

**Informe Monitoreo de los Derechos sexuales y Reproductivos en los Planes Nacionales
VIH/SIDA, en base a UNGASS.
Lima, Perú 2007**

I. Situación de salud sexual y reproductiva y el VIH SIDA

I.1 La salud sexual y reproductiva en el marco de la política pública

Durante los últimos 20 años, el concepto de salud reproductiva se ha mantenido en permanente transformación; desde su inicial entendimiento como un sinónimo de planificación familiar o de salud materna, hasta lo que hoy en día resulta un consenso: un concepto que engloba resultados y que expresa diversas condiciones sanitarias, biológicas, culturales, económicas, ambientales que permita a los individuos, regular su fecundidad y ejercitar su sexualidad de una manera sana, placentera y en libertad, sin que esto conlleve a riesgos para su salud, ni impidan sus decisiones reproductivas.

I.1.1 Análisis de la política pública en el campo de la salud sexual y reproductiva, desde una perspectiva de género

Si bien es cierto, desde los orígenes de la Salud Pública algunos componentes de la salud sexual y reproductiva, han sido parte de la atención de la salud, la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo (1994), amplió la definición incorporando “la promoción de la toma de decisiones saludables, voluntarias y seguras en lo relativo a la vida sexual y reproductiva de individuos y parejas”¹.

Las decisiones informadas y voluntarias, implican aspectos fundamentales, no sólo referidos a la capacidad individual de las personas, sino también a la existencia de condiciones favorables para ejercer dichas decisiones, que involucra desde el reconocimiento social como sujetos de derecho, hasta las garantías de acceso a un conjunto de bienes y servicios garantizados por el Estado.

A pesar que la mayor parte de los Estados consideran dentro de sus políticas la oferta de estos bienes y servicios, todavía existen muchas limitaciones y millones de personas no gozan de estas prerrogativas, viéndose negadas de estándares mínimos para preservar su salud. Las razones no están explicadas sólo por la falta de tecnología o por la pobreza, sino también por otros aspectos tales como a) la inequidad de género, entendida como asimetría del poder entre hombres y mujeres y b) La concepción hegemónica de heterosexualidad, que se establece como referente “natural” de las intervenciones públicas, entre otras.

La influencia de inequidad de género y la hegemonía de la heterosexualidad, orienta en gran parte el desarrollo de políticas públicas, originando exclusión y/o discriminación, expresándose de las siguientes maneras;

- a) Cuando las políticas enfatizan en la concepción de que la maternidad es el rol fundamental de las mujeres y orienta sus intervenciones principalmente en resultados de embarazos y partos saludables, como ocurrió previo a los 90s. Una política con este enfoque, suele ignorar o desatender otras necesidades que también tiene un impacto importante en la salud pública, como por ejemplo:
 - ❖ La prevención del embarazo no deseado, que pueden ser logrado con una amplia disponibilidad de métodos anticonceptivos.
 - ❖ La prevención del aborto inseguro, Cuando los servicios priorizan la atención del embarazo y parto, suele dejarse de lado estrategias para evitar el aborto inseguro. Esto es mucho mas frecuente en contextos restrictivos como el nuestro.

¹ Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2006. Opciones públicas, decisiones privadas: Salud sexual y reproductiva y los Objetivos de Desarrollo del Milenio..

- ❖ La atención del aborto legal; En la mayor parte de países, está permitido algunas causales de aborto legal, sin embargo, la oferta de este tipo de servicios suele ser muy restrictiva. Esta es una de las evidencias mas claras de cómo la salud y la vida de las mujeres tiene un menor valor que el del feto, aunque este incluso no tenga probabilidad de sobrevivir.
- b) Cuando la política enfatiza el control de la reproducción, es decir, cuando las decisiones reproductivas, se escapan del control de los individuos, en función a otros intereses. Este tipo de política puede generar los siguientes resultados;
- ❖ La discriminación de los hombres para controlar su propia fecundidad. Hay un escaso involucramiento de los hombres en los procesos reproductivos, negando su derecho a la información y dadas las escasas opciones anticonceptivas, también tiene muchos mas límites para decidir si quiere o no tener hijos
 - ❖ Las políticas enfocadas en el control de la reproducción, no atienden las molestias ni las preocupaciones que podrían originar a las usuarias los métodos anticonceptivos, muchas de las cuales, se ven limitadas en el consentimiento informado. Esto fue un hecho que ocurrió en el Perú, en la década del 90, en el caso de las ligaduras forzadas.
 - ❖ El desconocimiento de las necesidades de salud sexual y reproductiva correspondientes a etapas del ciclo vital no reproductivas, descuidando problemas claves como por ejemplo, la violencia sexual, el cáncer del cuello uterino, el reemplazo hormonal durante la menopausia, entre otros aspectos.
 - ❖ La invisibilidad de la decisión reproductiva en las mujeres con VIH
 - ❖ La priorización de la tecnología, es desmedro del desarrollo de habilidades para la prevención, tanto del embarazo no deseado o del VIH. Con este tipo de enfoque se suele ignorar la importancia de la doble protección, entre otros.
- c) Cuando las políticas se planifican y aplican en base a concepciones tradicionales de familia; por ejemplo, en base al estimado de mujeres unidas, originando.
- ❖ No se incluye dentro de la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva a los/as adolescentes, negando su derecho a la salud, al acceso a la tecnología, decidir sobre su propia fecundidad.
 - ❖ La focalización en intervenciones de carácter asistencial, dejando de lado las intervenciones educativas de promoción y prevención.
 - ❖ Normar como necesario para recibir tratamiento antiretroviral el acompañamiento de un familiar, cuando en personas con practicas homosexuales, trabajadores y trabajadoras sexuales, que tienen mayor riesgo de contraer el VIH, sus condiciones de estigmatización su entorno familiar suele desconocer o estigmatizar su condición de HSH o TS.
 - ❖ Restringir el acceso a los servicios de salud de la ESN de VIH de jóvenes, quienes deben asistir acompañados de sus padres, situación absurda cuando estos jóvenes so travestis o trabajadoras sexuales.
- d) Cuando las políticas no reconocen las limitaciones que tienen ciertos grupos poblaciones que enfrentan condiciones de vulnerabilidad, tal es el caso de los/as adolescentes y/o las mujeres que no disponen de autonomía económica. Pueden verse afectadas por:
- ❖ La falta de calidad de servicios subvencionados; como lo que viene ocurriendo en los servicios que se reciben a través del SIS, según el último Informe Defensorial (ver fecha).

- ❖ Servicios restringidos a un paquete básico, no compatible con las necesidades específicas de los grupos de edad, de por diferencias de género. Muchas veces la constitución de paquetes básicos, impide que la población acceda a determinados servicios, Por ejemplo en el paquete de atención del SIS que incorpora los métodos anticonceptivos, pero que no ha incluido la AOE, clave para las situaciones de emergencia, particularmente por violencia sexual.
- ❖ La imposición de determinados servicios o condiciones, como fue el caso cuando se decidió incrementar el acceso al parto institucional; el pago de multas fue una práctica bastante extendida., condicionar el pago de multas por dar a luz en su casa, fue bastante común.

Al igual que la inequidad de género, la hegemonía de la heterosexualidad también influye las políticas públicas, orientando a los servicios a lo siguiente:

- ❖ Al desconocimiento de que muchos hombres inician o mantienen sus experiencias sexuales con otros hombres, aunque no desarrollen una identidad homosexual o bisexual.
- ❖ A ignorar los problemas de salud sexual y reproductiva que puedan derivarse de prácticas sexuales entre personas del mismo sexo. Por ejemplo, en el caso de hombres que tienen sexo con hombres, pueden verse mas expuestos a la prostatitis.
- ❖ A descuidar las prácticas de prevención en hombres que tienen sexo con hombres, a pesar que son los que están en mayor exposición al riesgo de contraer VIH.

I.1.2 Algunas razones que están a la base de la fragmentación de la salud sexual y reproductiva,

Dado que la transmisión del VIH en el Perú, ocurre fundamentalmente vía sexual, hay un consenso de que este es un tema que debería estar dentro de la salud sexual y reproductiva, sin embargo en la práctica, su vinculación es mucho mas difícil de lo que se espera y desde la experiencia peruana, varios factores podrían explicar esta dificultad;

- a) El enfoque vertical de los programas y por ende de la entrega de los servicios, no sólo tiene que ver con la manera como se organizan los servicios, sino también con la propia concepción de la “especialización médica”, y sobre la cual, se ha desarrollado el sistema sanitario. Si a esto se suma que los inicios de la salud sexual y reproductiva ha estado vinculada principalmente a algunas intervenciones específicas, da como resultado que aún se mantenga el concepto que la salud sexual y reproductiva es un asunto de mujeres, limitando la inclusión de los hombres o que sólo está relacionado a los procesos reproductivos, obviando las necesidades de salud sexual y reproductiva que se presentan en otras etapas del ciclo de vida.
- b) El abordaje del VIH/SIDA por el sistema sanitario, debido a su reciente aparición como epidemia (años 80s), su inicial focalización en población masculina (Gays, Trans y otros H&H) y su caracterización como epidemia concentrada, han abonado fuertemente en el diseño de intervenciones diferenciadas. Recién, con el análisis de las dinámicas sexuales, sus efectos sobre las mujeres, su asociación con las otras ITSs, el incremento de la transmisión vertical, entre otras, se ha comenzado a identificar la necesidad de vincular al VIH como parte de la salud reproductiva. Sin embargo, estas evidencias no sido suficientes para lograr cambios efectivos en el proceso de integración.

- c) El patrón diferenciado que presentan por un lado, el embarazo no deseado y aborto inseguro y por el otro, el VIH, dificulta el desarrollo de intervenciones; el embarazo no deseado y el aborto inseguro, es ampliamente extendido y no hay posibilidades de establecer un determinado perfil, mientras que el VIH, para el caso del Perú, presenta en el Perú, características de una epidemia concentrada, que afectan a determinadas poblaciones y a grupos poblacionales. Esto hace que los servicios se organicen de manera diferenciada, dificultando mucho más el desarrollo de acciones articuladas.
- d) Las resistencias para lograr un modelo de atención integral; Si bien es cierto, en los últimos años han habido intentos de cambiar el sistema sanitario, primero en respuesta a las reformas sanitarias, luego como resultados de la modernización y actualmente en los procesos de descentralización, los cambios han sido de carácter declarativo y en el mejor de los casos, sólo en lo normativo, pero sin lograr todavía un correlato con la práctica. Ha habido desde las distintas gestiones, un énfasis en modificar las “estructuras”, sin prestar atención la entrega de los servicios, lo que obviamente se ve agudizado por la ausencia de una política de estado y de carrera pública, así como los escasos espacios de participación ciudadana. Esto origina que no sólo cada gobierno implemente propia política, sino también que cada ministro o funcionario, haga lo mismo, generando un gran gasto público, sin impactar en resultado sanitarios.
- e) La debilidad de la vigilancia transversal de los movimientos sociales que han luchado por los derechos sexuales y aquellos que promueven una respuesta integral al VIH SIDA, los cuales han logrado pocos vinculos en la medida que se da un proceso que algunos han llamado la deshomosexualización del SIDA y a su vez, la Desidización del Movimiento Homosexual, en referencia a no querer reconocer ambos, las metas comunes. En gran medida esta situación se genera como estrategia para responder de uno y otro lado a los procesos de estigmatización a los cuales se ven sometidos.

I.2 El sistema de salud y su respuesta a las necesidades de salud sexual y reproductiva.

El Ministerio de Salud (MINSA), se define así mismo, como el ente rector del sector salud, que conduce, regula y promueve la intervención del sistema nacional de salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde la concepción hasta su muerte natural. También es la instancia encargada de formular y evaluar las políticas de alcance nacional en materia de salud y de supervisar su cumplimiento; así como normar las actividades de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación y ejecuta las acciones correspondientes al cuarto nivel de atención².

Tradicionalmente, la gestión gubernamental de la salud sexual y reproductiva se ha hecho a través de la ejecución de programas verticales; planificación familiar, materno infantil, salud del adolescente, ITSs, etc. y su ejecución, en muchos casos, han sido dependientes de la cooperación externa, originando desbalances muy marcados entre cada una de las intervenciones, tal fue el caso del Programa de Planificación Familiar, que en la década de

² Congreso de la República: *Ley del Poder Ejecutivo*; DL N° 560. Lima, 28 de marzo de 1990.

los 90, llegó a manejar que en un momento dado, mayor cantidad de recursos que todos los demás programas juntos³.

Este tipo de programación, hizo que la entrega de determinados servicios se diera de manera fragmentaria, estableciendo nuevas brechas en relación a otras necesidades no atendidas y dejando a sectores importantes de la población, sin posibilidades de acceso a servicios de calidad. Su impacto también indujo a una falta de entendimiento respecto a las decisiones informadas que se vio neutralizadas en función de las metas y de resultados sanitarios, convirtiendo la intervención pública de salud sexual y reproductiva en un mecanismo de control, tal como ocurrió en la época de Fujimori.

En el 2001, con el retorno de la democracia y del reconocimiento del Estado de que en el Perú se habían violado los derechos humanos, la política pública, particularmente la política sanitaria, empezó a recobrar para el sector, esta importante definición en los documentos que dejó el gobierno de transferencia⁴. Sin embargo, como muchas veces ocurre, la gestión de gobierno del recientemente electo Dr. Toledo, no tomó en cuenta lo producido anteriormente, muy por el contrario, nuevos vientos de conservadurismo se hicieron sentir, imponiendo una agenda de recorte de derechos, es decir, si bien es cierto, se hacía mención de los derechos humanos, los derechos sexuales y derechos reproductivos, así como la equidad de género, fueron literalmente retirados de todo documento oficial. Esta política, altamente confrontativa del Ministerio de Salud, con la sociedad civil, defensora de estos derechos, se mantuvo durante dos años, significando un grave retroceso; afectando nuevamente decisiones informadas y el acceso a recursos, especialmente a la población adolescente y joven, pues mucho de las intervenciones educativas estaban enfocadas a la abstinencia, como única estrategia y en la falsa información⁵.

Sin embargo, en este periodo también se produjeron una serie de cambios estructurales, mediante la cual, se pretendía romper con la verticalidad de los programas; Se introdujo dentro de los enfoques sanitarios, los ciclos de vida y los determinantes sociales y apresuraron la desactivación de los programas, sin contar con una estructura ni un modelo definido, lo que condujo a un gran desconcierto de los proveedores de salud (con un gran arraigo a los programas verticales), a un desorden administrativo (en términos de registros, de abastecimiento de insumos y otros), a conflictos conceptuales (negación del enfoque de género, presente en muchas otras políticas de mayor rango, la pretensión de eliminar el término de salud reproductiva y reemplazarlo por salud de la mujer, lo que produjo luego un conflicto con el derecho de los hombres a controlar su propia fecundidad o de atender los problemas de infertilidad, entre otros), así como a serios problemas de gestión.

La confrontación también se dio en el campo de la participación ciudadana; durante la gestión Solari-Carbone, se pretendió cerrar para la sociedad civil, especialmente para los y las activistas defensoras de los derechos humanos, una serie de espacios de participación, tales como el Consejo Nacional de Salud (CNS), La CONAMUSA (Perú no fue incorporado a la primera ronda del Fondo Mundial, porque se pretendió que esta iniciativa sólo tuviese un carácter gubernamental) y la Mesa de Maternidad Saludable.

Los temas de tensión entre la sociedad y civil y el Estado, estuvo nuevamente en el campo de la sexualidad y la reproducción; planificación familiar (cuestionamiento los métodos modernos y su negativa de incluir la AOE en la gama de métodos anticonceptivos); aborto

³ Coe 115A. Fomentando el compromiso local en la salud reproductiva. Estrategias del Proyecto ReproSalud Peru. <http://www.genderhealth.org/pubs/StratReproSpan.pdf>

⁴ Arroyo J. Foro Salud; Memoria de una experiencia de construcción de sociedad civil 2000-2004. Foro Salud 2006

⁵ Chávez S. Cuando los fundamentalismos se apoderan de las políticas públicas. Políticas de salud sexual y reproductiva en el Perú 2001-2003. Flora Tristan 2004

(cuestionamiento a la Aspiración Manual Endouterina) y prevención de ITSs y VIH (campana en contra del condón, énfasis en la abstinencia, diseminación de información falaz sobre las relaciones sexuales). Como resultado de esta política, se desactivó el programa de adolescentes, disminuyendo significativamente los servicios diferenciados para estos, se incrementaron las barreras de acceso a métodos anticonceptivos y se limitaron las acciones preventivo promocionales.

Después de un alto desgaste de las políticas confesionales y del poco respaldo ciudadano, dos años después se produjo el primer cambio, sin mayores resultados, que dicho sea de paso, duro muy poco, siendo reemplazado por la Dra. Mazzetti, cuya gestión se caracterizó por la recuperación de la normatividad. En relación a la salud sexual y reproductiva se produjeron una serie de documentos técnicos normativos, tales como las Guías Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva, que protocoliza una amplia variedad de intervenciones sanitarias de salud sexual y reproductiva, incluyendo las ITSs y el VIH. También se aprueba la Norma Técnica de Planificación Familiar, las Políticas de Salud del Adolescentes, entre otros. En todos estos documentos, se recuperó el concepto de la equidad de género, derechos sexuales y reproductivos. Dada la dificultad de encontrar otro modelo, se volvió a apelar nuevamente al esquema vertical, tomando el nombre de Estrategias Sanitarias Nacionales (12 en total), encargadas de coordinar la implementación de las acciones en coordinación con las instancias regionales.

I.2.1 La atención de la salud sexual y reproductiva en la estructura actual del MINSA

Estructuralmente, el MINSA tiene un vice-ministerio y cuatro direcciones generales: Salud de las Personas (DGSP); Promoción de la Salud (DGPROMS); Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID); Salud Ambiental (DIGESA)⁶. Tanto la DGSP, como la DGPS, tienen un rol crucial en la gestión de salud sexual y reproductiva.

La DGSP, es la responsable de establecer la competencia de la atención integral de la salud, de la categorización y acreditación de los servicios de salud y de la gestión sanitaria. Norma y evalúa el proceso de protección, recuperación y rehabilitación de salud en el sector⁷ y cuenta con cuatro direcciones ejecutivas; Atención Integral de Salud, Servicios de Salud, Calidad en Salud y Gestión Sanitaria.

La DGPROMS, es la responsable de la promoción de la salud en el sector, promueve la participación de los actores sociales⁸ y tiene como ámbito de intervención los determinantes sociales. Cuenta con tres direcciones ejecutivas; Participación Comunitaria en Salud, Educación para la Salud y Promoción de Vida Sana⁹

El abordaje de la salud sexual y reproductiva y el VIH, dentro de la Dirección General de Salud de las Personas

La DGSP, cuenta con cinco direcciones, cuyas funciones son las siguientes;

1. **Dirección de Atención Integral de las personas;** Formula y difunde políticas y normas de atención, identifica prioridades nacionales y estrategias, formula instrumentos para la prestación de atención, establece los criterios de programación, participa en la prevención y control de epidemias, emergencias y

⁶ Congreso de la República: *Ley del Ministerio de Salud - DL N° 27657*. Lima, 28 de enero del 2002.

⁷ *Ibidem*.

⁸ Congreso de la República: *Ley del Ministerio de Salud - DL N° 27657*. Lima, 28 de enero del 2002.

⁹ Poder ejecutivo: *Reglamento de organización y funciones del Ministerio de Salud*. Decreto Supremo N° 014-2002-SA. Lima, 2002.

desastres y desarrolla investigaciones operativas para mejorar las intervenciones sanitarias

2. **Dirección de Servicios de Salud;** Regula el funcionamiento de los establecimientos de salud, incluyendo los servicios privados y móviles, mejora la gestión y propone prioridades de los servicios de salud, así como sus estrategias de implementación.
3. **Dirección de Calidad en Salud;** Conduce el Sistema Nacional de Gestión de Calidad en los ámbitos sectorial, definir los indicadores de evaluación, establece normas del sistema de acreditación y de auditoría en salud, brinda asistencia técnica para el mejoramiento de la calidad.
4. **Dirección de Gestión Sanitaria;** Proponer procesos de planificación, programación y seguimiento de actividades sanitarias, monitorea el desempeño de las Direcciones Regionales de Salud, brinda asistencia técnica a las Direcciones Regionales, para la implementación de las normas, evalúa el impacto de las intervenciones sanitarias para mejorar su efectividad, Establece criterios de programación y asignación de recursos para la atención de salud, apoya el desarrollo de propuestas de metas sanitarias y presupuestos, define los perfiles de competencias en el Modelo de Atención.
5. **Dirección de Salud Mental;** Formula estrategias y normas para las acciones en Salud Mental, promoción de salud mental, regula el funcionamiento de servicios de salud mental, promueve el mejoramiento de la calidad de atención en los servicios de salud mental, propone estrategias para el desarrollo de recursos humanos.

Debajo de estas direcciones están las Estrategias, que son órganos técnicos, responsable de la conducción intervenciones prioritarios. Hay 12 Estrategias Sanitarias y dos desarrollan acciones en el campo de la salud sexual y reproductiva; La Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSyR) y la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA (ENSVIH).

La ENSSyR, dentro de sus definiciones asume un enfoque comprehensivo de la salud sexual y reproductiva, pero sus intervenciones están muy focalizados en la prestación de servicios obstétricos y en planificación familiar, estableciendo como su modelo de atención:

- La atención prenatal reenfocada con sentido humanístico
- Fortalecimiento de la capacidad resolutoria de los establecimientos ante las urgencias y emergencias obstétricas y neonatales.
- Planificación individualizada del parto institucional con adecuación cultural.
- Fortalecimiento del ejercicio del derecho de hombres y mujeres para alcanzar sus ideales reproductivos.
- Detección y manejo humanizado de los casos de violencia basada en género.
- Prevención del embarazo no deseado, del cáncer cérvico-uterino y mamario, de las ITS/HIV/SIDA y de la transmisión vertical.
- Implementación de la atención diferenciada al adolescente.

La ENSVIH, propone como objetivo “fortalecer la respuesta nacional para prevenir la transmisión de las ITS y el VIH/SIDA y disminuir su impacto en el individuo, la sociedad y la economía” y establece tres líneas de acción:

a) Prevención (prevención y promoción),

- Intervenciones en poblaciones vulnerables: trabajadoras sexuales (ts) y hombres que tienen sexo con otros hombres (hsh).

