistencias en torno a las violencias machistas y el VIH. • Mujeres en prisión: Yolanda Yáñez Nascimiento (Asoc. Sare) • Transexualidades: M. Rosa Almirall Oliver (Transit) • Usuaris de drogas: Mercé Meroño Salvador (Fundació Ambitprevenció) Modera: Silvia Aldabert (APFCiB)
14:00 a 14:30	Debate, conclusiones y clausura

¡Para poder asistir es necesario rellenar [este formulario](#) antes del 9 de marzo del 2018!

Organiza:



www.creacionpositiva.org

Financiado por:



Con el apoyo de:



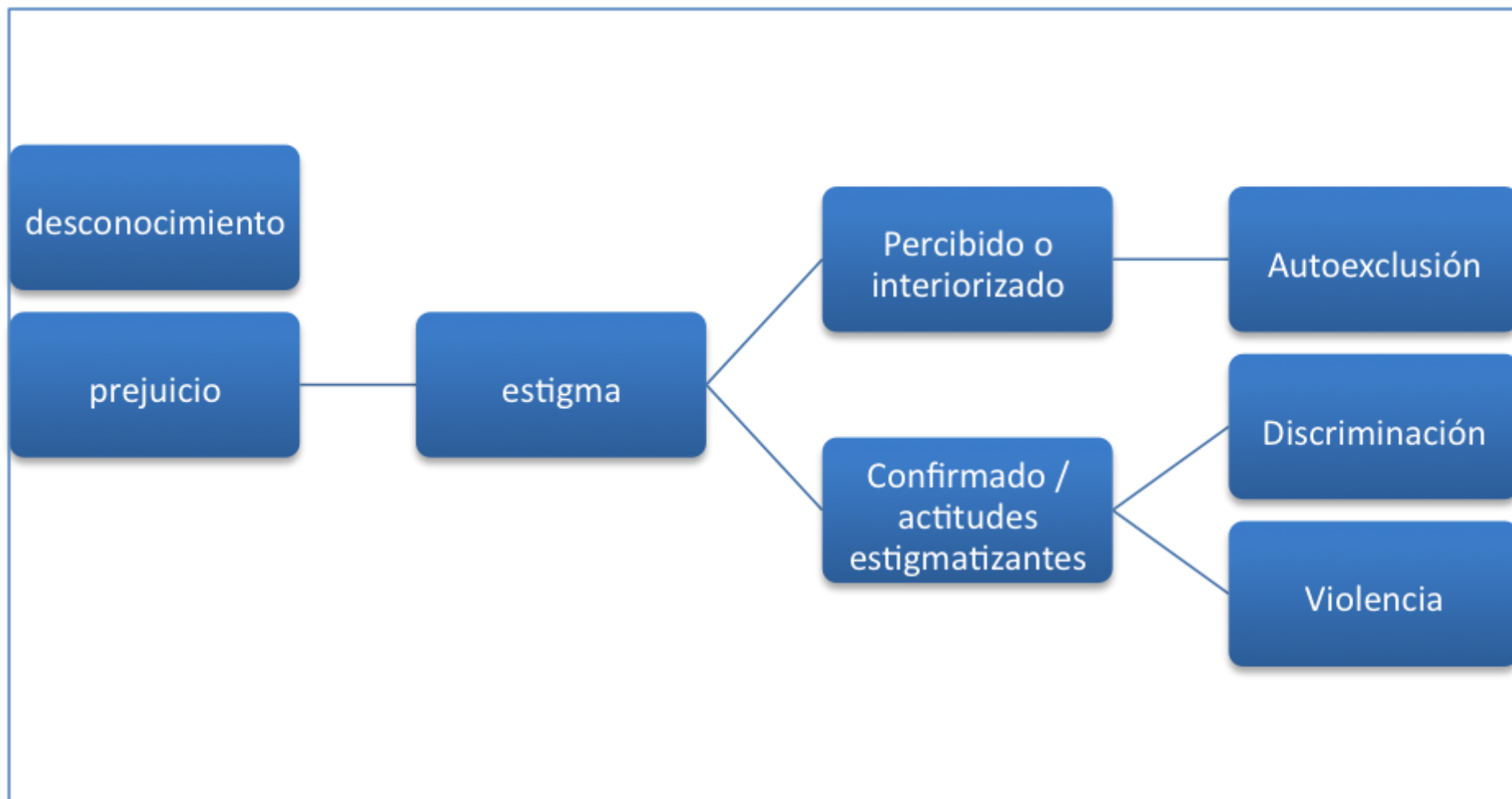
Alberto Martín-Pérez Rodríguez

MESA 1. Promoción de la salud sexual desde un enfoque de derechos.
Analizando el estigma y la discriminación en los mensajes de prevención



¿DE QUÉ HABLAMOS? **ESTIGMA,** **SEROFOBIA AUTOESTIGMA,** **DISCRIMINACIÓN**





STIGMA



Atributo que desacredita socialmente a quien lo soporta, quien queda sometida a reacciones adversas, de hostilidad y de rechazo, que favorecen la soledad y el aislamiento social (Goffman, 1963).





La enfermedad **no es sólo una entidad física**, sino que **se construye socialmente** cuando se la nombra, se definen síntomas, se teoriza sobre su origen, modos de transmisión y prevención.

También cuando se responsabiliza, se culpa y **se categoriza**: víctimas, pacientes, culpables, inocentes...



15,2%

de la población española considera que
las personas con el VIH son **culpables**
de padecer su enfermedad
(Fuster, 2014)





STOP SEROPHOBIA

WE CAN PUT AN END TO SEROPHOBIA ▾

RESOURCES ▾

TESTIMONIALS

FRANÇAIS

We can put an end to serophobia

Serophobia is a manifestation of fear and aversion by certain people, towards people living with HIV. Like homophobia, it manifests itself through acts of exclusion or discrimination, whether implicit or explicit.

¿miedo incontrolable?

o

¿prejuicio social construido?



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD



Autoestigma, **estigma interiorizado**, serofobia interiorizada.

Anticipación individual de las actitudes sociales negativas asociadas al VIH



30,7%

Sintió **vergüenza** por tener VIH
(Ecuador, CEPVVS, 2010)

37%

Renuncia a **relaciones sexuales**
por tener VIH
(Ecuador, CEPVVS, 2010)

50%

Sintió **vergüenza** por tener VIH
(España, FELGTB, 2013)

30%

Renuncia a **relaciones sexuales**
por tener VIH
(España, FELGTB, 2013)



Un estudio mostraba **baja empatía** hacia personas con el VIH usuarias de drogas, algo más hacia las personas percibidas como homosexuales, y un mayor grado de empatía hacia niños y mujeres heterosexuales con VIH
(Norman, 2009)



DIAGNOSIS HURTS ENOUGH. DON'T ISOLATE THOSE WHO ARE HIV+



cualquier medida que acarree una distinción arbitraria, injusta y evitable entre las personas por razón de su estado de salud o su estado serológico respecto al VIH, confirmado o sospechado





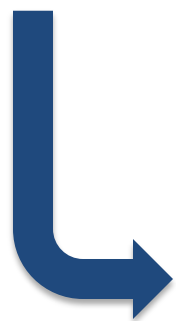
Discriminación intracomunitaria. Un aspecto menos estudiado

Discriminación por estado serológico dentro de una determinada comunidad vulnerable al VIH

30%

de hombres gais y bisexuales se han sentido **discriminados por otras personas LGTB** en internet, bares, discotecas...

(FELGTB, 2013)



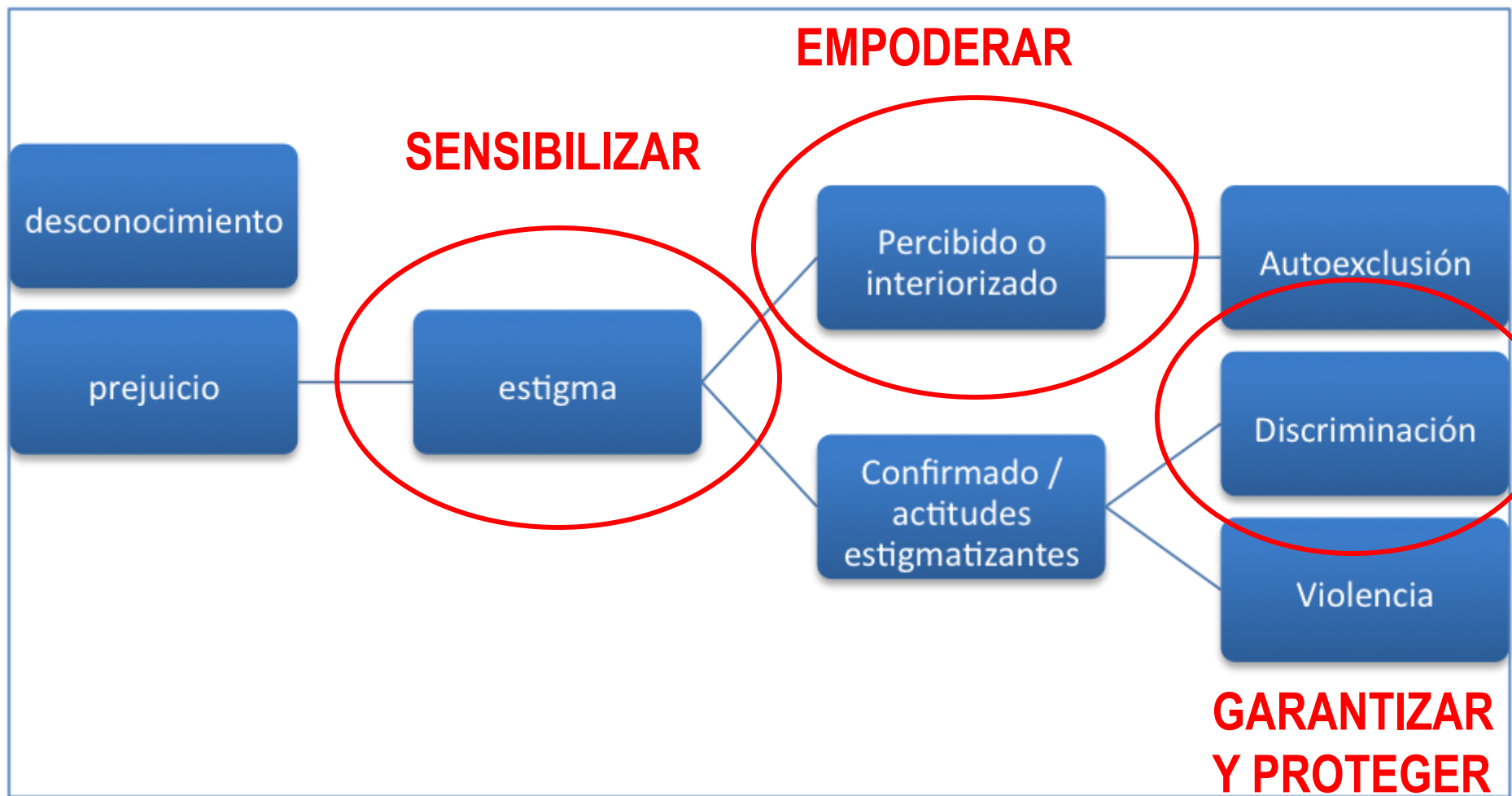
4,6%

en una organización LGTB
(FELGTB, 2013)



CÓMO ARTICULAR UNA **RESPUESTA** **INTEGRAL** SIN CREAR NUEVOS ESTIGMAS





**Intersectorial
Multidisciplinar
Participativo**

**GARANTIZAR
Y PROTEGER
DERECHOS**



VIH/SIDA

HSH

gais, bisexuales
y otros hombres
que tienen sexo
con hombres

VIH;
VIH y
sida

VIH
positivos

personas
con el VIH

personas
que viven
con el VIH

transmisión
del VIH

contagio
del sida

lucha
contra el
sida

respuesta
al VIH

usuarios de
drogas
inyectables





UNDETECTABLE equals UNINFECTIOUS

Si TAR continuado y seguimiento

Si CV indetectable 6 meses

Si no otras ITS

72%

prefiere una **pareja con VIH en TAR**
que alguien que no se haya hecho la
prueba
(Derksen, 2015)



La autonomía del paciente con el VIH en entredicho

Un estudio australiano revela la presión que sienten algunas personas con el VIH que deciden no empezar todavía el tratamiento antirretroviral por no sentirse preparadas

...las personas que no la toman se perciben a sí mismas **marginadas a través de un nuevo mecanismo**, es decir por las **expectativas** cada vez mayores de lo que se considera **normativo** y las **responsabilidades** que existen alrededor del tratamiento del VIH

(Persson, 2016)



Salud, dignidad y prevención
positivas: un marco de
políticas

GNP+ y ONUSIDA, 2009



¿CÓMO ESTÁ EL TEMA?



596

Notificaciones de **prácticas**
discriminatorias

(IDH Bartolomé de las Casas, 2005)

14%

Jóvenes sentirían **incomodidad**
con vecino enfermo de sida

(INJUVE, 2012)

11,3%

Aprueban **medidas**
discriminatorias en el empleo

(Alter, 2013)



49%

incomodidad si hijos/as fueran al colegio con personas con VIH
(Fuster, 2014)

25,8%

incomodidad si compañero/a de trabajo tuviera VIH
(Fuster, 2014)

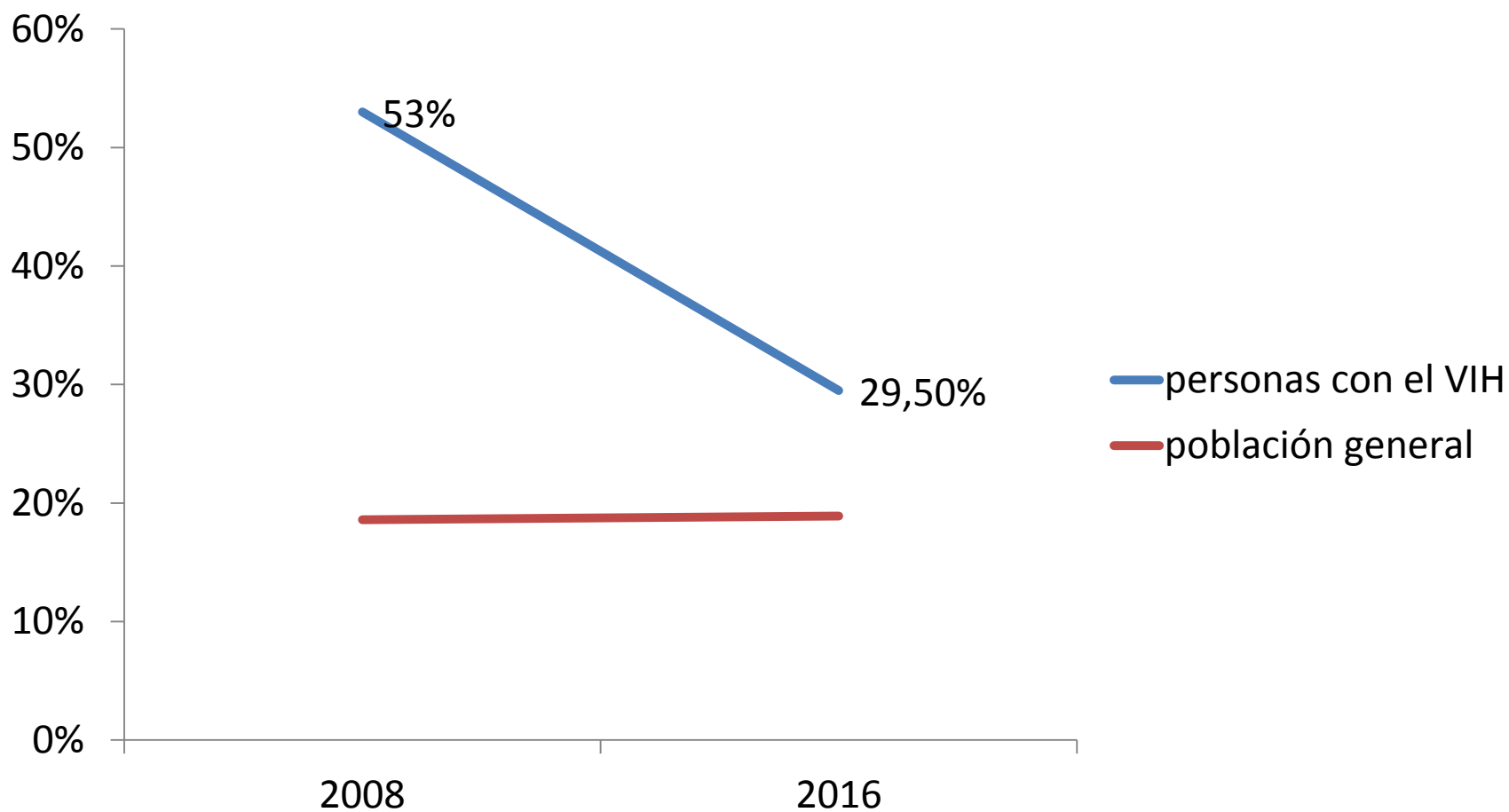
13%

Aprueban **segregación** de personas con VIH
(Fuster, 2014)

13%

Aprueban **publicidad de nombres** de personas con VIH
(Fuster, 2014)





¿UN PROBLEMA CON EFECTOS INDIVIDUALES O SOCIALES?





Retrasar visitas médicas y tratamiento para evitar problemas laborales

Ocultar la enfermedad y anticipar sus consecuencias a nivel social puede provocar un aumento considerable del estrés

Limitar las relaciones personales y familiares por miedo a la discriminación y “contagio del estigma”

Difícultar la motivación para el autocuidado y el tratamiento





SPECIAL REPORT

Thematic report: Stigma and discrimination

Monitoring implementation of the Dublin Declaration on
Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia:
2012 progress

www.ecdc.europa.eu

El estigma y la discriminación tienen un gran impacto negativo en el acceso a los servicios del VIH en Europa

Los hombres gais, bisexuales y otros HSH, las personas usuarias de drogas inyectables y las personas que ejercen el trabajo sexual son los grupos más afectados

Marta Villar - 08/06/2017



Dos de cada tres países de Europa y Asia Central reconocen que el estigma y la discriminación que sufren las poblaciones más vulnerables suponen una barrera en el acceso a los servicios de prevención y detección del VIH. Esta es una de las conclusiones que se desprende del informe que el Centro Europeo para el Control y la Prevención de las Enfermedades (ECDC, por sus siglas en inglés) ha presentado recientemente en Estocolmo (Suecia).



¿LOS MISMOS DERECHOS?



