

REPORTE DE DERECHOS
HUMANOS DE LAS MUJERES
2006

Las Mujeres Positivas

LA SITUACIÓN DE LAS MUJERES VIVIENDO
CON VIH/SIDA EN EL PERÚ

ISBN: 9972-610-87-X

Depósito Legal: 2006-11448

© **CMP Flora Tristán**

Lima, 2006

Parque Hernán Velarde N° 42 Lima 1 Perú

Teléfonos: (51 1) 4332765 / 4339060 / 4332000

Fax: (51 1) 4339500

Correo: postmast@flora.org.pe

Web: www.flora.org.pe

Con el auspicio de la Fundación Ford

Programa de Derechos Humanos de las Mujeres del CMP Flora Tristán

Coordinación: Ivonne Macassi León

Investigación: Susel Paredes Piqué

Edición y estilo: Liliana Zunic

Carátula:

Diagramación de Marisa Godínez en base a "camiseta intervenida" por Christian Bendayan en el marco del proyecto "Experiencia: Arte contra el Estigma y la Discriminación", Intervención Artística Vivo con VIH 2005.

Proyecto Sexualidades, Salud y Derechos Humanos en América Latina, UPCH.

DEDICATORIA

*Para María Esther "Maritere", en recuerdo de su
activismo, su compromiso y sus hermosos ojos
verdes.*

Presentación

El Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán presenta el *Reporte de Derechos Humanos 2006: Las mujeres positivas*, con la finalidad de contribuir a la construcción de políticas y normas democráticas e inclusivas que garanticen el pleno ejercicio de los derechos humanos de las mujeres viviendo con VIH/ SIDA en el Perú.

Con este informe se busca aportar al conocimiento y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres viviendo con VIH/SIDA, y ser una herramienta para la exigencia del cumplimiento de las leyes vigentes y convenios internacionales que, al haber sido ratificados por el Estado peruano, son parte del ordenamiento jurídico interno. Tal es el caso de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer-CEDAW, y la Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer-«Convención de Belem do Pará».

El informe analiza seis aspectos claves: la feminización de la epidemia; los derechos humanos de las personas viviendo con VIH/ SIDA, con énfasis en los derechos humanos de las mujeres; los problemas que recortan la ciudadanía de las mujeres viviendo con VIH/SIDA; sus derechos reproductivos; la sostenibilidad de los tratamientos después del 2007; y el empoderamiento de estas mujeres para la reafirmación de sus derechos y el logro de una vida con calidad.

Para la realización de este documento se ha utilizado información oficial existente, la proporcionada por los organismos no gubernamentales que trabajan en el tema, y la brindada por las propias mujeres afectadas por el VIH/SIDA, con la finalidad de reflejar de la forma más adecuada posible la real situación de sus derechos humanos.

Agradecimientos

Agradecemos los valientes testimonios de las mujeres viviendo con VIH que significaron una fuente fundamental en la elaboración de este reporte sobre la situación de sus derechos humanos.

Agradecemos, también, a Sonia Borja, Rocío Carril, Sonia Parodi y Gloria Ypanaqué, por sus fundamentales aportes, así como a Ana Teresa Rodríguez y Gracia Aljovín por la lectura crítica al documento.

Indice

Presentación	7
Agradecimientos	13
I. Introducción	15
II. La feminización de la epidemia	19
2.1 La epidemia desde lo global	19
2.2 La epidemia en el Perú	20
2.3 Las mujeres y el VIH/SIDA	23
III. Los Derechos Humanos de las Personas viviendo con VIH/ SIDA	29
3.1 Instrumentos internacionales	30
3.1.1 Declaración Universal de los Derechos Humanos	30
3.1.2 Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre	31
3.1.3 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	31
3.1.4 Los Objetivos de Desarrollo del Milenio	31
3.1.5 Sesiones Especiales de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNGASS)	32
3.1.6 Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, CEDAW	33
3.1.7 Convención Interamericana para Prevenir, Erradicar, y Sancionar la Violencia Contra la Mujer (Convención de Belem do Pará)	34

3.1.8	Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, realizada en El Cairo del 5 al 13 de septiembre de 1994	35
3.1.9	Plataforma de Acción de Beijing	37
3.2	Legislación Nacional	39
3.2.1	La Constitución Política del Perú de 1993 y el derecho a la salud	39
3.2.2	Ley 26626, del 16 de junio del 1996 – Ley marco sobre VIH/SIDA en el Perú	43
3.2.3	Ley 28243, del 1 de junio del 2004, que garantiza el acceso a tratamiento con antirretrovirales en los hospitales públicos.	44
3.2.4	El Plan Nacional de Derechos Humanos	47
3.2.5	Los delitos contra la Salud Pública.	49
IV.	Vivir con VIH/SIDA: mujeres con ciudadanía recortada	51
4.1	Estigma y discriminación	51
4.2	Cuando el machismo mata	55
4.3	El derecho a una vida sexual saludable y libre de violencia	58
4.4	Las mujeres que tienen sexo con mujeres en la epidemia	61
V.	Los derechos reproductivos de las mujeres viviendo con VIH/SIDA	65
5.1	El derecho a la maternidad	66
5.2	La transmisión vertical	68
5.3	Obligatoriedad de la prueba a mujeres gestantes	70
VI.	Y después del 2007, ¿qué?	75
VII.	El empoderamiento de las mujeres viviendo con VIH/SIDA	77
VIII.	Conclusiones	81

IX.	Recomendaciones	83
X.	Bibliografía	85
XI.	Anexos	89
	Anexo I	89
	Directorio de Organizaciones de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA en el Perú	
	Anexo II	90
	Declaración de Panamá 2006 Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA (ICW LATINA)	
	Anexo III	91
	Situación del VIH/SIDA en el Perú Boletín Epidemiológico Mensual Setiembre 2006	

I. Introducción

El estigma y la discriminación que deben enfrentar las personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS) son enormes. En una sociedad hipócrita y prejuiciosa como la peruana todavía se relaciona el hecho de vivir con VIH/SIDA a conductas “moralmente reprobables” debido a la asociación que se hace con la forma más frecuente de transmisión de la enfermedad, que es la vía sexual. Esta imagen está impregnada de homofobia, del estigma y la marginación impuestos a mujeres y hombres por su orientación sexual o por el ejercicio de la prostitución. Pero no refleja la realidad de la evolución de la epidemia, que progresivamente se extiende a sectores de la población no incluidos en la clasificación de «grupos vulnerables».

La marginación y el señalamiento social sobre las personas viviendo con VIH/SIDA afectan distintos ámbitos de su vida, interrumpen y lesionan su relación con el entorno social, y el ejercicio mismo de sus derechos. Es decir, las PVVS se encuentran actualmente en una situación de ciudadanía recortada. Este reporte tiene la intención de visibilizar las violaciones a los derechos humanos de las personas viviendo con VIH, poniendo énfasis en la situación específica de las mujeres.

La influencia de los medios de comunicación en la construcción de la mitología estigmatizante es fundamental. Hagamos un poco de historia sobre el tratamiento del virus del VIH y el SIDA en los medios de comunicación.

En los años ochenta aparecen titulares escandalosos y claramente discriminatorios en diarios, revistas, noticieros y programas de radio: “el cáncer gay”, “la peste rosa” fueron las denominaciones para el SIDA. Las noticias sobre la muerte del actor de cine Rock Hudson, bajo la entonces llamada “peste rosa”, canibalizaron cruelmente su vida para develar la orientación sexual de un *sex symbol* hollywoodense que se vio obligado a llevar una doble vida para conservar su lugar como estrella de cine.