- Intervención de consejeros educadores de pares.
- fortalecimiento de la consejería en its y vih/sida.
- Intervenciones en población general.

- b) Atención Integral; acceso y adherencia al tratamiento antiretroviral.
 c) Transmisión vertical; prevención de la transmisión vertical.

En el 2005 se aprobó su plan general, el cual se propone los siguientes objetivos¹⁰,

- Disminución de la transmisión sexual de las ITS/VIH en población general y poblaciones vulnerables.
- Reducción la transmisión sanguínea de las ITS/VIH, incluyendo la transmisión por hemoderivados, transplantes o durante procedimientos invasivos.
- Disminución de la transmisión vertical de las ETS/VIH.
- Reducción del impacto individual, social y económico en personas con VIH y SIDA.
- Fortalecimiento institucional.
- Fortalecimiento de la coordinación multi-sectorial de control de las ITS-VIH/SIDA.

Y definieron como acciones específicas;

- Diagnóstico y tratamiento precoz de ITS curables.
- Promoción de cambio de comportamientos para la adopción de conductas sexuales de menor riesgo.
- Provisión de sangre segura, hemoderivados y órganos.
- Promover en el personal de salud las medidas de bioseguridad.
- Atención integral de calidad a personas viviendo con VIH/ SIDA, con acceso gratuito al tratamiento anti-retroviral de gran actividad – TARGA.
- Potenciar la capacidad resolutive de los equipos de la Estrategia sanitaria de prevención y control de las ITS-VIH/SIDA en los niveles descentralizados.

Tal como se puede ver, ambas estrategias plantean intervenciones diferenciadas que deben ser ejecutadas a través de los establecimientos (para ver los distintos instrumentos normativos que han producido las Estrategias en mención, ver anexo 1), pero a diferencia de la estructura por programas verticales, las Estrategias Nacionales no cuentan con financiamiento, pero tampoco tienen el mandato de programación, pues para ello están las Direcciones Regionales de Salud (dentro del proceso de descentralización, ver en el ítem 4), las cuales, a su vez dependen de los gobiernos regionales quienes son los únicos que cuentan con el pliego presupuestal respectivo, lo que obliga a las Estrategias Sanitarias a un proceso de sensibilización y negociación de prioridades, dado que estas sólo deben encargarse de lineamientos y asesoría técnica pues son otras dependencias, con autonomía, las que deben finalmente ejecutar las acciones dirigidas a la población.

Documentos normativos producidos por las Estrategias Sanitarias relacionadas con la Salud Sexual y Reproductiva y el VIH

El abordaje de la salud sexual y reproductiva y el VIH, dentro de la Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS)

¹⁰ MINSA / Estrategia sanitaria nacional de prevención y control de las ITS-VIH/SIDA: *Plan general de la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de las ITS-VIH/SIDA*. Resolución Ministerial N° 721-2005/MINSA. Lima, 2005.

La función de esta dirección, es la proveer estrategias de promoción para lograr el desarrollo de políticas públicas, entornos y espacios saludables, fomentando la participación comunitaria, el desarrollo de habilidades personales y reorientando los servicios de salud.

La DGPS tiene a su vez, cinco direcciones:

- a) **Dirección de Educación para la Salud.** Tiene como mandato; Contribuye al desarrollo de intervenciones educativas, desarrolla alianzas estratégicas intra e intersectoriales para promover la educación para la salud, diseña y evalúa planes, programas y proyectos de educación para la salud, elabora estrategias, contenidos, medios, materiales e instrumentos educativos y comunicacionales para las intervenciones, coordina con el Ministerio de Educación la incorporación en el currículo educativo de contenidos de salud, a través de convenios de cooperación.
- b) **Dirección de Participación Comunitaria:** Responsable de desarrollar alianzas estratégicas para lograr la participación ciudadana, diseñar planes, programas y proyectos en el ámbito nacional, implementar estrategias de fortalecimiento del proceso de descentralización y democratización de la salud, normas y procedimientos para intervenciones de promoción de la salud.
- c) **Dirección de Promoción de Vida Sana;** Encargada de proponer políticas públicas que contribuyan al desarrollo humano y a la construcción de entornos saludables, de promover comportamientos saludables.

Si bien las acciones relacionadas a la salud sexual y reproductiva no aparecen específicamente en estas direcciones, si están contenidas en las acciones de la Direcciones de Promoción de Vida Sana y específicamente en las intervenciones en las escuelas, en el marco del acuerdo con el Ministerio de Educación (MINEDU), a través de la Oficina de Tutoría y Prevención Integral. Con este convenio marco, se prevé capacitar a los docentes de algunas materias en temas de educación en salud sexual y reproductiva. Dicho plan incluye un presupuesto de materiales educativos, pero no de las acciones mismas¹¹.

1.2.2 El desarrollo de las políticas en salud sexual y reproductiva, en el contexto de descentralización

Desde el año 2002, en el Perú, se ha puesto en marcha la descentralización política, la misma que debería ser entendida como un proceso de redistribución del poder y como oportunidades tanto para el reordenamiento del Estado como para la generación de nuevos mecanismos de relación entre el estado y la ciudadanía. Estos cambios incluyen que el Ministerio de Salud a nivel central se dedique a elaborar políticas y normativas de alcance nacional, debiendo ser de carácter intersectorial y de proveer asistencia técnica a los gobiernos regionales y locales. La administración de programas y servicios ya no corresponde a su ámbito de acción y este es, tal vez, el aspecto más difícil de internalizar, debido a lo que ha sido la práctica anterior.

La descentralización, también exige que los gobiernos regionales y locales cumplan nuevas funciones, tanto de programación, gestión y fiscalización de los servicios públicos en general, lo que implica nuevos roles y competencias, sin embargo, muchos gobiernos regionales, aún no cuentan con estas capacidades, lo que definitivamente impacta en el logro de resultados (en muchos gobiernos regionales ha habido problemas de programación

¹¹ MINSA / DGPROMS / Dirección Ejecutiva de Educación para la Salud: *Plan de implementación de eje temático de salud sexual y reproductiva en el programa de promoción de la salud en las instituciones educativas*. Lima, 2005.

de gasto, y una buena parte de estos, no han usado el íntegro de sus recursos, a pesar de las múltiples necesidades que sus poblaciones enfrentan).

A pesar de estas limitaciones, en algunas regiones, se han venido impulsando una serie de iniciativas orientadas a establecer prioridades sanitarias, a través de consultas ciudadanas, tal como lo señala la Ley, que han permitido identificar necesidades en salud. En todas estas consultas ha participado activamente la sociedad civil organizada y sus resultados han alimentado sendos planes regiones, la mayor parte de los cuales, han incluido temas de salud sexual y reproductiva, incluyendo el VIH: Lamentablemente, estas iniciativas, hasta el momento, no han logrado concretarse en la ejecución de acciones.

I.2.3 Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 para la Prevención y Control de las ITSs y VIH/Sida en el Perú

El Plan Estratégico Multisectorial 2007 – 2011 para la Prevención y Control de las ITS y VIH / SIDA, se elaboró en base a un proceso participativo que involucró a diversos actores y sectores y es el instrumento normativo que guían las acciones que el Estado, la sociedad civil y las agencias de cooperación, en su lucha contra VIH/SIDA entre el 2007 y el 2011

Al término del Plan, se espera reducir al menos “la mitad el número de personas que se contagian el VIH o que se contagian una ITS” y lograr el acceso del total de personas a servicios de prevención, tratamiento antiretroviral y atención integral de calidad. Señala así mismo, que a dicho periodo, logrará la existencia de “información necesaria que asegura estilos de vida saludable y prevención de estas enfermedades, especialmente en quienes tienen mayor riesgo de exposición al VIH”

El Plan contiene 9 objetivos estratégico y entre sus acciones, incluyen:

- 1) La reducción de nuevos casos de VIH de la reducción hasta en un 50% de los casos de prevalencia de ITS en poblaciones de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadoras sexuales y personas privadas de la libertad (PPL); Dentro de sus acciones incluye, la *Promoción de uso adecuado y provisión de condones, acciones de incidencia para facilitar el acceso, incremento de las coberturas de atención y fortalecimiento de organizaciones de poblaciones afectadas.*
- 2) La reducción del 50% de prevalencia de ITS en la población general; a través de la promoción de conductas sexuales saludables, promoción del uso consistente y correcto del condón y prevención de ITS y el manejo sindrómico de ITS en población general.
- 3) La extensión de la prevención de ITS/VIH, educación sexual, estilos de vida y conductas sexuales saludables en adolescentes y jóvenes. Mediante la Promoción de comportamientos sexuales saludables, la Incidencia política para el acceso de la atención integral e información para adolescentes y jóvenes en general y los HSH y en explotación sexual comercial
- 4) Reducción de la transmisión vertical a menos del 2%, mediante el reforzamiento del tamizaje, la extensión de medidas preventivas de la transmisión vertical, tratamiento de sífilis materna y del recién nacido,
- 5) Mejoramiento del sistema de bancos de transfusiones sanguíneas
- 6) Acceso a una atención integral de las PVVS; Fortalecimiento del sistema sanitario para el diagnóstico, atención y TARGA y mejora de las condiciones socioeconómicas de las personas afectadas por el VIH
- 7) Entornos políticos, sociales y legales, favorables para el abordaje integral del VIH/SIDA y la diversidad sexual desde una perspectiva de derechos humanos; sensibilización, abordaje del estigma y vigilancia social de las políticas públicas, fortalecimiento de la participación ciudadana

- 8) Respuesta multisectorial para el desarrollo de acciones conjuntas para el abordaje de las ITS y el VIH/SIDA.
- 9) Fortalecimiento de los sistemas de información y del sistema de monitoreo y evaluación, para la toma de decisiones

I.3 Situación de la salud sexual y reproductiva

Durante los últimos años, la salud sexual y reproductiva, ha sido una de las áreas con mayor transformación; de su limitado enfoque inicial, remitido a mujeres y sólo a algunos aspectos de la salud reproductiva (control de la fecundidad, embarazos y partos), desde hace algunos años, se ha visto la necesidad de incluir a los hombres, sin embargo, esta clasificación binaria no es suficiente, para tener un panorama del tema, siendo necesario incorporar como parte del diagnóstico, a otro sector pocas veces visibilizado, como son los gays, lesbianas, trans y bisexuales (GLTB), pues aunque no se cuenten con estadísticas nacionales, sus necesidades de salud sexual y reproductiva y su impacto en el diagnóstico sanitario, no puede ser obviado, es por ello, en este breve diagnóstico, en las partes en donde corresponda y donde se cuenten con datos, se tratará de incluir la información o en caso contrario, se señalarán los vacíos.

I.3.1 Iniciación de la vida sexual

Diversos estudios señalan que el inicio de la vida sexual, ocurre alrededor de los 14 y 15 años^{12 13}. En un estudio realizado por Manuela Ramos, en un grupo de 454 adolescentes y jóvenes menores de 24 años, se señala, que el 39% del total (53% de los hombres y el 32% de las mujeres), se habían iniciado sexualmente antes de los 15 años. El 79% señalaron que este inicio había sido consensuado, pero un 21% señalaron que fue en contra de su voluntad

Datos de Alan Guttmacher, señalan que entre el 40 y 60% de mujeres caribeñas y latinoamericanas han empezado sus relaciones sexuales antes de los 20 años¹⁴ y este inicio temprano, es mucho mas frecuente en las zonas rurales. La edad mediana de la primera relación sexual en mujeres con educación secundaria es 2.5 años mayor que en aquellas que no tienen educación.

El tipo de pareja en la primera relación sexual fue predominantemente con el enamorado en el caso de las mujeres (71,9%) y en caso de los varones fue del 36,5%, sin embargo, el 24% lo tuvo con una amiga y el 12,2% con una trabajadora sexual. La mayor parte de los varones refieren haber tenido relaciones sexuales por común acuerdo (48,7%), mientras que el 63.8% de las mujeres señalan que han tenido algún tipo de presión. Según este mismo estudio el 56% de los encuestados no usaron condón en su primera relación sexual.

Cuadro N° 1: Adolescentes que tuvieron relaciones sexuales alguna vez en su vida,

CARACTERÍSTICAS DE LOS ADOLESCENTES	Total	Lima - Callao	Huancayo - Iquitos
--	--------------	----------------------	---------------------------

¹² Ver referencia Imelda Vega Centeno

¹³ Soto V. Factores asociados al no uso del condón. Estudio en adolescentes y adultos jóvenes de Chiclayo Fac Med Lima 2006; 67(2) Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos

¹⁴ <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/Perfilweb.pdf>

		%	%	%
SEXO	HOMBRE	22.1	13.2	23.7
	MUJER	9.3	9.2	9.7
	Total	16.0	11.3	17.3
Edad Promedio de inicio sexual		14.2	14.0	14.2

Fuente: Informe Objetivo 1 VIH - III Medición.

No se tienen datos respecto al inicio sexual en la población de diversidad sexual, sin embargo, explorando las prácticas sexuales, hay algunos estimados en relación a las relaciones sexuales entre hombres y muy poco, con respecto a relaciones sexuales entre mujeres. Con relación a las prácticas sexuales entre hombres, Caceres y cols., en un análisis de prevalencia en países de medianos y bajos ingresos, estima que para América Latina, entre el 2 y el 25% habrían tenido cualquier prácticas sexuales entre hombres a lo largo de su vida y el 8% lo habría tenido en el último año y entre el 1 y el 5% habrían tenido prácticas penetrativas (ano-pene). Si se toma en promedio del 3%, podríamos estar diciendo que el Perú, en base al Censo del 2005, la población de hombres que habrían tenido sexo penetrativo con otro hombre, sería alrededor de 215,171 hombres.¹⁵

Desafortunadamente no hay datos que nos acerquen a la estimación de la población lesbica o bisexual femenina. Tenemos información que estos estimados recién se estarían construyendo para América Latina.

I.3.2 Fecundidad y uso de métodos anticonceptivos

En el Perú, hay todavía una brecha entre la tasa de fecundidad real y deseada (2.5 y 1.7 respectivamente), siendo el doble en las mujeres que viven en las zonas rurales. Se estima que el 30% de mujeres estarían insuficientemente protegidas. En general, sólo un 45% de mujeres en edad fértil (MEF) usan algún método y algo mas de la mitad, usa un método moderno.

Las adolescentes son las que menos acceso tienen a los métodos anticonceptivos; cerca del 14% que están unidas, usan métodos tradicionales. El 13% de las adolescentes están embarazadas o son madres y en algunas regiones, esta proporción alcanza al 32%.

I.3.3 Infecciones del tracto reproductivo

En un estudio realizado en el Perú, el 50 por ciento de varones sexualmente activos y el 70 por ciento de mujeres sexualmente activas reportaron nunca haber usado un condón¹⁶. Una encuesta en una escuela secundaria del Perú encontró que el 23 por ciento de los varones tenía una ITS¹⁷ y un estudio sobre prevalencia de infecciones del tracto reproductivo, se encontró que el 76.9% de mujeres reportaron espontáneamente o por indagación síntomas posiblemente relacionados a ITR. El 70% tenían evidencias objetiva clínica o microbiológica de alguna ITR y el 28.6 % de las gestantes padecía de tricomoniasis y 25.7% de vaginosis bacteriana

I.3.4 Mortalidad materna

¹⁵ Caceres C, Konda K y cols. Estimating the number of men who have sex with men in low and middle income countries. Sex. Transm. Inf. 2006;82;3-9

¹⁶ <http://www.advocatesforyouth.org/publications/factsheet/fssaludsexual.htm#4#4>

¹⁷ Lundgren R. *Protocolos de Investigación para el Estudio de la Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes y Jóvenes Varones en América Latina*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2000.

La tasa de mortalidad materna, todavía se encuentra en una de las más altas de América Latina (185 x 100,000 nacidos vivos), lo que implica que cada año mueran alrededor de 1200 mujeres a causa del embarazo, parto o puerperio. Casi el 12% de estas muertes, corresponden a mujeres adolescentes. A pesar que hace más de 20 años, se existen una serie de intervenciones, su descenso ha sido muy lento, encontrándose que el 45% de las muertes, ocurren en los hospitales y casi un 47% ocurre durante el puerperio. Las causas directas de muerte materna, siguen siendo prácticamente las mismas; hemorragias, enfermedades hipertensivas, aborto e infecciones. Un aspecto que contribuye a las muertes maternas sigue siendo el embarazo no deseado, pues del total de embarazos que se producen en el Perú, por lo menos el 60% son no deseados y de estos, por lo menos la mitad son interrumpidos.

Una de las razones que están a la base de la muerte materna, es el estado nutricional de las mujeres, pues durante la gestación y la lactancia, hay una mayor prevalencia de anemia, hasta del 50% y las mujeres en las zonas rurales tienen un menor acceso a los servicios, pues en muchos lugares, la cobertura de atención del parto, aún no alcanza ni al 25%

I.3.5 Violencia sexual

Las cifras disponibles de la ENDES continua 2004 y 2004-2005, permiten apreciar que en el año 2004 y luego el 2005, el 9.8% de las mujeres fue obligada a tener relaciones sexuales que no quería. Estos datos permiten estimar que aproximadamente 670,000 mujeres, han sido presionadas a tener relaciones sexuales. Si bien es cierto, no hay mucha diferenciación entre quintiles de pobreza, si lo hay en mujeres por estado civil, pues las mujeres divorciadas y separadas, triplican el porcentaje de violencia en relación con las mujeres unidas

Otra fuente de información relevante, son las estadísticas del Instituto de Medicina Legal. En el año 2002, realizó 14,393 atenciones a personas víctimas de violencia sexual, esta misma cantidad se ha vuelto a encontrar en el siguiente año. Tal como se puede ver en el cuadro Nro 15, la mayor parte de las atenciones se han realizado en el servicio de obstetricia, lo que indica que la mayor parte de las víctimas son mujeres adolescentes y adultas¹⁸. Datos analizados por Manuela Ramos¹⁹, señalan que el 53% de los casos habrían correspondido a mujeres entre 13 y 17 años.

Según esta información, para el año 2004, cada día por lo menos hubo 65 víctimas de violencia sexual en nuestro país²⁰.

De estos datos podemos concluir que aunque las mujeres son las principales víctimas de violencia sexual, también hay hombres afectados, asimismo es importante anotar, por testimonios recogidos de activistas lesbianas, la violencia sexual contra ellas, parece ser bastante extendida, dando como razón de la agresión la censura a su orientación sexual. Muchos de estos casos de violencia, según la misma información, son perpetrados por su propio entorno; familiares varones, o conocidos.

I.3.6 VIH/SIDA

El 97% de las personas infectadas por SIDA entre 1983 y 2007 fueron a través de la transmisión sexual. Hasta el 30 de abril hay un total de 19,761 casos de SIDA notificados. Se estima que hay cerca de 72,000 casos sin notificar. Del total estimado de casos de VIH/SIDA (80,000), casi la cuarta parte corresponde a adolescentes. Del total de casos

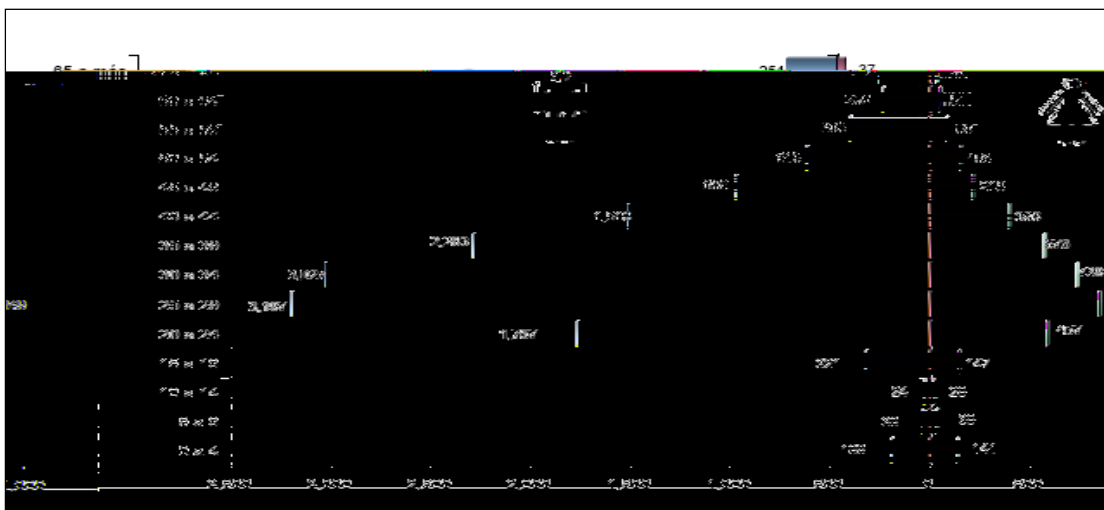
¹⁸ www.miniter.gob.pe

¹⁹ <http://www.manuela.org.pe/>

²⁰ Guerrero, R. Servicios de salud para víctimas de violencia sexual: un análisis del cumplimiento de los compromisos nacionales e internacionales. Lima. 2006.

modificados, el 80% pertenece al sexo masculino, y el 20% al femenino.(ver la distribución en el siguiente cuadro). La relación hombre / mujer de los casos de SIDA en nuestro país continúa disminuyendo, llegando a finales del 2006 a 2.9/1. El grupo entre los 25 y 29 años constituyen el 21.6% de todos los casos de SIDA notificados.

Figura N° 01: Casos de SIDA acumulados desde 1983 – 2007 en el Perú: Distribuida por Edad y Sexo²¹



²¹ Dirección General de Epidemiología del MINSA. Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú.

II Monitoreo del Cumplimiento de Compromisos en torno al VIH SIDA y la salud sexual y reproductiva.

Meta 37. Liderazgo de los gobiernos respecto a la epidemia de VIH SIDA

“ Para el 2003, asegurar el establecimiento y la ejecución de estrategias y planes de financiamiento nacionales multisectoriales para luchar contra el VIH SIDA que se refieran a la epidemia en términos directos; hagan frente al estigma, el silencio y a la negación de la realidad; tengan en cuenta las dimensiones de género y de edad de la epidemia; eliminen la discriminación y la marginación ; implica la colaboración de la sociedad civil y el sector empresarial y la plena participación de las personas que viven con VIH SIDA, las que pertenecen a grupos vulnerables y las que se encuentran mas expuestas, especialmente las mujeres y los jóvenes (...)”