Los enfermos de sida no pueden ser taxistas en Madrid

El Ayuntamiento ha modificado la Ordenanza del Taxi, pero mantiene la discriminación al colectivo, impuesta también en una ley regional



publicidad



MEDIA: 0

VOTOS: 0

COMENTARIOS: 0

EMAIL

IMPRIMIR

A+ a-



VIVIR

Castigada sin vacaciones por ser portadora del VIH

Angélica González / Burgos - jueves, 02 de septiembre de 2010



Imprime esta página



Una paciente del Yagüe critica que el Club de los 60 de la Junta excluya de sus viajes a las personas

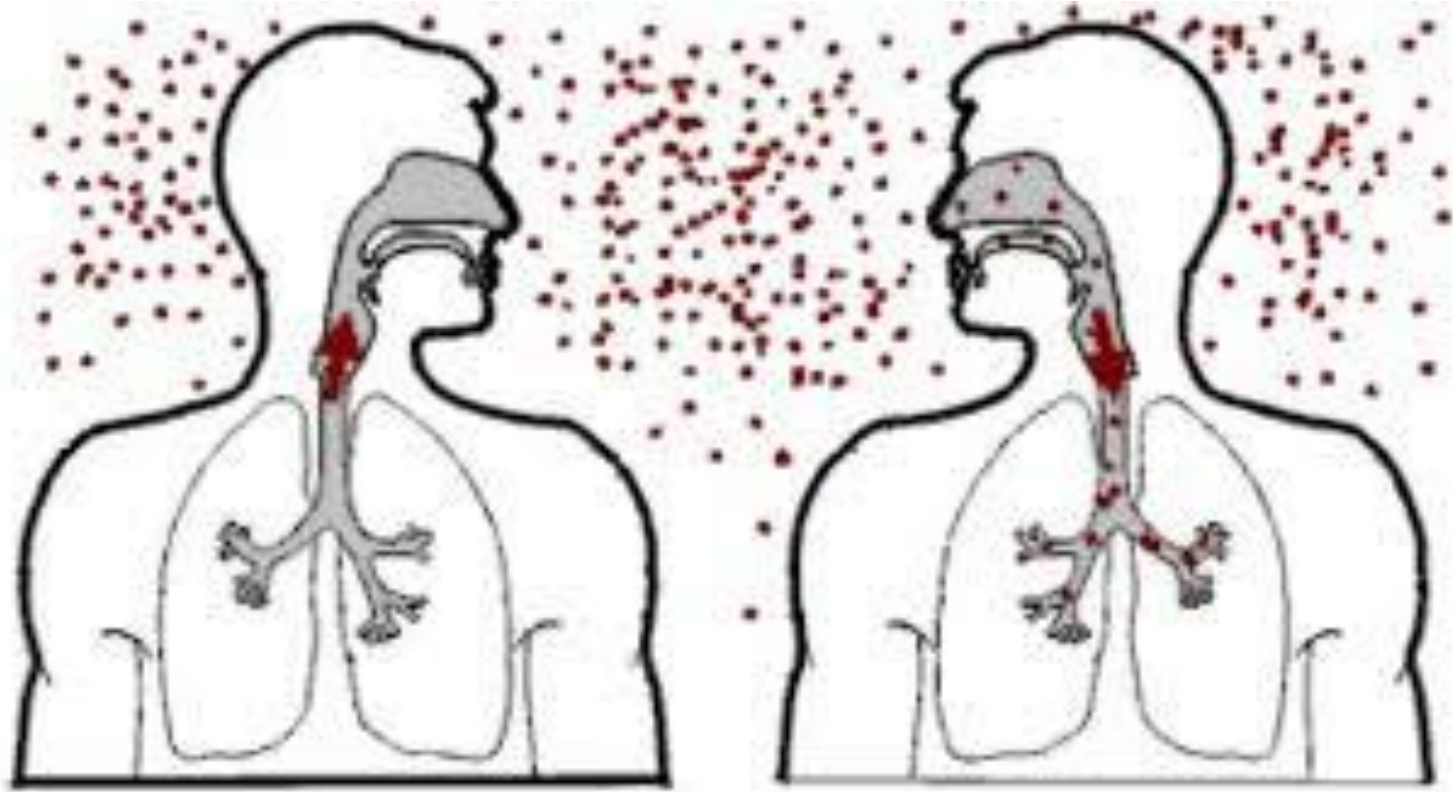
Se llama Hortensia, tiene 67 años y hace 22 que es portadora del virus del sida. Lo contrajo a través de su esposo, que padecía hemofilia, una enfermedad cuyos afectados necesitan constantes transfusiones de sangre y sobre la que se cebó el VIH en los primeros tiempos, antes de conocerse sus formas de transmisión. En todo este tiempo, aunque su calidad de vida ha sido muy buena, moralmente, asegura, ha

... ..



INFECTO-CONTAGIOSO

Diseases generally recognized as communicable or transmissible
Factor influencing health status and contact with health services



"Tuve que ocultar que soy portador de VIH para poder firmar una hipoteca"

- Afectados por VIH denuncian que no les conceden seguros de vida, condición que piden los bancos para firmar una hipoteca, a pesar de que viven "prácticamente los mismos años que el resto de la población"
- La ley ampara estas cláusulas en los seguros y el PP se opuso en el Congreso a modificarla en la pasada legislatura
- "Es una cláusula muy común en todas las pólizas y en todas las compañías", apuntan en el banco ING, que excluye a los portadores del virus

Laura Galaup

 Seguir a @galaup

17/05/2016 - 20:22h

 Compartir

621

 Me gusta

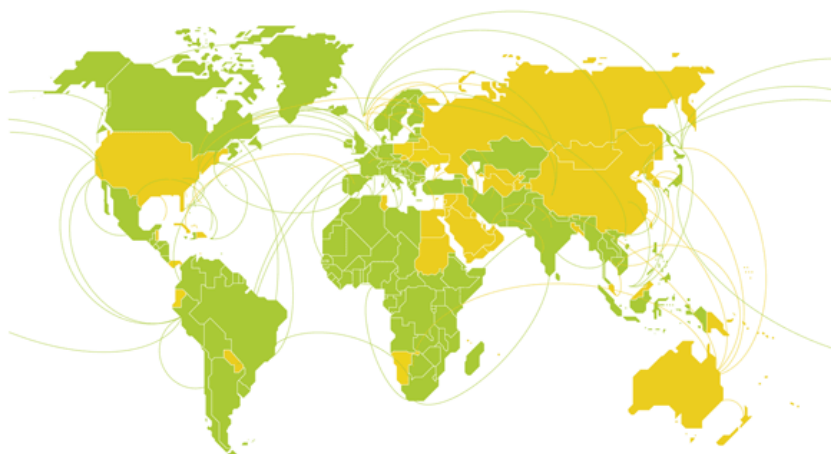
 Twittear



Welcome (not)

For many of the millions of people living with HIV around the world, travel restrictions are a daily reminder that they do not have freedom of move internationally. In 2011, United Nations Member States agreed to eliminate HIV-related travel restrictions.

How travel restrictions have changed since 2008



2008

WELCOME



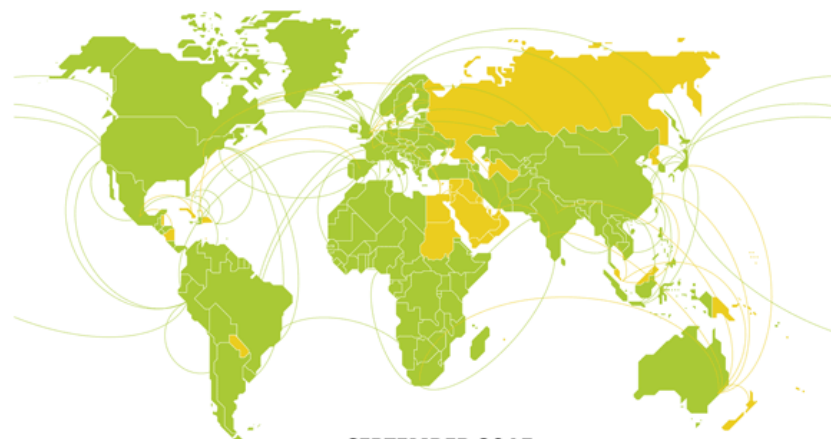
Countries, territories and areas that have no HIV specific restriction on entry, stay or residence.

WELCOME (NOT)



59

countries, territories and areas impose some form of restriction on the entry, stay and residence of people living with HIV based on their HIV status.



SEPTEMBER 2015

WELCOME



Countries, territories and areas that have no HIV specific restriction on entry, stay or residence.

WELCOME (NOT)



35

countries, territories and areas impose some form of restriction on the entry, stay and residence of people living with HIV based on their HIV status.





GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD



Promoción de **la salud sexual** desde un
enfoque de derechos.

Analizando **el estigma y la**
discriminación en los mensajes de
prevención

M Luisa García Berrocal
Creación Positiva



A modo de introducción

El VIH ha colocado en el ámbito de lo posible algunas actuaciones silencias y “no nombradas” en el discurso hegemónico.

El VIH nos habla de relaciones/sexualidades fuera de la matriz heterosexual, nos habla de la vida y del tabú de la muerte, nos habla del sufrimiento y del miedo a ese sufrimiento.

Nos cuestiona sobre nuestras adicciones, nuestras dependencias, nuestras renunciias y pequeñas muertes.

El VIH interroga directamente a nuestras vidas supuestamente vivibles y relata otras vidas también posibles.



A modo de introducción

- **Muerte** (asesinos)
- **Horror** (se demoniza y teme a la gente infectada)
- **Castigo** (conducta inmoral)
- **Guerra** (combatir al virus. ¿personas?)
- **Crimen** (víctimas y culpables)
- **OTREDAD** (calamidad de “otros” de aquellos que están separados)
¿¿¿¿¿Categorías????
- **Vergüenza** (algo a esconder)

P. Aggleton y R. Parker (2002)



Promoción de la salud sexual

¿Eso qué es lo qué es?

¿Promoción?

¿Salud? ¿Salud sexual?



Salud

“como una manera de vivir autónoma, gozosa y solidaria que se operativiza en la apropiación del propio cuerpo en función del proyecto de felicidad biografía que el ser humano se da a si mismo”

(Manifiesto ideológico Salud y Counselling, J.Barbero y otras, (2000))



Promoción de la salud sexual

EL COMPROMISO A FAVOR DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD, Carta de Ottawa. (OMS,1986)

Los participantes en esta conferencia se comprometen:

- a intervenir en el terreno de la política de la salud pública y a abogar en favor de un compromiso político claro en lo que concierne a la salud y la equidad en todos los sectores;
- a oponerse a las presiones que se ejerzan para favorecer los productos dañinos, los medios y condiciones de vida malsanos, la mala nutrición y la destrucción de los recursos naturales. Asimismo se comprometen a centrar su atención en cuestiones de salud pública tales como la contaminación, los riesgos profesionales, la vivienda y la población de regiones no habitadas;
- a eliminar las diferencias entre las distintas sociedades y en el interior de las mismas, **y a tomar medidas contra las desigualdades, en términos de salud**, que resultan de las normas y prácticas de esas sociedades;
- **a reconocer que los individuos constituyen la principal fuente de salud; a apoyarlos y capacitarlos a todos los niveles para que ellos, sus familias y amigos se mantengan en buen estado de salud; y del mismo modo se comprometen a aceptar que la comunidad es el portavoz fundamental en materia de salud, condiciones de vida y bienestar en general;**
- a reorientar los servicios sanitarios y sus recursos en términos de la promoción de la salud; a compartir el poder con otros sectores, con otras disciplinas y, lo que es aún más importante, con el pueblo mismo;
- a reconocer que la salud y su mantenimiento constituyen el mejor desafío e inversión social y a tratar el asunto ecológico global de nuestras formas de vidas.



Promoción de la salud

Los programas de promoción de la salud que se centran en **el cambio de los estilos de vida individuales** pueden terminar echando la culpa de las víctimas si ignoran el contexto estructural de conducta sanitaria, sobre todo los factores socio-económicos, políticos, y ambientales en el origen o refuerzo de la conducta” (OMS, 1982).

las otras vulnerabilidades quedan invisibilizadas.



Promoción de la salud Sexual

LOS DERECHOS SEXUALES

el derecho de las personas a vivir libres de coacción, discriminación y violencias para:

- ☐ Alcanzar el más alto estándar de salud sexual incluido el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.
- ☐ Buscar, recibir e transmitir información relativa a la sexualidad.
- ☐ la Educación en sexualidad
- ☐ el respeto por la integridad corporal.
- ☐ elegir su pareja.
- ☐ A decidir si ser sexualmente activa o no.
- ☐ relaciones sexuales consensuales.
- ☐ matrimonio consensual.
- ☐ decidir si tener hijas/os o no y cuando tenerlas/los
- ☐ tratar de tener una vida sexual satisfactoria, segura y placentera



Promoción de la salud Sexual

LOS DERECHOS SEXUALES

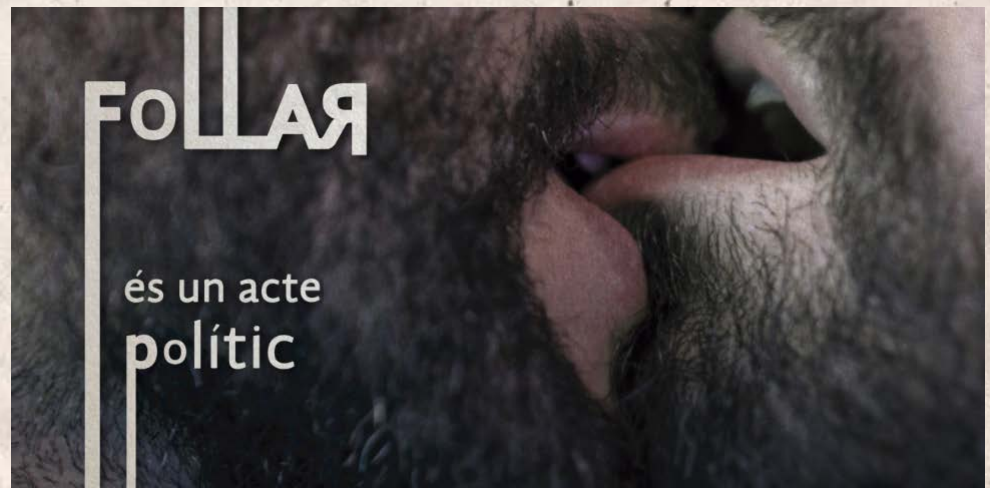
«Los derechos sexuales y reproductivos son tan importantes como la salud sexual y reproductiva si queremos entender qué es el poder y cómo funciona en las relaciones sexuales. Lo que nosotros estamos viendo son cuestiones políticas y cambios políticos, y ahí es, fundamentalmente, donde yace una comprensión del poder y una comprensión de cómo cambiar el poder»

Richard Parker (2000)



Promoción de la salud Sexual

Enfoque en derechos no solo pone el acento en los actos de cuidado hacia una misma y hacia los demás, sino que al mismo tiempo adquiere un significado y es un acto político, ya que reivindica nuestros derechos para vivir nuestra sexualidad de forma plena y placentera, y la disponibilidad de los recursos para poder hacerlo (C1D)





Promoción de la salud Sexual enfoque en derechos

- Ayuda a las personas a definir sus propias necesidades, problemas e inquietudes y a crear un espacio de reflexión y/o expresión de su sexualidad. Teniendo en cuenta que los contextos en los que vivimos son cambiantes e influyen en cada uno de nosotros, que también estamos en constante cambio.
- Educa en conocimientos, habilidades, actitudes, valores y derechos.
- Reduce riesgos y daños en salud sexual.
- Adecua las estrategias a las necesidades de las personas, en constante cambio.
- Contribuye al empoderamiento de las personas en la toma de decisiones que afecten al cuidado de la salud sexual y facilita la participación de las personas en las políticas que afectan a su cuidado.
- Facilita controlar la infección por el VIH y otras ITS y aprender a vivir y convivir con las enfermedades e infecciones.
- Vela por el acceso a recursos sociosanitarios públicos de calidad, de manera universal y gratuita.
- Para respetar y valorar las decisiones que tomamos sobre nuestra salud.
- Para poder abordar el estigma y la discriminación asociada al hecho de ser elijan la categoría)



Promoción de la salud Sexual

Estigmatización

Vinculada a desigualdades de poder.

Hace que las desigualdades sociales parezcan “razonables”.

Crean jerarquía social (las personas estigmatizadas vs las no estigmatizadas)

Crea y refuerza la exclusión social.

Proceso histórico.



Promoción de la salud Sexual





Gracias

M Luisa García Berrocal
Creación **Positiva**

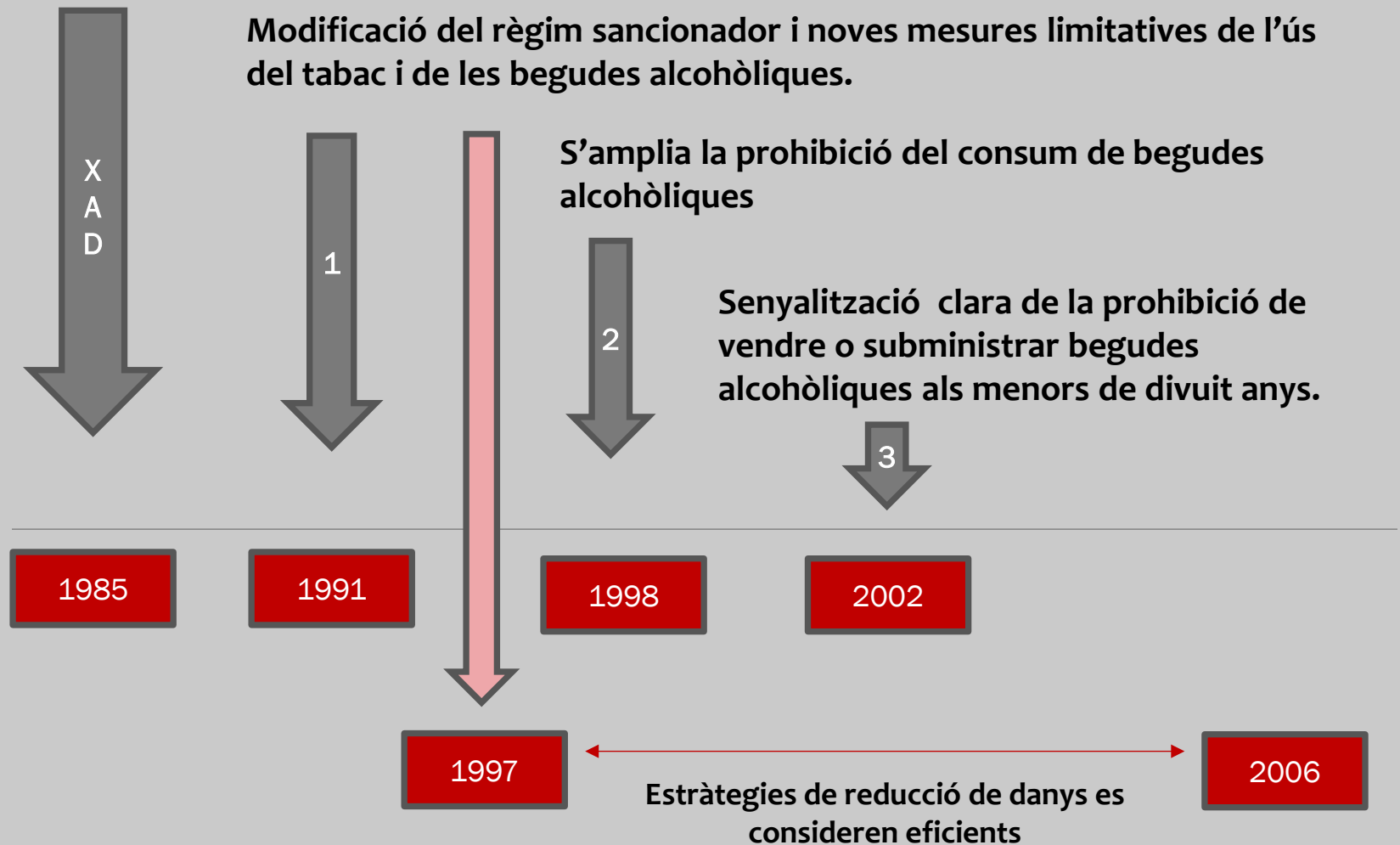
SUPERANDO ESTEREOTIPOS

Vulnerabilidades y Resistencias en
Torno a las Violencias Machistas y
el VIH

Usuàries de drogues
Mercè Meroño Salvador
Fundació Àmbit Prevenció

Marc legislatiu I

- Llei 20/1985 de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència



2006 Es reedità al Parlament de Catalunya el consens per una política basada en la **prevenció, programes educatius i formatius, descentralitzar l'atenció sociosanitària, potenciar la RdD, promoure estratègies d'intervenció basades en evidència**, cuidar que els mitjans de comunicació ofereixin **informació desestigmatitzant** que promogui un debat polític i social sense prejudicis.

