



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 Amirall 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 Penedés 1995-1998; Baix Llobregat Centre 1998-2002; Esquerra Barcelona 2002-2017

Desde el 2012 es directora del servicio Trànsit, promoción de la 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. A pesar 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 LGTBIQ 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 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.

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

j) 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 reproduïxen 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 masculines, 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 masculines 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..