Participación efectiva de representantes de mujeres y jóvenes con VIH en los programas de Salud Sexual y Reproductiva y VIH²²

La participación de las mujeres en el campo de la salud reproductiva, se ha visibilizado desde los años 70, teniendo como punto de partida la demanda de métodos anticonceptivos y el derecho al aborto. En los años 80 y 90, a esta agenda inicial, se incluyó al abordaje de la violencia familiar, como un fenómeno que afecta la salud pública y en particular la salud sexual y reproductiva, pero fue en los 90, que las organizaciones de mujeres pusieron mayor atención en el sistema sanitario, especialmente en la prestación de servicios, al promover la incorporación de indicadores de calidad de atención con enfoque de género²³. Desde esta plataforma, se promovió el acceso garantizado a los servicios de salud reproductiva, la introducción de la consejería, el consentimiento informado, el trato adecuado, entre otros, como componentes claves de la calidad de atención y que posteriormente se han constituido en referentes claves de política pública²⁴.

Sin embargo, también en los años 90, especialmente en la segunda mitad de gobierno de Fujimori, se evidenció una serie de violaciones a los derechos humanos, tales como las ligaduras forzadas, problemas de calidad de atención, los cobros indebidos, entre otros²⁵, lo que motivó a que la participación de las mujeres, se orientara mas bien al de la campo de la vigilancia social y cuyas acciones, en muchos de los casos, han resultado confrontacionales con las instancias de gobierno, motivando que incluso se llegue a los tribunales nacionales e internacionales. Esto ha motivado que en los últimos años, la participación ciudadana de las mujeres, esté más bien orientada a la demanda y al control social.

En relación al VIH, dentro de la agenda de las organizaciones de mujeres, este es un tema que ha sido aún muy poco reflexionado por las organizaciones vinculadas a la salud reproductiva. Temas como violencia, aborto, acceso a métodos anticonceptivos, entre otros, no han sido transversalizados a las mujeres y personas viviendo con VIH, dificultando una visión integral del problema. Últimamente con agendas impulsadas por agencias de cooperación, como UNIFEM, en su esfuerzo de vincular violencia basada en género y VIH,

²² Mantenemos esta doble denominación, sólo para los fines prácticos de visibilizar los distintos desarrollos que ha habido en relación a la salud reproductiva y al VIH, considerando que ambos forman parte de un enfoque mas integral de salud sexual y reproductiva

²³ Cardich,.. Consorcio Mujer, Indicadores de Calidad.. buscar la publicación

²⁴ Existe en la producción nacional, una cantidad importante de publicaciones, manuales, material de difusión, informes sombras, que aborda el tema de derecho a la salud sexual y reproductiva y que tiene como referentes, estos aspectos.

²⁵ Incluir informes de Giulia Tamayo e informes de la defensoría del Pueblo

podrían contribuir a una articulación conceptual y programática mas integral y acorde de política pública de salud sexual y reproductiva, en el marco de los derechos humanos y equidad de género.

Participación del movimiento homosexual en el campo del VIH

El Movimiento Homosexual de Lima (MHOL), es la organización TLGB más antigua del Perú y demanda el cumplimiento de derechos ciudadanos para gays, lesbianas, trans y Bisexuales. Su presencia en la escena pública, se remonta a 1983, en sus inicios realizó acciones para la demanda atención en el tema de VIH/SIDA, se realizaron actos públicos, talleres informativos sobre VIH y sexo seguro, promoviendo campañas de prevención con el uso del condón, a la población en general, en especial, a gays y trans. En la actualidad, luego de años de distanciamiento de las agendas del Movimiento por los Derechos Sexuales y el Movimiento de PVVS, debido en gran medida, al intento mutuo de sortear la doble estigmatización existente en la sociedad peruana frente a la homosexualidad y frente al SIDA, el activismo TLGB, tiene presencia en las organizaciones TLGB y grupos que trabajan en ITS VIH SIDA, sean ONGs, OSB, grupos de ayuda, donde el MHOL, junto con otras organizaciones, desempeñan un rol interesante al vincular los derechos humanos, con el respeto a las gays, Trans, lesbianas y bisexuales que se encuentren afectados por la pandemia.

Participación de las mujeres viviendo con VIH y de afectadas

En el caso de las organizaciones de mujeres, viviendo con VIH, su aparición en la escena pública se da a finales de los 90s e inicios de la presente década. El proceso del movimiento de mujeres VVS está en desarrollo, siendo que en sus inicios sus demandas han sido específicas a mejorar su condición de salud, su acercamiento a la participación ciudadana ha sido paulatino. Es a partir de una propuesta del movimiento que se instala la consejería de pares para PVVS

Para las mujeres viviendo con VIH, un primer espacio de encuentro son los grupos de Apoyo Mutuo (GAMs), lo que les ha permitido a muchas de ellas, colectivizar sus experiencias, encontrar a otras mujeres con su misma situación y soportar de manera colectiva, el primer impacto de descubrir que se vive con VIH. A diferencia de las organizaciones de mujeres vinculadas a la salud reproductiva, que su acercamiento al tema, tiene que ver sobre todo con la reflexión de la situación de las mujeres, por lo que el análisis de género, resulta una guía clave para su propio proceso.

Actualmente existen diversas organizaciones de MVVHS trabajan “por la promoción y ejercicio pleno de sus derechos humanos, en las siguientes líneas de trabajo: prevención, autoayuda, acceso a tratamiento, servicios de botiquín, empoderamiento de las mujeres, promoción del empleo y auto empleo para la generación de ingresos, y promoción de la educación y capacitación”²⁶. Estas acciones han colaborado en el desarrollo de competencias para el diseño e implementación de programas.

Es importante mencionar que a partir de la implementación de los Proyectos financiados por el Fondo Mundial, se fueron incorporando diversas organizaciones y lideres como asesores comunitarios e implementadores, influyendo directamente en el diseño e implementación de las acciones dirigidas a sus poblaciones.

Estos procesos han colaborado en adecuar las acciones a las características autopercebidas por las poblaciones, en generar competencias en las lideresas para el desarrollo de intervenciones, sin embargo aun es muy limitado el desarrollo de competencias para la

²⁶ CMP Flora Tristan. Las Mujeres Positivas. Situación de las Mujeres Viviendo con VIH/SIDA en el Peru . Reporte de los Derechos Humanos de las Mujeres 2006.

evaluación de las mismas, adicionalmente a la poca transversalidad existente para incidir en acciones dirigidas a poblaciones vulnerables de mujeres, como las de trabajadoras sexuales.

El carácter colaborativo de la participación de las organizaciones de PVVHS y de personas en condiciones de vulnerabilidad (trans, gays y trabajadoras sexuales) tiene parte de su origen en la estrategia impulsada por el Ministerio de Salud en la década de los 90, pues muchos de los y las principales líderes, provienen de las experiencias comunitarias de educadores pares. Este inicio marca de alguna manera la existencia de una comunidad altamente informada en los mecanismos de prevención y el proceso de la enfermedad, pero con muy escaso avance en la reflexión sobre la sexualidad y en los derechos sexuales y reproductivos.

Sin embargo, esto no impide que las organizaciones de MVVH, logren articularse a una agenda y eso se encontró oportunamente en el Colectivo por la Vida, constituyéndose en uno de los espacios de coordinación mas importantes desde donde también se han impulsado acciones claves como proyectos de ley orientados al reconocimiento de la problemática del VIH en atención y tratamientos y se impulso activamente, la participación comunitaria junto con otras organizaciones de la sociedad civil, en los proyectos de segunda, quinta y sexta ronda de financiamiento del Fondo Mundial.

La Coordinadora Multisectorial de Salud CONAMUSA que reúne a instituciones estatales y de la sociedad civil, es uno de los principales referentes de participación de las personas viviendo con VIH y no hay duda, que el Fondo Mundial, ha redimensionado su importancia. En este sentido, la CONAMUSA es la máxima instancia de diálogo, entre el Estado, la sociedad civil y las personas afectadas, lo que ha permitido fortalecer la participación de las organizaciones de mujeres, asegurando en muchos de los casos, su participación en los distintos proyectos del Fondo Mundial.

El ingreso de las trabajadoras sexuales organizadas ha sido posterior. En el Perú, el intento de organización de las trabajadoras sexuales, no es nuevo, sin embargo, no ha tenido mucho éxito, debido principalmente a lo controversial que resulta por su misma naturaleza el comercio sexual y lo que finalmente se expresa en la sociedad civil, que aún no ha tenido un debate claro sobre el tema. Incluso, al interior del movimiento feminista, no hay acuerdo, pues hay sectores, estudiosas del tema que señalan que es un trabajo y por lo tanto, debería ser reconocido como tal y contar con derechos laborales, mientras que otro sector, que también conoce profundamente el tema, considera que el comercio sexual, es mas bien el resultado de una estructura patriarcal, basada una vez mas, en la explotación de las mujeres.

Estas distintas visiones y orígenes de las organizaciones de mujeres, permiten entender la dinámica de las mismas en su lucha contra el VIH y aunque hay avances sustantivos, no se puede negar que también existe una gran fragmentación al interior de las organizaciones de MVVH o de mujeres afectadas y por ende, existen serios problemas en su proceso de consolidación y aunque su participación en el debate es muy activa, especialmente en la ejecución de los proyectos, aún su base social es muy débil, lejos aún de superar reivindicaciones puntuales y la vigilancia social, que debería ser uno de los objetivos estratégicos de la participación, está prácticamente ausente.

Actualmente, se viene dando una iniciativa de impulsar una instancia de coordinación, denominada Mesa de la Mujer y VIH que reúne a instituciones estatales y de sociedad civil involucrada no sólo en la agenda del VIH, sino también de la salud reproductiva, y organizaciones de mujeres afectadas y vulnerables, incluyendo las trabajadoras sexuales. Este espacio, además de vincular a un número importante de organizaciones, es un espacio, que promete reflexionar sobre las dimensiones de vulnerabilidad de las mujeres antes y

después de la infección y con ello relacionar la problemática del VIH con las condiciones de vida y salud de las mujeres en el país, incluida las relacionadas a la salud sexual y reproductiva de las mismas.

Por último, es importante mencionar que en el diseño del Plan Estratégico Multisectorial estuvieron presentes líderes de las distintas poblaciones y que actualmente los esfuerzos están colocados en desarrollar procesos regionales y locales donde la participación de dichas poblaciones sea más efectiva y que colaboren con los esfuerzos desarrollados en la capital de la República.

Participación de los y las jóvenes

A pesar que en el País, después de la Conferencia del Cairo (1994), se han hecho muchos esfuerzos por parte de las ONGs para involucrar a los/as adolescentes y jóvenes en el campo de la salud sexual y reproductiva, su énfasis ha estado mas bien centrado en la información, educación sobre sexualidad y autocuidado, pero es muy poco lo que se ha hecho respecto al fortalecimiento organizativo de los propios jóvenes, lo que ha impedido a que se consolide su participación activa y permanente en la agenda de los derechos sexuales y reproductivos en este grupo etareo. Esto ha sido visible por ejemplo, en la demanda de la AOE, pues a pesar que la lucha ha estado mas orientada al acceso de la población joven, su defensa en la escena pública ha estado a cargo principalmente de activistas adultas.

En el campo del VIH, la escasa participación de los y las adolescentes y jóvenes, tampoco es una excepción, la existencia de organizaciones que representen a jóvenes con VIH aun no se visibiliza en el escenario político programático de la epidemia en el país. Este hecho puede deberse a que el diagnostico de las PVVS se da en la mayoría de los casos a la presencia de sintomatología, lo que revela que a pesar que la mayoría de las PVVS contraen el virus en la adolescencia o juventud, conocen su diagnostico en la edad adulta. Otra razón para esto puede estar en las dificultades aun hoy existentes para que menores de edad puedan acceder al diagnostico y tratamiento en los servicios de salud sin el acompañamiento de los padres, no obstante que sean parte de las poblaciones identificadas como de mayor vulnerabilidad (HSH y TS).

A partir de las nuevas condiciones de la respuesta a la epidemia en el país, es muy probable que con el acceso universal a TARGA y la consecuente cronicidad de la enfermedad, y probable disminución del estigma asociada a ella: el diagnostico de la misma se haga cada vez a edades mas tempranas y con ello la proporción y visibilidad de la población joven involucrada sea cada vez mayor.

Adicionalmente, las acciones preventivas dirigidas hacia los adolescentes y jóvenes aun adolecen de mensajes de temor y búsqueda de distancia de la enfermedad, haciendo dificultoso el involucramiento con las causas que defienden los derechos de las personas que viven con VIH.

En términos, generales se puede afirmar que si bien las organizaciones existen, sus visiones y acciones son aun muy fragmentadas y sigue siendo un reto armar una agenda integradora y representativa de las PVVS²⁷.

A manera de conclusión

²⁷ C Caceres. El Toro por las Astas. Mimeo. 2007

- Los Acuerdos del Cairo y Beijing, abren nuevas oportunidades y enfoques de participación, especialmente en el cuidado de la salud sexual y reproductiva. Incentivan la generación de intervenciones y programas tanto por parte del Estado, como de la sociedad civil, orientados a mejorar las condiciones de los y las adolescentes, buscando su activa participación.
- La participación de la mujer, como de los y las adolescentes en el campo de la salud, no ha incorporado aún de manera integral, sus problemáticas específicas, sobre todo de aquellos que se encuentran en mayores condiciones de vulnerabilidad, como las trabajadoras sexuales y mujeres adolescentes. Hay un predominio del control de las funciones reproductivas, con un enfoque adultocéntrico y dirigido principalmente a poblaciones de bajos recursos.
- La aparición de la epidemia en el Perú, convoca rápidamente acciones desde los grupos y organizaciones homosexuales, sin embargo poco tiempo y en gran medida por el proceso de estigmatización de la enfermedad, estos esfuerzos se ven afectados, debilitando la participación de dichas organización.
- Entre el 90 y el 2000, el MINSA implementó una estrategia de pares, que hasta la fecha se ha mantenido. Con esta estrategia se amplía el mayor conocimiento de la dinámica de la epidemia, así como intervenciones adaptadas a las culturas de los grupos. A partir 2001, como resultado de los cambios políticos del MINSA, se produce una desactivación progresiva, que aunque no llega a desaparecer, pierde fuerza, recursos, pero a su vez, promueve reacciones de personas afectadas organizadas y el surgimiento de líderes y organizaciones afectadas.
- El predominio de las acciones del Estado en torno a la participación de las mujeres, adolescentes y poblaciones LGTB, se ha nutrido de un enfoque colaborativo con las actividades promovidas desde sus instituciones y organismos; relativizando su participación en el proceso de toma de decisiones, vigilancia y control social.
- Las acciones desarrolladas por el Estado, para la promoción y fortalecimiento de la participación han sido muy débiles, escasas y centralizadas. No existiendo aún una política instituida de participación ciudadana que genere actitudes en los distintos funcionarios públicos hacia la rendición de cuentas y transparencia de la gestión pública. Sumado a las débiles capacidades de la sociedad civil para el ejercicio de la sociedad civil.
- El proceso de descentralización que el país viene desarrollando en los últimos años, ofrece nuevas oportunidades y retos, para el desarrollo de la poarticipación a nivel regional. Sumando a la emergencia de movimientos de las regiones y comunidades que demandan de la voz y la acción local de las acciones en salud. Esta apertura debiera sobrepasar las estructuras culturales actuales a nivel de funcionarios y organización que tienden a reproducir formas de acción centralizadas, perennizando los procesos de exclusión de las poblaciones mas vulnerables.

Esta situación de la participación implica reflexionar sobre cómo generar procesos que nos permita por un lado, identificar que nuevos mecanismos se podrían emplear para lograr el fortalecimiento de las organizaciones de mujeres y para concretar la inclusión de los nuevos liderazgos, especialmente de los y las adolescentes y jóvenes. Revisar a la luz de las diversas

experiencias desarrolladas por la sociedad civil, que intervenciones han sido las mas exitosas y como garantizar su propia sostenibilidad.

También implica desarrollar una reflexión y análisis de sobre liderazgos democráticos, que promuevan una mayor comunicación y generación de alianzas claras, en el marco del respeto y tolerancia.

Considera así mismo, hacer un análisis y reflexión de cuales son los aspectos de cruzan a todos los problemas tanto desde la salud reproductiva, como el VIH y que tienen que ver, con la equidad de género, discriminación, irresponsabilidad del Estado, de tal manera nos permita generar un amplio movimiento, vinculado a ejes estratégicos y programáticos, mas que a estructuras rígidas y formales, que en el fondo, promueven mas bien la exclusión y la diferenciación.

El desarrollo de espacios conjuntos, podrían contribuir a identificar mejor las particularidades, pero lo mas importante, podrían ayudarnos a identificar los aspectos que nos vinculan y que tienen que ver con la exclusión y discriminación que sufren las mujeres en general.

Finalmente, se hace indispensable el desarrollo de estudios sistemáticos que proporcionen información sobre el tipo de participación, logros alcanzados en su agenda de prioridades y el nivel de representatividad de las líderes, respecto de los intereses y posicionamientos de sus representadas, que puedan dar información cualitativa sustancial de los procesos participativos.

Meta 52. Prevención:

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

Alcance, adecuación y efectividad de los programas educativos de prevención para mujeres y jóvenes; Disponibilidad de condones femeninos y masculinos en los servicios de salud, escuelas e asociaciones, facilidad de obtención y orientación para uso, mismo por las jóvenes

El inicio sexual temprano es una de las características de la población peruana. Tal como se informara en la situación de salud, en el capítulo introductorio, el inicio sexual ocurre alrededor de los 14 años²⁸ y por lo general, se produce sin incorporar prácticas seguras, tales como el uso del condón, lo que impacta en la extensión de las ITSs, VIH y en el embarazo no deseado.

Respecto a la política de prevención para los y las adolescentes, en algunos escenarios se privilegia, la abstinencia y la postergación del inicio sexual, lo cual se puede observar en la mayor parte de los documentos y normativas, tanto del sector salud como de educación²⁹. Si bien es cierto, hay un amplio consenso que esta es una posibilidad que se debería promover, igual se debería abordar de manera extensiva, las acciones de prevención en adolescentes hombres y mujeres que tienen vida sexual activa y mucho más de quienes tienen relaciones sexuales con personas de su mismo sexo.

Respecto al acceso al condón, si bien es cierto, las Guías Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva y las Normas de Planificación Familiar, menciona el acceso al condón, como un mecanismo de prevención de las ITSs y VIH y en la Política Nacional de Salud de los y las Adolescentes, del MINSA, se hace mención al acceso a servicios e insumos de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes, en la práctica no se cumple, pues muchas de estas acciones no cuentan con presupuestos específicos y la capacitación de proveedores y profesores en el tema de sexualidad y prevención ha estado prácticamente ausente.

La no disponibilidad del condón femenino y la ausencia de mecanismos de protección para las relaciones no penetrativas (en el caso mujeres que tienen sexo con mujeres), hace que la prevención desde las mujeres, esté prácticamente ausente y su protección, en el caso de prácticas heterosexuales, depende fundamentalmente de lo que sus parejas decidan.

²⁸ Imelda Vega Centeno. Op. Cit.

²⁹ En el enfoque de los programas de prevención, no se puede obviar la influencia de la Agencia de Cooperación Internacional de Estados Unidos (USAID) y su política ABC (abstinencia, fidelidad y condón), que influye ya sea a partir de sus propios proyectos o de la cooperación técnica que suele ofrecer al MINSA, lo que explica en parte, el bajo nivel de acción en este aspecto.

Aunque no se han hecho mediciones del uso de condón en mujeres que ya usan otros métodos anticonceptivos (doble protección) al parecer, es bastante escaso, pues a la fecha no hay ninguna campaña informativa que las mujeres protegidas del embarazo, también deben protegerse de la transmisión del VIH.

A pesar del bajo uso del condón, tanto el Sector Salud, como Educación no han mantenido una unidad de criterio respecto a este tema y hubo inclusive un periodo de contracampaña del condón, señalando que sería un método inseguro y peligroso que incrementa el riesgo de transmisión por el contenido del Nonoxinol 9, alarmando a la población innecesariamente³⁰. Esto obligó a las distintas organizaciones a pronunciarse y hacer la denuncia pública, respecto a la irresponsabilidad del gobierno de ese entonces (2002-2003), de boicotear la lucha contra del VIH. Posterior a ello, la discusión de acceso del condón por parte de los adolescentes, ha sido muy tibia y en la mayoría de las veces, incluso es un tema evitado, pues esta es un área en donde se hace sentir de sobre manera la ingerencia de la jerarquía católica.

Recién en los dos últimos meses (octubre y noviembre del 2007), se ha observado una campaña comunicacional del uso del condón, dirigida a la población joven y adolescente, acción que ha sido impulsada por la Estrategia Sanitaria de VIH al interior de las acciones financiadas por el Fondo Mundial, afortunadamente hasta el momento no se ha hecho sentir ninguna reacción adversa, por lo que todavía no se puede señalar ningún resultado.

Debido a la falta de recursos, pero también a la escasa voluntad política, la prevención del VIH/SIDA en los últimos años, ha sido principalmente intramural y basado en la población cautiva que por alguna razón acude al establecimiento de salud público; ya sea por embarazo o por presentar alguna ITS. Esto viene influyendo en una “medicalización de la prevención”, que se desarrolla en base del control de los “casos identificados”, que son captados en los diagnósticos que se realizan en los propios establecimientos. Una estrategia de este tipo, tiene serias consecuencias no sólo en la población que no accede a los servicios y se queda fuera, a pesar de estar en alta vulnerabilidad; adolescentes en general, poblaciones trans, poblaciones de HSH, adolescentes que viven y/o trabajan en la calle, personas privadas de la libertad, entre otros, sino que obvia las responsabilidades del Estado, que tiene que orientar sus acciones hacia la Salud Pública. Los proyectos del Fondo Mundial en el Perú, desde sus inicios consideran acciones de prevención aun insuficientes, ya que la contraparte del Estado ha sido débil en este tema.