2009 Decret 105/2009, de 7 de juliol, pel qual es crea la **Comissió Interdepartamental sobre Drogues**. L'article 2 de la Llei assenyala entre les seves funcions, aquests dos aspectes:

b) Promoure la implementació i consolidació d'estratègies de reducció de danys per a persones drogodependents.

i) Definir i promoure línies de finançament per a propostes preventives, de reducció de danys, reinserció, formació, avaluació i recerca en relació amb la problemàtica relacionada amb el consum de drogues que incorporin la perspectiva de gènere.

Dades epidemiològiques 1997

Població	Mètode de garbellament	Prevalença estimada (any)
Mostres de laboratoris de microbiologia hospitalaris	Voluntari-confidencial	4,1 % (1997)
Nadons (Mares)	Anònim-no relacionat	0,22 % (1996)
Població general que sol·licita la detecció dels anticossos antiVIH en centres alternatius	Voluntari-anònim	3% (1997)
Clients de centres de MTS	Voluntari-confidencial	4,4% (1995)
Donants de sang	Obligatori-confidencial	0,01% (1996)
Població penitenciària	Voluntari-confidencial	35,1% (1997)
Població general hospitalària	Anònim-no relacionat	1,4% (1996)
Homes que tenen relacions sexuals amb altres homes	Voluntari-anònim	14,2% (1995)
Usuaris de drogues per via parenteral, reclutats al carrer	Voluntari-anònim	50% (1996)
Usuaris de drogues per via parenteral que inicien tractament	Voluntari-confidencial	46,4% (1997)



50%

(1996)

46,4%

(1997)

Estudis conductuals-SIVES* I

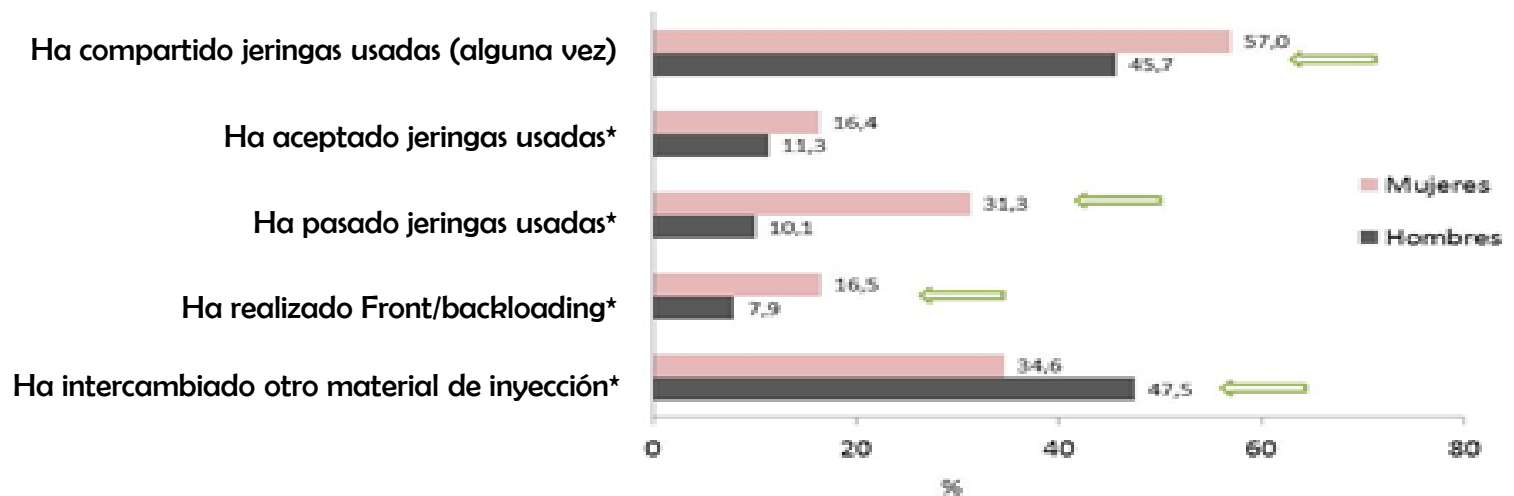
- Des del **1993 al 2006**, biennalment, s'han dut a terme 7 mesures transversals de l'evolució de la prevalença d'infecció pel VIH i els comportaments sexuals i d'ús de drogues en UDVP entrevistats al carrer a Barcelona
- L'any 2008 **es va iniciar el monitoratge bio-conductual del VIH/ITS en Persones que Usen Drogues Injectables que freqüenten els CRD a Catalunya (Estudi REDAN)**. Al voltant d'un 20-25% són dones.
- Entre els factors que poden incrementar el risc de contreure VIH, s'han identificat: **l'exercici del treball sexual, tenir una parella estable injectora i major prevalença d'ITS**, entre d'altres (Folch et al, 2013).
- Tenir present també que **les dones** han de fer front a una complexitat de circumstàncies específiques com ara **l'embaràs, la maternitat o mecanismes de violència estructural, agreujades per sistemàtiques vulneracions dels seus drets i llibertats**.

**Font: Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica de la SIDA/VIH/ITS a Catalunya*

Estudis conductuals-SIVES* II

- Dades recents del darrer estudi realitzat durant el **2014-2015**, en una mostra de **601 homes i 128 dones** que s'havien injectat drogues en els últims 6 mesos, usuàries dels Centres de RdD de Catalunya, aporta dades segregades per sexe.

Conductas de riesgo de inyección en hombres y mujeres usuarios de centros de reducción de daños



*<0,05 ajustando por la edad, nivel estudios, país origen, cárcel, años y frecuencia de inyección

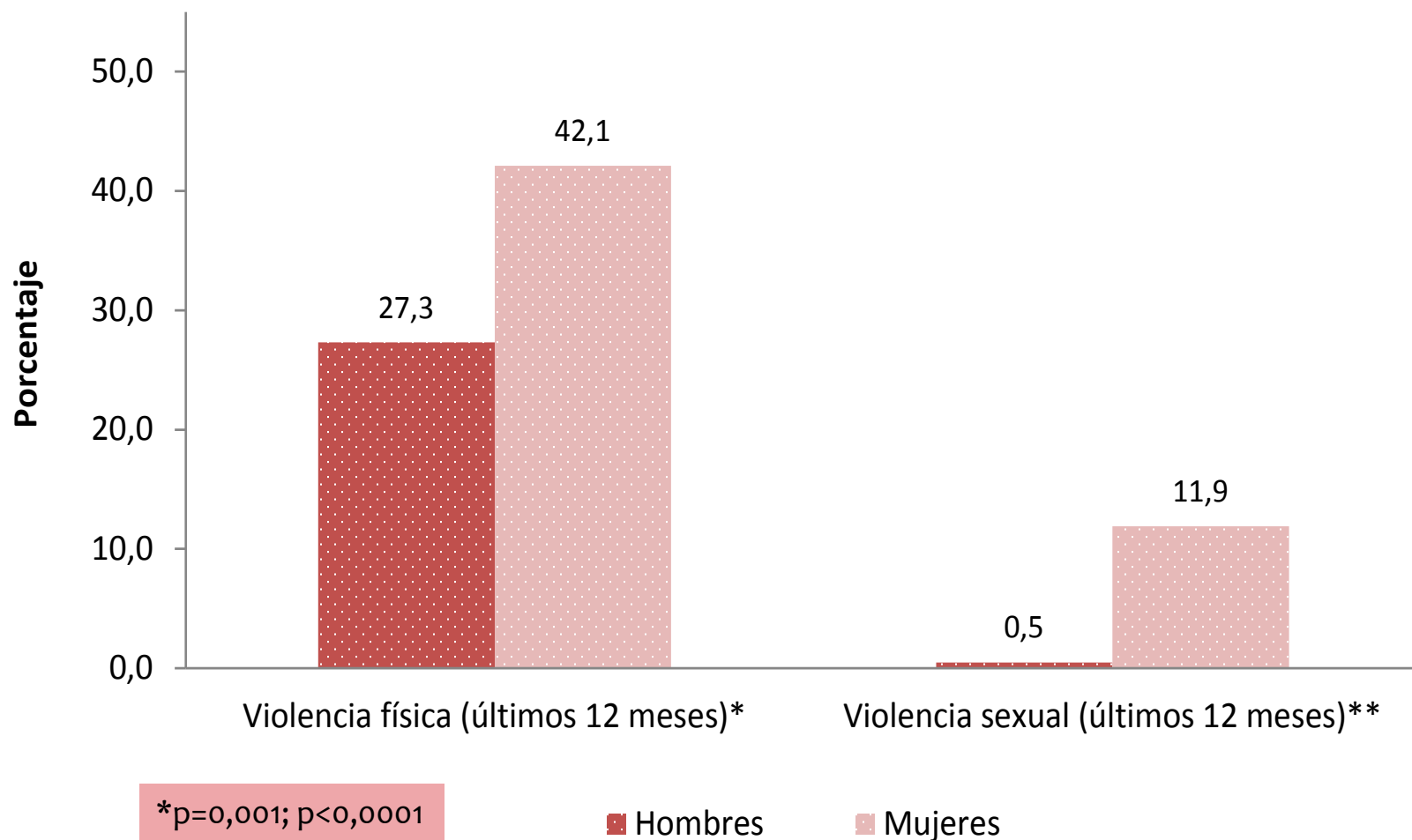


Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



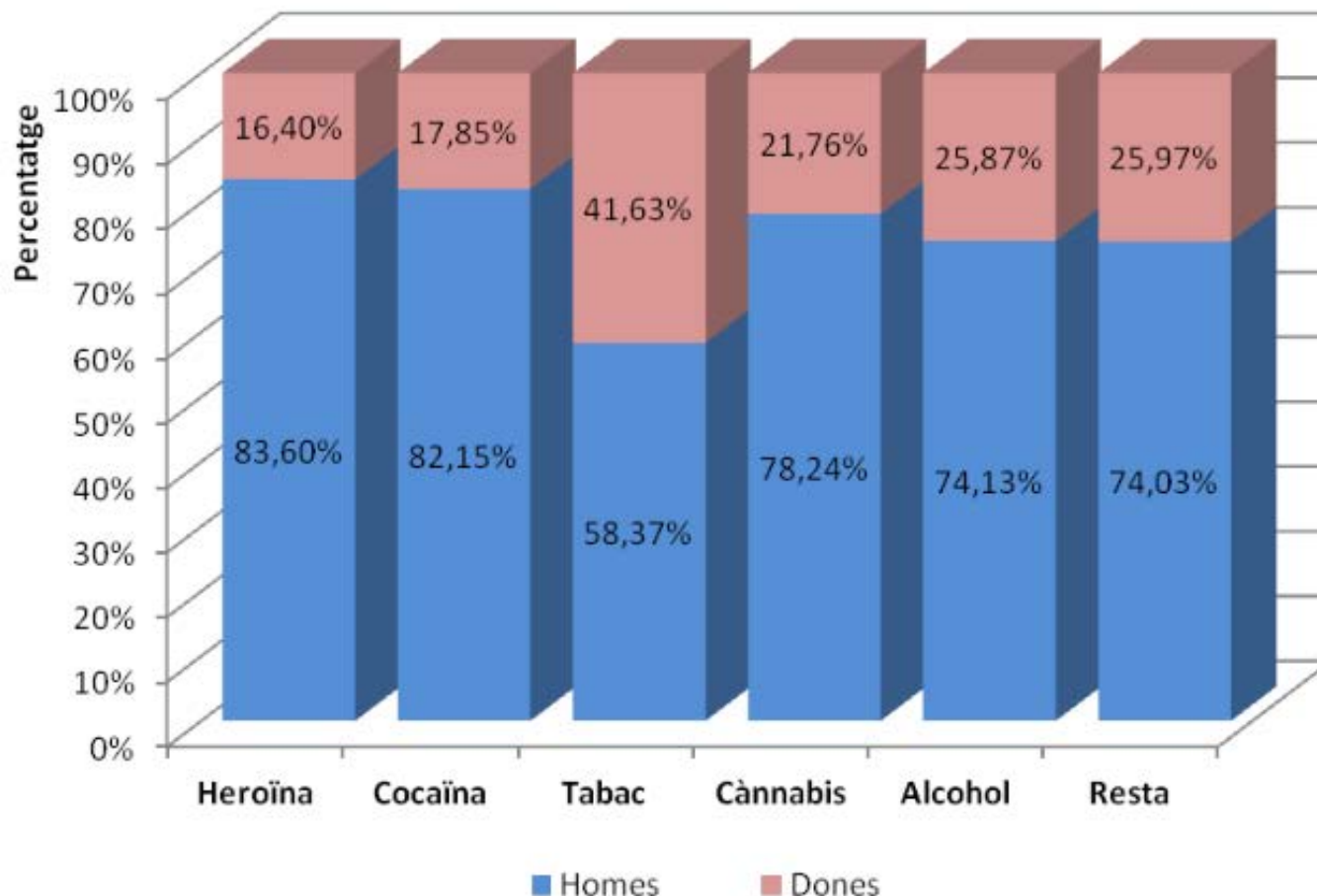
Centre d'Estudi Epidemiològic
sobre les Infeccions de Transmissió
Sexual i Sida de Catalunya

Violència física i sexual els darrers 12 mesos



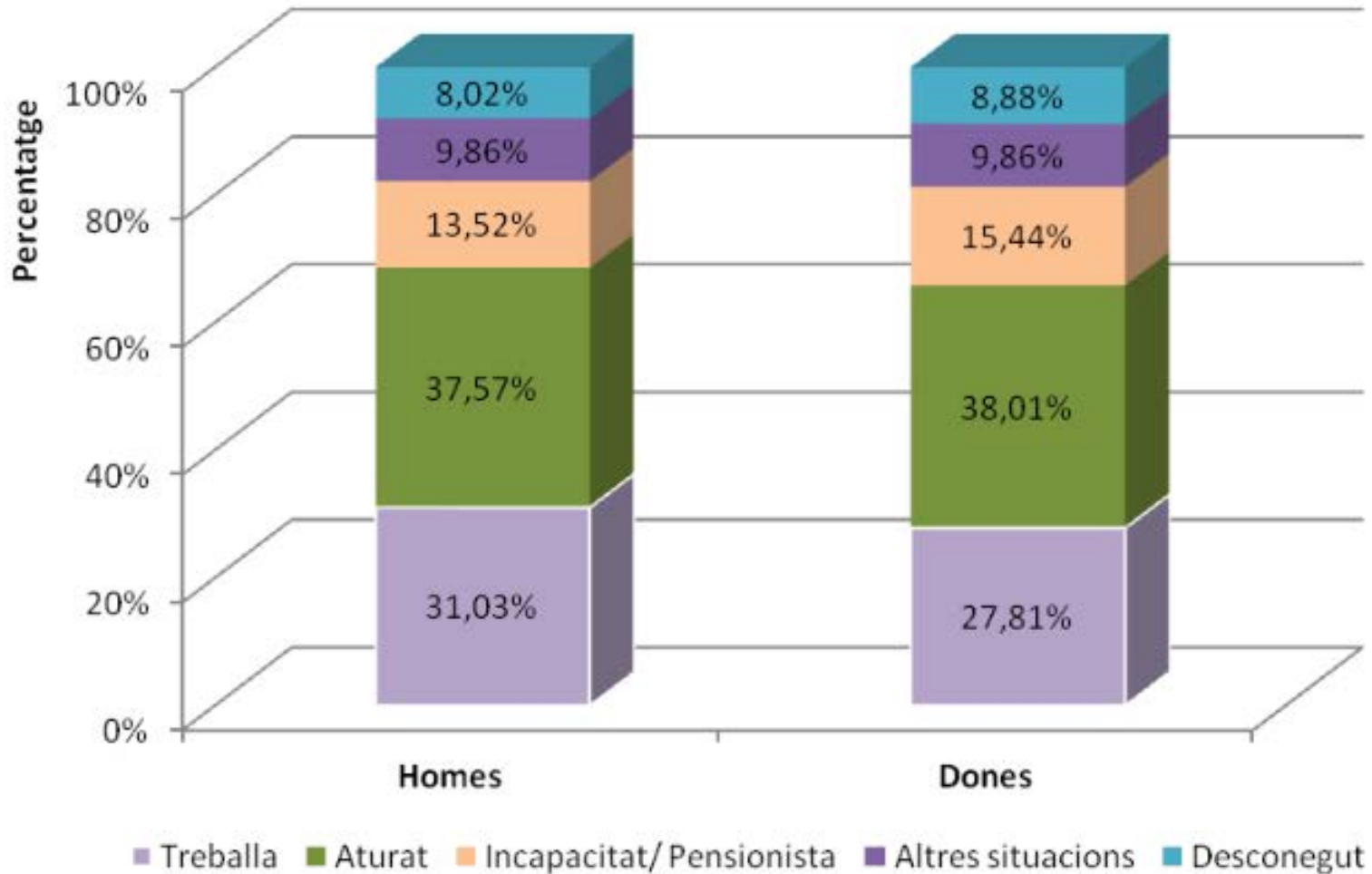
Font: C. Folch, J. Casabona, A. Espelt, X. Majó, M. Meroño, V. González, J. Colom, MT. Brugal. MUJERES Y CONSUMO DE DROGAS INYECTADAS: NECESIDAD DE INCORPORAR LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LOS PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS. XXXIV Reunión Anual de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) y XI Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia (APE). Sevilla, 14-16 de septiembre de 2016