De esta manera se implanta en la opinión pública la relación homosexual = SIDA, asociación que incluye el desprecio por las personas que presentaban una orientación homosexual y que resulta siendo la justificación para la exclusión y discriminación de las PVVS.

El 24 de noviembre de 1991 fallece, también víctima del SIDA, Freddy Mercury, vocalista de *Queen*, uno de los grupos de rock más importantes del siglo XX. Nuevamente los diarios sensacionalistas promovieron el escándalo. Sin embargo, en esta ocasión una serie de artistas se movilizaron para sensibilizar a la sociedad sobre un problema de salud que podía afectar a cualquier persona. El concierto en homenaje a Freddy Mercury fue un canto a la libertad del artista, quien jamás ocultó su orientación sexual.

En el Perú, los primeros casos de muerte por SIDA se registraron en la primera mitad de los años ochenta. En ese tiempo, la discriminación y estigma se encontraban en un nivel muy alto. Las personas afectadas ocultaban su diagnóstico, los familiares de los fallecidos negaban tajantemente la causa real de su muerte, incluyendo casos en los que se expulsaba a los amigos de los velorios cuando traslucían algún comportamiento de orientación homosexual.

En la década de los noventa, ocurrió un hecho que conmocionó al público. Ernesto Pimentel actor, conocido como la “Chola Chabuca”, era una PVVS. Los titulares que especulaban sobre si tenía o no la enfermedad eran escandalosos, los programas de televisión de espectáculos hicieron una feria de los horrores con los rumores. Frente a esto, Pimentel asumió el desafío y respondió con la verdad. Inició su activismo declarandose como PVVS, a partir de entonces, participa en la tarea de la prevención y lucha contra el VIH/ SIDA.

Al inicio de la epidemia, las PVVS participaban en actividades públicas con pasamontañas, (máscara de lana) y mantenían su diagnóstico en el más profundo secreto. La mayoría de los testimonios se daban de espaldas o a contra luz con el fin de proteger la identidad. Desde entonces, el escenario ha cambiado mucho, existen muchos grupos de ayuda mutua a nivel nacional y organizaciones que los representan. La participación de las PVVS en los proyectos de prevención, acceso a tratamiento y vigilancia es fundamental.

La lucha contra el estigma y la discriminación es protagonizada por personas viviendo con VIH/SIDA y por activistas que acompañan la causa. Un ejemplo de la intervención de este movimiento emergente es su participación en la lucha contra la firma del Tratado de Libre Comercio debido al potencial incremento del costo del tratamiento antirretroviral.

Romper con la mitología estigmatizante implica reconocer que existen PVVS con hábitos responsables en sus vidas, contribuyentes que pagan puntualmente sus impuestos, y personas monógamas. Desmontar todo este conjunto de mitos, implica asumir que esta condición de salud no es exclusiva de un determinado grupo de personas. El Informe 2004 sobre la Epidemia Mundial del Sida, producido por ONUSIDA, llama la atención sobre un estudio realizado

en Lima, según el cual casi el 90% de las mujeres embarazadas infectadas con el virus sólo habían tenido una o dos parejas sexuales a lo largo de su vida.¹ Las estadísticas oficiales registran un aumento significativo del número de casos notificados de mujeres con SIDA en el Perú. Sin embargo, no se publican datos desagregados por sexo sobre casos de VIH y, en general, es poco lo que se conoce sobre las mujeres viviendo con VIH/SIDA en el país.

El presente informe es una exploración desde la perspectiva de los derechos humanos de las mujeres; presenta una visión general de la situación y la creciente feminización de la epidemia. El tercer capítulo está referido a la situación de la normatividad actual de cumplimiento obligatorio para el Perú –que incluye compromisos internacionales suscritos por el Estado y legislación nacional. Los siguientes tres capítulos recogen, principalmente a través de los testimonios de mujeres viviendo con VIH/SIDA, algunos de los problemas que enfrentan en el ejercicio de sus derechos.

Las primeras organizaciones de mujeres viviendo con VIH/SIDA se formaron en la segunda mitad de los años noventa. Progresivamente hacen oír su voz en diferentes espacios. Luchan, como muchas otras mujeres en el Perú y en el mundo, por tener voz y representación en los asuntos que les conciernen, por su derecho al empleo digno, a la atención de salud adecuada y sin prejuicios, a una vida sexual saludable y libre de violencia, y por sus derechos reproductivos.

¹ ONUSIDA.
Informe sobre la epidemia mundial 2004.
Ginebra:
ONUSIDA,
2004.

II. La feminización de la epidemia

*bloqueo/alzheimer/
hiroshima/otan/sida
no fue un buen siglo*

MARIO BENEDETTI

2.1 La epidemia desde lo global

El estado actual de la epidemia en el mundo es alarmante. A pesar de la enorme cantidad de recursos invertidos a nivel mundial, el saldo no parece ser positivo.

Las cifras a nivel global son verdaderamente dramáticas, el avance de la epidemia es sistemático y sostenido. Es importante tomar en consideración la cobertura geográfica, que revela una alta incidencia en los países más pobres del mundo. En este sentido la relación pobreza y avance de la epidemia es directamente proporcional.

“Aparte de los 25 millones de personas que habían muerto de SIDA para finales de 2005, en la actualidad existen por lo menos 40 millones de personas infectadas con el VIH. Se estima que 4.9 millones contrajeron el virus, en 2005 (el 95% de ellos en el África

subsahariana, Europa Oriental y Asia) y, si bien en algunos lugares se ha mitigado la epidemia, en otros se está elevando. El África subsahariana es la región más afectada del mundo. Más africanos mueren de enfermedades relacionadas con el SIDA que de cualquier otra causa. Sudáfrica tiene el mayor número de personas con el VIH (entre 4.5 y 6.2 millones). Swazilandia tiene el nivel más alto de prevalencia de VIH entre la población adulta: más del 38% de los adultos están infectados por el VIH.”²

En América Latina, el escenario no es menos dramático, el número de personas viviendo con VIH y la muerte de personas relacionadas con el SIDA se incrementa progresivamente. Los esfuerzos desde los Estados y la sociedad civil son insuficientes en algunos casos y, en otros, tienen perspectivas que no atacan el problema adecuadamente por lo que no se logran los resultados esperados. En la región, 1.800.000 personas viven con el VIH. En el 2005 se han presentado 200.000 nuevas infecciones. La prevalencia en porcentajes de adultos infectados es de 0,6 % y se han producido en ese mismo año 2005, 66.000 muertes de SIDA³.

² Lamptey R., Peter, Jami L. Johnson y Marya Khan. “La problemática mundial del VIH y el SIDA”, *Population Bulletin* 61, N°. 1. Washington, DC: Population Reference Bureau, 2006, Pág. 3.

³ *Ibid.*, Pág. 3.

2.2 La epidemia en el Perú

El Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 para la Prevención y Control de las ITS y VIH/SIDA en el Perú, tiene como función guiar las acciones contra el VIH/SIDA del sector gubernamental, sector no gubernamental y de la cooperación internacional en ese período.