Un aspecto que dificulta acciones de prevención más efectivas, tiene que ver con las incoherencias del marco legal, particularmente con la última modificatoria a la Ley de Violencia Sexual, que señala como delito de violación, las relaciones sexuales que se establecen con personas menores de 18 años y que le puede corresponder hasta 25 años de cárcel. La incoherencia de esta ley, es que los adolescentes se pueden casar con autorización de sus padres desde los 16 años y puede así mismo reconocer sus hijos, pero según esta ley, están prohibidos de tener relaciones sexuales. Esto ha causado temor tanto en los adolescentes, como en los propios proveedores, pues estos últimos están obligados a poner en conocimiento público, los casos de violación que lleguen a los establecimientos. En el marco de esta ley, una adolescente, podría recibir anticonceptivos, pero también debería ser tratada como víctima y su pareja como violador. Esta ley es particularmente difícil para los adolescentes que tienen relaciones sexuales con otra persona de su mismo sexo, mas aún si esta persona es mayor, pues por lo general, los padres de los y las adolescentes no aceptan este tipo de relaciones, por lo tanto, sus parejas, si tienen mas de 18 años, podrían ser acusados/as de violación, buscando proteger a los y las adolescentes de una relación “indebida”.

³⁰ Chavez Susana Chavez Alvarado, Cuando los Fundamentalismos se apoderaron de las políticas públicas. Flora Tristan, 2004 Lima Perú.

Alcance, adecuación y efectividad de los programas educativos de prevención para mujeres y jóvenes, en contextos rural y urbano

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES continua 2004-2005), señala que el 91% de la población femenina en edad fértil ha escuchado sobre el SIDA, pero sólo el 83% considera que existen formas de prevenirlo (incluir las formas que identifican). La mayor proporción de mujeres informadas está en el grupo que tiene educación secundaria y superior (91,9%, 99,4% respectivamente) y las mas informadas son aquellas que viven en las zonas urbanas (95%), especialmente en Lima Metropolitana (97,6%).

En el caso de adolescentes de 15 a 19 años de edad, el 90,8% ha escuchado hablar sobre el SIDA, mientras que sólo el 82,6% cree que existe forma de evitar el VIH/SIDA³¹. Estos datos explica que los logros alcanzados para la población vulnerable, aún es muy insuficiente y focalizadas, con escasa inversión del Estado.

En el marco de la acción legislativa, se han planteado algunas iniciativas, orientadas a ampliar las responsabilidades del Estado, particularmente de los gobiernos regionales con el fin de abordar las principales necesidades de salud sexual y reproductiva, especialmente la expansión del VIH, como la incorporación de un párrafo al artículo 4º de la Ley General de Salud, para facultar a los adolescentes el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo VIH - SIDA y otras infecciones de transmisión sexual (01422/2006-CR), el Proyecto de Ley de Salud Sexual y Reproductiva 1062/2006-CR y la modificación de la Ley de Violencia Sexual de retornar a la antigua figura de indemnidad hasta los 14 años.

Respecto a acciones programáticas, se han realizado algunas, sin embargo, estas todavía son dispersas y de un alcance muy insuficiente, que no permite identificar una acción sostenida por parte del Estado, tal como se puede ver en las siguientes actividades:

- Los proyectos financiados por el Fondo Mundial en coordinación con el Ministerio de Educación, han llevado a cabo diferentes actividades para proporcionar a la población adolescente y joven información acerca de la sexualidad y los medios de cómo prevenir las infecciones transmisión sexual y VIH, capacitándose a un grupo de docentes (1,807), pero que no alcanza ni al 0.5% de docentes a nivel nacional.
- También se ha capacitado con el modulo de enseñanza en salud sexual a un total de 2,175 adolescentes escolares como promotores de pares escolares que a su vez, han permitido llegar a 90,000 adolescentes informados (que representa el 3% de la población total de adolescentes. en temas de ITS/VIH/SIDA en las escuelas de Junín, Iquitos Lima y Callao. Falta Chimbote, Piura e Ica.
- Se ha capacitado a un total de 17,000 adolescentes y jóvenes, fuera del ambiente escolar, pues aún cuando esta cifra no llega a cubrir las necesidades, es un avance que sería necesario fortalecer.³²

Con relación al alcance de los programas educativos en las zonas rurales, hay muy poco desarrollo del tema. Algunos proyectos como del Movimiento Manuela Ramos, empezó a introducir este aspecto en las zonas rurales del País hace algunos años, levantó información relevante, y desarrolló material educativo dirigido a adolescentes de las zonas rurales, sin embargo, esta acción no ha tenido mayor continuidad por parte del Estado. Probablemente las adolescentes que viven en zonas rurales sea el grupo más afectado en cuanto a información y acceso, no sólo del condón, sino de todos los métodos anticonceptivos en general.

³¹ INE, Nota de prensa N° 74 marzo 2006

³² informe Anual del Componente VIH, Periodo Julio 2005 – Noviembre 2006

Disponibilidad de condones femeninos y masculinos en los servicios de salud, escuelas e asociaciones

En el Perú, en los servicios de salud públicos no existe disponibilidad de condón femenino, a pesar de ser uno de los métodos que favorece la participación de la mujer en la prevención del VIH/SIDA y la prevención del embarazo no deseado. Tampoco se hallan disponibles las láminas de latexlátex, para el caso de las relaciones sexuales lésbicas, lo que deja a este grupo de mujeres, absolutamente desprotegidas. Respecto al condón masculino, sólo están disponibles de manera gratuita en los establecimientos de salud y en los consejeros de pares. También están disponibles en los servicios de la red privada de algunas instituciones como INPPARES. Siendo el mayor distribuidor, los servicios públicos de salud. No se distribuye en las escuelas y la distribución comunitaria a través de promotoras que existían hace algunos años, esta prácticamente desaparecida, sin embargo, la Estrategia Sanitaria si mantiene esta distribución a través de sus consejeros y promotores educadores de pares, pero esta está restringida principalmente a lo que se denomina población vulnerable (HSH, trabajadoras sexuales y PVVS).

Según información recogida de los activistas que participaron en la elaboración de este informe, señalan que se enfrentan permanentemente a un escaso acceso de distribución de condones y lubricantes, lo que también ha sido reportado para todos los otros métodos anticonceptivos y esto es algo que coincide con los datos de la ENDES 2005, que señala un incremento en el uso de métodos anticonceptivos, pero este se ha dado mayormente en los métodos tradicionales, explicable por los serios problemas de abastecimiento de métodos anticonceptivos que aún se mantiene en el MINSA:

Respecto a las adolescentes entre 15 y 19 años, sexualmente activas, mantienen una prevalencia menor de uso de anticonceptivos (45.1), que las mujeres adultas (47.1) y aunque pareciera que las brechas por edad se han acortado, en con relación a las mediciones anteriores, esto se debe a que el uso de métodos modernos en mujeres en general, ha disminuido del 50 al 47.1% (ENDES 2000 y ENDES 2005), sin embargo, es importante señalar que en la distribución, el condón es uno de los métodos que ha incrementado su uso (5.6 a 8.7%).

Uno de los grupos que al parecer ha aportado con este incremento, son las adolescentes, pues el condón es el método moderno mas usado por las adolescentes sexualmente activas, pues su uso alcanza el 34.7%, lo que indica la contribución que puede estar teniendo la mayor disponibilidad y las acciones de prevención al interior de los servicios de salud. Lo que si preocupa en este grupo de edad, es el alto índice de métodos anticonceptivos tradicionales que llega al 40.4%.

Algunos resultados preliminares del Fondo Mundial, que ha participado en la distribución promoción del uso de condones, en las zonas de intervención se han encontrado resultados un poco mas alto que el nivel nacional, pues en la II medición se encontró que el 49.4% adolescentes varones y mujeres han utilizado preservativo en su ultima relación sexual, mientras que en la III Medición esta correspondió al 59.2%, Estos resultados fueron medidos en Huancayo, Iquitos, Lima y Callao.

En relación a la efectividad de los programas educativos:

En la ENDES Continua 2005³³, encontramos que el 90.7% de los adolescentes respondió afirmativamente cuando se pregunto si conocían en donde podían proveerse de condones, respuesta similar se obtuvo de la población general con 94.5%, sin embargo, cuando se les

³³ INE- Encuesta nacional de salud ITS/VIH y SIDA, www.inei.gob.pe

preguntó si habían usado condón, en el mes pasado, sólo el 10% lo había hecho. Es importante notar que entre este dato y el anterior de prevalencia de condón, hay una inconsistencia, que puede estar explicada por la tasa de abandono del condón, que puede ser mas alta que la de otros métodos, lo que implicaría que aunque el condón sea el método más usado entre las adolescentes y su uso en determinado momento se haya incrementado, la continuidad no está garantizada por lo tanto, el 10% sería la cifra mas consistente.

Respecto al VIH, cuando se les preguntó si conocían las formas de prevención de la infección, el 44.2% respondió que la principal práctica segura para evitar la transmisión es por medio del uso de condón, seguida del 20.3% que la fidelidad o mantener relaciones con una sola pareja, 18.3% respondió que evitar las transfusiones de sangre.

En un estudio realizado por la OMS³⁴ se ha encontrado que el uso del condón por parte de mujeres que tuvieron relaciones sexuales con un compañero ocasional el 76% no utilizo el condón y esta parece ser la realidad de las adolescentes en el Perú.

Una limitación que tienen los programas educativos, es su contenido, en la mayoría de los casos no toman en cuenta la realidad de los adolescentes y jóvenes, cuya dinámica sexual no toman en consideración que no se trata de relaciones estables, pues incluso dentro de un concepto de monogamia, la frecuencia de cambio es bastante alto. Tampoco consideran las relaciones erótico afectivas entre personas del mismo sexo, que también pueden estar presentes en la adolescencia, pues el énfasis sigue estando en la información principalmente preventiva, lo que restringe seriamente la comprensión de la sexualidad y la participación mas activa de los y las adolescentes en su propio autocuidado.

³⁴Perfil de salud de las mujeres y los hombres en el Peru 2005. Organización Panamericana de la Salud – OPS 2006.

Meta 53. Prevención

Para el 2005. asegurar que por lo menos el 90% de los jóvenes de ambos sexos de 15 a 24 años de edad, y para el 2010, por lo menos el 95 % de ellos , tengan acceso a información, la educación, incluida la educación entre pares y la educación específica para jóvenes sobre el VIH, así como a los servicios necesarios para desarrollar las habilidades requeridas a fin de reducir su vulnerabilidad a la infección por el VIH; todo ello en colaboración con los jóvenes, las madres y los padres, las familias , los educadores y el personal de atención de la salud.

Alcance, adecuación y efectividad de los programas de salud sexual para jóvenes y acceso a profilaxis post exposición sexual sin protección.

El debate nacional sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE), ha permitido un amplio conocimiento de este recurso, sin embargo, la provisión es principalmente via privada en las farmacias, pues desde

El conocimiento sobre la prevalencia de VIH en las poblaciones de adolescentes y jóvenes es muy limitado. Se tiene información a través de la estimación de la prevalencias de población general que se estima en un rango de 0.1% a 0.6% para población general de 15 a 49 años.

Según el estudio diagnóstico en adolescentes en el Perú, realizado por la Unidad de ETS /SIDA de la UPCH, se plantea que los casos de SIDA en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años representan el 15% de los casos totales, sin embargo si se considera el periodo de infección estimado es probable que un porcentaje mucho mayor se haya infectado en la etapa de la adolescencia, con la correspondiente condición de vulnerabilidad que implica.

Es importante considerar algunos datos que expliciten en algo las situación de riesgo de los jóvenes, el estudio PREVEN encontró que sólo el 11 % DE MUJERES y 16 % de VARONES utilizan consistentemente el condón. El 68% de varones que tienen sexo con otros varones no usan consistentemente el condón y 55% de varones que tienen sexo con trabajadoras sexuales tampoco lo hacen.

En un estudio realizado por Kallpa en tres ciudades sobre itinerarios de acceso al condón se encontró que las fuentes principales en orden son la farmacia, los amigos y los servicios de salud, encontrando que para los adolescentes varones es más legítimo socialmente el solicitarlos, mientras en el caso de las adolescentes mujeres existe más censura y autocensura.

Si bien los datos a nivel poblacional siguen planteado el caso de una epidemia concentrada, existen algunos indicios, de estudios específicos en poblaciones de niños y niñas en situación de vulnerabilidad: viviendo y/o trabajando en la calle, consumidores de drogas, con mayor exposición a violencia sexual, que plantean serias inquietudes sobre prevalencias no conocidas en grupos específicos.³⁵

El avance de la epidemia en el orbe, la creciente feminización de la misma a nivel mundial hace que organismos internacionales de Naciones Unidas y otros vuelquen sus objetivos en el trabajo con estas poblaciones en torno a la prevención, el tratamiento y la mitigación de efectos. En este sentido se encuentran algunos esfuerzos, incipientes aún, de involucramiento de instituciones del Estado en torno a estas poblaciones.

³⁵ Entrevista a la Presidenta de la Red SIDA PERU, Marie Françoise Sprungli.

El conocimiento de las vulnerabilidades de los segmentos de jóvenes y de niños no se difunden, existen estudios puntuales de corte epidemiológico o sociocultural desde esfuerzos desde la sociedad civil con difusión parcial, y no existen acciones desde el Estado para generar la información o difundir la existente. Sin embargo el Proyecto de Quinta Ronda financiado por el Fondo mundial viene desarrollando estudios cualitativos focalizados en estos grupos poblacionales, sin embargo, dichos estudios son limitados para dar cuenta de la situación epidemiológica los estudios no dan una visión Mundial de estas poblaciones..

En torno al desarrollo de Políticas y Planes frente a estas poblaciones se buscó información en los Ministerios de Salud, Educación y De la Mujer y Desarrollo Social. Desde el MINSA, se ha venido desarrollando en el marco del Proyecto del Fondo Mundial acciones de prevención en el campo de la comunicación e información dirigida a jóvenes y adolescentes. Colaboraron en estas acciones también el Ministerio de Educación y organizaciones de la Sociedad Civil. Ciertamente, los recursos involucrados han sido limitados para tratarse de un programa en población general, además las evaluaciones plantean dificultades para observar logros. En términos de conocimientos los niveles encontrados son importantes, sin embargo las prácticas de prevención aún no son incorporadas, siendo que menos del 10% de adolescentes usan consistentemente condón. Teniendo en cuenta, de un lado, que el discurso oficial reconoce una epidemia concentrada, y la poca coordinación con otras estrategias que tienen como población objetivo a jóvenes, se limita la posibilidad de acciones más consistentes hacia estas poblaciones. Como se carecen de datos para identificar otras poblaciones de alta vulnerabilidad, no se han desarrollado acciones alternativas.

Desde el MINEDU se desarrollan acciones en torno a la educación sexual en los niveles regulares, se norman y monitorean las acciones. Existen aún dificultades, empezando por las limitaciones del propio modelo educativo que no busca, ni ofrece estrategias para lograr aprendizajes significativos, sumados a las limitaciones de los propios recursos humanos con los que cuenta y el hecho de incluir para identificar la prevención del VIH SIDA como parte de la formación integral en educación sexual, ya que la prevención del VIH Sida está dentro de lo que es el contexto de la formación integral, en el marco de un desarrollo sexual saludable de niños, niñas, adolescentes. Quedando por fuera, la población que también se atiende a través de la educación básica alternativa y la básica especial que son adolescentes y jóvenes que no están integrados al sistema educativo regular. Se toca como parte de ese paquete de prevención las situaciones de conducta de riesgo donde el tema de VIH Sida es abordado en el campo de la educación sexual. Por las horas y contenidos planificados su abordaje es difícilmente significativo. La inserción de la problemática de prevención desde el Ministerio de Educación no aborda la temática específica de capacitación de docentes en el manejo no discriminatorio a niños VVS. Para concluir no se han encontrado reportes sobre la cantidad y calidad de los recursos humanos para la atención técnica y sin discriminación a niños, niñas y adolescentes.

En relación a los mensajes preventivos dirigidos a adolescentes constituyen una heterogeneidad de criterios y formas de entender la prevención de la epidemia. Coexistiendo nociones tradicionales que priorizan la abstinencia y el retraso del inicio sexual, que basan la prevención en proponer una imagen de fatalidad y muerte de la infección, con nociones que priorizan el uso del condón y basan la prevención en la decisión informada de los adolescentes y jóvenes. Se priorizaron los contenidos preventivos, incluyéndose levemente contenidos contra la discriminación y en algunos casos reproduciendo estereotipos discriminatorios.³⁶

³⁶ Informe preliminar objetivo 4 del Estudio del Impacto de la Colaboración del Fondo Mundial en el Perú. Cáceres, C. Valverde, R. Rosasco, A. Girón, M. Zevallos, R. UPCH / Red GHIN 2007

Considerando las limitadas acciones en información dirigidas a estas poblaciones, es importante considerar que el énfasis de lo existente se orienta a información en prevención en el marco de la sexualidad hegemónica heterosexual. De este modo queda restringido el acceso a información de adolescentes con orientación homo erótica y construcción de identidades de género no hegemónicas.

Otros jóvenes cuyo acceso a la información se ve restringido son los que viven en situaciones de marginalidad que les limita el acceso a la educación formal. Existe restricción del acceso a servicios de atención y TARGA a jóvenes sin la compañía de padres o apoderados, limitando el acceso de estas poblaciones, en particular aquellos ligados a comercio sexual, pero también a aquellos activos sexualmente sin el conocimiento de sus padres. Este punto será discutido en los aspectos normativos.

Desde la sociedad civil la percepción de compromiso de instituciones públicas como el MIMDES, resulta muy limitada y hasta indiferente. Así mismo, se denuncia las acciones de discriminación de la cual son objeto los niños en el INABIF, donde como práctica normada se realiza la prueba de Elisa y si se confirmara que el niño o niña en situación de abandono, no es aceptado en la institución³⁷ y no se conoce alguna medida de referencia a otra institución, vulnerándose los derechos básicos de estos niños en alta vulnerabilidad, siendo que por efectos de la propia epidemia tienen una probabilidad mayor de quedar huérfanos.

Algunas organizaciones vienen iniciando acciones conjuntas, el tema de niños y adolescentes. En el tema de niñez se ha logrado un grupo de trabajo conjunto integrado por la Defensoría del Pueblo entre otras instituciones.

No existen servicios de atención específicos para adolescentes en este rubro, solo existen para el caso de la estrategia de salud sexual y reproductiva, buscando información transversal se dirigió una carta solicitando una entrevista a la Responsable de la estrategia en el sector salud, lamentablemente por orden expresa de la misma, esta invitación fue enviada a la Estrategia de VIH/SIDA, lo que nos habla en buena cuenta de la parcelación de las acciones desde este sector y las limitaciones de un abordaje integral.

Acceso a profilaxis post exposición sexual sin protección (PPESSP)

El acceso a profilaxis post exposición sexual sin protección supondría: acceso a información sobre su uso, importancia y formas de acceso, disponibilidad de la profilaxis en los servicios de salud sexual y reproductiva, de la ESN de VIH SIDA, de atención a víctimas de violencia sexual, promoción de la demanda de profilaxis (PPESSP) por parte de las poblaciones vulnerables, población general y especialmente las poblaciones adolescentes y jóvenes.

En las Guías Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva, se ha incluido el protocolo e atención para los casos de violencia sexual, que incluye no sólo aspectos necesarios del abordaje; Respeto, confidencialidad, soporte para las víctimas, sino también acciones claves tanto para el diagnóstico, como la investigación policial, con el fin de las víctimas también accedan a la justicia, tales como la recolección de muestras (semen, vello pubiano u otras evidencias), preservación de la ropa interior, entre otros. También incluye

³⁷ Entrevista a la Mg. Paula Chirinos. Mesa de niños y VIH, Vía Libre 2007

exámenes de laboratorio, tales como tipificación sanguínea, serología para la sífilis, hepatitis B y VIH, prueba de embarazo y muestra de secreción vaginal.

Dentro del tratamiento se incluye, la AOE, para la prevención del embarazo no deseado y para el tratamiento de la gonorrea, sífilis, y clamidia, se indica Ciprofloxacina, Ceftriaxona, Penicilina Benzatínica y Doxiciclina y algunos medicamentos alterno y en distintas dosis. A pesar que las Guías Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva, es el instrumento oficial que orienta las atenciones obstétricas, esta atención de este problema, no ha sido introducción en la gran mayoría de los establecimientos, lo que motivado no sólo una queja defensorial, sino también un informe sustentado del incumplimiento que se puede encontrar en el Estudio de Guerrero³⁸. Una de las limitaciones para que este servicio no se ofrezca, es la división que aún mantiene la Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva y la Estrategia de VIH y la ausencia de arreglos instituciones para que este tipo de insumos estén disponibles en las emergencias, pues muchos de estos insumos están en las farmacias, que por lo general, no están disponibles fuera de la hora de oficinas.

En relación al acceso a información sobre PPESSP, no ha sido incorporada en los contenidos preventivos en los más de 20 materiales informativos preventivos analizados por el estudio desarrollado por la UPCH³⁹, incluyendo los materiales dirigidos a adolescentes y jóvenes.

En relación a la promoción de la demanda, mientras existan en la normatividad restricciones para la atención a adolescentes sin compañía paterna, las posibilidades de acceso a los servicios serán restringidas y con ello el acceso a profilaxis también.

Rol de los agentes de pares en la extensión del trabajo preventivo

El verticalismo de las intervenciones sanitarias en salud reproductiva y en VIH también se ha extendido en el trabajo comunitario, dificultando la efectividad y el costo beneficio de dichas intervenciones. En el campo de la salud reproductiva, las acciones están vinculadas principalmente a la prevención de la muerte materna; su incidencia es relevante principalmente en la zonas rurales y su rol es principalmente la identificación y captación de gestantes y en menor proporción, extienden sus acciones a la planificación familiar. Los promotores en las zonas rurales, por lo general son nombrados y reconocidos por la comunidad, a diferencia de las zonas urbanas, que las promotoras son parte de las organizaciones de mujeres (por lo general, comedores, clubes de madres, vaso de leche), y en los últimos, se ha impulsado la conformación de organizaciones de promotoras; tal es el caso de promotoras del Cono Norte, las promotoras de Pamplona Alta, entre otras.