Sistema Informació Drogodendències I



Font : SIVES 2016. Taula .Inicis de tractament segons sexe i droga que els motiva

Sistema Informació Drogodendències II



Sistema Informació Drogodendències III



	Població	Usuaris*	Xeringues distribuïdes	Xeringues retornades	% Xeringues retornades	Preservatius distribuïts
Arrels RD	Lleida	297	6.789	3.669	54,04	1.046
El Local La Mina	Sant Adrià del Besòs	2.092	115.205	63.647	55,25	3.271
Centre Robadors	Barcelona	1.249	45.464	27.983	61,55	1.219
SAPS	Barcelona	562	10.949	5.655	51,65	3.150
CADO	Vic	65	148	203	137,16	153
PAI - Alba	Terrassa	143	0	0	0,00	238
CAS Baluard-Àrea RD	Barcelona	2.217	145.768	111.558	76,53	2.373
CAS Forum-Àrea RD	Barcelona	677	7.079	4.396	62,09	28
CAS Garbivent-Àrea RD	Barcelona	32	209	84	40,19	6
CAS Sants-Àrea RD	Barcelona	24	2	10	500,00	0
CAS Vall d'Hebron-Àrea RD	Barcelona	124	4.664	2.942	63,08	711
CAS Lluís Companys-Àrea RD	Barcelona	258	4.140	1.067	25,77	488
U. Mòbil Tarragona	Constantí	57	2.561	2.116	82,62	155
U. Mòbil Zona Franca	Barcelona	82	2.613	2.739	104,82	3.895
U. Mòbil Equip Punció Assistida	Badalona	373	10.595	4.108	38,77	64
U. Mòbil Àmbit	El Prat	48	3.766	159	4,22	10
U. Mòbil Àmbit	Gavà	163	18.376	4.778	26,00	33
E. Carrer-ASAUPAM	Badalona	238	17.280	5.052	26,00	31
E. Carrer-ASAUPAM	Sta. Coloma	11	187	25	13,37	69
Equip educatiu de Carrer AEC Gris	Hospitalet	n/c	18.580	n/c	n/c	n/c
La Illeta-ARSU (CRD)	Reus	n/c	673	n/c	n/c	n/c
TOTAL**		5.456	415.048	240.191	57,87	16.940

Usuaris*: Nombre d'usuaris diferents que han utilitzat cada servei.

TOTAL**: Nombre total d'usuaris diferents que han utilitzat algun centre de Reducció de Danys

n/c: No consta

Font SIVES 2016. Taula. Activitat dels serveis de reducció de danys:usuaris atesos, activitat PIX per servei.

Barreres per accés als tractaments I

- **Dels sistemes:** Escassa presència de dones en càrrecs i llocs responsables de la formulació de les polítiques i l'assignació de recursos, l'escassa sensibilització respecte a les diferències de gènere com un element determinant de la salut de les persones, la falta de coneixements sobre les dones amb problemes d'abús de substàncies...
- **Estructurals:** El fet que siguin elles els qui suportin majoritàriament la cura dels fills (amb freqüència manquen de cuidadors alternatius i del suport de la seva parella i família o de programes institucionals que garanteixin la cura dels fills mentre duri el tractament...
- **Socials, culturals, personals:** Estigma, vergonya, culpa...

Barreres per accés als tractaments II

- Consens en assenyalar que la major part de les teràpies existents per al tractament de les drogodependències han estat dissenyades pensant en els homes.
- La perspectiva de gènere en el tractament de les addiccions es circumscriu a situacions concretes com l'embaràs, la maternitat o la prostitució. Una manca que dificulta –quan no impedeix– l'adequat tractament de les dones.
- Les dones drogodependents presenten una sèrie de característiques que condicionen tant la seva decisió d'abandonar el consum com l'accessibilitat al tractament i la seva eficàcia, entre les quals destaquen. Es necessiten protocols específics.
- Disminuir les barreres d'accés **de les dones als serveis; personals, socials i del sistema.**
- **Promoure actuacions que afavoreixin** la detecció precoç del problema en dones especialment amb factors de risc (famílies monoparentals, víctimes de violència de gènere, aturades, ...), la motivació de les dones per a l'inici del tractament i les intervencions breus en els casos en els quals fos possible.

- Algunes propostes per abordar la maternitat de dones amb problemes d'addicció a les drogues passen per (PALOP, M. 2006):
- **Buscar alternatives a les dificultats d'accés als recursos assistencials. Tenir en compte les pors a la pèrdua de custòdia dels fills.**
- Abordar les conseqüències de la maternitat i l'addicció: major estigmatització, sentiment de culpa, negació de problemes per sentir-se mala mare, etc.
- **Evitar el possible càstig “inconscient” dels professionals a aquestes dones. Entrenar en habilitats de maternatge per a dones i homes.**
- El «tailoring»: adaptar la intervenció segons edat, nivell socioeconòmic i procedència materna. L'enfocament de gènere: donar importància a la salut de la dona des de l'etapa prèvia a la concepció fins a més enllà de l'any postpart.
- **La desculpabilització: utilitzar el missatge d'ajuda, empatia. La prevenció de la recaiguda.**

Apunts i bones practiques I

- Las polítiques amb enfoc de gènere han d'estar basades en evidència i existeixen clares diferències de gènere en relació a causes, així com conseqüències de la implicació de les dones amb les drogues, incloent el seu ús, com per exemple que la major part de les dones empresonades, ho estan per delictes relacionats amb drogues.
- Sovint són vistes com incapaces d'exercir la maternitat, i per tant tenen un alt risc de perdre la custòdia de les seves filles i fills.
- Tenen major risc de contraure VIH i altres ITS, així com d'experimentar violència, incloent violència sexual.
- L'Informe Anual del 2016 de NNUU detecta també un major índex de malalties mentals entre les dones que usen drogues.

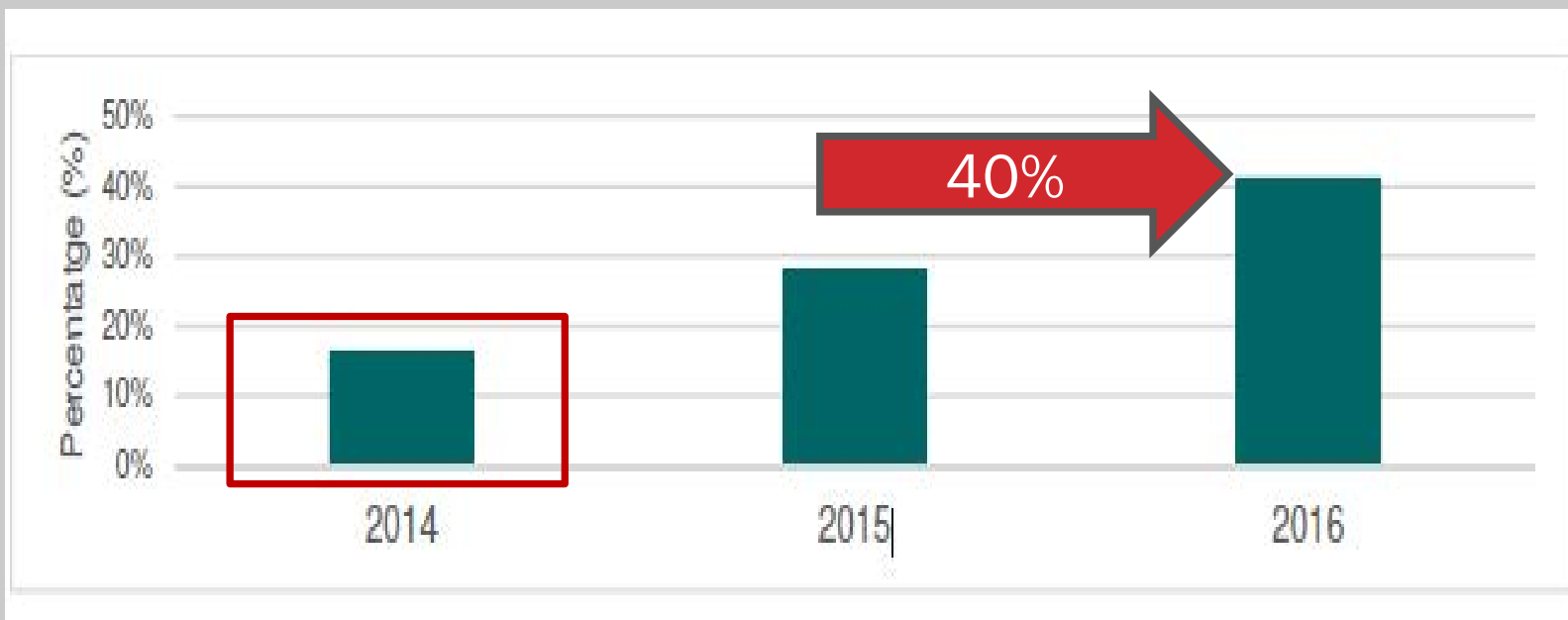
Apunts i bones practiques II

- Els abordatges preventius i assistencials han de contemplar de **manera específica i transversal el aspectes diferencials derivats de la diferent socialització pel fet de ser homes o dones.**
- La xarxa d'atenció a les drogodependències es va crear des d'una perspectiva androcèntrica atenent a la norma estadística que diu que el consum de drogues és més prevalent entre els homes. Això ha comportat una invisibilització de les dones en aquest àmbit i com a conseqüència de les seves especificitats i necessitats diferencials comportant obstacles tant en l'accés de les dones als tractaments com de la seva permanència en els mateixos.
- Cal incloure la perspectiva de gènere en **totes les fases des del diagnòstic i definició d'un projecte preventiu o assistencial, i ser acompanyat en tot moment de mesures específiques per a la seva aplicació.**
- Calen polítiques que tinguin en compte la perspectiva de gènere i que **potenciïn les eines que necessiten els i les professionals (formació, documents de bones pràctiques...) per tal que incorporin mesures específiques i efectives en la intervenció.**

Pla de Drogues 2013-2016

- **Tenir en compte la realitat de les dones** en els programes de tractament i reducció de danys.
- Per tal de poder afavorir el tractament per tractament en les dones, s'ha incorporat la perspectiva de gènere en el tractament, generalitzant-se els **grups terapèutics de dones a 8 dels 14 CAS de Barcelona.**
- S'ha incorporat dins dels seguiments terapèutics el test de cribratge de valoració de violència masclista. A l'any 2016, un **41% de les dones havien estat cribrades.**
- Finalment, durant el quadrienni 2013-16 també **es va obrir una casa d'acollida del programa residencial de violència masclista (Espai Ariadna)** que a l'any 2016 comptava amb 8 places.

Proporció de dones valorades amb el cribatge de violències masclista. Barcelona 2014-2016



Font: Sistemes d'Informació de Drogues de Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona

Pla de Drogues Barcelona 2013-2016

OBJECTIUS	Grau d'assoliment dels objectius				
	Any 2013	Any 2014	Any 2015	Any 2016	Indicador de mesura
3. MILLOR ACCESSIBILITAT ALS RECURSOS I MAJOR INCLUSIÓ SOCIAL					
3.3. Disminuir la problemàtica de salut associada al consum d'alcohol i altres drogues en col·lectius de dones i incorporar la perspectiva de gènere als programes assistencials socio-sanitaris i de disminució de danys.					
3.3.3. Garantir que els programes de tractament incorporin la perspectiva de gènere i es promoguin els grups terapèutics de dones.	2 de 15 CAS	4 de 14 CAS	8 de 14 CAS	8 de 14 CAS	Nre. CAS amb programes de dones
3.3.4. Impulsar programes de salut sexual i reproductiva i de cribatge de malalties de transmissió sexual per a dones amb TUS.	0 cribatges	0 cribatges	0 cribatges	0 cribatges	Nre. cribatges realitzats
3.3.5. Fomentar programes d'educació sexual i reproductiva per disminuir el risc associat al consum de drogues durant la gestació i la lactància als CAS i centres de reducció de danys.	0 tallers	0 tallers	0 tallers	0 tallers	Nre. Tallers realitzats
3.3.6. Assegurar la valoració del risc de violència masclista amb instruments validats a aquelles dones que pateixen o han patit situacions de maltractament als CAS i centres de reducció de danys.		15,6%	27,7%	40,8%	% dones valorades de cribatge de violència de gènere
3.3.7. Afavorir el treball en xarxa i la coordinació amb el circuit de violència masclista que es desenvolupa tant a nivell de districte com de ciutat.		22 dones derivades EA 15 dones acollides a EA	29 dones derivades EA 24 dones acollides EA	25 dones derivades EA 21 dones acollides EA	Nombre de dones derivades a l'Espai Ariadna (EA) Número de dones acollides a espai Ariadna
3.3.8. Adequar la Casa d'Acollida del programa residencial de violència masclista, tenint en compte la problemàtica específica del consum de drogues, per tal de garantir l'accés de la dona i els seus infants.		Obertura espai Ariadna	8 places	10 places	Nre. Places a l'Espai Ariadna
3.4 Impulsar polítiques i programes específics que facilitin la rehabilitació i inclusió social de les persones amb problemes d'alcoholisme i altres drogodependències.					
3.4.1. Crear recursos socials (pisos de reinserció, recursos d'allotjament, casa d'acollida per a dones maltractades, etc.), que afavoreixin la inclusió social d'aquelles persones drogodependents que ho necessitin.		Creació Espai Ariadna	Espai Ariadna	Espai Ariadna	Nre. de recursos socials creats
3.4.2. Fomentar tallers ocupacionals i espais de cerca laboral en els centres de tractament especialitzats.	201 derivats	156 derivats	161 derivats	154 derivats	Nre. tallers Nre. persones derivades a recursos laborals i de reinserció
3.4.3. Potenciar xarxes socials complementàries als tractaments amb funcions d'inclusió social, laboral, ocupació del temps lliure i creació de xarxa relacional.	Coordinació amb 8 xarxes de diferents àmbits	Coordinació amb 8 xarxes de diferents àmbits	Coordinació amb 8 xarxes de diferents àmbits	Coordinació amb 8 xarxes de diferents àmbits	Nre. Xarxes
3.4.4. Promoure programes de rehabilitació i de reinserció per a persones que pateixen addicció a drogues i que estiguin en situació de risc social, així com, fomentar la seva acceptació en les xarxes socials i sanitàries normalitzades.	11 programes	11 programes	11 programes	11 programes	Nre. programes

Pla de Drogues Barcelona 2017-2020

- Model basat en marc conceptual de governança en ciutats europees (**Borrell, Pons-Vigués, Morrison, & Díez, 2013**).
- **L'elaboració del Pla de Drogues es realitza amb un enfocament explícit en l'equitat, la justícia social i els drets humans.**
- **Es tenen presents** els diferents eixos de desigualtat que poden afectar la salut (ex. gènere, classe social, edat i ètnia).
- **Perspectiva de gènere i LGTBIQ.** En les accions incloses dins d'aquest Pla es considerarà sistemàticament la perspectiva de gènere i s'incorporarà **la mirada del col·lectiu LGTBIQ**: condicions de vida i de treball, socialització de gènere, necessitats diferents, protecció dels seus drets, promoció de l'equitat, etc...

Pla de Drogues Barcelona 2017-2020

- Tenir en compte la realitat de les dones en els programes de tractament i reducció de danys.
- Per tal de poder afavorir el tractament pel trastorn per ús de substàncies) en les dones, **s'ha incorporat la perspectiva de gènere en el tractament**, generalitzant-se els grups terapèutics de dones a 8 dels 14 CAS de Barcelona.
- S'ha incorporat dins dels seguiments terapèutics el test de cribratge de valoració de violència masclista. A l'any 2016, un **41% de les dones havien estat cribrades**.
- Finalment, durant el quadrienni 2013-16 també es va obrir una casa d'acollida del programa residencial de violència masclista (espai Ariadna) que a l'any 2016 comptava amb **8 places**.

- Les poblacions LGBTIQ són les gran oblidades, **requereixen equips de treball amb comprensió i competència, capaços de fer-les sentir segures, visibles i en confiança de tractar assumptes sensibles.**
- **Les poblacions LGBTIQ** tendeixen menys que la població en general a acudir als serveis socio-sanitaris, i no sempre es senten segures per revelar la seva identitat sexual a qui prové els serveis.
- Les dones trans per exemple, tenen fins a 49 vegades més possibilitats que la resta de la població a contraure VIH, **en part per l'alta incidència de treball sexual. Malgrat que la dada és alarmant, en la majoria de serveis d'atenció i tractament, també de reducció de danys continuen sent poca teses o desateses.**

Enquestes a professionals I

- Opinions i necessitats respecte a la perspectiva de gènere a la XAD. Agència Salut Pública. Connexus. 2012.
- Qüestionari online. 17 preguntes:
 - a) Dades sociodemogràfiques
 - b) Opinions i actituds envers la perspectiva de gènere en salut i en drogodependències .
 - c) Percepció de l'aplicació actual de la perspectiva de gènere en els serveis d'atenció a les drogodependències .
 - d) Necessitats respecte a l'aplicació de la perspectiva de gènere en serveis d'atenció a les drogodependències .
- Nivell de resposta: **74 en total** d'un nombre relativament baix de centres (menys de la meitat dels CAS i encara menys dels altres tipus de centres. (60 dones i 14 homes).
- **Té a veure amb una manca d'interès en el tema del gènere?**

Enquestes a professionals II

- Aparent discrepància entre l'acord majoritari sobre la importància de la perspectiva de gènere en la salut en general i en drogodependències específicament i amb la seva **poca aplicació als centres i la poca necessitat percebuda de canvis als centres des de la perspectiva de gènere.**
- És possible que aquesta poca percepció de necessitats de canvis tingui a veure amb la **poca percepció, per part de la majoria de professionals, de discriminacions i estereotips de gènere als seus centres, i les poques queixes que indiquen haver rebut, en general.**
- Aquestes diferències indiquen que **les professionals dones donen més importància a la perspectiva de gènere** i l'apliquen més, ja que **detecten més les desigualtats i les discriminacions** encara existents en l'atenció i als centres.