En este documento se expone la situación, magnitud y evolución de la epidemia de VIH/SIDA en el Perú. Según datos oficiales de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud, al 31

de enero de 2006, se registraron 18059 casos de SIDA Y 24449 casos de VIH notificados. “La mayoría de los casos proceden de las ciudades y departamentos con mayor concentración urbana de la costa y de la selva (Lima-Callao, Loreto, Lambayeque, La Libertad, Ucayali, Arequipa, Junín, Piura, Ancash) y su diseminación correlacionada con la mayor densidad poblacional y los flujos migratorios: Lima y callao contienen el 73% de los casos registrados”⁴.

Partiendo de la clasificación que hizo el Banco Mundial en 1997, el caso del Perú se define como **epidemia concentrada**: “Esto Implica que la infección por VIH se encuentra mayoritariamente en ‘algún o algunos grupos’ teniendo en éstos prevalencias mayores al 5%. También implica que las gestantes presentan prevalencias menores al 1%. Estos grupos de prevalencia son (como sucede en el Perú) los grupos de Hombres que tienen sexo con otros Hombres (HSH). Esto implica, además que la forma de transmisión del VIH en países con epidemias concentradas, como el Perú, es casi exclusivamente sexual. Para ilustrar esto, las prevalencias de VIH obtenidas por la vigilancia centinela 2002 se estimaban en HSH en 13.7% y en mujeres embarazadas en 0.21%”⁵.

Sobre la situación de la salud en nuestro país, el Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 para la Prevención y Control de las ITS y VIH/SIDA en el Perú reconoce que “Actualmente en el país, subsisten importantes barreras al acceso de la población a los servicios de salud. Aproximadamente un 20% de la población del país tiene posibilidades de acceder a los servicios del seguro social (EsSALUD), sólo el 12% accede a los servicios privados y 3% es atendido por la Sanidad de las Fuerzas Armadas (FFAA) y de la Policía Nacional del Perú (PNP). El otro 65% depende de los servicios

⁴ CONAMUSA, Ministerio de Salud, ONUSIDA, Proyecto Vigía, *Plan Estratégico Multisectorial VIH/SIDA 2007-2011 para la Prevención y Control de las ITS y VIH/SIDA*, 2006, Pág. 7. Disponible en www.minsa.gob.pe

⁵ *Ibid.*, Pág. 7

públicos de salud, aunque se estima que entre un 20 a 25% del total no tiene posibilidades de acceder a ningún tipo de servicio de salud. Entre las barreras que impiden o limitan dicho acceso se encuentran las económicas, geográficas, culturales y las relacionadas a los prestadores y servicios de Salud”⁶. Desde una perspectiva relativamente optimista considera posible que un porcentaje significativo de PVVS estaría cubierto por EsSALUD, aunque reconoce que la enfermedad “dificulta la continuidad laboral de las personas PVVS con las consecuencias de desprotección que esto acarrea”⁷.

La estrategia del sector salud está dirigida a grupos considerados vulnerables – inicialmente los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) y trabajadoras sexuales (TS)⁸ – y ha incluido en los últimos años a las mujeres gestantes para evitar la transmisión vertical (madre-hijo). Sobre la clasificación de grupos vulnerables es interesante la observación incluida en el Informe 2005 elaborado por el Movimiento Homosexual de Lima (MHOL), “Sin embargo debe precisarse que la categoría HSH muestra algunas limitaciones, si tomamos en cuenta la invisibilidad de las identidades, sensibilidades y diferencias que se impone sobre la diversidad sexual y de género. Igualmente, oculta importantes diferencias, a partir de las identitarias, pues no distingue a las poblaciones que se dedican al comercio sexual y otras que destacan por sus ocupaciones y/o edades. En este sentido, la categoría sólo constituye un mecanismo instrumentalizado y abarcador para el acopio de información y datos estadísticos”⁹. Por tanto, continúa, “podemos afirmar que en Lima, casi el 30% de los casos registrados corresponden a personas que son de la comunidad gay, travesti, transgénero, transexual y bisexual, todas ellas agrupadas bajo la referida categoría de HSH. En cambio, la prevalencia de las trabajadoras sexuales es de 0.49%”¹⁰

⁶ *Ibid.*, Pág. 6.

⁷ *Ibid.*, Pág. 6.

⁸ Categoría epidemiológica otorgada por la Organización Mundial de la Salud y ONUSIDA

⁹ Bracamonte Allain, Jorge y Rolando Álvarez Chávez, Editores, *Situación de los derechos humanos de lesbianas, trans, gays y bisexuales en el Perú*. Lima: MHOL, 2006, Pág. 50.

¹⁰ *Ibid.*, Pág. 51.

Sin embargo, también existen opiniones que señalan que no se trata de grupos poblacionales de riesgo, sino de conductas de riesgo. El aumento del número de mujeres con SIDA en relación a los hombres – y trabajos de investigación que apuntan a que existen mujeres infectadas que no han tenido más de una o dos parejas sexuales –es una realidad que no se traduce en estrategias específicas, como tampoco se desarrollan estrategias de prevención dirigidas a incrementar la percepción del riesgo en la población en general.

2.3 Las mujeres y el VIH/SIDA

El rostro de la epidemia se ha transformado progresivamente. Aunque en los primeros años la proporción de hombres viviendo con VIH/SIDA era mayoritaria, con el tiempo esta situación ha ido cambiando. “Si bien los hombres fueron los más afectados al comienzo de la epidemia, los índices de nuevas infecciones entre las mujeres ahora superan a los hombres, especialmente en países donde las mujeres viven en pobreza y con una condición social relativamente baja. En el África subsahariana las mujeres representan el 57% de los adultos con VIH”¹¹. De acuerdo a la información de ONUSIDA, “en todo el mundo, están viviendo con el VIH 17,3 millones de mujeres de edad igual o superior a 15 años; o sea, el 48% del total mundial”¹².

En nuestro continente, el caso de República Dominicana muestra dramáticamente la progresión de la feminización de la epidemia. Un reporte de Human Rights Watch da cuenta de esta situación: “El VIH/SIDA es la causa principal de la mortalidad de mujeres en edad reproductiva, definida como las mujeres entre quince y cuarenta y nueve años. A finales del 2001, mujeres en ese grupo de edad constituían el 51 por ciento de la población viviendo con VIH o

¹¹ Lamptey R., Peter, Jami L. Johnson y Marya Khan, “La problemática mundial del VIH y el SIDA”, *Population Bulletin* 61, N°. 1. Washington, DC: Population Reference Bureau, 2006, Pág.5.

¹² ONUSIDA. *Mantener la promesa: un programa para la acción sobre la mujer y el SIDA*, 2005. Disponible en: www.unaids.org.

SIDA en la República Dominicana. La proporción de mujeres es mayor en los casos que se infectaron recientemente. ONUSIDA estima que más del 70 por ciento de las nuevas transmisiones de VIH ocurren en relaciones sexuales heterosexuales, lo que hace pensar que la proporción de mujeres viviendo con VIH o SIDA tenderá a crecer.”¹³ En este país se produjeron serias violaciones a los derechos humanos de las mujeres, imponiendo pruebas de despistaje de VIH/SIDA en el sector turismo y en las zonas francas, además de casos de discriminación laboral por vivir con VIH/SIDA. Otro problema fue la divulgación no autorizada de los resultados de las pruebas y procedimientos médicos.

En el Perú, desde los inicios de la epidemia, el número de casos notificados de mujeres con SIDA ha aumentado constantemente. En 1990 se registraron sólo 33 de mujeres con SIDA. En el transcurso de los años éstos aumentan progresivamente. En 1993 se registraron 102 y en 1994, 150 casos de mujeres. Pero, es a partir de 1995, en que se notificaron 222 casos, que el número por año no vuelve a bajar de doscientos; por el contrario el número tiende a aumentar.