En el caso del VIH; se denominan mas bien, consejeros de pares y a diferencia de lo anterior, son mas bien agentes comunitarios que son captados por el Ministerio de Salud y por algunas ONGs a través de sus intervenciones. A través de estos, canalizan acciones educativas y reclutamiento para la atención médico periódica, además de la distribución comunitaria de condones. Dentro de los consejeros de pares se ha incluido a trans, gays, trabajadoras sexuales y en muy poca proporción, a lesbianas. Aunque no cabe duda del los/as consejeros de pares, cumplen una rol muy importante en facilitar el acceso a los servicios de salud, en los últimos años la estrategia ha sido fuertemente criticada por haber debilitado su componente educativo y haberse concentrado en ser una estrategia de captación de las poblaciones vulnerables para la AMP.a población que casi no tiene ninguna posibilidad de llegar a los establecimientos de salud.

³⁸ Incluir Rossina Guerrero, violencia sexual

³⁹ Informe preliminar objetivo 4 del Estudio del Impacto de la Colaboración del Fondo Mundial en el Perú. Cáceres, C. Valverde, R. Rosasco, A. Girón, M. Zevallos, R. UPCH / Red GHIN 2007

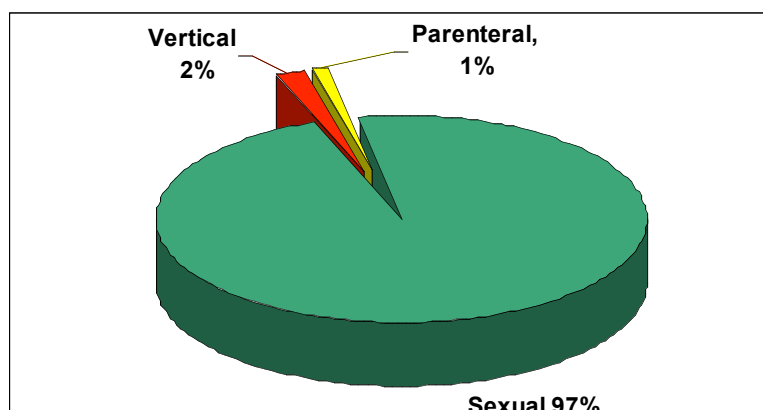
Aunque las/os promotores/as de salud y consejeros de pares, cumplen un rol fundamental en la prevención, sobre todo en acercar a los servicios, a grupos poblacionales de difícil acceso, su reconocimiento ha sido limitado. Una situación particular viven los consejeros de pares, que por su trabajo, muchas veces se ven expuestos a situaciones de maltrato e incluso violencia física, como es el caso de las travestis.

➤ **Meta 54 – Prevención**

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

Las transmisión vertical, (madre a hijo), corresponde al 2% de las transmisiones el VIH, pues el primer lugar esta la vía sexual (97%). La prevención de la transmisión vertical, probablemente ha sido una de las intervenciones de mayor incidencia, no sólo porque se trata de la intervención en una población cautiva (mujeres embarazadas), quienes cada vez mas están haciendo mayor uso del control prenatal y de la atención institucional del parto, sino también por un efecto de la Ley, que obliga a las mujeres gestantes a someterse a pruebas diagnósticas. Pues con el fin de lograr un resultado sanitario, viola derechos de las mujeres y debilita los esfuerzos incipientes de la entrega de servicios en un marco de calidad y respecto pleno de la decisión informada.

Figura N° 03: Casos de SIDA acumulados desde 1983 – 2007 en el Perú: Vía de Transmisión⁴⁰



Fuente: Boletín Epidemiológico Mensual Junio 2007

⁴⁰ Dirección General de Epidemiología del MINSA. Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú.

Alcance, calidad y calidez de los servicios para mujeres embarazadas infectadas por el VIH

Después de la modificatoria de la Ley 26626 en junio 2004, que faculta a todos los establecimientos de salud a nivel nacional a realizar las pruebas de Elisa para el VIH/SIDA a todas aquellas personas que desean hacerlo en forma voluntaria, pero en el caso de las gestante de manera obligatoria, hasta el 2005, se ha tamizado a un total de 280,345 gestantes durante el control prenatal, que corresponde cerca del 50% del total de nacidos vivos, en la distribución que a continuación se señala.

Cuadro N° 04: Gestantes Tamizadas⁴¹

Año	Número de gestantes
2001	128,705
2002	158,015
2003	197,602
2004	171,976
2005	280,345

Fuente: MINSA 2006

En los estudios de vigilancia centinela realizados por la DGE, se conoce que la probabilidad de transmisión de la infección por VIH perinatal sin ninguna intervención es de 30%, de los cuales, el 30% fallecerá el primer año y de los sobrevivientes, se saben que fallecerán antes de cumplir los 5 años de vida si es que no reciben terapia antirretroviral.⁴²

Dentro de lo normativo, el Ministerio de Salud ha emitido la Norma Técnica para la Prevención de la Transmisión Vertical Madre-Niño⁴³. En esta norma tanto la detección temprana de la infección y establece la administración del tratamiento profiláctico antirretroviral a la madre y su futuro hijo en función de los siguientes escenarios;

- a) Escenario 1: Gestante diagnosticada por primera vez durante el primer control prenatal y que no cumple los criterios para inicio de TARGA.
- b) Escenario 2: gestante diagnosticada por primera vez en control prenatal y cumple criterios de inicio de TARGA.
- c) Escenario 3: Gestante que estuvo recibiendo TARGA antes del embarazo.
- d) Escenario 4: gestante que acude al servicio en el momento del parto y que es diagnosticada por primera vez.
- e) Escenario 5: Niño nacido de madre infectada por el VIH o con prueba de tamizaje para VIH reactiva que no recibió tratamiento antirretroviral.

⁴¹ Presentación de la Dra. Pilar Mazzetti Ministra de Salud en el Congreso de la Republica www.congreso.gob.pe/comisiones/2005/salud/documentos/salud.pdf

⁴² Situación Epidemiología del VIH/SIDA en el Perú - 2006

⁴³ Norma Técnica, N° 024-2005-MINSA/DGSP-V.01. Resolución Ministerial N° 084-2005/MINSA

A pesar que las estrategias están diseñadas para una intervención temprana, es decir, durante los controles prenatales, hay una cantidad importante de mujeres que no acceden a este diagnóstico, sino hasta el momento del parto (Escenario 4). De acuerdo a los informes de la evaluación del Fondo Mundial, aunque el número de mujeres detectadas durante el parto, ha disminuido (47.8%) con respecto a la medición anterior (62.3%) esta todavía es bastante significativa.

De acuerdo a los datos de la evaluación del Fondo Mundial, el proporción de gestantes viviendo con VIH por el tamizaje fue de 0.21% (Línea de Base), y a 0.30% (III Medición).

Tabla N° 05: Proporción de Gestantes seropositivas al VIH

Indicador	Estimación del Indicador de la I medición		Estimación del Indicador de la II medición		Estimación del Indicador de la III medición	
	Población / Muestra	%	Población / Muestra	%	Población / Muestra	%
Proporción de Gestantes seropositivas al VIH	(1)197,602 (2)9,976	(1)0.5% (2)0.21%	769/ 252,069	0.31%	290,399 gestantes tamizadas en CON, parto o puerperio	0,30% (869 / 290,399)

En relación a las gestantes viviendo con VIH, que no han recibido control prenatal, que han dado a luz en los hospitales y a quienes se les ha dado antirretrovirales en el momento del parto, entre la medición II y la medición III, se ha observado un descenso, que podría ser interpretado no sólo como un descenso de la prevalencia general de VIH en mujeres en edad reproductiva, sino también como un descenso en la fertilidad de las mujeres con condición conocida de infección por VIH según controles previos.⁴⁴

Código	Indicador	Estimación del Indicador de la I medición		Estimación del Indicador de la II medición		Estimación del Indicador de la III medición	
		Población / Muestra	%	Población / Muestra	%	Población / Muestra	%
R.3.3	Proporción de gestantes seropositivas sin control prenatal que reciben profilaxis con antirretrovirales en el momento del parto institucionalizado	-----	0.0%	66/106 (niños expuestos)	62.3%	67	47,8% (32/67)

Fuente: Informes del FONDO MUNDIAL I, II y III Medición.

Para el cumplimiento del Objetivo N° 2 VIH se han llevado las siguientes actividades:

- a) Dos campañas de salud de información educación y comunicación para la promover el tratamiento preventivo de transmisión vertical.

⁴⁴ Segunda Medición de Indicadores de VIH-SIDA – Fondo Mundial

- b) La capacitación de 1,066 profesionales de la salud en 519 centros maternos en la consejería y manejo de pruebas rápidas.

Disponibilidad de pruebas de detección

De acuerdo a la Norma técnica para la prevención de la transmisión vertical, que menciona la obligatoriedad de la prueba de VIH en todas las gestantes, así como la implementación de las hojas de monitorización de la ESN de ITS y VIH-SIDA, se ha encontrado que del total de gestantes que acuden por primera vez a control prenatal, solo se ha logrado una cobertura aproximada del 40%. En el 2004 SE encontró que de 197,602 gestantes tamizadas, hubieron 339 casos reactivos para VIH, para el año 2005, de una cobertura de 280,345 gestantes tamizadas, se identificó 620 reactivas para VIH, pero en el 2006, descendiendo a casi la mitad de lo logrado el año anterior, lo que en parte está explicado por el desabastecimiento de los insumos, que se ha mantenido en el 2007, pues en una de las acciones de vigilancia ciudadana que realizó PROMSEX, se identificó habían establecimientos que no contaban con pruebas rápidas por lo menos durante los últimos cinco meses, hecho que fue puesto a conocimiento de la Defensoría del Pueblo⁴⁵.

Tabla N° ::: Relación de gestante con 1er CPN que fueron tamizadas para VIH con resultado positivo

Indicación	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Gestantes con 1er. CPN	483,907	393,440	504,062	535,461	550,044	497,846	457,693
Gestantes tamizadas para VIH	109,152	128,705	158,015	197,602	171,976	280,345	146,318
Gestantes reactivas VIH	293	393	484	483	339	620	396

Al término del presente año, a través del SIS, se espera superar esta situación y alcanzar por lo menos, lo logrado en el 2006, lo que significaría cubrir aproximadamente al 30% del total de nacimientos.

Calidad de la consejería para pruebas de detección VIH realizados en los servicios de control pre natal.

De acuerdo con la Guía Nacional de Consejería para ITS y VIH-sida⁴⁶, la consejería es muy importante para aminorar el impacto psicosocial que produce someterse a la prueba de Elisa, además de brindar información y soporte emocional. Según la norma técnica, la consejería para VIH-sida se debe dar en dos momentos: antes de la prueba (pretest) y después de ella (postest) y se define de la siguiente manera:

Consejería pre test: Es la información y el proceso educativo que se brinda antes que el consultante decida tomarse las pruebas diagnósticas para VIH-sida.

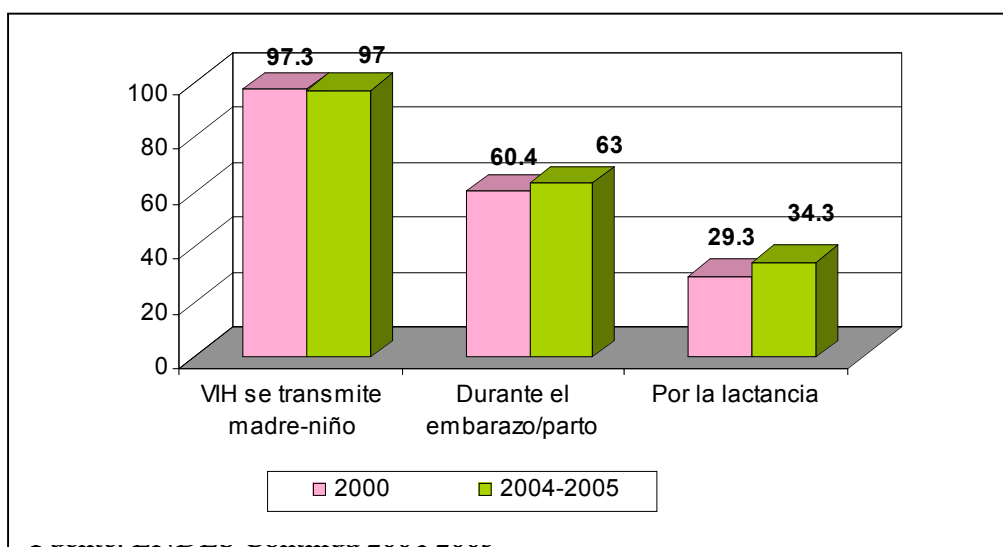
⁴⁵ No de carta, ver archivo PROMSEX

46 R. M. 306-98-SA/DM) y con la Norma Técnica para la Atención de Consejería en Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-sida (NT-2003-minsa/DGSPV. 01),

Consejería post test: Es la información y el proceso educativo que se brinda una vez que el consultante se ha tomado las pruebas diagnósticas y se tiene los resultados del examen. Es el momento y el espacio donde el consejero tiene la oportunidad no solo de brindar educación sino también apoyo y soporte emocional. Para lo cual se cuenta con el apoyo de consejeros pares y el apoyo del equipo multidisciplinario en algunos establecimientos de salud.

En la ENDES continua 2004-2005, cuando se preguntó a las gestantes acerca del conocimiento de las vías de transmisión del VIH/SIDA, el 97% respondió que se transmite de madre a niño, de las cuales el 63% respondió que se transmite durante el embarazo y parto, 34.3% respondió que se transmite por la leche materna.

Grafico N° 05: Conocimientos acerca de las vías de transmisión de Madre - Hijo



Información cualitativa se recogió a partir del estudio realizado para la III Medición de Indicadores del Objetivo 2, efectuada por el Fondo Mundial, en donde pudimos recoger lo siguiente:

La percepción de las gestantes sobre la consejería es buena, es valorada por las gestantes porque les proporciona información valiosa para cuidar su salud, la cual es bien asimilada por las gestantes⁴⁷, algunos testimonios que dan cuenta de ello.

Y antes de hacerme el análisis es como un requisito recibir las charlas. Recibí las charlas y ya me hice los análisis. Es un requisito porque bueno estar informada. (Gestante, Huancayo)

No es necesario ser un homosexual, ser un drogadicto para que se contagie, tal vez al principio, pero ahora ya no. A veces se contagian porque viene, estás con tu esposo y ya la contagió. (Gestante, Lima)

Sin embargo, la información que manejan acerca de las ITS es mucho más reducida que aquellas que manejan sobre el VIH.⁴⁸

⁴⁷ Informe Final Tercera Medición de Indicadores de los Objetivos 2-4 Del Componente VIH

⁴⁸ Idem

Acceso a detección de sífilis en los servicios de atención de la maternidad

El Ministerio de Salud aprobó el Plan Nacional de Prevención y Control de la Transmisión Madre Niño del VIH y Sífilis⁴⁹, que tiene como finalidad disminuir los casos de transmisión madre – niño del VIH a menos del 2% y la disminución de los casos de sífilis congénita a menos del 0.5 x 1000 recién nacidos vivos. Para ello, establece actividades de prevención y promoción, mediante campañas informativas con las cuales se espera ampliar el acceso de 100% de gestantes que acuden a los servicios, a los tamizajes y ampliar la cobertura de tratamientos profilácticos

La prevención y eliminación de la Sífilis Congénita depende de la identificación de Sífilis mediante la toma de las muestras de RPR reactivo en la mujer embarazada y el acceso al tratamiento, es por ello es que el Ministerio de Salud ha incorporado la prueba dentro del paquete de atención obligatoria y gratuita para toda gestante en su primer control prenatal y en el tercer trimestre o durante el puerperio inmediato si no tuvo control prenatal. También se recomienda hacer la prueba de RPR a las mujeres que acudan por presentar un aborto, natimuecos y a madres que solicitan certificados de nacimiento en caso de partos domiciliarios.

Acceso a tratamiento de los casos de sífilis identificados durante la gestación

La sífilis que se presenta en mujeres gestantes, son por lo general, sífilis tempranas y si no son tratadas pueden terminar con la muerte del feto (52%)⁵⁰. Por lo general, el tratamiento con antibióticos adecuados, en fases tempranas, pueden curar sin dejar huella, por lo que la detección y tratamiento resultan fundamentales⁵¹. La tasa de transmisión vertical puede alcanzar hasta el 80% y puede producirse en cualquier momento del embarazo

El SIS, dentro del Plan beneficios dirigidos a niños entre 0 a 4 años y de acuerdo a la Guía Nacional de Atención de Salud sexual y reproductiva, incluye la atención integral del recién nacido de madre con RPR positivo, a quienes se les realizara el examen inmunológico. Sin embargo, el número de recién nacidos es bastante bajo, entre el 2004 y el 2005, se han realizado un total de 37 exámenes. Para el 2006, se han realizado un total de 25 exámenes.

Desde el año 1999, se mantiene un sistema de vigilancia centinela de la sífilis congénita. Según datos obtenidos de esta fuente, en América Latina hay una prevalencia de sífilis congénita que oscila entre 1.7 y 11.5%. En el Perú, para 1999, tenía una prevalencia de 1.8% y fue reportada una incidencia de 6.3 x 1000 nv. El acceso al tratamiento para ese entonces, fue bastante bajo, llegando al 37% de mujeres diagnósticas positivas, pero sólo el 78% de estas, completaron el tratamiento⁵². Según datos de la Oficina General de Epidemiología, producto de las acciones en este campo, se ha reducido la notificación de casos hasta un 12%⁵³, sin embargo hay que tomar en cuenta que la disminución de embarazos podría estar influyendo en dicha disminución, pues datos no oficiales, señalan que no habría tal disminución, mas aún considerando el estimado del 60% de subregistro⁵⁴

49 Resolución Ministerial N° 463/2007 – MINSU49

⁵⁰ <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/EliminaSifilisLAC.pdf>

⁵¹ Burstein Z. Sífilis venérea (LUES) CIE 9090-096. Revista Peruana de Medicina Experimental y de Salud Pública. Instituto Nacional de Salud. 2003

⁵² <http://depts.washington.edu/amauta/pdf/JorgePosterCuba.pdf>

⁵³ <http://www.oge.sld.pe/boletines/2004/39.pdf>

⁵⁴ Valderrama J, Zacarías F, Mazin R. Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. Rev Panam Salud Publica. 2004;16(3):211-17

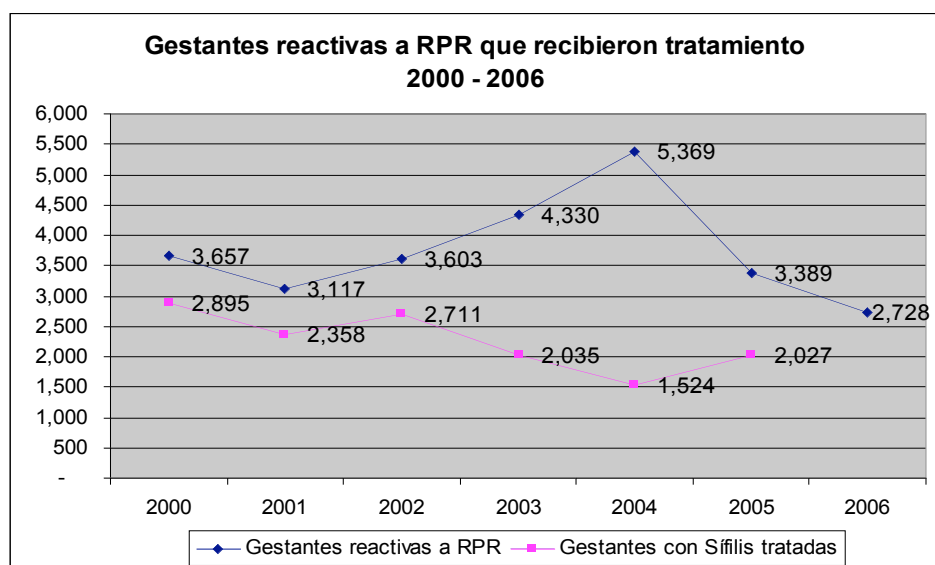
Según las hojas de monitoreo de la Estrategia Sanitaria Nacional para el Control de ITS y VIH-SIDA, en los últimos años podemos observar aproximadamente el 70% de las gestantes con primer CPN han sido tamizadas con RPR para descartar sífilis.

Cuadro N° Gestante con 1er CPN que fueron tamizadas con RPR

indicadores	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Gestantes con 1er. CPN	483,907	393,440	504,062	535,461	550,044	497,846
Gestantes tamizadas RPR	344,463	291,405	370,793	388,062	376,023	347,112
Gestantes reactivas a RPR	3,657	3,117	3,603	4,330	5,369	3,389

Fuente: Presentación de la ESNPC ITS/VIH SIDA - COP

Según los datos del gráfico el acceso al tratamiento para sífilis gestantes reactivas a RPR durante los últimos años no alcanzado la cobertura a todas las gestantes reactivas, siendo mucho mayor esta diferencias en los años 2003 y 2004, a partir del 2005 las coberturas se han incrementado, lo cual puede deberse a la ampliación de la cobertura del SIS, la intervención del Fondo Mundial y la ESNPCITS/VIH – SIDA, estas brechas mayormente se deben a la deficiencia en el suministro de insumos y medicamentos para la prevención de la transmisión vertical, lo cual genera desabastecimiento constante en los establecimientos.



Fuente: Presentación de la ESNPC ITS/VIH SIDA - COP

Según datos de la Estrategia Sanitaria Nacional para el Control de ITS y VIH-SIDA, ha reportado casos de sífilis congénita que ha ido disminuyendo año a año, pero aún hay una brecha entre los casos detectados y los casos tratados, tal como se puede ver en el siguiente cuadro.

Indicador	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Caos de Sífilis Congénita	1,568	2,194	1,339	2,044	1,073	818	517
Sífilis Congénita tratados	1,287	1,074	1,075	713	570	356	ND

Fuente: Presentación de la ESNPC ITS/VIH SIDA - COP

Alcance, adecuación y efectividad de programas que aseguran sucedáneos de leche

La Norma Técnica para la prevención de la transmisión vertical del VIH, en la disposición N° 5.6 tenemos que está prohibida la lactancia materna a todo hijo de madre infectada por el VIH, considerándose esta como único causal de impedimento de la lactancia natural. En donde además establece que todo hijo de madre infectada por el VIH debe recibir fórmula láctea maternizada gratuita por seis meses según la siguiente programación:

MESES	1° mes	2° mes	3° mes	4° mes	5° mes	6° mes
N° DE LATAS (400-500 gr)	9	11	13	14	14	15

Sin embargo, se debe señalar, que actualmente se reporta una escasez de leche maternizada en los establecimientos de salud, lo que pone en peligro a los recién nacidos de contagio a través de la leche materna, o a sufrir deficiencias nutricionales, con el consiguiente gasto de bolsillo de las madres.