Situació Actual de La Problemàtica de Les Drogues al Raval i Intervencions Realitzades

Plenari De 19 D'octubre De 2017

“(…) Cal recordar que, tal com s’ha dit anteriorment en aquest informe, l’alcohol és la principal substància en demanda de tractament als Centres d’Atenció i Seguiment de la ciutat, i segons les dades que acaba d’aportar la recent Enquesta de Salut de Barcelona 2016 (encara no publicades), el 9% dels homes i 4% de les **dones** presenten un consum de risc.

El CAS Baluard doncs podrà augmentar el nombre de persones que inicien tractament per drogues, millorar les condicions de l’atenció i integrar-se en dependències sanitàries. (...)”

BUSCAR LA PARAULA DONA O DONES

Enquestes a professionals III

■ Propostes de millora:

- La formació i la informació de professionals sorgeix com a principal necessitat. Quasi la meitat de les persones opinen que els i les professionals de la XAD no estan preparats i preparades per treballar des d'una perspectiva de gènere.
- Ampliar els recursos externs per a dones i l'accés a aquests.
- Programes o espais d'intervenció específics, especialment per a dones (p. ex., grups), i, concretament, per a dones víctimes de violència de gènere.
- Adequar els espais del centre per tenir-ne de diferenciats (sobretot lavabos separats).
- Adequar els horaris per facilitar l'accés a dones amb càrregues familiars.
- Treballar en equips mixtos.
- Fomentar la investigació específica.

Temes pendents

- ONU Mujeres adverteix que la major part de les dades segueixen sense segregar-se per sexe, a més de no haver-se incorporat indicadors específics de gènere. Tal absència **impedeix desenvolupar polítiques adequades**, que en aquest cas afecten 1 de cada 4 persones que utilitzen drogues i, com evidència la seva infrarepresentació en els centres de tractament, les dones són sols 1 de cada 5 persones que hi accedeixen.
- **El doble estigma del que són objecte per trencar amb els rols socials de gènere i per ser consumidores**, fa que moltes d'elles prefereixin ocultar el seu consum sobrevivint-lo en aïllament, evitant aquest tipus de recursos, que no sempre s'adeqüen a les seves necessitats, interessos i expectatives.
- Cal incorporar les estratègies d'apoderament i lideratge en les DID, ja que són fonamentals i la seva participació en el disseny, implementació, monitoreig i avaluació dels programes, fet que permetrà millorar la seva efectivitat, adequar-los a la realitat i millorar la seva qualitat. (Metzineres).

Panell Europeu sobre el Mainstreaming (“transversalitat”) de Gènere en Salut

- Generar informació sobre la situació i els determinants de les inequidades de gènere en l'àmbit de la salut.
- Suport de les accions dirigides a una major equitat en salut.
- Fomentar la recerca i formació sobre temes de gènere.
- Els Estats membres i l'OMS hauran d'incloure la perspectiva de gènere com un dels criteris per al finançament de qualsevol recerca rellevant.
- Dur a terme programes de formació sobre gènere i salut dirigits a personal sanitari i especialment a les persones que investiguen i als qui avaluin les propostes de recerca.
- Ressaltar la participació i el paper de les dones amb la finalitat de subratllar la urgència d'eliminar l'enfocament instrumentalista que ha predominat pel que fa a la participació de les dones en el sistema de salut.

Temes pendents

- A quins serveis van les dones que usen i drogues i pateixen violències per fer processos de recuperació i reparació?
- Com es coordinen les xarxes d'atenció a les violències i la Xarxa d'Atenció a Drogues (XAD)?
- Com es detecten i abonden les violències masclistes en la XAD, especialment les sexuals?
- Com afecten els PMM en les dones i altres tractaments farmacològics, hi ha trets diferencials?
- Com cal abordar aspectes del consum amb els cicles vitals de les dones consumidores?
- Estan les i els professionals preparats per abordar la identificació i la detecció de les violències en els serveis de la XAD?
- On són les dones que no volen ser identificades, etiquetades o exposades a l'estigma de ser dona i consumidora de drogues?
- Com actuem amb les dones que han estat a la presó, les que han perdut els seus fills i filles, les que han perdut tot el seu entorn de recolçament, les que són grans, les que viuen al carrer i un llarg etcétera.

Seguim parlant...

Gràciesi

25 anys àmbit
prevenció
FUNDACIÓ

XIII Jornadas sobre violencias machistas y VIH
En clave de derechos

**Superando estereotipos
Mujeres transexuales
Vulnerabilidades y resistencia
en torno a las violencias machistas y el VIH**

Rosa Almirall

SISTEMA SEXO/GÉNERO BINARIO: CISSEXISMO

SEXO

MACHO

HEMBRA

**IDENTIDAD
GÉNERO**

HOMBRE

MUJER

**EXPRESIÓN
GÉNERO**

MASCULINO

FEMININA

ORIENTACIÓN SEXUAL

HETEROSEXUAL

SISTEMA SEXO GÉNERO NO BINARIO

SEXO

MACHO



HEMBRA

IDENTIDAD GÉNERO

HOMBRE



MUJER

MUJER

HOMBRE

EXPRESIÓN GÉNERO

MASCULINA



FEMENINA

FEMEMINA

MASCULINA

ORIENTACIÓN SEXUAL

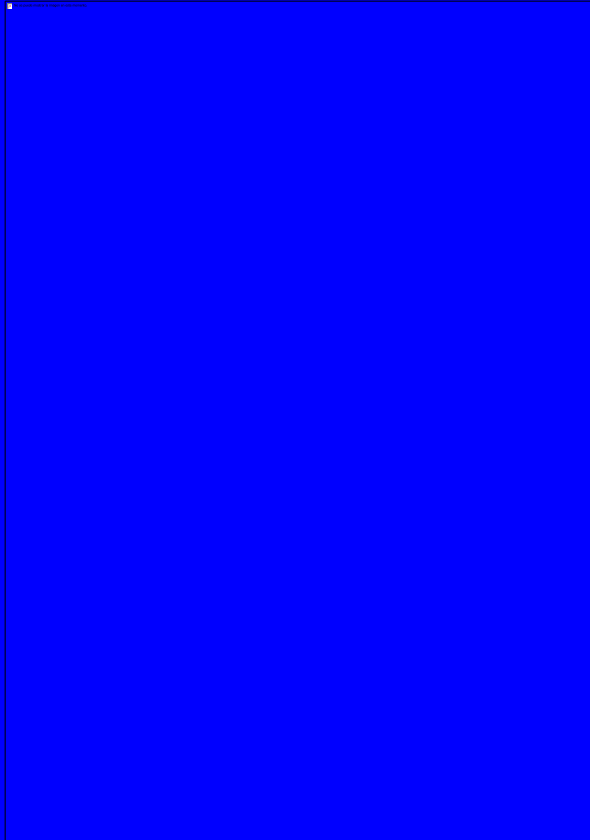
HETEROSEXUAL

HOMOSEXUAL

BISEXUAL

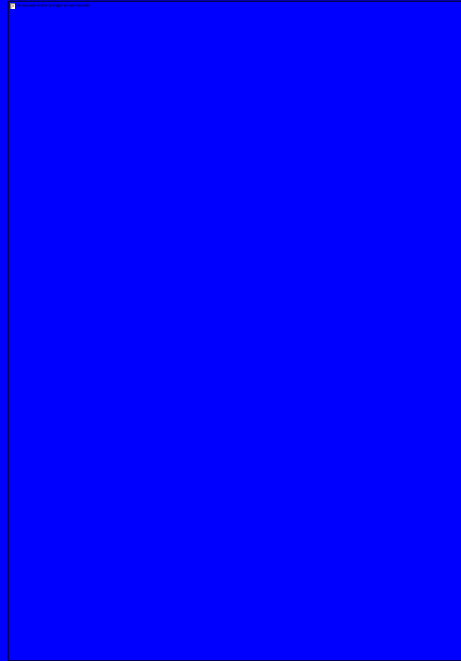
ASEXUAL

PANSEXUAL., etc



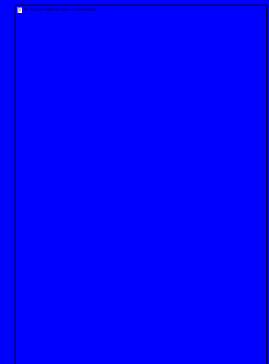
HOMBRE

MACHISMO



MUJER

**MACHISMO
CISSEXISMO**



TRANS*

INTERSECCIONALIDAD VULNERABILIDADES

LUGAR DE NACIMIENTO

GRUPO ETNORACIAL

ORIENTACIÓN SEXUAL

EMPLEO

FORMACIÓN

VIVIENDA

CAPACIDADES

MIGRACIÓN

ENFERMEDADES

DOCUMENTACIÓN

DROGODEPENDENCIAS

VIOLENCIA

PERTENENCIA A GRUPOS MARGINALIZADOS

VIH

VULNERABILIDAD MUJERES TRANS

LUGAR DE NACIMIENTO

GRUPO ETNORACIAL

ORIENTACIÓN SEXUAL

FORMACIÓN

EMPLEO

CAPACIDADES

VIVIENDA

ENFERMEDADES

MIGRACIÓN

DOCUMENTACIÓN

DROGODEPENDENCIAS



EDUCACIÓN PARA LA MASCULINIDAD
NEGACIÓN DE SU FEMINIDAD
INVISIBILIDAD (PASSING) Alto coste económico y emocional

VULNERABILIDAD MUJERES TRANS: VIOLENCIA

La violencia a mujeres trans es violencia machista a mujeres

Pobreza: 29% (EEUU 12%)

Paro: 15% (EEUU 5%)

Discriminación laboral último año: 30%

Acoso laboral (físico, psicológico, sexual): 15%

Pérdida empleo: 16%

Economía sumergida: 20% (9% último año)

TSC: 50% (último año: 5%)

Vivienda

propia: 16% (EEUU 63%)

sin techo: 30% (último año 12%)

VULNERABILIDAD MUJERES TRANS: VIOLENCIA

La violencia a mujeres trans es violencia machista a mujeres

Violencia en el entorno familiar: 10%
Expulsadas de su casa: 8%

Violencia en la calle:
alguna vez en la vida: 47%
último año: 10%

Violencia en la escuela:
Violencia verbal: 54%
Violencia física: 24%
Violencia sexual: 13%
Dejan la escuela por el acoso: 22% (indioamericanas: 39%)

Violencia profesionales de la salud último año: 33%
Evitan atención: 23%

VULNERABILIDAD MUJERES TRANS: VIOLENCIA

La violencia a mujeres trans es violencia machista a mujeres

Violencia de la pareja (control coercitivo y daños físicos): 57%

TSC: 77%

No vivienda 72%

No documentación: 68%

Discapacidad: 61%

Grups racialitzats 62-73%

Agresiones físicas: 38% (24%)

Violencia sexual: 21% (13%)

Abuso sexual:

alguna vez en la vida: 47%

último año: 10% (si economía sumergida 36%)

VULNERABILIDAD MUJERES TRANS: VIOLENCIA

La violencia a mujeres trans es violencia machista a mujeres

Pensamientos suicidas: 82% (último año 48%: EEUU:4%)

Planificación suicidio último año: 24% (EEUU: 1,1%)

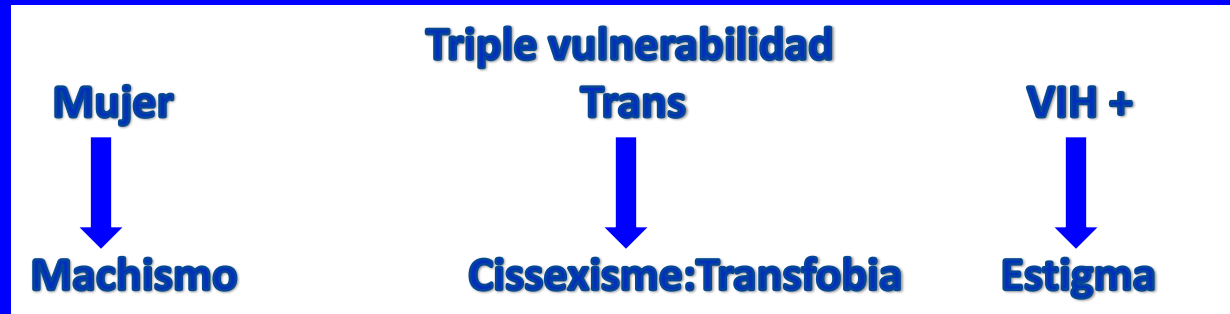
Intentos suicidio: 40% (EEUU: 4,6%)

más de un intento: 71%

tres o más intentos: 46%

último año: 7% (EEUU:0.6%)

VULNERABILIDAD MUJERES TRANS: VIH



DESCONOCIMIENTO

**Incluidas en:
LGTB+
HSH**

**Compartir inyectables (silicona, hormonas)
Actividades sexuales insertivas y receptivas
Vaginoplastia versus biovagina
Uso del sexo para validar el género: Relaciones abusivas
Mujeres trans invisibilizadas
Interacciones ART y hormonas
Privación de libertad
Altos costes económicos de la transición: TSC**

**Discriminación en programas preventivos segregados por sexo
Transfobia consciente o inconsciente de los proveedores de salud**

VULNERABILIDAD MUJERES TRANS

Nunca realizado VIH: 38% (EEUU: 34%)

Prevalencia VIH + 3,4% (EEUU: 0,3%)

Mujeres C TSC: 4,5%
Mujeres T TSC: 27%
HSH TSC: 15%

Mujeres T AA: 30%
Mujeres T H: 16%

Cargas virales más altas
Menor inicio ART
Menor adherencia al ART
Menos controles médicos

VULNERABILIDAD MUJERES TRANS

Vulnerabilidad estructural:
Sistema sexo/género
Sistema sexo/género binario



Pertenencia a grupos marginalizados



Violencia
VIH

Deconstrucción
Sistema sexo/género binario



Reconocimiento como mujeres
Discriminación positiva
Investigación específica

XIII Jornadas sobre violencias machistas y VIH
En clave de derechos

**Superando estereotipos
Mujeres transexuales
Vulnerabilidades y resistencia
en torno a las violencias machistas y el VIH**

Rosa Almirall

SISTEMA SEXO/GÉNERO BINARIO: CISSEXISMO

SEXO

MACHO

HEMBRA

**IDENTIDAD
GÉNERO**

HOMBRE

MUJER

**EXPRESIÓN
GÉNERO**

MASCULINO

FEMININA

ORIENTACIÓN SEXUAL

HETEROSEXUAL

SISTEMA SEXO GÉNERO NO BINARIO

SEXO

MACHO



HEMBRA

IDENTIDAD GÉNERO

HOMBRE



MUJER

MUJER

HOMBRE

EXPRESIÓN GÉNERO

MASCULINA



FEMEMINA

FEMENINA

MASCULINA

ORIENTACIÓN SEXUAL

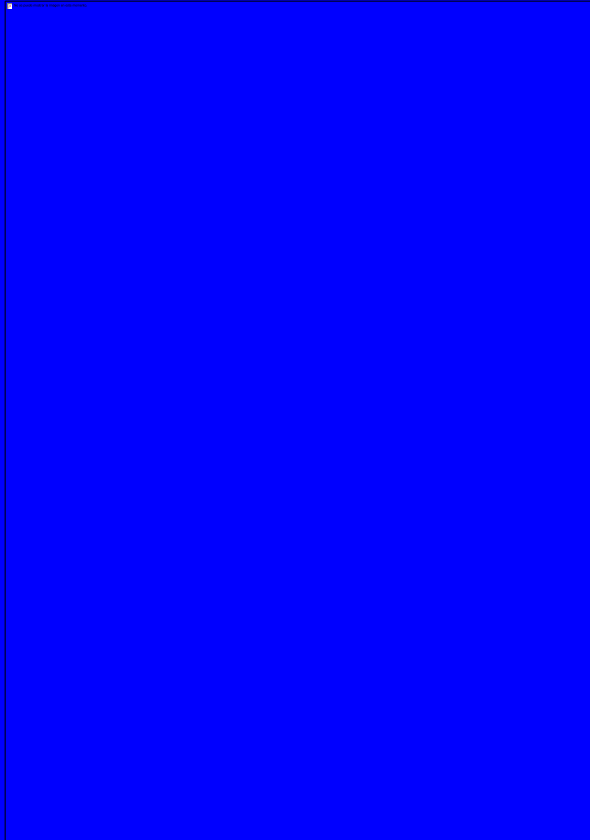
HETEROSEXUAL

HOMOSEXUAL

BISEXUAL

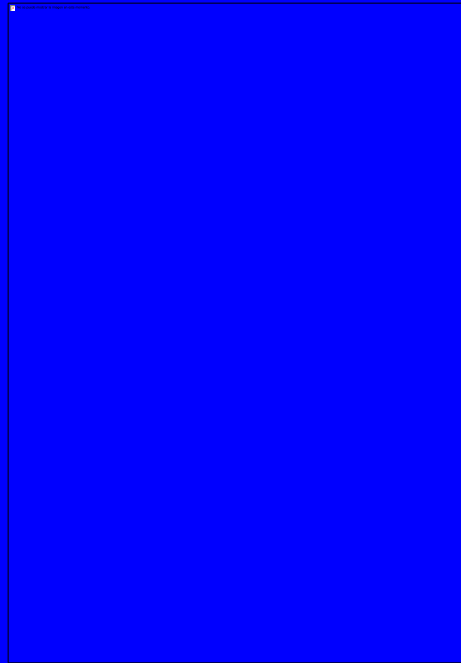
ASEXUAL

PANSEXUAL., etc



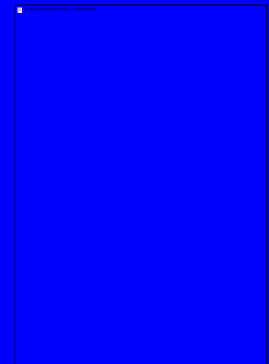
HOMBRE

MACHISMO



MUJER

**MACHISMO
CISSEXISMO**



TRANS*

INTERSECCIONALIDAD VULNERABILIDADES

LUGAR DE NACIMIENTO

GRUPO ETNORACIAL

ORIENTACIÓN SEXUAL

EMPLEO

FORMACIÓN

VIVIENDA

CAPACIDADES

MIGRACIÓN

ENFERMEDADES

DOCUMENTACIÓN

DROGODEPENDENCIAS

VIOLENCIA

PERTENENCIA A GRUPOS MARGINALIZADOS

VIH

VULNERABILIDAD MUJERES TRANS

LUGAR DE NACIMIENTO

GRUPO ETNORACIAL

ORIENTACIÓN SEXUAL

FORMACIÓN

EMPLEO

CAPACIDADES

VIVIENDA

ENFERMEDADES

MIGRACIÓN

DOCUMENTACIÓN

DROGODEPENDENCIAS



EDUCACIÓN PARA LA MASCULINIDAD
NEGACIÓN DE SU FEMINIDAD
INVISIBILIDAD (PASSING) Alto coste económico y emocional