“...el perfil de la epidemia entre los hombres y las mujeres ha mostrado cambios importantes en la medida que se ha reducido la razón hombre-mujer, desde 14 a 1 en 1990 hasta un nivel estable de 3 a 1 que ha mantenido en los últimos 8 años. Así tenemos que el índice fue de 2.5 en el 2001, 3.4 en el 2004 y de 2.8 en el 2005. Esta razón nos muestra que, aunque ha disminuido, la notificación de casos es mayoritariamente debido a casos en varones”.¹⁴

Conforme fue avanzando la epidemia su rostro fue cambiando, debemos tomar en cuenta que la situación de la mujer en la sociedad la pone en situación de vulnerabilidad respecto de muchos ámbitos de su vida, uno de ellos es su salud.

¹³ Mollmann, Marianne, *Una prueba de desigualdad, Discriminación contra mujeres viviendo con VIH en la República Dominicana*, Human Rights Watch, julio 2004. Pág.13.

¹⁴ CONAMUSA, Ministerio de Salud, ONUSIDA, Proyecto Vigía. *Plan Estratégico Multisectorial VIH/SIDA 2007-2011 para la Prevención y Control de las ITS y VIH/SIDA*. Lima, 2006, Pág. 8. Disponible en www.minsa.gob.pe

Esta situación de vulnerabilidad ya fue advertida por el Comité de la Convención para eliminar todas las formas de discriminación contra la mujer, órgano de vigilancia para su cumplimiento: “Igualmente, destaca la insuficiente educación sexual y la limitada difusión, acceso y oferta de todos los métodos anticonceptivos especialmente entre los sectores más vulnerables de población: las mujeres indígenas y las y los adolescentes. Del mismo modo, llama la atención sobre el incremento de la tasa de contagio del VIH/SIDA entre mujeres, en particular entre las jóvenes”¹⁵. También ha sido subrayada en instrumentos internacionales como el Plan de Acción de la CIPD, la Plataforma de Acción de Beijing, la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA y la Declaración del Milenio.

El primer problema es biológico. “La mujer es más vulnerable porque la zona de exposición al virus durante la relación coital es de mayor superficie en la mujer y porque la carga viral es mayor en el semen que en los fluidos vaginales que se ponen en contacto al mantener relaciones sexuales.”¹⁶

“Socialmente, las mujeres del tercer mundo siguen teniendo menor acceso a la educación y al ingreso económico, tienen mayor dependencia de los varones y menos posibilidades de acceder a información y servicios adecuados de salud. Culturalmente el machismo que perpetúa situaciones de inequidad entre varones y mujeres dificulta que la mujer pueda negociar prácticas de sexo más seguro con sus parejas. Mención especial merece dentro de este aspecto la violencia basada en género o violencia contra las mujeres, quienes muchas veces son forzadas a tener relaciones sexuales.”¹⁷

La violencia hacia la mujer produce múltiples efectos negativos en su vida, en lo personal, productivo-laboral, social, y en la salud:

¹⁵ Paredes Piqué, Susel y Carolina Ruiz Torres. *Derechos Humanos de las mujeres, Informe 2005-2006*. Lima: Ediciones Flora Tristán, 2006, Pág.16.

¹⁶ Vereau, Dorina. “Mujeres, VIH y SIDA”, en *Boletín Informativo N° 14*, Lima: Red Sida Perú, enero 2005, Pág. 3.

¹⁷ *Ibíd.*, Pág. 3

baja autoestima, depresión, dependencia emocional, sentimientos ambivalentes, embarazos no deseados, abortos espontáneos o provocados, desarrollo de conductas nocivas para la salud (alcoholismo, tabaquismo, drogadicción), desordenes en la alimentación (bulimia y anorexia) y enfermedades de transmisión sexual: ya que existe el riesgo de contagio de ITS infecciones de transmisión sexual, cuando la víctima es forzada a mantener relaciones sexuales sin protección.¹⁸

Las estadísticas de la Policía Nacional del Perú para el año 2005, recopiladas por la Oficina de Planificación de la VII DIRTEPOL¹⁹, muestran que, de 44,270 denuncias por violencia familiar, 66% correspondió a violencia física y 34% a violencia psicológica. Del total de las mujeres víctimas de violencia familiar, 38% son amas de casa, 19% son comerciantes y 10% son profesionales, por lo que se puede concluir que la violencia familiar existe en todos los niveles socioeconómicos. Otro dato fundamental, es la relación con los agresores: 30% señaló como agresor a su esposo, 42% a su conviviente, 5% a su ex esposo y 8% a su ex conviviente.

Existe un vínculo importante entre la feminización de la epidemia y la violencia basada en el género. En un contexto de violencia en la relación de pareja, la negociación sobre las relaciones sexuales y el uso del condón se hace muy difícil y, en algunos casos, resulta imposible. Sin contar los casos de violación sexual, donde no existe opción.

“Los desequilibrios de poder entre los géneros hacen que sea difícil para las mujeres negociar prácticas sexuales más seguras con sus parejas, y la dependencia económica y el temor a la violencia puede forzarlas a aceptar tener sexo sin protección.”²⁰

¹⁸ Movimiento Manuela Ramos, CMP Flora Tristán. *Manual sobre violencia familiar y sexual*. Lima: Movimiento Manuela Ramos, 2004, Pág. 28.

¹⁹ Dirección Territorial de la Policía Nacional del Perú

Si bien la situación general de las personas viviendo con VIH/SIDA, mujeres y hombres, son similares en su gravedad, los testimonios de las mujeres entrevistadas para esta investigación permiten ver que el machismo subsiste; muchas veces los hombres que saben que tiene la infección se lo ocultan a su pareja.

En la sociedad peruana existe un desequilibrio en la distribución del poder entre géneros, pero las mujeres poco a poco han logrado conquistar sus derechos, fue un logro estudiar en las universidades, ejercer sus profesiones, y votar para elegir a sus autoridades y ser elegidas.

Sin embargo, todavía existen casos en que las remuneraciones de mujeres son inferiores a las de los varones, aunque desempeñen el mismo cargo; la contratación de mujeres en edad reproductiva tiene barreras y algunos empleadores prefieren contratar varones, a fin de no pagar los costos de las licencias de maternidad.

Ante esta situación de inequidad entre hombres y mujeres, se ha elaborado, desde el Estado peruano y con la participación de la sociedad civil, el “Plan Nacional de igualdad de oportunidades entre mujeres y varones 2006 – 2010”²¹ que tiene la siguiente visión: “El Estado garantiza la equidad de género, es decir, la igualdad de oportunidades entre mujeres y varones y la efectiva protección de los derechos humanos y el pleno desarrollo de las potencialidades y capacidades individuales y colectivas, de manera coordinada y concertada con la sociedad civil.”

Uno de los enfoques necesarios para enfrentar la epidemia y su progresiva feminización, es el enfoque de género que “plantea modificar las relaciones de poder que afectan a las mujeres, erradicar toda forma de violencia basada en género, asegurar su acceso a

²⁰ Waldorf, Lee. *Camino a la igualdad: CEDAW, Beijing y los ODM*. México: UNIFEM, 2005, Pág. 30.