Conclusiones de las Metas 52, 53 y 54

- El marco legal ofrece serias dificultades para los y las adolescentes, que impide a los servicios de salud brindar acciones de prevención sin restricciones. Existen una serie de contradicciones al interior del mismo, que problematiza temas claves como el derecho a las decisiones informadas, sobre todo, en torno a sus derechos sexuales y reproductivos.
- Las y los adolescentes enfrentan los problemas más serios de acceso en relación a información y a disponibilidad de condones. A pesar de ser una población altamente vulnerable, sus necesidades no son tomadas en cuenta, ni sus diversas situaciones de vulnerabilidad, es el caso de trabajadores de la calle, pandilleros, gays y otras subpoblaciones la situación es de mayor gravedad.
- La prevención del embarazo no deseado y del VIH se abordan principalmente desde el sistema sanitario que no es el espacio de mayor acceso para los y las adolescentes, por todas las barreras que están plenamente reconocidas. El sistema educativo que podría ser una gran oportunidad dado que tiene una población cautiva, no aborda el tema de manera consistente. Tal como se hace en otros países, las escuelas pueden ser considerados no sólo como espacios de información, sino también de acceso a recursos, si es que se contara con personal preparado para la consejería.
- Las acciones de prevención, mantienen un énfasis en el modelo heterosexual y reconoce poco de la dinámica sexual de los y las adolescentes. Hay una gran ausencia de trabajo educativo que también aborde el tema de la diversidad sexual, que podría permitir no sólo un mayor reconocimiento de dichas prácticas, sino también promover a que estas sean mas seguras.

- El ABC no es un enfoque y estrategia eficaz de prevención para las mujeres (ver informe de Red de MujeresVIH) y probablemente para otras poblaciones de la sociedad. Es necesario un esfuerzo técnico y político más intenso de parte de la sociedad civil para que se incorporen otros enfoques y estrategias de prevención menos conservadores. .
- Hay un vacío de información acerca de estrategias educativas para adolescentes que no asisten a las escuelas. Es importante reconocer el serio problema de abandono escolar entre mujeres y hombres, con el fin de establecer otros mecanismos.
- No hay muchas acciones respecto a la prevención para las víctimas de violencia sexual, especialmente en zonas en donde la violencia delincencial es exacerbada y que no sólo afectan a mujeres, sino también a hombres. Hay poca información de cómo prevenir las ITSs, VIH e incluso el embarazo cuando estos hechos ocurren. A pesar que el MINSA cuenta con protocolos, es muy poco lo que se ha hecho para abordar esta problemática, Los propios servicios que se encargan de atender la violencia sexual, no tiene información sobre este tema.
- Se requiere considerar a los y las adolescentes de las zonas rurales, se conoce muy poco acerca de las dinámicas sexuales, mas aún tomando en cuenta el tema de migración y retorno, que por lo menos, se tiene información que en algunas comunidades nativas, se tienen noticias de una prevalencia altamente preocupante.

CCC

- Hay escaso conocimiento de las dinámicas sexuales de los y las adolescentes, los efectos reales de la violencia sexual y el comercio sexual. Así mismo se conoce muy poco de las relaciones homo eróticas, tanto en hombres como en mujeres. Hay escaso conocimiento de la bisexualidad, sobre todo aquella que se produce en contextos en donde la homosexualidad es seriamente reprimida o no admitida. Las relaciones sexuales entre mujeres, están todavía mucho más invisibilizado.
- La verticalidad ha marcado también una diferenciación en las intervenciones comunitarias y a restringido la acción de los/as promotoras y consejeros/as de pares a estancos que no responden necesariamente a las necesidades de las personas a quienes van dirigidas estas acciones. Es importante reconocer que las necesidades de salud sexual y reproductivas mantienen una integralidad, que tiene que tomar en cuenta, fenómenos como la migración, nuevos patrones de sexualidad y cambio de roles tradicionales de hombres y de mujeres. Lo que implican necesidades que van más allá de los resultados sanitarios
- No hay una política de fortalecimiento de las promotoras de salud, ni de los consejeros de pares, a pesar que su participación es fundamental para desarrollar estrategias sanitarias que resultan claves. Aún las instituciones sanitarias tienen una perspectiva utilitaria con escaso reconocimiento del aporte que las comunidades y la sociedad civil vienen brindando.
- Se observa en el País, una retracción de la cooperación externa, en el apoyo a programas preventivos dirigido a los adolescentes y jóvenes, haciéndose evidente en el poco apoyo recibido por los gobiernos regionales que han priorizado estas necesidades
- En torno a la prevención en mujeres gestantes a pesar de la obligatoriedad de la prueba para la detección del VIH y sífilis, esta ha sido recibida con buena

aceptación. Un aspecto importante que ha podido contribuir a estos resultados y a paliar los efectos adversos que tiene todo servicio impuesto, es la consejería, lo cual puede ser evidenciado con el nivel de información que han adquirido las mujeres.

- En este sentido, es importante revisar, a la luz de las evidencias, con estudios complementarios si la obligatoriedad de la prueba esta justificada y cuales son los impactos en términos de garantía y de respeto de los derechos humanos de las mujeres.
- Hay una serie de normas e intervenciones orientadas a disminuir la prevalencia y a garantizar el acceso oportuno, pero estas no llegan a concretarse en la práctica, debido principalmente a que expone a riesgos que deberían estar absolutamente controlados. La falta de abastecimiento de insumos y tratamientos pareciera ser uno de los principales problemas, lo que definitivamente hace que el Estado, en este caso particular, no sólo no cumpla con su propia reglamentación, sino además que viola derechos elementales de las mujeres y de sus hijos, al exponerlos a peligros debido a problemas administrativos que de presupuesto, ya que este último está garantizado.

Meta 59. Derechos Humanos

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

En los últimos años se han dado cambios sustantivos en relación a la igualdad de la mujer y el ejercicio pleno de sus derechos humanos. Sin embargo, estos cambios no se han traducido en cambios concretos y prácticas. Leyes como el de acoso sexual y la Igualdad de Oportunidades, se contraponen con la indefinición del Programa de Violencia Sexual, cuya prioridad por parte del Estado, es cada vez más dudosa.

Así mismo, en lo que se refiere a la disminución de brechas entre mujeres que viven en zonas rurales y zonas urbanas, si bien es cierto, la ENDES demuestra un incremento de uso de anticonceptivos, las mujeres rurales tienen el doble de hijos los que en realidad quieren tener. Un tema de mucha preocupación y que aún no ha sido investigado con la profundidad debida, es el respeto de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. La mayor parte de las mujeres afectadas, se suelen enterar de sus diagnósticos durante el control prenatal y la entrega de la información muchas veces se hace a través de personal no capacitado, que no sólo no está informado, sino que también tiene muchos prejuicios, que se suelen expresar a través de maltratos.

Un segundo problema es que muchas mujeres suelen no ser consultadas acerca de sus preferencias reproductivas, pues para muchos proveedores, las mujeres que viven con VIH, ya no tiene posibilidades de actividad sexual, a diferencia de lo que ocurre con los hombres, pues de acuerdo a los estereotipos de género, sus necesidades sexuales no son reconocidas. Lo mismo ocurre con el asunto de reproducción, pues a pesar que la transmisión vertical, se puede reducir sustancialmente, muchas mujeres son negadas del derecho a tener hijos y si los tienen, suelen ser criticadas y estigmatizadas.

Alcance, adecuación y efectividad de políticas y programas de gobierno dirigidos a la promoción, garantía y reparación de los derechos de las mujeres

Dentro de las principales acuerdos o compromisos tomadas por los estamentos del Estado para garantizar los derechos de las mujeres tenemos:

En el Acuerdo Nacional en la Política No 11 Promoción de la igualdad de oportunidades sin discriminación, que señala la igualdad de oportunidades, el fortalecimiento de la participación de las mujeres como sujetos sociales y políticos que dialogan y el desarrollo de políticas y programas para la promoción de la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, es decir, equidad de género.

Y en la Política No 12· Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social, se plantea la promoción de la salud, la prevención y control de enfermedades transmisibles y crónicas degenerativas; los hábitos de vida saludables, la ampliación y descentralización de los servicios de salud, especialmente en las áreas más pobres del país, priorizándolos hacia las madres, niños; la promoción de la maternidad saludable y se incluye el compromiso de la planificación familiar, con libre elección de los métodos y sin coerción

Aunque las evaluaciones que hace el Estado de sus propias acciones es bastante optimista⁵⁵, podemos ver que en la práctica no se ha logrado establecer una política pública que promueva y mucho menos garantice la equidad de género. Si bien es cierto, hay algunas iniciativas todavía muy pequeñas⁵⁶, estas todavía tienen el carácter de intervenciones pilotos sin ninguna garantía que continúen en el tiempo, Por ejemplo, muchas de estas acciones carecen de evaluaciones de impactos y en el proceso de definición de competencias y obligaciones de los gobiernos regionales, en el marco de descentralización, estas no han sido consideradas

Durante el periodo 2001 y 2006, se promulgaron las siguientes leyes laborales importantes que podrían beneficiar a las mujeres en general: Ley N° 27270 Ley Contra Actos de Discriminación y Ley N° 26772 Ley Contra Actos de Discriminación en la oferta de empleo y acceso a Medios de Formación Educativa, sin embargo, no se tiene información de cómo y cuanto vienen siendo usadas estos alcances jurídicos para beneficiar a las mujeres afectadas por el VIH.

En el campo de la educación se reconoce en el Artículo N° 8 de la Constitución que la educación peruana tiene a la persona como centro y agente fundamental del proceso educativo. En este sentido, incluye dentro de sus principios la equidad, que garantiza a todos iguales oportunidades de acceso, permanencia y trato en un sistema educativo de calidad. La inclusión, que incorpora a las personas con discapacidad, grupos sociales excluidos, marginados y vulnerables, especialmente en el ámbito rural, sin distinción de etnia, religión, sexo u otra causa de discriminación contribuyendo así a la eliminación de la pobreza, la exclusión y las desigualdades. Y en el artículo N° 18, Con el fin de garantizar la equidad en la educación, las autoridades educativas, en el ámbito de sus respectivas, además de elaborar y ejecutar proyectos educativos que incluyan objetivos, estrategias, acciones y recursos tendientes a revertir situaciones de desigualdad y/o inequidad por motivo de origen, etnias, género, idioma, religión, opinión, condición económica, edad o de cualquier otra índole.

Si bien, durante los últimos años, cada vez se ve menos discriminación en las escuelas y se han hecho algunos esfuerzos particularmente desde el Fondo Global para promover la no discriminación tanto en la educación, como el campo laboral, estas iniciativas son todavía muy incipientes y están muy focalizadas en las zonas urbanas. No se han identificado políticas nacionales de no discriminación a nivel nacional, por lo que es probable que el estigma y la discriminación sigan aún muy presentes.

Alcance, adecuación y efectividad de políticas, programas y acciones del gobierno dirigidas para la promoción de la responsabilidad masculina en cuestiones de salud sexual y reproductiva

El Plan Nacional de Acción Por La Infancia y La Adolescencia 2002–2010, que fue aprobado mediante Resolución suprema N° 003-2002 PROMUDEH, el mismo que involucra a los principales organismos del estado como Ministerio de la Mujer y desarrollo social, Salud, Educación, Trabajo, Agricultura, Justicia, Interior, el Ministerio Público, así como RENIEC, los municipios, las defensorías del niño y el adolescente, que tienen que llevar a cabo este plan que abordan aspectos de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, involucra un conjunto de acciones que deben desarrollar en forma conjunta. En lo que se refiere a la salud sexual se proveyó los siguientes resultados a ser alcanzados al 2010:

55

56 Uno de los resultados de gestión que muestra el MIMDES, en su Programa de Promoción Familiar de INABIF, en todo un año de gestión tuvieron 2000 participantes, pero no señalan el impacto de estas capacitaciones

Resultado N° 1, Condiciones para la maternidad y nacimientos saludables y seguros, planteando metas de reducción de la mortalidad materna y perinatal; Mejora de la calidad y adecuación cultural de la atención y educación a madres gestantes, desarrollo de proyectos educativos sobre educación de salud sexual y reproductiva en centros educativos, atención de los casos de violencia contra la mujer gestante.

Resultado N° 11, reducir las tasas de embarazo en adolescentes, para lo cual se tomaran medidas para la disminución de las tasas de fecundidad y mortalidad materna en adolescentes, desarrollo de proyectos educativos en centros educativos sobre educación sexual, equidad de género, prevención de comportamientos sexuales de riesgo, cuidado prenatal y cuidados integrales de la niñez, eliminación del abandono de estudios por motivos de embarazo adolescente. Todas estas acciones deben comprometer la participación de la escuela, las familias, los grupos comunitarios, las instituciones del Estado y los gobiernos locales.

El Ministerio de Salud, ha aprobado la Norma Técnica para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Adolescente (Resolución Ministerial 633-2005/MINSA), la cual señala la necesidad de mejorar la atención integral de salud que se brinde a los y las adolescentes en el marco del Modelo de Atención Integral Salud – MAIS. Plantea como una de las prioridades el desarrollo de servicios diferenciados para la atención de los y las adolescentes.

El Plan Nacional de la educación, se expone en la acción N° 4.3. el de generar programas interculturales de educación sexual, para estudiantes de ambos sexos que culminan la primaria y secundaria técnicamente asistido por los Programas de Apoyo y Acompañamiento pedagógico a las escuelas, así como la creación de Defensoría Municipal del Niño y el Adolescente en cada red escolar con programas de protección a los derechos de niñas y adolescente.⁵⁷

Lamentablemente, la promoción de la participación masculina sigue estando muy ausente de la política pública. Si bien es cierto, se han dado algunas medidas, estas son de última instancia y de carácter coercitivo, como la inclusión en la lista de INFOCOR a quienes incumplen con la obligación alimentaria de los hijos.

Alcance, adecuación y efectividad de las políticas y programas de protección de los derechos sexuales reproductivos de las mujeres más vulnerables.

Algunos estudios de carácter cualitativo, dan cuenta de la situación de discriminación y maltrato que viven las mujeres, pues de acuerdo a la investigación de Rodríguez y Ascencio en 2006⁵⁸ que se realizó en base a entrevistas a personas viviendo con VIH (PVVS), se pudo ver que el derecho a la información y a la confidencialidad eran violados de una manera sistemática en los servicios de salud.

Así mismo se ha observado que las mujeres gestante que deben hacerse las pruebas obligatorias, en realidad no reciben ninguna consejería, incumpliendo lo que señala la modificación de la Ley Contrásida (Ley 28243). Uno de los testimonios del mencionado estudio, da cuenta de ello.

⁵⁷ Proyecto Educativo Nacional al 2021: La Educación que queremos para el Perú, objetivo estratégico N° 1: Oportunidades y resultados educativos de igual calidad para todos dirigida a La Primera Infancia es Prioridad Nacional, el resultado 2: Trece años de buena educación sin exclusiones

⁵⁸ Diagnostico y Propuesta N° 28 - VIH y discriminación en Ica: Un problema de Salud Publica 2006

Yo me enteré por mi esposo. Tenía cuatro meses de estado y tampoco me dieron [consejería]. Me tenía que sacar la prueba de Elisa, hasta que me sacaron sangre y me dijeron «Regresa». Regresé a la posta y la señorita me dijo «Tienes el VIH-sida» y yo le digo «qué es eso». Yo ni sabía qué era eso. «Es una enfermedad». Y yo le digo «¿qué? ¿Cómo ha sido?». «No, tu esposo ya está bien avanzado». Como mi esposo ya tenía fiebre, diarrea, de todo, yo no sabía por qué era eso. él era el que me había contagiado a mí; o sea, en él ya estaba bien avanzada su enfermedad, ya estaba en la tercera etapa (mujer, grupo focal de Chincha).

Otro de los problemas que enfrentan las mujeres que viven con VIH, son los problemas con la prestación de la cesáreas, pues los médicos y el personal de salud, suelen colocar barreras, poniendo en riesgo sus vidas y la prevención del VIH en e recién nacido.

Las cesáreas no querían ser atendidas. Se daba tratamiento, pero había rechazo a la operación [...]. No querían ni revisar a las pacientes. Se hacía exigencia del carnet perinatal, que en el caso de las PVVS llevaba código blanco. Esta idea del código blanco nació con la buena intención de que las pacientes no se vieran obligadas a pasar «por la vergüenza» de decirles a los médicos su estatus serológico positivo (obstetrix, ex trabajadora del sector Salud de Ica).

Acceso a servicios de reproducción asistida de calidad

En el Acuerdo Nacional se plantea las siguientes acciones en beneficio de la población en general, como es la Política No 12. Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social, en donde promoverá la maternidad saludable y ofrecerá servicios de planificación familiar, con libre elección de los métodos y sin coerción, potenciar la promoción de la salud, la prevención y control de enfermedades transmisibles y crónicas degenerativas, mediante la promoción de hábitos de vida saludables, ampliando los servicios de salud, especialmente en las áreas más pobres del país, priorizándolos hacia las madres, niños, adultos mayores y discapacitados. Aunque el derecho a tener hijos, es parte de la salud sexual y reproductiva, este tipo de problemas no son atendidos, a pesar que también forma parte de los problemas de salud pública que afecta a las poblaciones pobres, especialmente aquellas donde hay una alta prevalencia de infecciones de transmisión sexual e inflamaciones pélvicas.

Meta 60 Derechos Humanos

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

Un problema muy serio y que no ha sido superado, son los indicadores en relación a los y las adolescentes. Su acceso a los servicios es muy limitado y aunque en el Ministerio de Salud, reconocen que una de las estrategias es la implementación de servicios diferenciados para adolescentes, se puede ver que este número de establecimientos, apenas supera el 3% del total⁵⁹.

Un problema muy crítico no sólo es el enfoque de los servicios de salud sexual y reproductiva; Centrado en población adulta y particularmente en la población femenina, sino también la orientación de la cooperación internacional que impacta directamente en la política pública, como es el caso de USAID, cuyo enfoque se basa en el ABC (Abstinencia, fidelidad y la prácticamente ausencia del acceso al condón).

En el Perú, hay una influencia muy significativa de organizaciones que niegan los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes, impactando seriamente en el logro de sus expectativas sexuales y reproductivas, así como de proyecto de vida. Esto se ha consolidado con la última modificatoria del artículo 173 del Código Penal que aborda el tema de violencia sexual, que declara como violación sexual a toda relación íntima que se puede dar con una persona menor de 18 años. Esta norma, lejos de proteger a los y las adolescentes de los violadores, se constituye mas bien en una amenaza que podría impactar en el desarrollo de programas relacionados a la salud sexual y reproductiva. Actualmente, la modificatoria de esta ley, para que retorne a su estado anterior (edad del consentimiento sexual a partir de los 14 años) esta pendiente en el debate del Congreso.

Alcance, adecuación y efectividad de programas de educación no formal que promuevan la equidad entre los sexos, considerando aspectos de las masculinidades, la homofobia y misoginia

La ley define discriminación a la “anulación o alteración de oportunidades o de trato, en los requerimientos personales, a los requisitos para ingresar a centros de educación, formación técnica y profesional, que impliquen un trato diferenciado basado en motivos de raza, sexo, religión, opinión, origen social, condición económica, estado civil, edad o cualquier otra índole.

El Estado peruano aprobó la Ley 27270⁶⁰, que incorpora en el Código Penal a la discriminación como delito en donde se dispone que *el que discrimina a otra persona o grupos de personas, por su diferencia racial, étnica, religiosa, o sexual será reprimido con prestación de servicios a las comunidad de treinta a sesenta jornadas o limitación de días libres de veinte a sesenta jornadas de trabajo”*.

Ley N° 28867 y el artículo 323° del código penal, El que por si o mediante terceros, discrimina a una o más personas o grupo de personas, o incita o promueve en forma publica actos discriminatorios, por motivo racial, religioso, sexual, de factor genético (...) con el objeto de anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos de

⁵⁹ MINSA, Lineamientos de Política de Salud de los y las Adolescentes. 2005

⁶⁰ LEY CONTRA ACTOS DE DISCRIMINACIÓN, 26 Mayo 2000

la persona, será reprimido con pena privativa de la libertad no menor de dos años, ni mayor de tres o con prestación de servicios a la comunidad de sesenta a ciento veinte jornadas.

Así mismo en el Plan Nacional de la educación, también se han contemplado situaciones de posibles discriminación, es así que en la acción N° 4.3 propone: Superar discriminaciones por género en el sistema educativo, y diversas situaciones sociales afectan negativamente las posibilidades de educación de niñas y adolescentes, así como las desigualdades que persisten de un trato basadas en consideraciones de sexo género, que implican conductas discriminatorias.⁶¹

De acuerdo a la encuesta de la Universidad de Lima, cuando se pregunto acerca de la discriminación hacia las mujeres, en tres periodos (2005, 2006 y 2007) se mantiene, según opinión de los y las encuestadas por encima del 80%.

La discriminación se viene manifestando como una actividad cotidiana en la población, las mismas que se producen por diferentes causas como: las diferencias por genero, raza, sexo, religión y posición política, es por este motivo que el poder legislativo ha promovido la elaboración de diferentes leyes que nos ayuden a cambiar esta situación, como:

Meta 61 Derechos Humanos

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

Para el análisis de esta meta, es importante definir algunos conceptos básicos y diferenciarlos. El primero se refiere a la violencia sexual⁶², y se refiere a todo acto sexual, tentativa de consumar un acto sexual, comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo, la sexualidad de una persona, mediante coacción, presión o fuerza. Se denomina como violación⁶³, a los actos que se producen bajo violencia o amenaza grave, para obligar a una persona a practicar el acto sexual o análogo o la obligue a sufrir relación sexual por vía anal o vaginal mediante la introducción del pene u otra parte del cuerpo, incluso objetos, en detrimento de su libertad sexual. Estos dos problemas son altamente frecuentes, pues tal como lo señalan algunos datos, Según la ENDES Continua 2004 – 2005, en donde se entrevistaron a mujeres en edad reproductiva entre las edades de 14 a 49 años en donde la prevalecía es del 3.2% para los casos de violencia sexual y del 14% para la violencia física. En lo que se refiere a la violencia ejercida por el esposo o compañero o de alguien mas indican que la tercera parte de las mujeres (33%), informaron haber sufrido algún tipo de violencia. De la

⁶¹ Proyecto Educativo Nacional al 2021: La Educación que queremos para el Perú, objetivo estratégico N° 1: Oportunidades y resultados educativos de igual calidad para todos dirigida a La Primera Infancia es Prioridad Nacional, el resultado 2: Trece años de buena educación sin exclusiones

⁶² Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C.: Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. 2002.