VULNERABILIDAD MUJERES TRANS: VIOLENCIA

La violencia a mujeres trans es violencia machista a mujeres

Pobreza: 29% (EEUU 12%)

Paro: 15% (EEUU 5%)

Discriminación laboral último año: 30%

Acoso laboral (físico, psicológico, sexual): 15%

Pérdida empleo: 16%

Economía sumergida: 20% (9% último año)

TSC: 50% (último año: 5%)

Vivienda

propia: 16% (EEUU 63%)

sin techo: 30% (último año 12%)

VULNERABILIDAD MUJERES TRANS: VIOLENCIA

La violencia a mujeres trans es violencia machista a mujeres

Violencia en el entorno familiar: 10%
Expulsadas de su casa: 8%

Violencia en la calle:
alguna vez en la vida: 47%
último año: 10%

Violencia en la escuela:
Violencia verbal: 54%
Violencia física: 24%
Violencia sexual: 13%
Dejan la escuela por el acoso: 22% (indioamericanas: 39%)

Violencia profesionales de la salud último año: 33%
Evitan atención: 23%

VULNERABILIDAD MUJERES TRANS: VIOLENCIA

La violencia a mujeres trans es violencia machista a mujeres

Violencia de la pareja (control coercitivo y daños físicos): 57%

TSC: 77%

No vivienda 72%

No documentación: 68%

Discapacidad: 61%

Grups racialitzats 62-73%

Agresiones físicas: 38% (24%)

Violencia sexual: 21% (13%)

Abuso sexual:

alguna vez en la vida: 47%

último año: 10% (si economía sumergida 36%)

VULNERABILIDAD MUJERES TRANS: VIOLENCIA

La violencia a mujeres trans es violencia machista a mujeres

Pensamientos suicidas: 82% (último año 48%: EEUU:4%)

Planificación suicidio último año: 24% (EEUU: 1,1%)

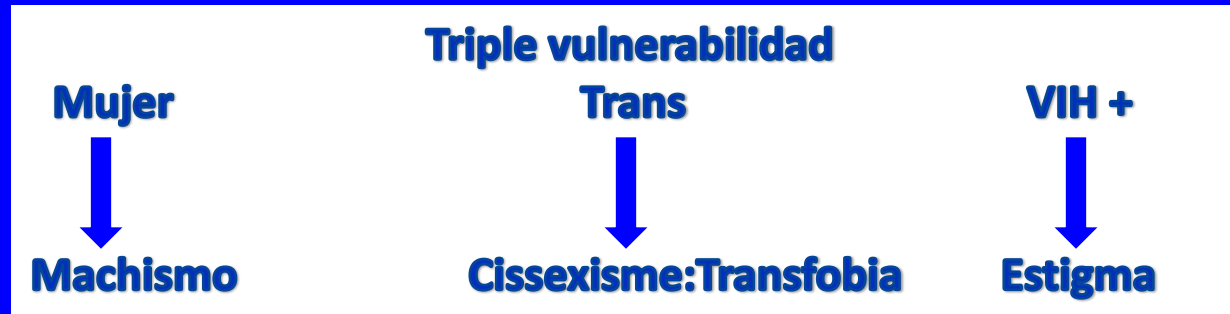
Intentos suicidio: 40% (EEUU: 4,6%)

más de un intento: 71%

tres o más intentos: 46%

último año: 7% (EEUU:0.6%)

VULNERABILIDAD MUJERES TRANS: VIH



DESCONOCIMIENTO

Incluidas en:
LGTB+
HSH

Compartir inyectables (silicona, hormonas)
Actividades sexuales insertivas y receptivas
Vaginoplastia versus biovagina
Uso del sexo para validar el género: Relaciones abusivas
Mujeres trans invisibilizadas
Interacciones ART y hormonas
Privación de libertad
Altos costes económicos de la transición: TSC

Discriminación en programas preventivos segregados por sexo
Transfobia consciente o inconsciente de los proveedores de salud

VULNERABILIDAD MUJERES TRANS

Nunca realizado VIH: 38% (EEUU: 34%)

Prevalencia VIH + 3,4% (EEUU: 0,3%)

Mujeres C TSC: 4,5%
Mujeres T TSC: 27%
HSH TSC: 15%

Mujeres T AA: 30%
Mujeres T H: 16%

Cargas virales más altas
Menor inicio ART
Menor adherencia al ART
Menos controles médicos

VULNERABILIDAD MUJERES TRANS

Vulnerabilidad estructural:
Sistema sexo/género
Sistema sexo/género binario



Pertenencia a grupos marginalizados



Violencia
VIH

Deconstrucción
Sistema sexo/género binario



Reconocimiento como mujeres
Discriminación positiva
Investigación específica



Universitat Autònoma de Barcelona

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS- VIOLENCIAS MACHISTAS



ANTIGONA

Grupo de Investigación sobre Derecho y
Sociedad en perspectiva de género - UAB

1. ¿Son los derechos de las mujeres parte de los derechos humanos?

- Declaración de Derechos del Hombre y del Ciudadano (1789)
- Vindicación de los Derechos de la Mujer (1792) de Mary Wollstonecraft
- Declaración de los Derechos de la Mujer y de la Ciudadanía (1791) Olympe de Gouges
- Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) de las Naciones Unidas
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW, 1978) o la Declaración de Vienna (1993)

2. ¿Son los derechos sexuales y reproductivos parte de estos derechos humanos?

- Definición de los derechos sexuales y reproductivos: Artículo 96 de la Plataforma de Acción Para Pekín, 1995.
- Qué es lo que se protege: salud de las mujeres, o su libertad y dignidad.

Historia del tratamiento legal:

- Conferencia Internacional Derechos Humanos Teherán (1968)
- Convención para la Eliminación de todas formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW), (1981)
- Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo del Cairo

3. Garantía jurídica de los Derechos sexuales y reproductivos

- Formulación internacional
- Falta de consenso europeo
- Su no formulación explícita en el ordenamiento jurídico español

Conexión salud reproductiva y derechos sexuales y reproductivos

¿Son derechos humanos?

Titularidad compartida

4. Definción internacional

ICPD Programme For Action, 1994, Ch. 7.2

*“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña **la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos** y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con que frecuencia. Esta ultima condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la **salud sexual**, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.”*

5. Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (I)

Preámbulo

El desarrollo de la sexualidad y la capacidad de procreación están directamente vinculados a la **dignidad de la persona y al libre desarrollo de la personalidad** y son objeto de protección a través de distintos derechos fundamentales, señaladamente, de aquellos que garantizan la **integridad física y moral** y la **intimidad personal y familiar**.

5. Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (II)

Preámbulo

La **decisión de tener hijos y cuándo tenerlos** constituye uno de los asuntos más **íntimos** y personales que las personas afrontan a lo largo de sus vidas, que integra un ámbito esencial de la autodeterminación individual. Los poderes públicos están obligados a no interferir en ese tipo de decisiones, pero, también, deben establecer las condiciones para que se adopten de forma libre y responsable, poniendo al alcance de quienes lo precisen servicios de atención sanitaria, asesoramiento o información

5. Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (III)

Artículo 1. Objeto

1. Garantizar los derechos fundamentales en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.
2. Regular las condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo.
3. Establecer las correspondientes obligaciones de los poderes públicos

5. Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (IV)

Art. 2 Definiciones

- a) **Salud:** el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
- b) **Salud sexual:** el estado de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad, que requiere un entorno libre de coerción, discriminación y violencia.
- c) **Salud reproductiva:** la condición de bienestar físico, psicológico y sociocultural en los aspectos relativos a la capacidad reproductiva de la persona, que implica que se pueda **tener una vida sexual segura**, la **libertad de tener hijos y de decidir cuándo tenerlos**.

5. Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (V)

Art. 3

Principios y
ámbito de
aplicación

1. En el ejercicio de sus derechos de libertad, intimidad y autonomía personal, todas las personas tienen derecho a adoptar libremente decisiones que afectan a su vida sexual y reproductiva sin más límites que los derivados del respeto a los derechos de las demás personas y al orden público garantizado por la Constitución y las Leyes.
2. Se reconoce el derecho a la maternidad libremente decidida.

6. ¿Existe un derecho a una vida libre de violencias machistas? (I)

Convenio del
Consejo de
Europa sobre
prevención y
lucha contra la
violencia
contra las
mujeres y la
violencia
doméstica
Estambul
(2011)

Preámbulo

- “Reconociendo que la violencia contra las mujeres es una manifestación de desequilibrio histórico entre la mujer y el hombre que ha llevado a la dominación y a la discriminación de la mujer por el hombre, privando así a la mujer de su plena emancipación;
- Reconociendo que la naturaleza estructural de la violencia contra las mujeres está basada en el género, y que la violencia contra las mujeres es uno de los mecanismos sociales cruciales por los que se mantiene a las mujeres en una posición de subordinación con respecto a los hombres”

6. ¿Existe un derecho a una vida libre de violencias machistas? (II)

Convenio del
Consejo de
Europa sobre
prevención y
lucha contra la
violencia
contra las
mujeres y la
violencia
doméstica

Estambul
(2011)

Artículo 4 – Derechos fundamentales, igualdad y no discriminación

“1. Las Partes adoptarán las medidas legislativas o de otro tipo necesarias para promover y proteger el derecho de todos, en particular de las mujeres, a vivir a salvo de la violencia tanto en el ámbito público como en el ámbito privado”.

6. ¿Existe un derecho a una vida libre de violencias machistas? (III)

Ley Orgánica
1/2004, de 28
de diciembre,
de Medidas de
Protección
Integral contra
la Violencia de
Género

Exposición de motivos

“Los poderes públicos no pueden ser ajenos a la violencia de género, que constituye uno de los ataques más flagrantes a derechos fundamentales como la libertad, la igualdad, la vida, la seguridad y la no discriminación proclamados en nuestra Constitución. Esos mismos poderes públicos tienen, conforme a lo dispuesto en el artículo 9.2 de la Constitución, la obligación de adoptar medidas de acción positiva para hacer reales y efectivos dichos derechos, removiendo los obstáculos que impiden o dificultan su plenitud.”

6. ¿Existe un derecho a una vida libre de violencias machistas? (IV)

Ley Orgánica
1/2004, de 28
de
diciembre, de
Medidas de
Protección
Integral
contra la
Violencia de
Género

Artículo 1 Objeto de la Ley

- “1. La presente Ley tiene por objeto actuar contra la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia.*
- 2. Por esta ley se establecen medidas de protección integral cuya finalidad es prevenir, sancionar y erradicar esta violencia y prestar asistencia a las mujeres, a sus hijos menores y a los menores sujetos a su tutela, o guarda y custodia, víctimas de esta violencia.*
- 3. La violencia de género a que se refiere la presente Ley comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad. ”*

6. ¿Existe un derecho a una vida libre de violencias machistas? (V)

Llei
5/2008, del
24 d' abril,
del dret de
les dones
a eradicar
la violència
masclista

Preàmbul

“La violència masclista és una greu vulneració d'aquests drets i un impediment perquè les dones puguin assolir la plena ciutadania, l'autonomia i la llibertat (...)

La finalitat d'aquesta llei és establir els mecanismes per contribuir a l'eradicació de la violència masclista que pateixen les dones i reconèixer i avançar en garanties respecte al dret bàsic de les dones a viure sense cap manifestació d'aquesta violència.”

6. ¿Existe un derecho a una vida libre de violencias machistas? (VI)

Llei
5/2008, del
24 d' abril,
del dret de
les dones
a eradicar
la violència
masclista

Article 1. Objecte de la Llei

“1. Aquesta llei té per objecte l’eradicació de la violència masclista i la remoció de les estructures socials i dels estereotips culturals que la perpetuen, amb la finalitat que es reconegui i es garanteixi plenament el dret inalienable de totes les dones a desenvolupar la pròpia vida sense cap de les formes i dels àmbits en què aquesta violència es pot manifestar”.

6. ¿Existe un derecho a una vida libre de violencias machistas? (VII)

Llei
5/2008, del
24 d' abril,
del dret de
les dones
a eradicar
la violència
masclista

Article 3. Definicions

“Als efectes d'aquesta llei, s'entén per:

a) Violència masclista: la violència que s'exerceix contra les dones com a manifestació de la discriminació i de la situació de desigualtat en el marc d'un sistema de relacions de poder dels homes sobre les dones i que, produïda per mitjans físics, econòmics o psicològics, incloses les amenaces, les intimidacions i les coaccions, tingui com a resultat un dany o un patiment físic, sexual o psicològic, tant si es produeix en l'àmbit públic com en el privat. ”

7. Conclusiones

- Derechos sexuales y reproductivos difusos y sin consenso en su definición
- Énfasis en la salud reproductiva
- Protección legal frente a la violencia machista responde a diagnósticos de la violencia diversos.
- No existe una plena garantía a una derecho a vivir una vida libre de violencia machista.



MESA 1 “Promoción de la salud sexual desde un enfoque de derechos. Analizando el estigma y la discriminación en los mensajes de prevención”.

Alberto Pérez-Martín Rodríguez

Técnico Superior Externo. Área Promoción de la Salud. MSSSI Ldo. en Ciencias de la Información, Máster en Sexología, Máster en VIH y Diploma en Salud Pública y Género. Con experiencia en conductas sexuales y diversidad sexual, determinantes sociales de la salud, estigma y discriminación e intersecciones entre VIH y violencia. Ha trabajado en la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (MSSSI) y en el Servicio de Promoción de la Salud de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Ha trabajado y colaborado con distintas asociaciones y federaciones LGTB, trans y de VIH, como COGAM y FELGTB.

Actualmente trabaja como técnico externo en el Área de Promoción de la Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en temas relacionados con estilos de vida y entornos saludables y equidad y salud. Es profesor del Máster de VIH de la URJC, autor y revisor de recomendaciones clínicas y documentos de consenso, como los de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género, Edad Avanzada y VIH o PrEP.

¿Cuáles son las claves en tu vida?

“Como soy optimista por naturaleza, me siento con mucha frecuencia en clave de sol y tonalidades de sol mayor y re mayor, como algunos coros de Handel, la sinfonía 2 de Sibelius o la obertura de Las Bodas de Figaro.

David Paricio Salas

Formado académicamente como trabajador social y antropólogo, empezó su trayectoria profesional en el ámbito de la prevención de usos problemáticos de drogas y en la atención a personas afectadas en el ámbito de comunidad terapéutica. En el año 1996 empezó a trabajar en la prevención del VIH/sida entre jóvenes desde la entidad SIDA STUDI de la cual es director desde el año 2001. Ha colaborado como profesor asociado en el grado de Trabajo Social de la UB.

¿Cuáles son las claves en tu vida?

Acostumbrarme (y entrenarme) para no pensar demasiado a medio-largo plazo; concentrarme en lo que puedo hacer aquí, hoy y ahora; y hacerlo lo mejor posible.

Tener un trabajo en el que creo que vale la pena trabajar y en el que puedo saber el porqué de las cosas que pasan y las decisiones que se toman.

Y, sobre todo, saber que cuando plego del curro, a una horita de puerta a puerta (si RENFE tiene a bien, por supuesto), me espera otra vida allende del submundo de las ONG-SIDA, que también me apetece mucho vivir.



M^a Luisa Garcia Berrocal

Es responsable de la coordinación de los proyectos de atención y prevención del VIH en la asociación Creación Positiva. Tiene más de 20 años de experiencia en la atención psicológica de las personas que viven con el VIH y en la defensa de los derechos sexuales. Es licenciada en psicología por la Universidad Autónoma de Madrid. Ha participado como experta en diferentes grupos de trabajo en torno al estigma y discriminación asociada al VIH y al sida. Ha colaborado con varias asociaciones LGBTI.

¿Cuáles son las claves en tu vida?

Los encuentros, coincidencia y vínculos con las mujeres y hombres que han estado en mi proceso de vida
Las palabras,
El agitar de las hojas en los árboles
Un vermut en una mañana soleada de domingo
Radio futura y Bach

Moderador de la mesa:

Fernando Villaamil Pérez

Profesor contratado doctor en el Departamento de Antropología Social de la UCM. Ha sido visiting scholar en la Universidad de Berkeley, y ha impartido docencia invitada en las Universidades de Buenos Aires, Perugia y Bolonia. Ha investigado la epidemia de VIH en España desde diferentes perspectivas a lo largo de los últimos diecisiete años. En torno a esta temática giran la mayor parte de sus publicaciones, entre las que cabe destacar La transformación de la identidad gay (la Catarata, 2005) y Risk and Community (Sexualities, 2011,14) Lleva en esto del activismo desde 1994.

¿Cuáles son las claves en tu vida?

Meterme en charcos y salir de ellos más listo de lo que entré.
Y aprender de los retos y confrontar los miedos



La prevención del VIH, tras más de 35 años... ¿qué hay de lo nuestro?

David Paricio Salas

RESUMEN

Más de 35 años después de la aparición del VIH en nuestras sociedades, vale la pena tomar aire y cuestionar (para mejorar) los diferentes mensajes y estrategias utilizadas, relacionados con la prevención del VIH y el cómo éstas han contemplado las realidades de las personas que viven con VIH y el estigma relacionado que ello conlleva.

PRESENTACIÓN

Punto de partida de quien os habla:

SIDA STUDI realiza intervenciones de prevención sexual del VIH entre jóvenes escolarizados desde el año 1996 pero la prevención del VIH tiene más de 35 años de experiencia a sus espaldas.

En todo este tiempo... ¿qué hemos hecho... bien, mal y/o regular? ¿qué no hemos hecho? ¿qué hemos aprendido y qué hemos desaprendido? ¿de dónde venimos y hacia dónde vamos?

Ante la demanda de hacer un recorrido por los últimos años de la prevención del VIH, he decidido recuperar dos ponencias anteriores realizadas los años 2010 y 2013 ("La prevención sexual del VIH: presente y futuro... ¿podemos olvidar el pasado?" y "La historia de la prevención sexual del VIH: un tórrido romance erótico en 3 actos de final incierto" respectivamente) y plantear algunas reflexiones actualizadas sobre los escenarios que las mismas dibujaban hablando de la prevención del VIH en el Estado español entre jóvenes en 3 momentos de ubicación temporal de compleja concreción.