²¹ En www.mimdes.gob.pe

recursos, servicios de salud y educación, acciones positivas para fortalecer su participación política y en la toma de decisiones”²². La feminización de la epidemia del VIH/SIDA es uno de los grandes desafíos y tareas pendientes.

²² [Plan Nacional de igualdad de oportunidades entre mujeres y varones 2006-2011](#), en www.mimdes.gob.pe

III. Los derechos humanos de las personas viviendo con VIH y sida

El derecho a la salud, los derechos de las personas viviendo con VIH/SIDA y los derechos específicos de las mujeres han sido reconocidos y consagrados en distintos convenios, tratados y normas internacionales y nacionales. En este capítulo presentamos un breve recuento de los principales instrumentos. Sin embargo, también estoy mencionando especialmente aquellos de carácter vinculante cuyo cumplimiento es obligatorio dentro de nuestro sistema jurídico.

Es importante destacar que el sistema jurídico peruano reconoce la validez de los instrumentos normativos que suscribe y ratifica como miembro de la comunidad internacional – principalmente Naciones Unidas y la Organización de Estados Americanos. Esto quiere decir que adquieren carácter vinculante, de cumplimiento obligatorio.

Rubio Correa²³ refiere sobre los instrumentos internacionales que “Todos estos dispositivos, son normas obligatorias en el Perú. Ocurre sin embargo que, como la inmensa mayoría de ellos requiere de inversiones enormes y fuera del alcance de la sociedad y del Estado,

²³ Rubio Correa, Marcial. *Estudio Político de la Constitución de 1993*. Tomo II. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú, 1999, Pág.89.

se deben desarrollar progresivamente. Pero este *desarrollar progresivamente* quiere decir que siempre se debe hacer el esfuerzo de avanzar y no es una justificación para no hacer todos los esfuerzos que sean posibles en cada oportunidad. Este celo cabe, en primer y fundamental lugar, al Estado y su gobierno”.

3.1 Instrumentos internacionales

3.1.1 DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS

Adoptada y proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 217 A (III), del 10 de diciembre de 1948. Señala en el artículo 22: “Toda persona, como miembro de la sociedad tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada estado, la satisfacción de los derechos económicos sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad”.

El artículo 25 consagra el derecho a la salud: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, **la salud y el bienestar**, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, **la asistencia médica** y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social”.

3.1.2 DECLARACIÓN AMERICANA DE DERECHOS Y DEBERES DEL HOMBRE

Aprobada por los Estados miembros de la Organización de Estados Americanos en Bogotá, Colombia, en mayo de 1948. Estipula sobre el derecho a la salud en su artículo XI, que “Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”.

3.1.3 PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES

Aprobado en 1966 en Naciones Unidas, ratificado por el Perú en 1978.

El Pacto establece en el artículo 12: “1.- Los Estados Partes en el Presente pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2.- Entre las medidas que deberán adoptar los Estado Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.”

3.1.4 LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

En septiembre del año 2000 se realizó la Cumbre del Milenio de Naciones Unidas. Esta reunión a nivel de jefes de Estado produjo

una Declaración en la que 189 países se comprometieron a establecer objetivos y metas con plazos definidos para combatir la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación del ambiente y la discriminación contra la mujer. Estos acuerdos se reflejan en los Objetivos del Milenio, que incluyen ocho temas; uno de ellos es el VIH/SIDA, y los compromisos son los siguientes:

Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades

Meta 7. Haber detenido y comenzado a reducir para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA

Indicador 18. Tasa de morbilidad del VIH entre las embarazadas de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años.

3.1.5 SESIONES ESPECIALES DE LA ASAMBLEA GENERAL DE LA NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA (UNGASS)

En junio de 2001, Jefes de Estado y representantes del Gobierno se reunieron en el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de la Naciones Unidas (UNGASS) sobre el VIH/SIDA. Los Estados Miembros aprobaron por unanimidad la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA, en la que se establece un marco global para alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio de contener la epidemia e invertir su curso para el año 2015.

La Declaración no es un acuerdo vinculante. Es un documento que tiene como objetivo guiar y asegurar la acción, el apoyo y los recursos para el cumplimiento del Objetivo de Desarrollo del Milenio correspondiente.

La Declaración reconoce en varios acápite y artículos la necesidad de dar especial atención a las mujeres y niñas como grupos

desproporcionadamente afectados por el VIH/SIDA, y plantea, en el artículo 59, la necesidad de “elaborar y acelerar la aplicación de estrategias nacionales que: promuevan el adelanto de la mujer y su pleno disfrute de todos los derechos humanos; promuevan la responsabilidad compartida de hombres y mujeres para asegurar relaciones sexuales sin riesgo; capaciten a la mujer para controlar y decidir de manera libre y responsable las cuestiones relativas a su sexualidad a fin de aumentar su capacidad de protegerse contra la infección por el VIH”.

3.1.6 CONVENCIÓN SOBRE LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER, CEDAW

Suscrita por el Perú el 23 de julio de 1981, y ratificada el 20 de agosto de 1982.

Sobre el derecho a la salud, la CEDAW dispone en el artículo 12 “1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive a los que se refieren a la planificación de la familia. 2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia”.

En concreto respecto del VIH/SIDA, señala: Evitar la discriminación contra las mujeres en estrategias nacionales para la prevención y control del VIH/SIDA (Recomendación General N° 15).

La Convención incluye otras disposiciones que se pueden aplicar a la lucha contra la epidemia, ya que están relacionadas con la desigualdad de género que pone a las mujeres en situaciones de desventaja y vulnerabilidad:

- Eliminar estereotipos y prácticas sociales y culturales basados en la desigualdad de género (artículo 5.a).
- Eliminar todas las formas de violencia de género contra las mujeres (Recomendación general N° 19).
- Eliminar la discriminación contra las mujeres para asegurar los mismos derechos para hombres y mujeres en el trabajo (artículo 11).
- Asegurar que hombres y mujeres tengan los mismos derechos legales en relación a contratos y propiedades (artículo 15).
- Asegurar la igualdad entre hombres y mujeres en el matrimonio y la vida familiar (artículo 16).
- Asegurar a las mujeres su derecho a participar en la formulación e implementación de políticas gubernamentales y a ocupar cargos públicos y desempeñar funciones públicas en todos los niveles de gobierno (artículo 7.b).

3.1.7 CONVENCIÓN INTERAMERICANA PARA PREVENIR, ERRADICAR, Y SANCIONAR LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER (CONVENCIÓN DE BELEM DO PARÁ)

Aprobada por la Asamblea General de la OEA en 1994, y ratificada por el Perú en 1996, esta Convención es el referente principal del

sistema interamericano en la lucha contra la violencia hacia la mujer. Los artículos pertinentes a este tema son los siguientes:

Artículo 4. Toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce ejercicio y protección de todos los derechos humanos. Comprenden, entre otros:

- a. el derecho a que se respete la vida;
- b. el derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral...

Artículo 5. Toda mujer podrá ejercer libremente y plenamente sus derechos civiles, políticos, económicos sociales y culturales y contará con la total protección de esos derechos consagrados en los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos. Los Estados Partes reconocen que la violencia contra la mujer impide y anula el ejercicio de esos derechos.

Artículo 6. El derecho de toda mujer a una vida libre de violencia incluye, entre otros:

- a. el derecho de la mujer a una vida libre de toda forma de discriminación, y
- b. el derecho de la mujer a ser valorada y educada libre de patrones estereotipados de comportamiento y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación.