⁶³ Ley que modifica artículos del código penal relativos a los delitos contra la libertad sexual y excluye a los sentenciados de los derechos de gracia, indulto y conmutación de pena. Ley N° 28704. 2006.

totalidad de mujeres maltratadas o golpeadas, el 39,7% pidió ayuda a una persona cercana a ella. Mientras que el 14,3% acudió a una institución en busca de ayuda.

Alcance, adecuación y efectividad de las leyes específicas para prevenir, castigar y reparar el daño en relación a la violencia contra las mujeres

La violencia constituye una de las más graves vulneraciones de los derechos humanos que afecta a las mujeres constituyéndose en un serio problema social y de salud pública y que por muchos años ha sido ignorado por la sociedad, los gobiernos, las familias y hasta por ellas mismas, debido a que se consideraban problemas del ámbito privado.

En los últimos años, como resultado de las acciones de las organizaciones de mujeres, se han ido introduciendo cada vez más normativas en relación a la violencia hacia la mujer y entre las principales se encuentran; La Ley N° 27942 de prevención y sanción del hostigamiento sexual, La Ley N° 28251, que modifica el Código Penal en los artículos 170, 171, 172, 173, 173 y 174, que sanciona los delitos contra la libertad sexual, La Ley N° 26260, de protección frente a la violencia familiar e incluye la violencia sexual como parte de la violencia familiar, así como la obligatoriedad de las municipalidades para promover programas y servicios de prevención, atención y rehabilitación.

Los diversos planes nacionales también incluyen el tema, son de particular importancia el Plan Nacional de Violencia Hacia la Mujer, Plan Nacional del Niños y Adolescente, entre otros.

Así mismo, el proceso de descentralización ha introducir en algunas regiones este tema, como parte de sus prioridades; Ejemplos de ello, son Lambayeque y la Libertad, lo que ha permitido que incluyan en sus Planes de Desarrollo Concertado, sin embargo, estos temas aún no se han logrado reflejar en la política regional

El tema de violencia hacia la mujer, algunas veces ha logrado, llamar la atención de las autoridades, así en el 2006, se publicó el Informe Defensoral N° 110⁶⁴, que aborda el tema de violencia familiar. Según este informe encontraron 227 casos de violencia, de los cuales 193 expedientes fueron registrados en 26 juzgados, Los datos obtenidos señalan que el 64.3% sufrieron violencia física, 4.4% sufrió violencia psicológica y el 31.3% fue agredida tanto física y psicológica.

Aunque cada vez hay mayor denuncia a perpetradores, estas todavía no reflejan la verdadera dimensión del problema y la respuesta del Estado en este tema, aún no es suficiente.

Según la ENDES Continua 2004 – 2005, encontramos el 40.8% de las mujeres fueron agredidas alguna vez por su compañero o pareja, en comparación al ENDES 2004 en donde encontramos 42.3% y en la ENDES 2000 encontramos que el 41.2%. Si se hace el análisis por zona geográfica, 42% declara haber sido maltratado, mientras que en la zona rural, señala que esta cifra asciende a 39.6%.

Alcance, adecuación y efectividad de acciones específicas contra la explotación sexual de las niñas

La explotación sexual comercial de la niñez constituye una forma de coerción y violencia contra ellos, equivale al trabajo forzado y constituye una forma de esclavitud. Las formas reconocidas de explotación sexual comercial son la prostitución, la pornografía, la trata de menores y el turismo sexual.⁶⁵ Para la OIT, la explotación sexual comercial de la niñez es

⁶⁴ www.defensoria.gob.pe

⁶⁵ OPS - Abuso sexual de mujeres adolescentes - 2002

una violación de sus derechos que abarca el abuso sexual por parte del adulto a cambio de una remuneración en dinero, especies para el niño, niña y adolescente o para una tercera persona, en donde el menor es tratado como objeto sexual o mercancía..

En el Perú, la Explotación Sexual Comercial Infantil afecta cada vez más a un número creciente de niños, niñas y adolescentes. Hay evidencias que aún no se ha cuantificado ni especificado adecuadamente, pues esta se extiende de una manera estructural, lo que hace que este presente en todas las realidades y contextos. Sin embargo, hay zonas que por el nivel de precariedad social y económica o por ausencia del Estado, se está constituyendo en un tema de alta preocupación, especialmente en las zonas turísticas de la selva y mineras como en Madre de Dios, donde se promueve una demanda tanto del trabajo infantil.

Reportes del CMP Flora Tristan, en el 2005, señalan que la mayor proporción de víctimas son mujeres, pues el 68% se encuentra entre los 13 a 18 años de edad y por lo menos, el 50% ha sido víctima de violencia física, 30% de violencia psicológica y 20% violencia sexual.

Según la Fundación de Peruanos Desaparecidos, durante el año 2003 desaparecieron 11,875 personas a nivel nacional, de los cuales 6,589 corresponden a menores de edad y el 64% de estos corresponden a fueron niñas, lo que reflejan un incremento del 32% de las desapariciones respecto al año 2002, asimismo ubican al sexo femenino y a la niñez como los grupos humanos más vulnerables. La mayoría de las desapariciones ocurre en zonas rurales pobres o lugares periféricos de las ciudades. En el año 2003 en Puno desaparecieron 402 niños, niñas y adolescentes; 102 habían fugado de sus casas por voluntad propia; sin embargo 300 nunca fueron encontrados. Se sospecha que tuvieron como destino final el centro poblado minero La Rinconada, en Puno, Bolivia y Madre de Dios (donde se somete a niños a trabajos forzados y servidumbre). Mientras que en Lima, durante el año 2003, las desapariciones ascendieron a 2,372 de las cuales el 60% corresponden a mujeres cuyas edades oscilaban entre los 12 y los 16 años. Este número muestra un incremento del 30 % respecto al año 2002. Se presume que muchas de estas desapariciones están relacionadas con la existencia de mafias dedicadas a la explotación sexual en Lima y el interior del país. En otras provincias pobres desapareció un total de 4 217 niñas, niños y adolescentes.⁶⁶

Cobertura, calidad y calidez de los servicios de atención a mujeres y niñas víctimas de violencia o violación sexual, con profilaxis Anti HIV, y anti ITS, contracepción de emergencia y aborto.

Para atender los casos de violencia sexual, El MINSA, ha incorporado en la Guía Nacional de Atención Integral de Salud Sexual y Reproductiva, un protocolo de atención Sobre la Violencia Contra la Mujer, para ser implementado en los servicios de emergencia de los establecimientos de salud a nivel nacional. En este documento se norma la atención integral orientada a prevenir ITS y VIH, embarazo y manejar el impacto psicosocial que experimenta la víctima. En el 2006, en un estudio que hizo El Observatorio del Derecho a la Salud y PROMSEX⁶⁷, se demostró que los servicios no cumplían con esta atención, hecho que fue comprobado luego por la Defensoría del Pueblo, en el sentido que el 57% del personal de salud no contaba con las Guías y el 50% desconocía la existencia del protocolo de atención de violencia sexual⁶⁸

Acceso a anticoncepción de emergencia:

⁶⁶ CMP Flora Tristan – Diagnostico sobre trata de mujeres y niñas en ocho regiones del país.

⁶⁷ Servicios de salud para víctimas de Violencia Sexual, un análisis del cumplimiento de los compromisos nacionales e internacionales, Lima 2006

⁶⁸ Defensoría del Pueblo, Informe Defensoral N° 111, Diciembre de 2006

Desde la implementación de la AOE, como parte de los métodos de planificación familiar se han encontrado muchas dificultades para su distribución en los diferentes establecimientos del Ministerio de Salud. A pesar de un mandato del Tribunal Constitucional, la distribución es limitada y no se incluyó este insumo dentro de los métodos financiados por el SIS, lo que pone en peligro su accesibilidad.

Riesgo de infección por VIH

En las personas que han sido víctimas de una violación o abuso sexual, el riesgo para adquirir el VIH a través de la violación sexual, depende del tipo de penetración sexual (oral, vaginal o anal); presencia de trauma oral, vaginal o anal; lugar de exposición al semen; carga viral en el semen y presencia de una ITS.

En el Protocolo de Atención a víctimas de violencia sexual, recomienda la profilaxis post-exposición a violación o abuso sexual mediante el uso de profilácticos, la misma que debe de iniciarse dentro de las primeras 72 horas de ocurrida la violencia sexual y debe mantenerse por 4 semanas.

En el estudio de Guerrero⁶⁹ solicitó información acerca de la dotación de antirretrovirales para la atención de víctimas de violación sexual, del total de hospitales consultados, solo dos contaban con ellos, pero no los tenían disponibles en la sala de emergencia, convirtiéndose en una falta grave en contra de las víctimas de violencia sexual.

Atención del aborto seguro:

A pesar de los múltiples esfuerzos realizados por organizaciones, profesionales y activistas en defensa de los derechos sexuales y reproductivos para que las recomendaciones de Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas, se cumpla, el MINSA no ha elaborado un protocolo para este tipo de casos. El aborto terapéutico está vigente desde 1924 y debe practicarse cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente.

El Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas en octubre del 2005 emitió dictamen en el caso KLL vs. Perú, determinando que el Estado Peruano violó sus derechos humanos y ordenó brindarle una indemnización, así como de adoptar medidas para evitar que se cometan violaciones semejantes en el futuro para lo cual es importante implementar protocolos de atención para el aborto terapéutico.

En el País, sólo hay dos hospitales que cuentan con este instrumento y el MINSA a través de la anulación del Protocolo del Instituto Nacional Materno Perinatal, ha impedido que el país tenga una normativa de carácter nacional. A pesar de la negativa del Estado, la población es cada vez más consciente de la importancia del acceso al aborto en algunas condiciones, tal como lo señala el Grupo de opinión de La Universidad de Lima, en su encuesta⁷⁰, casi el 70% cree que el aborto tiene que ser admitido en caso de riesgo de salud de la mujer, el 57% en casos de malformaciones fetales y el 51% cree que debe admitirse en casos de violación.

⁶⁹ ídem

⁷⁰ Estudio 359, Barómetro Social V Encuesta anual sobre la situación de las mujeres en Lima Metropolitana y Callao, 17 y 18 de febrero 2007- Grupo de Opinión Universidad de Lima.

La investigación realizada por Delicia Ferrando en el 2003⁷¹, los abortos inseguros se han constituido en un problema de salud pública, ya que ponen en riesgo la salud y la vida de las mujeres, especialmente los que son realizadas por personal no calificado o por ellas mismas, realizadas en condiciones poco o nada higiénicas y con métodos inadecuados, como la introducción vaginal de sustancias, objetos y medicamentos, esta practica puede generar complicaciones.

Existencia de un sistema público para atender los casos de violencia sexual

Según el Ministerio Público⁷², En las divisiones médico legales, informaron que durante el año 2006 se registró un total 321,833 (70.3%) reconocimientos clínicos y de los cuales 24,845 fueron reconocimientos de gineco obstetricia y sexología forense realizados.

El Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, a través de 39 Centro de Emergencia Mujer a nivel nacional durante enero 2002 a julio del 2003⁷³, han atendido a 7,011 casos a nivel nacional por algún tipo de violencia intrafamiliar y abuso sexual. El 33% de los casos, corresponde a personas entre los 6 y 11 años; y el 50% están entre los 12 y 17 años.

En el caso de violencia sexual tenemos, el 51.6% de los casos atendidos han sido victima de violencia sexual (violación) y el 33.1% de los casos entre 0 a 5 años, 35.7% en niños de 6 a 11 años y el 60.6% en adolescentes han sufrido violación sexual;

Conclusiones de las Metas 59, 60 y 61

- El Perú como Estado, ha firmado la mayor parte de los compromisos de protección de los derechos y durante los últimos años, ha aprobado un conjunto importante de leyes y normas que aseguran el cumplimiento de los derechos humanos que favorecen particularmente a las mujeres, sin embargo, su aplicación todavía mantiene una gran distancia.
- Una de las razones para que esto no ocurra, es que muchas de estas iniciativas, no vienen acompañadas del presupuesto necesario, haciendo que su carácter sea meramente declarativo o no vienen acompañado de mecanismos redistributivos, originando que estas medidas sólo alcancen a determinadas poblaciones que no son particularmente las mas pobres, ni las mas excluidas, entre las que se encuentran las mujeres que viven con VIH.
- La ausencia de derechos en las mujeres, mella de una manera particular su salud sexual y reproductiva. Esto es evidente en los indicadores que señalan que las mujeres mas pobres, presentan los peores indicadores en salud y en el control de sus propias decisiones reproductivas.
- Los compromisos asumidos por el Estado, incluso aquellos que son meramente declarativos, son asumidos de manera fragmentaria; hay un énfasis en el rol materno de las mujeres, pero no en las decisiones reproductivas, como por ejemplo el aborto, en los casos que la ley lo permite.

⁷¹ Delicia Ferrando, *Cifras y Hechos, el Aborto Clandestino en el Perú*. Ppathfinder /Internacional y CMP Flora Tristan, 2003.

⁷² Anuarios Estadísticos del Ministerio Publico años 2004 – 2005 y 2006
http://www.mpfj.gob.pe/tra_est_anuarios.php

⁷³ Maltrato y abuso sexual en niños, niñas y adolescentes, una aproximación desde los casos atendidos en los Centros de Emergencia Mujer - MIMDES

- Parte de la debilidad de las políticas públicas, es la escasa información ciudadana. No sólo desconocen las leyes las mujeres, sino también las propias autoridades. Esto hace que la ley aun no sea un instrumento activo para el ejercicio de los derechos.
- Esto último genera que la cultura de los derechos humanos en el Perú, se perfila principalmente en los grupos incluidos y que son de características homogéneas; urbano, adulto, productivo, dejando de lado a los grupos que tradicionalmente son excluidos.
- Hay algunos avances por nombrar los distintos tipos de discriminación, pero todavía hay una gran barrera para identificar la discriminación por orientación sexual, lo que se constituye en una traba importante para trabajar el tema de educación sexual y estrategias efectivas de disminución del VIH, especialmente en lo que se refiere a las intervenciones en H&H.
- Esta dificultad impide a que el país y la sociedad en su conjunto se sensibilice y tenga un enfoque más comprensivo de la sexualidad. Los estamentos oficiales como el sistema educativo, sanitario o laboral, al no incluir este tipo de reconocimiento, genera una ausencia de medidas conducentes a disminuir la discriminación y la exclusión
- En el ámbito de los activistas hay un avance sustantivo respecto a la incorporación de los derechos humanos tanto en sus acciones como en sus demandas, Hay un mayor uso del lenguaje de derechos humanos y hay acciones de vigilancia que se visibiliza, pero aún falta que se constituya en un sistema de acceso a las mayorías.
- El discurso de derechos de los movimientos sociales, todavía siguen enmarcados en sus demandas específicas, pero no hay llegado a tener todavía un posicionamiento mayor que los involucre a una concepción integral del derecho a la salud.
- La violencia basada en género, particularmente la violencia sexual, es un tema de alta preocupación en el país. Es notable su evidencia de incremento, pero también las nuevas modalidades, como la trata de personas y el turismo sexual.
- Los y las más afectados/as siguen siendo las mujeres, particularmente las niñas y las adolescentes. Es impresionante el número de personas desaparecidas que no se sabe nada más de estas.
- El número de atenciones, no alcanzan a las proporciones de las y los afectados, debido principalmente que el Estado no está siendo una referencia importante, ni de protección, justicia ni reparación.
- La homofobia continúa siendo un problema acuciante en la población GLTB. La falta de protección de las instancias tutelares del Estado. La falta de capacitación de los encargados del orden, los vacíos legales, exponen a situaciones de violencia y de inseguridad ciudadana, tanto en espacios públicos y privados.
- Es importante reconocer la ineficiencia del Estado, en primer lugar para prevenir que estos hechos se produzcan y en un segundo lugar, para tratar adecuadamente el problema, incluyendo las secuelas. La falta de capacitación del personal y el acceso a los insumos, parece ser el problema más acuciante.

- Las personas con VIH, todavía se hallan expuestas a discriminación y estigma y su acceso a servicios de calidad, se hallan seriamente afectados.

Meta 62 Reducción de la vulnerabilidad

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

Respecto al cumplimiento del Estado en torno a generar y difundir oportunamente el conocimiento de la situación de **vulnerabilidad** en poblaciones, se ha podido recuperar datos oficiales restringidos a las vigilancias centinelas correspondientes al año 2002, pues incluso la última publicación de análisis de la situación epidemiológica del VIH SIDA en Perú de la Dirección General de Epidemiología⁷⁴ del año 2006 se presentan las últimas cifras al año 2002/2003. Se tiene conocimiento que actualmente se viene analizando información de la última colección de información del año 2006, que aun no se difunde.

En cuanto a la calidad de la información brindada, dicha medición (v.c.2002) se presenta para las poblaciones HSH una prevalencia de 13,8 %, siendo la prevalencia más alta registrada. Pero siendo un promedio de prevalencias de las distintas poblaciones involucradas y consideradas como HSH lleva a un ocultamiento de las diferenciales entre las poblaciones gay y las poblaciones trans y el ocultamiento de la mayor vulnerabilidad de esta **última**. En la presentación de la DGE en el Foro Latinoamericano 2007⁷⁵ las autoridades expusieron como riesgo actual de las distintas poblaciones los intervalos que se explicitan en el siguiente cuadro

Población	Riesgo Actual basado en la vigilancia centinela (no especifica ao)
Varones Bisexuales	10 – 20 %
Varones Homosexuales / Gay	18 - 26 %
Varones Travestis TS	32 – 45 %

Como se expresa con claridad los intervalos presentados ponen de manifiesto o por lo menos nos hacen presumir la existencia de diferencias en las condiciones estructurales

⁷⁴ Análisis de la situación epidemiológica del VIH SIDA en el Perú – Bases Epidemiológicas para la Prevención y Control. Ministerio de Salud del Perú D.G.E , 2006

⁷⁵ Presentación Nuevas Vulnerabilidades en VIH. Riesgo actual de la Población Heterosexual. Análisis del caso del Perú. Luis Suárez Ognio y Mónica Pun Chinarro. IV Foro latinoamericano y del Caribe en VIH/SIDA e ITS, 2007. Diapositiva N 9.

simbólicas (sistemas de identidad y **cultura**) y materiales (**sistemas socio-económicos**) entre las poblaciones mencionadas. Esto nos conduce, pero no profundiza, en las dimensiones analíticas de las vulnerabilidades diferenciales que culminan invisibilizadas en la terminología HSH. Más aún en la tercera población, travestis TS, se vuelve a incurrir en poca claridad cuando se plantea la intersección de las poblaciones travestis que son además poblaciones de trabajadores sexuales. Cabe preguntarnos que ocurre con las poblaciones travestis que no se dedican al trabajo sexual o a las poblaciones de varones no travestis que se dedican al trabajo sexual.

Es importante mencionar que la problemática de la población travesti queda oculta, vulnerando sus derechos, con el uso de una terminología “sumatoria” como la de HSH, es interesante mencionar que esta terminología se generó en los discursos de salud pública, siendo que las propias poblaciones han distado mucho en reconocerse e identificarse en esta clasificación, más aún aquellas personas donde su identidad femenina es parte de la esencia de sus luchas y reivindicaciones.

Alcance, adecuación y efectividad de programas de apoyo a las mujeres más vulnerables

Las trabajadoras sexuales, has sido el grupo de mujeres identificado como mas vulnerable desde el inicio de la epidemia. Según datos de la DGE⁷⁶ las trabajadoras sexuales tiene una estimación de riesgo actual entre el 0.7% y 3%. Sobre la información disponible de la situación de vulnerabilidad en trabajadoras sexuales, el conocimiento que se genera y difunde a partir del Estado, es limitado. Es así que lo plantean las líderes de estas poblaciones. En las poblaciones existe la percepción de dificultades o poco interés político en las máximas autoridades para reconocer al trabajo sexual como tal, y abordar con una perspectiva distante a una moral establecida o compartida por un grupo de ellos, la situación, necesidades y obligaciones del Estado respecto de las trabajadoras sexuales.

En la evaluación del Plan Multisectorial 2004 realizado por el Proyecto Policy a solicitud del MINSA, entre los hallazgos se concluye que estas acciones de promoción han sido debilitadas a partir del desarrollo en la propia Estrategia del Programa Targa de acceso a medicamentos antirretrovirales a personas viviendo con VIH, algunos autores han llamado a este proceso la “targarización de la estrategia”, situación que también es explicada por el Dr. José Luis Sebastian, quien argumenta que el gran reto de asumir el nuevo programa , sin un fortalecimiento institucional y de los equipos derivó en dificultades para el desarrollo de las acciones preventivas en el momento de su implementación.

En estudios cualitativos de medición de resultados de las acciones financiadas por el Fondo Mundial, las propias trabajadoras sexuales y promotoras de pares manifiestan las dificultades en la distribución de preservativos, las dificultades para desarrollar acciones de convocatoria, los horarios y demoras en los lugares de atención y la falta de materiales comunicacionales, entre otras.⁷⁷

Entre otros elementos no se ha logrado el acceso al condón femenino que según estudios exploratorios de la UPCH tienen aceptación en las trabajadoras sexuales, persistiendo la estrategia en la negociación del uso del condón en el cliente. Tampoco se han desarrollado

⁷⁶ Análisis de la situación epidemiológica del VIH SIDA en el Perú – Bases Epidemiológicas para la Prevención y Control. Ministerio de Salud del Perú D.G.E , 2006

⁷⁶ Presentación Nuevas Vulnerabilidades en VIH. Riesgo actual de la Población Heterosexual. Análisis del caso del Perú. Luis Suárez Ognio y Mónica Pun Chinarro. IV Foro latinoamericano y del Caribe en VIH/SIDA e ITS, 2007. Diapositiva N 9.