Se trata de reflexiones desde la vivencia personal que lejos de pretender sentar ningún tipo de cátedra, he recogido con la intencionalidad de generar debate.

Así pues... posibles fases vividas alrededor de la prevención sexual del VIH entre jóvenes:

1ª FASE: EL PASADO... ¡PASADO!

Escenario

- Momento devastador de la pandemia: epidemia generalizada y fuera de control.
- El movimiento LGTBI toma las riendas.
- Compendio de temas socialmente tabús (o tabuizados): sexo, muerte y uso de drogas.
- La educación sexual (amparada en la necesidad de prevenir el VIH) entra en las escuelas.

Punto de partida: ¡Tenemos la información! ¡Tenemos el condón! ¡Lo tenemos... ¿todo?!



Respuesta: Intervenciones informativas sobre las vías de transmisión y prevención del VIH y trabajo en habilidades técnicas en el uso del condón (para pene)

Reflexiones:

- Respuesta vertical desde el modelo biomédico amparado en la epidemiología que establece a priori resultados como deseables sin tener en cuenta que los/las jóvenes interactúan con el medio que los rodea.
- El miedo cercano (a la muerte) es un elemento central que de forma más o menos explícita está presente en todos los mensajes de prevención y condiciona su efectividad.
- Las personas que viven con VIH son vistas con una mezcla de pena y culpabilidad.
- La respuesta estigmatizadora ante los llamados grupos de riesgo se articula bajo la consigna de “no importa qué hagas, quién seas sino el cómo lo hagas” pero no se vincula explícitamente a una perspectiva de derechos sexuales.

2a FASE: EL PASADO... MÁS RECIENTE

Escenario

- Aparición del TARGA: la infección deja de ser irremediamente mortal
- Profesionalización, formación y acumulación de experiencia por parte de las personas que trabajamos en la prevención del VIH

Punto de partida: ante la limitación evidente de la eficacia y los resultados de nuestras intervenciones... si lxs jóvenxs ya tienen la información... ¿qué es lo que está pasando?

- “La” pregunta que sí nos hacemos: ¿por qué no nos hacen caso?
- “Las” preguntas que no nos hacemos: ¿por qué tendrían que hacernos caso? ¿qué sentido tiene vincular la responsabilidad individual al hecho que lxs jóvenxs tomen las decisiones que a priori hemos decidido que son las adecuadas? ¿Por qué, en definitiva, culpar al receptor/a del mensaje sin siquiera analizar también al emisor o incluso al propio mensaje?
- Si la información es necesaria pero no suficiente y el riesgo cero no existe... ¿por dónde seguimos?

Respuesta: las “antiguas” intervenciones sobre prevención sexual del VIH (vías de transmisión, prevención y condón) se amplían e incorporan otros elementos más amplios relacionados con la salud/educación sexual. Del trabajo en las habilidades técnicas del uso del condón a las habilidades sociales.

Reflexiones

- Incorporación de nuevos paradigmas: feminismo, género, derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos, reducción de riesgos/daños de forma poco sistematizada y poco consensuada entre lxs profesionales: los mensajes dejan de ser claros y unitarios
- La infección por VIH no genera la mortalidad que en años anteriores. Las personas que viven con VIH deben reubicarse y rehacer sus vidas y la sociedad reubicarse también para con ellas... desaparece el componente de pena... queda el de culpabilidad y el estigma relacionado con la



concepción de las personas que viven con VIH como vectores de transmisión empieza a ganar terreno.

- La prueba del VIH pasa muy rápidamente de ser una nueva herramienta para promover el autocuidado de la salud sexual a ser “la estrategia” principal en la prevención del VIH.
- La profilaxis post-exposición deja de estar vinculada específicamente al personal sanitario y su uso se universaliza... la prevención del VIH en particular y la promoción de la salud sexual en general, empiezan a medicalizarse.

3ª FASE: EL PRESENTE... Y SU FUTURO

Escenario

- En nuestro privilegiado escenario caucásico occidental, la infección por VIH pasa a ser denominada “crónica”.
- El éxito y los avances del TARGA generan la carga viral indetectable.
- Se genera (y resuelve?) el debate sobre si la indetectabilidad conlleva la incapacidad para transmitir la infección por VIH.
- Aparición de la Profilaxis Pre Exposición y la Cascada de Tratamiento
- Irrupción de agendas y legislaciones en derechos sexuales y reproductivos (Ley contra la lgtbifobia o Ley a favor de la igualdad efectiva y real entre mujeres y hombres) que fragmentan discursos y relegan al VIH a una posición alejada del protagonismo de antaño.

Punto de partida: Las intervenciones específicas sobre VIH dejan de realizarse en el medio escolar para jóvenes.

Respuesta: De prevención a promoción y de promoción a educación. Aparece un trabajo pluridimensional en la promoción de la salud sexual en el que se trabajan temas como el placer, las emociones y sentimientos, y las decisiones en relación a los riesgos. El placer en el centro de las intervenciones.

Reflexiones:

- La Cascada de Tratamiento deja fuera del escenario (es decir, de las políticas de salud pública) tanto la prevención/promoción como la atención.
- Aparición del concepto buen/mal paciente (persona que vive con el VIH) vinculado a su capacidad de adherencia al tratamiento para conseguir indetectabilidad y dejar de ser vector de transmisión; nuevas formas de estigmatización: la serofobia.
- El trabajo desde Derechos Sexuales y Reproductivos y la toma de conciencia que su garantía también es una forma de vulneración.
- El discurso (y las discusiones... y recursos...) prevención-promoción-educación sexual, quedan reducidos al SÍ/NO ante la PreP... ¿de la promoción de nuevo a la prevención o directamente al control?
- La persona, sus contextos cambiantes, sus interseccionalidades dejan de ser elementos presentes en el análisis sobre el qué está pasando. La “pastilla” sustituye procesos de capacitación y empoderamiento personal.



- La educación sexual y la fragmentación de agendas... desde perspectiva de Derechos Sexuales y Reproductivos, cómo no olvidar todo lo aprendido y trabajado, y cómo incorporar (y situar en un lugar central) la violencia machista-estructural y la diversidad sexual.
- Y... por supuesto... una evaluación cualitativa (o no exclusivamente cuantitativa) y feminista pero rigurosa y objetiva, sigue siendo la gran ausente.

Mil gracias y ahora... ¡a debatir!



Sobre Estigma y Discriminación asociada al VIH

Alberto Pérez-Martín Rodríguez

1. Aclarando términos:

- Tres conceptos clave que se retroalimentan: **estigma, discriminación y autoestigma**
- El estigma de las enfermedades infecciosas y la construcción social de la enfermedad. Atribución de culpas: **El 20% de la población española consideraba que las personas con el VIH son culpables de padecer su enfermedad (Fuster, 2010).**
- **Serofobia:** ¿un miedo incontrolable o un prejuicio social construido?
- **Estigma interiorizado:** Ecuador: 50,9% sienten culpa y 30,7% vergüenza por tener VIH. 50,4% no solicitaron empleo (agudizándose en mujeres). 37% dejó de tener relaciones sexuales (CEPVS, 2010). España: 30% renuncian a tener relaciones sexuales y un 34% se aislaron de sus familiares o amistades. Más del 50% sintieron vergüenza (FELGTB 2013)
- El peso de los DSS: de cómo el estigma NO afecta igual a todas personas con VIH
- La **discriminación intracomunitaria:** la interseccionalidad de la discriminación o el solapamiento de distintos ejes de exclusión: **30% discriminados por otras personas LGTB. (redes sociales y páginas de contactos, -"limpio"-), pero bares y discotecas, e incluso un 4,67% en una asociación LGTB (Martín-Pérez, 2017).**

2. Cómo combatir el estigma y la discriminación:

- **Combinando:** la información, la adquisición de habilidades y el contacto con personas afectadas.
- **Trabajando simultáneamente** en sensibilización e información con la población general (estigma confirmado y discriminación) empoderamiento (estigma percibido) y en protección legal y promoción de derechos (discriminación).
- **Por medio del lenguaje.** Recomendaciones terminológicas de ONUSIDA y la OPS
- Una reflexión sobre la información **[tras una sensibilización sobre TASP un 72% preferían una pareja con VIH en tratamiento a una pareja que nunca se hubiera realizado la prueba del VIH (Derksen, 2014, 2015)]** y la creación de nuevos estigmas (el detectable): **[socialmente, se ha impuesto la normatividad de iniciar tratamiento para no ser "una amenaza para la salud pública" (Persson A, 2016)]**

3. ¿Sigue habiendo discriminación?

- Sí. Lo muestran estudios en todo el mundo: Myanmar, Ecuador, China, Reino Unido...
 - En España:
- ✓ Discriminación y VIH/sida 2005. Estudio FIPSE sobre discriminación arbitraria de las personas con VIH o sida (Instituto Derechos Humanos Bartolomé de las Casas, 2005): **596 notificaciones de prácticas discriminatorias cotidianas en diversos ámbitos como la asistencia sanitaria, el empleo, la educación y las relaciones interpersonales.**



- ✓ Integración laboral de las personas con VIH. Estudio sobre la identificación de las necesidades laborales y la actitud empresarial (Aguirrezabal, 2009) **53% de tasa de desempleo. Algo más de la mitad de las personas desempleadas con VIH deseaban volver a trabajar**
- ✓ Encuesta situación laboral de personas con VIH (MSSSI, 2016): **52% en situación laboral activa, tasa de desempleo del 29,5% y un 15,2% de pensionistas. 78,3% de las personas en desempleo estaban en situación de búsqueda activa** (MSSSI, 2017).
- ✓ Creencias y actitudes de la población española hacia las personas con VIH. Informe FIPSE 2010. (Fuster, 2010) **Un 58,8% sentirían incomodidad si sus hijos o hijas compartieran el aula con personas con el VIH y un 30,8% la sentirían si entre sus compañeros o compañeras de trabajo hubiera personas con el VIH. Un 20% de la población creía que la ley debería obligar a que, en ciertos lugares, las personas con el VIH estén separadas y un 18% cree que los nombres de las personas con el VIH deberían hacerse públicos para que quien quisiera pudiera evitarlas. En 2012 49% de padres y madres seguirían sintiéndose incómodos/as si en el colegio hubiera otros/as niños/as con VIH, y no desciende el índice de personas que culpabiliza quienes contrajeron la infección por vía sexual o por consumo de drogas.** (Fuster-Ruiz de Apodaca, 2014).
- ✓ INJUVE, 2012 **un 14% de jóvenes sentirían incomodidad teniendo como vecino a una persona enferma de sida, 2,2 puntos más que en el 2004** (Moreno, 2013).
- ✓ Estudio sobre los perfiles de la discriminación en España [Alter 2016]. **11,3% aprueban la discriminación hacia personas con VIH en el empleo.**

4. **El estigma. Un problema de salud individual y un problema de salud pública.**

5. **Un breve recorrido por los ámbitos de la discriminación:** laboral, libertad de movimientos, prestaciones sociales, seguros y servicios financieros. El certificado de no padecer enfermedad infecto-contagiosa



MESA 2

“Superando estereotipos. Vulnerabilidades y resistencias en torno a las violencias machistas y el VIH”.

Yolanda Yáñez Nascimiento

Licenciada en psicología, por la Universidad Nacional de Educación a Distancia. Especialidades: Psicología clínica. Master en Psicología Jurídica en la Fundación Universidad-Empresa. Experta en Mediación en el ISEP.

Desde el 2007 es técnica de la Asociación SARE. ONG de utilidad pública; siendo la responsable del programa de prevención, haciendo entre otras funciones: psicóloga de la Asociación; Técnica del Programa de Intercambio de Jeringuillas y responsable de los Talleres de Promoción de Salud en el Centro Penitenciario de Pamplona; Instructora de prácticas académicas de la UPV y de la UNED con reconocimiento de “Venía Docendi”. Asociación SARE.

Cuáles son las claves en mi vida?

Que intento hacer mucho más de lo que puedo, a todos los niveles, que no tengo tiempo de reflexionar sobre qué y cómo lo hago, simplemente voy haciendo tareas que forman parte, claramente, de mi proyecto de vida, pero de forma consecutiva y con tanta prisa que no puedo disfrutarlas ni vivirlas con intensidad. Soy demasiado consciente, eso sí, de las injusticias y especialmente sensible a las vulneraciones de los Derechos Humanos tanto desde el punto de vista de las violencias machistas como racistas que impone el sistema patriarcal en el que vivimos. En ocasiones siento tanto dolor e impotencia que me cuesta respirar y mi objetivo cada día es rebelarme y construir un mundo diferente, con lo poquito que yo pueda aportar.

M^a Rosa Almirall Oliver

Doctora en Obstetricia y Ginecología Universidad de Barcelona. Máster en Sexualidad Humana. Universidad Nacional de Educación a distancia. Ha sido Jefa clínica del servicio de Obstetricia del Hospital del Sagrat Cor. Barcelona, Directora de servicios de Atención a la Salud Sexual i Reproductiva de l'Institut Català de la Salut: Alt Penedès 1995-1998; Baix Llobregat Centre 1998-2002; Esquerra Barcelona 2002-2017

Desde el 2012 es directora del servicio Trànsit, promoción del a salud de personas Trans del Institut Català de la Salut, declarado por el Departamento de salud de la Generalitat de Catalunya en octubre del 2016, como puerta de entrada de las personas trans al sistema público de Salud en Catalunya bajo un modelo biopsicosocial, transpositivo y despatologizador.

¿Cuáles son las claves en mi vida?

Haber llegado al feminismo de los años 70 a los 19 años, en un grupo que me permitió ver desde lo cotidiano y lo concreto las dificultades de las mujeres en sus relaciones afectivas, en su sexualidad y en sus derechos reproductivos. Esto me llevo a romper muchos de los objetivos que tenía previamente en la vida muy estereotipados y condicionó que decidiera mi futuro profesional simplemente por militancia feminista, siendo ginecóloga, especialidad que me disgustaba particularmente. Pero mi compromiso con mi militancia me ha llevado a adorar mi profesión y a ser siempre crítica con los protocolos médicos que dictan los expertos, buscando siempre caminos que consideraran los conocimientos o desconocimientos científicos y al mismo tiempo hallaran soluciones que empoderaran a las mujeres. Afortunadamente siempre he sido muy disciplinada, persistente, pedagógica y ello me ha evitado ser una ovejita negra en el mundo de la ginecología y llegar a tener bastante credibilidad profesional a pesar de cuestionar muchos de los principios de la gine-obstetricia. También me ha permitido tener relaciones afectivas igualitarias con contratos establecidos por las partes, que se rompían y se renovaban cuando no nos servían, me ha permitido criar a unos hijos machos que parecen extraterrestres en este mundo y es muy divertido, me ha permitido ser la persona que me gusta ser y de la que estoy tremendamente orgullosa. Creo que he tenido y tengo una vida simplemente apasionante!!!!



Mercé Meroño Salvador

Licenciatura en Filosofía y Ciencias de la Educación, Sección Psicología (UB). Diplomatura en Psicología Clínica y Máster de Salud Pública.

Desde 1991 ha desempeñado su tarea profesional en el ámbito de las drogodependencias. Ha sido Coordinadora de programas de reducción de daños para UDVP en zonas del cinturón industrial de Barcelona. (1993 al 2002); Supervisora de campo en el proyecto: "Infecciones de transmisión sexual en colectivos de mayor riesgo de ITS. Impacto en la población inmigrante. 2001-2002, conjuntamente con la Unidad de Enfermedades de Transmisión sexual de Drassanes de Barcelona. Diseño y elaboración de diferentes estudios a demanda de l' Ajuntament de Barcelona sobre prostitución de calle. Estudi Raval 2002 y Estudi Barcelona ciudad 2004. Formadora de profesionales sanitarios en temas relacionados con las Mujeres migrantes y sexualidad. Institut d'Estudis de la Salut. 2003/2005. Formadora colaboradora de la Associació Catalana de Llevadores: Abordaje de la prostitución desde la salud sexual. (Barcelona 2007).

Actualmente y desde 1999, coordinadora de programas sanitarios de reducción de daños entre la población de hombres que realizan trabajo sexual, y desde 1997, supervisora de campo en los estudios bianuales: Estudio sobre Prevalencia de HIV en usuarios de drogas por vía inyectada coordinado por el CEEISCAT.

Coordinadora desde 1995 del servicio Àmbit Dona ubicado en el Raval, atendiendo a mujeres y transexuales que ejercen la prostitución (reconocido como ejemplo de Buenas Prácticas del proyecto europeo CASE (Acciones Locales contra la Exclusión).

¿Cuáles son las claves en mi vida?

Mantener el equilibrio entre mi vida profesional y personal;

Dedicar tiempo a la música y al teatro;

Implicarme en aquello que creo que es justo; Disfrutar de los intangibles;

Y la clave de sol y la de la, indispensables para tocar el piano

Moderadora de la mesa:

Sílvia Aldavert Garcia

Sílvia Aldavert i Garcia, coordinadora de la Associació de Planificació Familiar de Catalunya i Balears (APFCIB). Licenciada en Ciencias Políticas y de la Administración y en Teoría de la Literatura y Literatura Comparada. Posgraduada en Cooperación para el Desarrollo y en Inmigración y Educación Intercultural. Con una larga experiencia asociativa y en movimientos sociales, trabaja como coordinadora de proyectos de la APFCIB desde el 2005. Ha creado diversas campañas y proyectos relacionados con Derechos Sexuales y Reproductivos el tema, como el Observatorio de Derechos Sexuales y Reproductivos, entre muchos otros.



Ponencia: **Usuaris de drogas**

Mercè Meroño Salvador (Fundació Àmbit Prevenició)

Hace ya 33 años de la Ley 20/1985 de prevención y asistencia en materia de sustancias que pueden generar dependencia. Esta ley nació con el objetivo de establecer y regular medidas preventivas, asistenciales y de reinserción efectivas y basadas en la evidencia. A partir de esta ley se configura la Red de Atención a las Drogodependencias de Cataluña, de la que forman parte Comunidades Terapéuticas (CT), Centros de Integración Social (CIS), Unidades de Patología Dual (UPD), Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH). La red de atención a las drogodependencias, también se creó desde una perspectiva androcéntrica atendiendo a la norma estadística de que el consumo de drogas es más prevalente entre los hombres. Esto ha comportado una invisibilización de las mujeres en este ámbito y, como consecuencia, de sus especificidades y necesidades diferenciales generando obstáculos tanto en el acceso de las mujeres a los tratamientos, su idoneidad o las dificultades de permanencia en los mismos, entre otras muchas cuestiones.