3.1.8 PROGRAMA DE ACCIÓN DE LA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE POBLACIÓN Y DESARROLLO

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, realizada en El Cairo en septiembre de 1994, fue uno de los eventos

internacionales más importantes relacionados con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

El Programa de Acción señala en el capítulo VII sobre derechos reproductivos y salud reproductiva – acápite B sobre enfermedades de transmisión sexual y prevención del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) – lo siguiente:

7.28 Las desventajas económicas y sociales de la mujer la hacen especialmente vulnerable a las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH; es ejemplo de esto, su vulnerabilidad al comportamiento sexual imprudente de sus parejas. En la mujer, los síntomas de las infecciones de transmisión sexual no suelen ser aparentes, lo que hace que su diagnóstico sea más difícil que en el hombre, y las consecuencias para la salud suelen ser más graves e incluyen en particular, el riesgo incrementado de infertilidad y de embarazo ectópico. El riesgo de transmisión de varón infectado a la mujer es también más elevado que a la inversa, y a muchas mujeres les resulta imposible tomar medidas para protegerse.

Respecto de las medidas que deben tomar los Estados señala:

7.33 La promoción y el suministro y la distribución fiables de preservativos de buena calidad deberían convertirse en elementos integrantes de los servicios de atención de la salud reproductiva. Todas las organizaciones internacionales pertinentes, especialmente la Organización Mundial de la Salud, deberían aumentar considerablemente su adquisición de preservativos. Los gobiernos y la comunidad internacional

deberían proporcionar todos los medios necesarios para reducir la propagación y la tasa de transmisión de la infección con el VIH/SIDA.

En las bases para la acción tenemos:

7.35 La violencia contra la mujer, en particular la violencia doméstica y la violación están sumamente extendidas y cada vez son más las mujeres expuestas al SIDA y a otras enfermedades de transmisión sexual como resultado de la conducta sexual imprudente de sus parejas. En varios países, las prácticas tradicionales encaminadas a controlar la sexualidad de la mujer han sido causa de grandes sufrimientos. Entre ellas se encuentra la práctica de la mutilación de los genitales femeninos, que constituye una violación de derechos fundamentales y un riesgo que afecta a las mujeres en su salud sexual y reproductiva durante toda la vida.

3.1.9 PLATAFORMA DE ACCIÓN DE BEIJING

Como resultado de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, llevada a cabo en la ciudad de Beijing del 4 al 15 de septiembre de 1995, los Estados que suscribieron los acuerdos asumieron una serie de compromisos establecidos en la denominada Plataforma de Acción de Beijing, donde podemos encontrar algunos puntos relacionados con los derechos de las mujeres viviendo con VIH/SIDA:

- Eliminar actitudes y prácticas culturales negativas contra las niñas (objetivo estratégico L.2).

- Tomar medidas para evitar y eliminar la violencia contra las mujeres (objetivo estratégico D.1).
- Promover los derechos económicos e independencia de las mujeres, incluyendo el acceso al trabajo, condiciones laborales adecuadas y control sobre recursos económicos (objetivo estratégico F.1).
- Aumentar el acceso de las mujeres a lo largo de sus vidas a servicios de salud adecuados, costeables y de calidad, así como a información y servicios relacionados (objetivo estratégico C.1).
- Empezar iniciativas de género para atender enfermedades transmitidas sexualmente, el VIH/SIDA y problemas sexuales y de salud reproductiva (objetivo estratégico C.3).
- Tomar medidas para asegurar que las mujeres tengan igual acceso y participación plena en estructuras de poder y de toma de decisiones (objetivo estratégico G.1).

3.2 Legislación nacional

3.2.1 LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL PERÚ DE 1993 Y EL DERECHO A LA SALUD

El artículo 7º de la Constitución, referido a la salud y la protección a las personas con discapacidad, dispone que: “Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto a su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad”.

Rubio Correa²⁴ (1999) hace un análisis exegético sobre el primer párrafo de este artículo, señalando que todos tenemos derecho a la protección de nuestra salud y el deber de contribuir a su promoción y defensa en tres distintos niveles: el individuo mismo, el plano familiar y toda la comunidad. Asimismo, menciona que “En cada uno de estos tres niveles, tenemos el derecho de que los problemas de salud sean prevenidos y curados. La mejor forma de mantener la salud es no enfermarse y para ello es muy importante que los tres niveles antes descritos interactúen a favor de los otros”²⁵.

Continuando con el análisis doctrinario de este artículo, Sokolich Alva²⁶ señala que “El derecho a la salud integral evidentemente se encuentra estrechamente relacionado con el derecho fundamental a la vida, recoge el inciso primero del artículo segundo de la propia Constitución, toda vez que el uno depende del otro”. En este sentido, la salud es una condición preexistente para el ejercicio del derecho

²⁴ Rubio Correa, Marcial. Op. Cit., Pág. 84.

²⁵ Rubio Correa, Marcial. Op. Cit., Pág. 84.

²⁶ Sokolich Alva, María Isabel. “Protección y defensa de la salud, el medio familiar y la comunidad”, en *La Constitución Comentada, Análisis artículo por artículo por artículo*. Lima: Gaceta Jurídica, 2006. Tomo I, Pág. 392.

a la vida, tal como lo señala Fernández Sessarego, “el derecho a la vida es primordial entre los derechos atinentes a la persona y el presupuesto indispensable de todos los demás. De no existir el derecho a la vida carecería de sentido referirse a la constelación de derechos reconocidos por el ordenamiento jurídico para la protección y tutela de la persona humana”²⁷.

El artículo 9º establece que “El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud”. Por lo tanto el Estado, a través del Ejecutivo, es el encargado de diseñar e implementar la política nacional de salud.

Rubio Correa señala que “si bien este artículo no establece un derecho en el sentido estricto de la palabra, sí regula los deberes del Estado en esta materia. Las responsabilidades que le asigna son las siguientes:

- Determinar la política nacional de Salud
- Supervisar y normar su aplicación a través del Poder Ejecutivo.
- También el Poder Ejecutivo asume la responsabilidad de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar el acceso equitativo a todos”²⁸.

²⁷ Fernández Sessarego, Carlos. *Derecho de las personas*. Lima: Librería Studium, 1987, Pág. 40.

²⁸ Rubio Correa, Marcial. Op. Cit., Pág.102.

El derecho a la salud está limitado por la capacidad de gasto del Estado en el sector, lo que afecta las posibilidades de acceso directo a servicios y prestaciones de salud, especialmente de las personas en situación de pobreza. Esto significa también una ardua labor

para los diferentes grupos de interés desde la sociedad civil organizada – en este caso las personas viviendo con VIH/SIDA organizadas y sus aliados – que deberán trabajar en incidencia política y cabildeo para lograr aumentar las partidas destinadas al sector salud en las Leyes Generales del Presupuesto de la República cada año.

El artículo 10º estipula que “El Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, para su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida”. Es interesante observar que su antecedente inmediato es el artículo 12 de la Constitución Política del Perú de 1979, que no sólo se limitaba a reconocer este derecho, sino que lo garantizaba – refiriéndose a un compromiso u obligación. En este sentido, la constitución de 1993 “se remite al verbo reconocer, que hace alusión a una aceptación declarativa de la existencia del derecho, lo cual no ha de implicar – ciertamente – un menor beneficio a favor de los asegurados y pensionistas. El hecho de asumir (como se hizo en 1979) el compromiso de otorgar a todos los ciudadanos el derecho a la seguridad social, no garantizaba su cabal cumplimiento, puesto que su real materialización siempre estará supeditada a la situación económica y financiera del país. En tal sentido, el cambio de verbo “garantizar” (de 1979) por el de “reconocer” de (1993) no implica una situación perjudicial para los asegurados y los pensionistas”²⁹.