⁷⁷ Presentación preliminar de los hallazgos del Estudio de Línea de Base de Quinta Ronda del Proyecto Financiado por el Fondo Mundial. Cáceres, C. y varios. Taller CARE, Lima, Marzo de 2007

estrategias de comunicación e información con los clientes.

La Estrategia Sanitaria Nacional en el desarrollo de la estrategia de AMP ha logrado la capacitación de personal de salud, sin embargo por la alta movilidad y rotación de los profesionales en los servicios de salud, muchas veces esos esfuerzos no rinden fruto en la mejora de la atención a las trabajadoras sexuales.

Se ha logrado dentro de algunos CERITS una atención con horarios diferenciados, una relación positiva con las trabajadoras sexuales y una motivación de ellas para la asistencia a las AMP en un importante porcentaje, sin embargo, aún resta por desarrollar mayores esfuerzos para lograr tratos no discriminatorios. Los contenidos de derechos humanos y la autodeterminación del trabajo sexual en estas capacitaciones no se han abordado con suficiente fuerza, para enfrentar directamente los contenidos discriminatorios.

No existe un estudio consistente y sistemático respecto de la eficacia de las estrategias actuales con estas poblaciones. Se tiene poca información sobre la diversidad del comercio sexual, las diversas condiciones de trabajo y de la situación de atención de salud de mujeres y varones menores de edad dedicados al comercio sexual.

Alcance, adecuación y efectividad de las políticas y programas de protección de los derechos humanos de las mujeres más vulnerables

Persisten en la sociedad y sus instituciones la estigmatización del trabajo sexual en términos amplios, y con ello la dificultad en el cumplimiento del respeto, protección y promoción de los derechos de las poblaciones involucradas. Esta estigmatización y moralismo existentes colaboran y a su vez son reproducidos por la ausencia de información sobre las condiciones simbólicas y materiales en las se ejerce el comercio sexual, la censura de esta actividad no ha sido discutida y no es explícitamente reconocida la libertad individual para su ejercicio, tal es así que aún en las actividades de prevención se denotan con claridad la diferenciación valorativa entre la trabajadora sexual y el cliente. En síntesis, el Estado no cumple con la gestión del conocimiento vinculado a las condiciones de vulnerabilidad de las poblaciones de trabajadoras sexuales, no solo desde el propio escenario del comercio sexual, sino también relacionado a sus otros entornos de relacionamiento cotidiano. No es sorpresa plantear que siguen habiendo acciones coercitivas, caracterizadas por actos violentos, contra las trabajadoras sexuales, aduciendo el mantenimiento del orden y las buenas costumbres, siendo que en el país el trabajo sexual no es penalizado.

Alcance, adecuación y efectividad de políticas afirmativas para la inclusión de mujeres más vulnerables

En el Plan Estratégico Multisectorial de VIH SIDA, liderado por el Ministerio de Salud y la CONAMUSA, se han incluido objetivos y estrategias de acción dirigidas al control de las ITS y VIH/SIDA en trabajadoras sexuales, así mismo en las acciones de los distintos proyectos financiados por el Fondo Mundial también se han desarrollado acciones dirigidas a esta población, intentando fortalecer una estrategia de Promoción de Pares y Atención Médica Periódica adoptada por el MINSA en los años noventa, entre otros elementos, con el manejo sindrómico de ITS.

Asimismo, se manifiesta que no existe un sistema de monitoreo como tal, que las quejas se solucionan a través de acciones individuales de los funcionarios, frente a aquellas que pueden llegar a ellos. Habiendo buena disposición, pero ausencia de un sistema institucionalizado.

Se desconoce la situación de atención de salud de mujeres menores de edad dedicados al

comercio sexual. El acceso de trabajadoras sexuales en minoría de edad es restringido, ya que por ser menores de edad son exigidos de asistir con un familiar o adulto tutelar, lo que en la situación específica por lo general la actividad sexual laboral se realiza de manera clandestina o en situaciones de independización previa de la familia nuclear. La situación de la minoría de edad se agrava al ser considerado todo acto sexual con un menor de edad una acción delictiva, por lo que la autodeterminación en este caso de la trabajadora sexual se pone en cuestión. El acceso a atención en lugares distantes de los CERITS, recordando que estos centros de referencia están en las ciudades más pobladas, pero el trabajo sexual se extiende en todo el país. Atención en lugares fronterizos y otros de alta migración de trabajadoras sexuales. Siendo un reto el lograr que la trabajadora sexual a pesar de las migraciones estacionales no quede fuera del sistema de prevención y atención. No existe una campaña directa a combatir la estigmatización del trabajo sexual, siendo que las mujeres que se dedican a él resultan en menores posibilidades de acceso a atención de salud y otros servicios públicos.

Meta 63 Reducción de la vulnerabilidad

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

Alcance, adecuación y efectividad de programas que consideran a las culturas, religiones y contextos culturales en las estrategias de educación

Las actuales políticas del Estado, han puesto un énfasis relevante en la familia, sin embargo dicha visión se focaliza en una visión de familia tradicional, sin comprender adecuadamente las necesidades de cada uno de los individuos que la conforman, ni las relaciones de poder existentes, que promueven la inequidad e inclusive la violencia. En un contexto, es muy difícil generar puentes para empoderar a poblaciones particularmente vulnerables, como son las mujeres y las y los adolescentes.

Otra dificultad es que modelo de familia que se fomenta desde las políticas públicas, invisibiliza otras formas de familia, como por ejemplo, las familias monoparentales, las familias que se conforman en base a lazos afectivos y no sexuales o las familias conformados por la población GLTB. El enfoque restringido de familia, no sólo afecta en el reconocimiento de las distintas formas asociativas que existe, sino también los valores que se tratan de promover como ideal de familia, que no se reconoce en los distintos contextos culturales, lo que origina un mayor distanciamiento de poblaciones excluidas social y culturalmente de las políticas públicas.

En este sentido, las organizaciones de las poblaciones vulnerables hacen esfuerzos que por

la naturaleza y extensión del problema por la diversidad de situaciones socioculturales en un país como el nuestro multicultural, con múltiples exclusiones étnicas, raciales, de género, de clase, entre otras, y los recursos disponibles son siempre parciales y limitados muchas veces al reporte anecdótico, y no sistemático del dato. A pesar de estas limitaciones citadas, debemos saludar los esfuerzos, las más de las veces aislados, de varios actores sociales y activistas que buscan consolidar información mayor sobre las condiciones de vida de las poblaciones, y el apoyo de algunas instituciones a la organización de las poblaciones vulnerables en Lima como en otras regiones del país.

Acceso a vivienda, educación, alimentación a niñas afectadas o infectadas por el VIH

Desde el Fondo Global, se han impulsado algunas iniciativas de apoyo alimentario a los niños de familias viviendo con VIH, pero estos esfuerzos son insuficientes, mantienen la características de pruebas piloto y su extensión no aparece en la agenda pública, a pesar que el tema de la desnutrición si se halla como una prioridad del Estado, especialmente para las zonas rurales, donde el VIH es menos presente.

No existen aun programas desde el Estado, dirigidos a proporcionar entornos seguros, vivienda y otras condiciones sociales a niñas más vulnerables, afectadas o infectadas. Los espacios de acogida, como el INABIF resultan siendo insuficientes, están ubicados principalmente en las grandes ciudades y no tienen ninguna especificación para los y las niñas que viven con VIH

Meta 64 Reducción de la Vulnerabilidad

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

Fortalecimiento de Programas y Actividades específicas de atención a la salud sexual y reproductiva para mujeres más vulnerables

Considerando que la inequidades de género aún son presentes en la sociedad peruana, se podría mencionar a la población femenina como población con vulnerabilidades por género. Siendo que aun persiste el doble estandar entre hombres y mujeres, la actividad sexual en las mujeres resulta cuestionada, más aún a edades menores y fuera del matrimonio, de allí que las acciones que se orienten a desarrollar una vida sexual segura y placentera son frenadas por una cultura aún latente que cuestiona y presiona a las mujeres a desalentar su búsqueda de placer sexual y a postergar su iniciación sexual. En este contexto las acciones desarrolladas por un Estado que no se compromete decididamente con su condición de Estado Laico, reflejan tibieza en sus mensajes e intensidad de acciones.

Por otro lado, las acciones hacia la prevención de las ITS y VIH, como se han argumentado previamente, no logran conectar con la preocupación por las condiciones de la cultura y el ejercicio sexual de las poblaciones, entre ellas la población numerosa de mujeres en sus diversas condiciones económicas, étnicas, educativas que permean el acceso de las mismas a

recursos de información y protección. No es difícil entonces deducir que las acciones dirigidas a mujeres desde la respuesta nacional al VIH SIDA considera tres grupos de mujeres:

1. Las mujeres trabajadoras sexuales
2. Las mujeres gestantes
3. Las mujeres viviendo con VIH-SIDA

Sobre las primeras las actividades de prevención se centran en el control de la epidemia, en su condición laboral, sin integrar su condición femenina en términos integrales, de allí que en el Estudio de Tercera Medición de Indicadores del Programa de Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la tuberculosis en el Perú⁷⁸ plantea que las trabajadoras sexuales cuestionan la falta de integralidad de la atención en los servicios de salud. Enuncian que la atención en PROCETSS se reduce estrictamente al control de ITS, no habiendo posibilidades de atención ginecológica que responda a sus problemas de salud sexual. Incluso el informe plantea que la visión de la mujer trabajadora sexual, se restringe a su quehacer laboral, no integrando sus necesidades de atención relacionadas a su vida sexual con sus parejas sentimentales. Sobre las segundas, mujeres gestantes, la preocupación fundamental es la transmisión vertical, sin reconocer las condiciones de vulnerabilidad específicas y atenderlas. Las terceras, las mujeres VVS, están atendidas en las dimensiones de atención y tratamientos. La dimensión de prevención positiva es limitada y la consideración de su vida sexual muchas veces es invisibilizada en los servicios de salud.

Participación de mujeres más vulnerables en el proceso de articulaciones regionales e internacionales

La participación de las organizaciones de mujeres resulta aún incipiente, por la falta de vinculación temática desde las organizaciones de mujeres y por la debilidad intrínseca de las poblaciones de TS vinculadas a sus condiciones de estigmatización, al ser una labor ejecutada en la mayor de las veces de forma clandestina y a las condiciones socio económicas de donde provienen las trabajadoras sexuales en mayor vulnerabilidad. De parte de las MVVS su participación viene siendo más consistente y en la medida que logren integrarse a una agenda mayor sus posibilidades de influir en política serán también mayores.

Conclusiones de las Metas 62, 63 y 64

- La desinformación, la falta de acceso a servicios, la escasas probabilidades de ejercer los derechos sexuales y reproductivos, continúan siendo la problemática de base en la extensión de la epidemia. A pesar de este reconocimiento, el predominio de las intervenciones (donde las hay), son todavía fragmentarias.
- Es evidente que el mapa identificado de vulnerabilidad sigue concentrado en población accesible y no da cuenta de los ámbitos en donde la explotación sexual y el tráfico están más presentes. Esto indica que el acceso que se tiene desde el vista sanitario, no está vinculado con otros sistemas de información, como por ejemplo, el de trata y explotación sexual
- En los últimos años, las intervenciones en poblaciones vulnerables, hay sido muy inestables, poco consistentes y basadas en poblaciones cautivas. No se ha avanzado en un sistema efectivo de identificación de nuevos casos. Los casos que se identifican son los que llegan por sí mismos a los servicios

⁷⁸ Realizado por C. Caceres y varios. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Marzo 2007., Informe Preliminar. Tercera Medición de Indicadores de los objetivos 2-4 del componente VIH.

- Hay un número importante de personas, que se ven expuestas a graves riesgos y a las que es prácticamente imposible acceder, como son las víctimas de trata y explotación sexual. También se hallan en este grupo, las víctimas de violencia sexual
- No hay información suficiente sobre las poblaciones vulnerables, a pesar de ello, se han identificado como grupos claves, los HSH y las TS. Sin embargo, esta amplia clasificación no es lo suficientemente clara, pues grupos identitarios como son las travesties, que según la información recogida, es la mas visiblemente afectada, aún no se conoce que está pasando con ellas, especialmente para quienes no están vinculadas al trabajo sexual.
- Los y las adolescentes en condiciones de vulnerabilidad, enfrentan serios problemas para tener acceso a los servicios. Aunque algunos servicios han tratado de adaptarse a las necesidades de las demandas, no es una característica general de los servicios, lo que dificulta el acceso
- Preocupa la orientación de los servicios, en el sentido de focalizar sus esfuerzos sólo en el TARGA, invisibilizando el conjunto de estrategias que son claves para la prevención y el involucramiento activo de los y las afectadas.
- El énfasis de un modelo de familia nuclear, con un enfoque tradicional, que privilegia ciertos roles de género, además de ser irreal a las situaciones específicas de las poblaciones involucradas, reproduce valores que distan en reconocer los derechos humanos de sus integrantes, no siendo espacios que pueden garantizar la necesaria protección y apoyo a las personas en situación de vulnerabilidad. Por ello el discurso y políticas estatales deberán sobrepasar esos estereotipos para reconocer y valorar asociaciones de convivencia que respeten los derechos de sus integrantes no importando las diversas características de conformación.
- Existe una ausencia notable del Estado, en el apoyo alimentario, la implementación de albergues, espacios de protección para niños y niñas afectadas, los pocos que existen, corresponden a iniciativas privadas, muy bien intencionadas pero con poca sostenibilidad.
- En las intervenciones dirigidas a las mujeres vulnerables, se evidencia una marcada fragmentación; medicamentos, pero no alimentos, atención de salud, pero no atención y prevención de la violencia, entre otros. que impide ver no sólo las necesidades integrales de desarrollo, sino que dificulta la atención de sus necesidades mas básicas que afecta su condición de salud y su capacidad de respuesta a la epidemia.
- Las mujeres aún no son el foco de atención de los problemas de salud, sino siguen siendo vistas como intermediarias. Aún no se comprende la necesidad de que es posible preservar la salud de la mujer, incorporando y promoviendo sus derechos sexuales y reproductivos.
- En cuanto a la participación de las mujeres afectadas por el VIH, hay un avance importante, lo cual también ha sido logrado por la influencia del Fondo Global, pero sus instancias de organización y representación, aún siguen siendo muy débiles y con escasa presencia en la toma de decisiones.
- La participación de las mujeres en las organizaciones aun adolecen de muchos problemas. No sólo está referido a la representatividad, sino también a los

mecanismos democráticos y participativos. Entre las dirigencias y las bases no se dan mecanismos de rendición de cuentas y las agendas, aún están mas sujetas a las intervenciones y proyectos, que a las necesidades de las propias mujeres.

- La participación real de las mujeres afectadas, es aún muy escasa y las propias organizaciones no han hecho muchos esfuerzos por extender sus acciones al conjunto de las mujeres, enfocándose principalmente a sus pequeños grupos..

Meta 65 Huérfanos

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

Alcance, adecuación y efectividad de programas específicos de soporte a huérfanos y niños infectados y afectados por el VIH

En relación a los niños ya afectados, si bien son un número reducido en términos poblacionales, es un grupo altamente vulnerable sobre el cual se vienen iniciando acciones desde MINSA, MIMDES y Sociedad Civil. Desde la Defensoría, si bien se han realizado algunas acciones, en este momento los esfuerzos empiezan a institucionalizarse, mediante una oficina creada recientemente desde octubre del año pasado, siendo priorizado el tema de niños viviendo con VIH. Asimismo, hace pocos días se instaló en Lima, la mesa de trabajo multisectorial de Niños y VIH SIDA, que integra a instituciones estatales y de sociedad civil.⁷⁹

En relación a los niños en situación de alta vulnerabilidad y directamente afectados, son pocas las acciones desplegadas para su atención y por el contrario el país no cuenta con albergues que puedan dar soporte a niños con VIH en situación de abandono. El instituto estatal encargado de ello, INABIF, dentro de la evaluación para la aceptación de un niño o niña en situación de abandono utiliza el criterio de no vivir con VIH ser portador de VIH, para lo cual toman la prueba de ELISA que de salir positiva se niega el ingreso⁸⁰, sin que esto signifique una referencia a otra institución, pues como se ha dicho el Estado no tiene una institución para ello.

Los niños y niñas huérfanos, infectados y afectado reciben apoyos parciales por Organizaciones No Gubernamentales y organizaciones de Iglesias. Los pocos albergues que aceptan niños viviendo con VIH son también instituciones de Iglesia, que brindan poca información y no son evaluados por las instituciones gubernamentales u otras instancias publicas, no se cuenta con información sobre la calidad de sus servicios.

Conclusiones

- Los programas e intervenciones dirigidos a los niños huerfanos, no sólo son incipientes, sino también muy fragmentarios. No hay programas específicos para esta población y lo que es peor, hay algunas disposiciones gubernamentales, como las del INABIF que discriminan a los niños afectados por el VIH

⁸⁰ Mesa Niñez y VIH, 2007

Meta 68 Mitigación de los Efectos Sociales y Económicos Susana

Para el 2003, evaluar los efectos sociales y económicos de la epidemia de VIH SIDA y elaborar estrategias multisectoriales para hacer frente a esos efectos en los planos individual, familiar, comunitario y nacional, elaborar y acelerar la ejecución de estrategias nacionales de erradicación de la pobreza para hacer frente a los efectos del VIH SIDA en los ingresos de los hogares, los medios de vida y el acceso a los servicios sociales básicos, prestando especial atención a las personas , las familias y las comunidades más gravemente afectadas por la epidemia.

Disponibilidad de datos o estudios sobre el impacto socioeconómico del VIH sobre las mujeres

El gobierno no ha generado, ni difundido estudios sobre el impacto socioeconómico del VIH en general y en específico en las mujeres. Esta limitación en la información generada por el gobierno, posiblemente se deba a dos situaciones que se detallan a continuación y que se retroalimentan mutuamente.

- La preeminencia del enfoque biomédico en el discurso sobre la epidemia, que afecta en el tipo de caracterización e interpretación de los problemas orientados fundamentalmente a la situación de Salud de los afectados. Las posiciones que intentan pensar la epidemia en relación a sus dimensiones sociales son aún minoritarias. Dentro de estas dimensiones sociales, en particular las dimensiones relacionadas al género. Siendo que un 1 de cada 4, según la OGE 1 de cada 3 personas con el virus son mujeres, sería de importancia conocer las condiciones individuales y familiares de las mismas, teniendo en cuenta que en la sociedad peruana aún prevalecen las inequidades sociales que las vuelven más vulnerables.
- Las prácticas de generación y difusión de información desde el gobierno son limitadas. No existe una práctica continua de difundir información a la sociedad civil desde los diversos sectores estatales. Siendo que se dio la ley de transparencia que obliga a las instituciones de sector público a difundir la información pública, esto se implementa de manera limitada.

Programas y acciones para mitigar los efectos sociales y económicos de la epidemia

Hasta el año 2005 se privilegió en el país el desarrollo de una respuesta de tratamiento integral a las personas afectadas, sin considerar la mitigación de efectos sociales. Es recién en el Proyecto presentado y financiado en la quinta ronda de convocatoria del Fondo Mundial que se incluyen objetivos específicos sobre la mitigación de los efectos sociales y se incluye un trabajo frontal destinado a combatir la estigmatización asociada a la vivencia de VIH. Aún es limitada la información sobre sus avances y menos aún sobre sus resultados

Así mismo, si bien se han hecho avances significativos en torno a l trabajo multisectorial, aún se visibilizan limitaciones en las acciones multisectoriales. La emergencia de la CONAMUSA donde participan Salud, Mujer y Desarrollo Social. Otro esfuerzo significativo fue la construcción del Plan Estratégico Multisectorial 2007 – 2011 para la prevención y control de las ITS Y VIH /SIDA realizado en el año 2006, impulsado por el Ministerio de Salud y donde otros sectores como Educación, Mujer y Desarrollo Humano y Trabajo también firmaron.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos por desarrollar una estrategia integral aún no se logran articular los proyectos para la reducción de la pobreza con los proyectos para la prevención del VIH, siendo reconocidas las relaciones entre pobreza y mayor vulnerabilidad a la enfermedad.

Conclusiones:

- La preocupación por la mitigación de los efectos sociales recientemente vienen siendo valorados y no precisamente por iniciativa del Estado, sino por el avance y la comprensión mas global de la problemática que se viene desarrollando en el Fondo Global.
- Las iniciativas para disminuir los efectos sociales, especialmente en relación a la no discriminación son esfuerzos aún muy aislados y aún no se cuenta con impactos de evaluación, Sin embargo, es importante reconocer las acciones de información que hay en torno a la no discriminación. En la última campaña del 1ro de diciembre, un conjunto amplio de organizaciones, agencias y el MINSA, ha desarrollado una campaña de sensibilización de alto impacto, lo cual, sin duda, es un avance muy importante pero que requiere compromisos adicionales, para lograr verdaderos cambios.

Meta 72- Investigación y Desarrollo

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

Alcance y calidad de los sistemas de vigilancia de los efectos colaterales de los ARV, desagregado por sexo y género.

No hay reportes públicos sobre efectos colaterales. Para tal efecto el Ministerio de Salud mediante Resolución Ministerial N° 1052-2004/MINSA, aprobó la Norma Técnica N° 023-2004-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica De Manejo de Antiretrovirales y Reacciones Adversas para el Médico de Atención Integral de las Personas Viviendo Con El VIH/SIDA", la misma que establece pautas par la atención de pacientes con VIH/SIDA y que acuden a los servicios de salud para su tratamiento.

La Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) del Ministerio de Salud, mediante la Alerta N° 020 - 2006 Conserjería Obligatoria en el uso de reactivos de autodiagnóstico para VIH/SIDA en donde comunica a los profesionales de la salud, instituciones, establecimientos farmacéuticos y responsables del suministro en el sector público y privado, y público en general.

En lo que se refiere al seguimiento de los efectos colaterales de los medicamentos, no se difunde a la sociedad civil los resultados del reporte y seguimiento. Siendo que DIGEMID genera un reporte sobre las reacciones adversas a los medicamentos TARGA.

En este acápite se hace cada vez más necesario articular el trabajo del MINSA con ESSSALUD (seguro social) y Fuerzas armadas y policiales, con el objetivo de estandarizar protocolos de atención y tratamiento.