A finales de los 80, las drogas se acaban asumiendo desde el paradigma de la salud pública y se ponen en marcha los Centros de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias (CAS), centros ambulatorios de tratamiento públicos y de acceso directo. Se aprobaron tres leyes más en la materia, la Ley 10/1991, la Ley 8/1998 y la Ley 1/2002, que ponen especial atención a la protección de la salud de las poblaciones más vulnerables, especialmente menores de edad.

El año 1988 se crea la primera mesa de políticas de drogas al Ayuntamiento de Barcelona, donde todos los grupos políticos consensuan el Plan Municipal de Drogas, que implicará el compromiso de los diferentes grupos a no usar esta cuestión como arma política.

En Cataluña, este consenso se materializó al 1997 en la *Taula d'Acords per una Política consensuada de Drogodependències* (*Mesa de Acuerdos por una Política Consensuada de Drogodependencias*), creada en el 1994, en una proposición no de ley, donde las estrategias de Reducción de daños (RdD) se consideraban eficientes y se apuesta por su implementación desde un enfoque comunitario. El año 2006, se reeditó en el Parlamento de Cataluña el consenso por una política basada en la prevención, programas educativos y formativos, descentralizar la atención sociosanitaria, potenciar la RdD, promover estrategias de intervención basadas en la evidencia, cuidar que los medios de comunicación ofrezcan información desestigmatizante que promueva un debate político y social sin prejuicios.

La creación de la Comisión Interdepartamental sobre Drogas (2009), mediante el Decreto 105/2009, que, desde entonces, será el órgano colegiado encargado de coordinar todas las actividades implicadas en drogodependencias.

El artículo 2 de la Ley señala entre sus funciones, estos dos aspectos:

b) Promover la implementación y consolidación de estrategias de reducción de daños para personas drogodependientes.

y) Definir y promover líneas de financiación para propuestas preventivas, de reducción de daños, reinserción, formación, evaluación e investigación en relación con la problemática relacionada con el consumo de drogas que incorporen la perspectiva de género.



Actualmente, el número de usuarias de drogas inyectadas en nuestro entorno se sitúa alrededor del 25%, es decir aproximadamente 1 de 4 de las personas que consumen drogas son mujeres. Apesar de esto, muchos datos de las que disponemos NO están segregadas por sexo o solo en algunos aspectos concretos y tampoco se han incorporado indicadores específicos de género, hecho que impide desarrollar políticas adecuadas y por lo tanto orientar los servicios y el resto de actuaciones dirigidas al colectivo y entender como el género condiciona el uso y el consumo de drogas

Reconocer las relaciones desiguales de género presentes en los contextos de las Mujeres inyectoras de Drogas (MID), contribuye a no reproducir el estigma y discriminación de las que son sujetas, y ser conscientes, de que también, éstos se reproducen en las mismas posiciones que en el resto de mujeres de la sociedad en general. Se puede constatar que las condiciones socioeconómicas, de precariedad, de vulnerabilidad son mayores en las mujeres y les hacen aparecer como más dependientes de los varones en muchos aspectos.

Hay que tener presente también que las mujeres tienen que hacer frente a una complejidad de circunstancias específicas y tener presente los diferentes ejes de desigualdad que pueden afectar a su salud: opción sexual, clase social, edad y etnia, entre otras, así como también atender a sus ciclos vitales: embarazo, maternidad, menopausia, diversidad funcional y de otros mecanismos de violencia estructural que están agravado su situación por las sistemáticas vulneraciones de sus derechos y discriminaciones.

Algunos estudios han identificado los factores que pueden incrementar el riesgo de contraer VIH en MID, algunos son: el ejercicio del trabajo sexual, tener una pareja estable también inyectora y una mayor prevalencia de ITS, entre otros (Folch et al, 2013). Por otro lado, destaca el elevado porcentaje de mujeres que afirman haber sufrido algún tipo de agresión física y/o sexual al último año (42% y 12%, respectivamente en 2014-2015). Según los datos aportados por el Ayuntamiento de Barcelona sobre el cribado de mujeres usuarias de drogas en violencias machistas, se inició en el 2014 y ha sido de un 40% en el 2016 según el Sistema de Información de Drogas de la Agencia de Salud Pública de Barcelona, muy lejos todavía de tener datos completos de la situación de las mujeres en este aspecto tanto relevante.

También querría hacer mención a las poblaciones LGBTIQ que son las grandes olvidadas. Requieren equipos de trabajo con comprensión y competencia, capaces de hacerlas sentir seguras, visibles y en confianza para tratar asuntos sensibles. Las poblaciones LGBTIQ tienden menos que la población en general a acudir a los servicios sociosanitarios, y no siempre se sienten seguras para revelar su identidad sexual a quien provee los servicios. Las mujeres trans por ejemplo, tienen hasta 49 veces más posibilidades que el resto de la población en contraer VIH, en parte por la alta incidencia de trabajo sexual. A pesar de que el dato es alarmante, en la mayoría de servicios de atención y tratamiento, también de reducción de daños continúan siendo poca atendidas o desatendidas.

Los abordajes preventivos y asistenciales tienen que contemplar de manera específica y transversal los aspectos diferenciales derivados de la diferente socialización por el hecho de ser hombres o mujeres.

Para paliar estos obstáculos es necesario incluir la perspectiva de género en todas las fases, desde el diagnóstico y definición de un proyecto preventivo o asistencial, y estar acompañado en todo momento de medidas específicas para su aplicación. Hacen falta políticas que tengan en cuenta la perspectiva de género y que potencien las herramientas que necesitan los y las profesionales (formación, documentos de buenas prácticas, informes...) para que incorporen medidas específicas y efectivas en la intervención.



Paralelamente, hay que incorporar las estrategias de apoderamiento y liderazgo en las MID, puesto que son fundamentales y su participación en el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de los programas, hecho que permitirá mejorar su efectividad, adecuarlos a la realidad y mejorar su calidad. Incorporar estas estrategias comporta beneficios, por un lado las MID pueden recuperar vínculos que refuercen su autonomía, faciliten cierta estructura vital y en algunos casos revertir en una significativa reducción, sino, abandono del consumo. Por otro, por tenerse que enfrentar a situaciones delicadas y peligrosas, las mismas mujeres han desarrollado estrategias que escapan al personal profesional y pueden resultar relevantes e integrarse a las diferentes fases de los programas.

La perspectiva de género es más que un concepto y hay que apostar por enfoques feministas que aporten estrategias por y desde las mujeres.

Quedan muchos temas pendientes:

- ¿A qué servicios van las mujeres que usan y drogas y sufren violencias para hacer procesos de recuperación y reparación?
- ¿Cómo se coordinan las redes de atención a las violencias y la Red de Atención a Drogas (XAD)?
- ¿Cómo se detectan y abordan las violencias machistas en la XAD, especialmente las sexuales?
- ¿Cómo afectan los PMM en las mujeres y otros tratamientos farmacológicos?, ¿hay disparos diferenciales?
- ¿Cómo se han de abordar aspectos del consumo con los ciclos vitales de las mujeres consumidoras?
- ¿Están las y los profesionales preparadas/as para abordar la identificación y la detección de las violencias en los servicios de la XAD?
- ¿Dónde son las mujeres que no quieren ser identificadas, etiquetadas o expuestas al estigma de ser mujer y consumidora de drogas?
- ¿Cómo actuamos con las mujeres que han estado en la prisión, las que han perdido sus hijos e hijas, las que han perdido todo su entorno de soporte, las que son grandes, las que viven en la calle y un largo etcétera.

Seguiremos hablando.....



Ponència: **Usuàries de drogues**

Mercè Meroño Salvador (Fundació Àmbit Prevenició)

Fa 33 anys ja de la Llei 20/1985 de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència. Aquesta llei va néixer amb l'objectiu d'establir i regular les mesures preventives, assistencials i de reinserció efectives i basades en evidència. A partir d'aquesta llei es configura la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències de Catalunya, de la que formen part Comunitats Terapèutiques (CT), Centres d'Integració Social (CIS), Unitats de Patologia Dual (UPD), Unitats de Desintoxicació Hospitalària (UDH). La xarxa d'atenció a les drogodependències, també es va crear des d'una perspectiva androcèntrica atenent a la *norma estadística de que el consum de drogues és més prevalent entre els homes*. Això ha comportat una invisibilització de les dones en aquest àmbit i com a conseqüència de les seves especificitats i necessitats diferencials comportant obstacles tant en l'accés de les dones als tractaments, la seva idoneïtat o les dificultats de permanència en els mateixos, entre moltes altres qüestions.

A finals dels 80 les drogues s'acaben assumint des del paradigma de la salut pública i es posen en marxa els Centres d'Atenció i Seguiment a les Drogodependències (CAS), centres ambulatoris de tractament públics i d'accés directe. S'aproven tres lleis més en la matèria, la Llei 10/1991, la Llei 8/1998 i la Llei 1/2002, que paren especial atenció a la protecció de la salut de les poblacions més vulnerables, especialment menors d'edat.

L'any 1988 es crea la primera taula de polítiques de drogues a l'Ajuntament de Barcelona, on tots els grups polítics consensuen el Pla Municipal de Drogues, que implicarà el compromís dels diferents grups a no fer servir aquesta qüestió com arma política.

A Catalunya aquest consens es materialitzà al 1997 a la Taula d'Acords per una Política Consensuada de Drogodependències, creada al 1994, en una proposició no de llei, on les estratègies de *Reducció de danys (RdD)* es consideren eficients i s'aposta per la seva implementació des d'un enfocament comunitari. L'any 2006, es reedita al Parlament de Catalunya el consens per una política basada en la prevenció, programes educatius i formatius, descentralitzar l'atenció sociosanitària, *potenciar la RdD*, promoure estratègies d'intervenció basades en evidència, cuidar que els mitjans de comunicació ofereixin informació desestigmatitzant que promogui un debat polític i social sense prejudicis.

Creació de la Comissió Interdepartamental sobre Drogues (2009), mitjançant el Decret 105/2009, que des d'aleshores serà l'òrgan col·legiat encarregat de coordinar totes les activitats implicades en drogodependències.

L'article 2 de la Llei assenyala entre les seves funcions, aquests dos aspectes:

b) Promoure la implementació i consolidació d'estratègies de reducció de danys per a persones drogodependents

i) Definir i promoure línies de finançament per a propostes preventives, de reducció de danys, reinserció, formació, avaluació i recerca en relació amb la problemàtica relacionada amb el consum de drogues que incorporin la perspectiva de gènere.

Actualment, el nombre d'usuàries de drogues injectades en el nostre entorn es situa al voltant del 25%, és a dir aproximadament 1 de 4 de les persones que consumeixen drogues són dones. Malgrat això moltes dades de les que disposem NO estan segregades per sexe o només en alguns aspectes en concret i tampoc s'han incorporat indicadors específics de gènere, fet que impedeix desenvolupar polítiques adequades i per tant orientar els serveis i la resta d'actuacions adreçades al col·lectiu i entendre com el gènere condiciona l'ús i el consum de drogues.

Reconèixer les relacions desiguals de gènere presents en els contextos de les Dones Injectores de Drogues (DID), contribueix a no reproduir l'estigma i discriminació de les que són subjectes, i ser conscients, de que també, aquests es reproduïen en les mateixes posicions que en la resta de dones de la societat en general. Es pot constatar que les



condiciones socioeconòmiques, de precarietat, de vulnerabilitat són majors en les dones i les fan aparèixer com més dependents dels barons en molts aspectes.

Cal tenir present també que les dones han de fer front a una complexitat de circumstàncies específiques i tenir presents els diferents eixos de desigualtat que poden afectar la seva salut opció sexual, classe social, edat i ètnia, entre altres, així com també atendre als seus cicles vitals: embaràs, maternitat, menopausa, diversitat funcional i d'altres mecanismes de violència estructural que estan agreujats la seva situació per les sistemàtiques vulneracions dels seus drets i discriminacions.

Alguns estudis han identificat els factors que poden incrementar el risc de contraure VIH en DID, alguns son: l'exercici del treball sexual, tenir una parella estable també injectora i una major prevalença d'ITS, entre d'altres (Folch et al, 2013). Per altra banda, destaca l'elevat percentatge de dones que afirmen haver patit algun tipus d'agressió física i/o sexual al darrer any (42% i 12%, respectivament a l'any 2014-2015). Segons les dades aportades per l'Ajuntament de Barcelona el cribatge de dones usuàries de drogues en violències masculistes, es va iniciar en el 2014 i ha estat d'un 40% en el 2016 segons el Sistema d'Informació de Drogues de l'Agència de Salut Pública de Barcelona, molt lluny encara de tenir dades completes de la situació de les dones en aquest aspecte tant rellevant.

També voldria fer esment que les poblacions LGBTIQ són les gran oblidades, requereixen equips de treball amb comprensió i competència, capaços de fer-les sentir segures, visibles i en confiança de tractar assumptes sensibles. Les poblacions LGTBIQ tendeixen menys que la població en general a acudir als serveis sociosanitaris, i no sempre es senten segures per revelar la seva identitat sexual a qui prové els serveis. Les dones trans per exemple, tenen fins a 49 vegades més possibilitats que la resta de la població a contraure VIH, en part per l'alta incidència de treball sexual. Malgrat que la dada és alarmant, en la majoria de serveis d'atenció i tractament, també de reducció de danys continuen sent poca teses o desateses.

Els abordatges preventius i assistencials han de contemplar de manera específica i transversal el aspectes diferencials derivats de la diferent socialització pel fet de ser homes o dones.

Per tal de pal·liar aquest obstacles cal incloure la perspectiva de gènere en totes les fases des del diagnòstic i definició d'un projecte preventiu o assistencial, i ser acompanyat en tot moment de mesures específiques per a la seva aplicació. Calen polítiques que tinguin en compte la perspectiva de gènere i que potenciïn les eines que necessiten els i les professionals (formació, documents de bones pràctiques, informes...) per tal que incorporin mesures específiques i efectives en la intervenció.

Paral·lelament cal incorporar les estratègies d'apoderament i lideratge en les DID, ja que són fonamentals i la seva participació en el disseny, implementació, monitoreig i avaluació dels programes, fet que permetrà millorar la seva efectivitat, adequar-los a la realitat i millorar la seva qualitat. Incorporar aquestes estratègies comporta beneficis, per una banda per les DID poden recuperar vincles que reforcen la seva autonomia, faciliten certa estructura vital i en alguns casos reverteix en una significativa reducció, sinó, abandonament del consum. Per altra, per haver-se d'enfrontar a situacions delicades i perilloses, les mateixes dones han desenvolupat estratègies que escapen al personal professional i poden resultar rellevants i integrar-se a les diferents fases dels programes.

La perspectiva de gènere és més que un concepte i cal apostar per enfoc feministes que aportin estratègies per i des de les dones.

Queden molts temes pendents:

- A quins serveis van les dones que usen i drogues i pateixen violències per fer processos de recuperació i reparació?
- Com es coordinen les xarxes d'atenció a les violències i la Xarxa d'Atenció a Drogues (XAD)?
- Com es detecten i aborden les violències masculistes en la XAD, especialment les sexuals?
- Com afecten els PMM en les dones i altres tractaments farmacològics, hi ha trets diferencials?



- Com cal abordar aspectes del consum amb els cicles vitals de les dones consumidores?
- Estan les i els professionals preparats per abordar la identificació i la detecció de les violències en els serveis de la XAD?
- On són les dones que no volen ser identificades, etiquetades o exposades a l'estigma de ser dona i consumidora de drogues?
- Com actuem amb les dones que han estat a la presó, les que han perdut els seus fills i filles, les que han perdut tot el seu entorn de recolzament, les que són grans, les que viuen al carrer i un llarg etcètera.

Seguirem parlant...



Ponencia

“Abordando el VIH en el marco de derechos. Derechos sexuales”.

Montserrat Pineda Lorenzo

Coordinadora de Incidencia Política Asociación Creación Positiva. En los últimos años ha llevado a cabo la formación sobre cómo abordar las violencias sexuales y violencias machistas en Cataluña, dirigida a profesionales de los servicios de la red especializada en violencia machista en Cataluña.

Ha sido coordinadora de la investigación “El abordaje de las violencias sexuales en Cataluña” por encargo del ICD y del Grupo de trabajo de Violencias sexuales de la Comisión Nacional por una intervención coordinada de la Violencia Machista y coautora del documento “Violencias sexuales: un marco conceptual, teórico y ético”. Autora del Análisis con perspectiva de género de las políticas sanitarias de salud sexual y reproductiva en Cataluña para el Gobierno Catalán, 2008. Y coautora de otros estudios vinculados a las mujeres que viven con VIH.

Cuenta con el Diploma de Salud Pública y Género de la Escuela Nacional de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales. Es profesora del Posgrado en violencias machistas de la UAB. Ha participado como Persona Experta en el Comité Técnico para la Estrategia de Salud Sexual del Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales. Ha participado en la Elaboración del Mapa de Salud Sexual y Reproductiva de la Red por un mundo Mejor de ONU Mujeres. Colabora y lidera procesos de monitorización de ODS, CEDAW, PIDESC y EPU.

las clave de mi vida son:

el feminismo y el aprendizaje vital que me regaló la madre que me parió

Moderadora de la mesa:

Mireia Mata i Solsona

Directora general d'Igualtat del Departament de Treball, Afers Socials i Família desde el 2016

Licenciada en Filología Catalana por la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). Posgrado en Gestión Cultural por la Universitat Ramon Llull (URL). Máster en Alta Función Directiva por la Escuela de Administración Pública de Cataluña. Titulación de la escuela oficial de idiomas en inglés, francés e italiano. Coordinadora Territorial de Juventud en Girona, Directora de los Servicios Territoriales de Gobernación y Administraciones Públicas en Girona. Delegada escuela de administración pública en Girona.

Miembro activo de entidades culturales y nacionales. Miembro fundadora de entidades culturales y de ocio. Concejala, durante ocho años en el Ayuntamiento de Figueres.

Directora General d'Igualtat del Departament de Treball, afers socials i famílies des del gener de 2016 fins l'actualitat
Llicenciada en Filologia Catalana. Postgrau en Gestió Cultural Universitat Ramon Llull. Màster Alta Funció Directiva
Escola d'Administració Pública de Catalunya. Titulació Escola Oficial d'Idiomes en Anglès, Francès i Italià.
Coordinadora Territorial de Joventut a Girona Directora SSTT Governació i Administracions Públiques. Delegada Escola d'Administració Pública a Girona.

Membre activa d'entitats culturals i nacionals. Membre fundadora d'entitats culturals i de lleure
Regidora durant vuit anys a l'Ajuntament de Figueres.

les claus de la meva vida són:

les del pis, les del cotxe i les de la targeta de crèdit..
(las del piso, las del coche y las de la tarjeta de crédito...)

XIII jornadas sobre violencias machistas y VIH:
En clave de derechos
Barcelona, 20 de marzo 2018
Creación Positiva