Rubio Correa comenta sobre este artículo que “Desde el punto de vista de las personas, el artículo 10 establece el derecho progresivo de todos a la seguridad social. La elaboración del texto es muy cuidadosa porque, indudablemente, camina sobre un borde demasiado estrecho: hay un inmenso número de personas que

²⁹ Abanto Revilla, César. “El derecho universal y progresivo a la seguridad social”, en *La Constitución Comentada, Análisis artículo por artículo*. Lima: Gaceta Jurídica, 2006, Tomo I, Pág. 419.

necesitarían seguridad social y no la tienen, y hay algunos que la tienen y la pagan, pero no pueden soportarla en beneficio de todos. Este es uno de los problemas más graves que afronta la seguridad social en todo el mundo: sus costos son crecientes y, por razones distintas en el primer y tercer mundo, lo que se colecta para ella no alcanza a cubrir los egresos”.³⁰

Es importante señalar que actualmente la seguridad social es para las personas que se encuentran dentro de un sistema laboral que las incluya en una planilla, sea del sector público o privado y para las que pagan un seguro facultativo. El Perú es un país con altas tasa de desempleo, por lo que los y las beneficiarias de los servicios de la seguridad social son una minoría y, hasta la fecha, no existen mecanismos evidentes que demuestren una voluntad política de hacer progresivo este derecho.

El artículo 11º establece que “El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento”. La ley establece la entidad del Gobierno Nacional que administra los regímenes de pensiones a cargo del Estado”. Rubio Correa³¹ señala que “las prestaciones de salud y las pensiones por contingencia, son la esencia de la seguridad social. Lo que en este artículo se establece es que el Estado asume dos funciones: prestar los servicios y supervigilar.

Abanto Revilla³², comenta que el Estado reconoce el libre acceso de todos los ciudadanos a las prestaciones de salud y pensiones, que se materializará – de acuerdo a lo establecido por el artículo 10 – de manera progresiva. Respecto a las personas que no tienen acceso a la seguridad social porque no están en una planilla, la Ley 26790 señala taxativamente en su artículo 1º que el Ministerio

³⁰ Rubio Correa, Marcial. Op. Cit., Pág. 112.

³¹ Rubio Correa, Marcial. Op. Cit., Pág. 112.

³² Abanto Revilla, César. “El libre acceso a las prestaciones de salud y pensiones”, en *La Constitución Comentada, Análisis artículo por artículo*. Lima: Gaceta Jurídica, 2006, Tomo I, Págs. 429 y 430

de Salud asume el régimen estatal de atención de salud de la población de escasos recursos (no asegurada), el mismo que se financia con los recursos directos del Tesoro Público. Con esta disposición se pretende materializar – a pesar de las carencias públicamente conocidas de este sector – el acceso de toda la ciudadanía (asegurada o no) a las prestaciones de salud.

3.2.2 LEY 26626, DEL 16 DE JUNIO DE 1996 – LEY MARCO SOBRE VIH/SIDA EN EL PERÚ

Llamada Ley CONTRASIDA, encarga al Ministerio de Salud la elaboración del plan nacional de lucha contra el virus de inmunodeficiencia humana, el SIDA y las enfermedades de transmisión sexual. Los objetivos establecidos por esta ley son:

- a. Coordinar y facilitar la implementación de las estrategias nacionales de control de VIH/SIDA y las ETS.
- b. Promover la cooperación técnica y económica nacional y extranjera destinada a la prevención, control, y asistencia del VIH/SIDA y las ETS; y
- c. Proponer los cambios legislativos que faciliten y garanticen el adecuado desarrollo de la lucha contra el VIH/SIDA y las ETS en el país.

Esta ley establece que la prueba para diagnosticar el VIH es voluntaria, que no se puede imponer y se realiza previa consejería. También señala que dar el nombre no es requisito para hacerse la prueba, pues basta con las iniciales. La información sobre la prueba y la historia clínica son confidenciales. El personal de salud no debe darla a conocer a otras personas ni a instituciones como el centro de trabajo, salvo que sea solicitada por el Poder Judicial o el

Ministerio Público. Dispone también que los casos diagnosticados deben ser notificados al Ministerio de Salud, aún cuando la persona hubiese fallecido.

Otro aporte fundamental de esta ley es que establece que las personas que viven con VIH/SIDA tienen derecho a seguir trabajando, mientras estén aptas para desempeñar sus obligaciones. Es nulo el despido laboral cuando la causa es la discriminación por ser portador del VIH/SIDA.

3.2.3 LEY 28243, DEL 1º DE JUNIO DEL 2004, QUE GARANTIZA EL ACCESO AL TRATAMIENTO CON ANTIRRETROVIRALES EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS

Ley que amplía y modifica la Ley 26626 sobre el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y las infecciones de transmisión sexual.

Esta ley tiene el valor de ser producto de un trabajo concertado de la sociedad civil, a través del Colectivo por la Vida, agrupación conformada por Grupos de Ayuda Mutua (GAM), ONG que trabajan en el tema del VIH/SIDA, e iglesias con pastoral de salud en VIH/SIDA.

El proceso fue valioso e interesante, se elaboró un proyecto de ley y se formaron varias comisiones para discutir con los asesores de los miembros de la Comisión de Salud, y luego con los asesores de todos los congresistas. Las comisiones estaban integradas por una PVVS, una persona que representaba a las ONG y un abogado o abogada que sustentara el fundamento jurídico del proyecto. El proyecto fue enviado a todos los congresistas y sólo José Luís Risco Montalbán aceptó presentarlo.

En la Comisión de Salud se unificaron todos los proyectos sobre el tema de VIH/SIDA y se logró la aprobación del proyecto de ley, pero con la inclusión de algunos puntos solicitados por los congresistas conservadores que conformaban la comisión – Héctor Chávez Chuchón, que la presidía, y Luís Solari de la Fuente, ex Ministro de Salud, ambos impulsores de la eliminación de la anticoncepción oral de emergencia y de otras iniciativas contrarias a los derechos de las mujeres y la comunidad homosexual.

Las críticas a esta ley son las siguientes:

- La obligatoriedad de la prueba de diagnóstico de VIH/SIDA para las gestantes. El artículo 4, establece:

Las pruebas para diagnosticar el VIH y SIDA son voluntarias y se realizan previa consejería obligatoria. Se consideran casos de excepción a la voluntariedad:

b) El de la madre gestante, a fin de proteger la vida y la salud del niño por nacer, cuando exista riesgo previsible de contagio o infección y para disponer las medidas o tratamientos pertinentes. En este caso es obligatoria la consejería previa.

Este inciso viola el derecho de las mujeres a la libertad, a la integridad física, y el derecho a la no discriminación. Además es evidente el objetivo del dispositivo de anteponer un supuesto derecho, en función al cual se obliga a la mujer gestante a realizarse la prueba, sin tomar en cuenta su derecho a la libertad y al consentimiento informado.

- Cuando se menciona la atención integral de salud, en el artículo 3 (que modifica el Art. 7 de la Ley 26626) se dice: *“La atención a personas que viven con VIH y SIDA (PVVS)*

debe responder de manera integral a sus componentes biológico, psicológico y espiritual, comprendiendo en dicho proceso a su familia y la sociedad”.

- El mismo artículo 3 señala en el inciso c que la atención integral en salud incluye *“El suministro de medicamentos requeridos para el tratamiento adecuado e integral de la infección por el VIH y SIDA, que en el momento se consideren eficaces para prolongar y mejorar la calidad de vida de las PVVS, estableciendo la gratuidad progresiva en el tratamiento antirretroviral, con prioridad en las personas en situaciones de vulnerabilidad y pobreza extrema “.*

Esta disposición, si bien es un paso adelante en cuanto al reconocimiento del derecho al acceso al tratamiento de antirretrovirales, establece una prioridad que para algunas PVVS no está basada en el estado de salud.

- El artículo 7, sobre prevención, establece: *“El Ministerio de Salud, en coordinación con el Ministerio de Educación, realizará las actividades de información y educación dirigidas a la población en general, teniendo en cuenta los valores éticos y culturales que promuevan conductas saludables y una sexualidad responsable, incluyendo la postergación del inicio sexual y la disminución de las relaciones sexuales de riesgo”.*

Esta estrategia de intervención es criticada, pues se basa en la postergación de las relaciones sexuales, recortando los derechos sexuales de los y las adolescentes. Además, no incluye la promoción del uso del condón.

3.2.4 EL PLAN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS

En la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, realizada en Viena en 1993, los Estados Miembros de Naciones Unidas adoptaron el compromiso de “considerar la posibilidad de elaborar un plan de acción nacional en el que se determinen las medidas necesarias para que ese Estado mejore la promoción y protección de los derechos humanos”³³.

El año 2001, a través del Decreto Supremo 15-2001-JUS, se establece en el Reglamento del Consejo Nacional de Derechos Humanos (CNDH) y sus normas complementarias, que este órgano debe proponer la política gubernamental en este campo, en el marco del Plan Nacional de Derechos Humanos.

Para la elaboración del Plan se realizó un diagnóstico, cuyo objetivo fue señalar los aspectos en los que la legislación nacional requiere ser modificada para armonizarla con los compromisos internacionales contraídos por el Estado peruano, además de proponer los cambios estructurales y legislativos de carácter permanente que resulten imprescindibles para fortalecer las instituciones del régimen democrático y habilitar un consistente sistema de respeto, protección y promoción de los derechos humanos en el Perú.

En el diagnóstico sobre la situación de los derechos humanos se señala que, si bien la normatividad en el Perú es abundante en el reconocimiento de los derechos específicos de las personas que viven con VIH/SIDA, existen serias dificultades para que puedan tener acceso a los servicios de salud o mantenerse en ellos cuando logran ser atendidas – incluyendo la seguridad social. Por lo tanto, es necesario que el Estado implemente una serie de medidas a fin de

³³ Declaración y Programa de Acción de Viena, Parte 11, Párr.71.

tutelar de manera adecuada el derecho a la salud de las personas que padezcan de VIH/SIDA.³⁴

El Plan Nacional de Derechos Humanos, incluye ocho grupos considerados en situación de vulnerabilidad (mujeres, pueblos indígenas y afroperuanos, personas con discapacidad, niños y adolescentes, adultos mayores, personas de distinta orientación sexual, migrantes y personas viviendo con VIH/SIDA), que deben contar con acciones afirmativas que promuevan y defiendan sus derechos.

El resultado principal propuesto en el Plan se refiere a una atención integral de calidad a personas viviendo con VIH/SIDA en los establecimientos de salud. Las actividades consignadas en este instrumento son:

A1. Realizar campañas para proteger y promover los derechos humanos y respeto por la dignidad de las personas viviendo con VIH/SIDA, procurando reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH/SIDA.

A2. Garantizar el acceso gratuito al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) como parte de la atención integral de calidad a las personas viviendo con VIH/SIDA

A3. Establecer medidas para reconocer los derechos humanos de las personas viviendo con VIH/SIDA y en particular su acceso universal, gratuito y de calidad a tratamiento y atención de salud en servicios integrales, así como la erradicación de toda forma de estigmatización y discriminación en los servicios públicos y privados, medios de comunicación, así como en los ámbitos laboral, recreativo y deportivo.

³⁴ Comisión Andina de Juristas. *Diagnóstico jurídico para la elaboración del Plan Nacional de Derechos Humanos*. Documento de trabajo sin publicar. Lima, septiembre de 2005. Págs. 143 y 144.

A4. Desarrollar intervenciones educativas y garantizar el oportuno abastecimiento de medicamentos e insumos para prevenir y atender las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, tanto entre la población en general, como entre las poblaciones vulnerables en particular.

A5. Garantizar la descentralización de la atención de personas viviendo con VIH/SIDA hasta el primer nivel de atención.

A6. Realizar intervenciones para fortalecer la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) a través de visitas domiciliarias, la participación de voluntarios en consejería de pares y actividades de sensibilización a grupos familiares.

3.2.5 LOS DELITOS CONTRA LA SALUD PÚBLICA

Nuestro Código Penal sanciona las conductas que pretendan propagar enfermedades peligrosas y contagiosas. Con esta argumentación, algunas interpretaciones prejuiciosas y desinformadas sustentan detenciones ilegales contra personas como mujeres y travestis en estado de prostitución.

Así pues el código penal en su artículo 289 señala:

"El que, a sabiendas, propaga una enfermedad peligrosa o contagiosa para la salud de las personas, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de tres ni mayor de diez años.

Si resultan lesiones graves o muerte y el agente pudo prever estos resultados, la pena será no menor de diez ni mayor de veinte años".

Es conocido el abuso sistemático de algunos miembros de Serenazgo

(cuerpo de vigilancia municipal) y de algunos efectivos policiales que cometen detenciones arbitrarias, contra personas en estado de prostitución. Sin embargo, la doctrina es clara en cuanto a lo que significa la acción de propagar. “La acción consiste en *propagar* una enfermedad peligrosa y contagiosa para las personas. Propagar significa multiplicar, extender. De modo que el simple contagio individual no configura este delito, sino la producción de hechos múltiples.³⁵”

En nuestro país las travestis y mujeres en estado de prostitución son detenidas bajo esta acusación, se les imputa la acción de “*propagar*” el VIH. Los efectivos policiales y miembros de serenazgo, además de fiscales y jueces, tratan de adecuar su conducta a cualquier tipo penal para detenerlas.

Por ello suelen recurrir a este tipo penal como una justificación, buscando erradicarlas de la sociedad. Pero, como queda claro, es una imputación que no corresponde a la conducta típica descrita en el Código; por lo tanto esta persecución (entiéndase detención o inicio de un proceso penal) constituye un acto arbitrario e ilegal.

³⁵ Montan
Palestra,
Carlos.
*Tratado de
derecho penal,
parte especial*,
Tomo VI.
Buenos Aires:
Abeledo-
Perrot, 1994,
Pág. 388.

IV. Vivir con VIH/SIDA: Mujeres con ciudadanía recortada

“Los derechos humanos de la mujer y la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales.

La plena participación, en condiciones de igualdad, de la mujer en la vida política, civil, económica, social y cultural en los planos nacional, regional e internacional y la erradicación de todas las formas de discriminación basadas en el sexo son objetivos prioritarios de la comunidad internacional”

DECLARACIÓN Y PROGRAMA DE ACCIÓN DE VIENA
PARTE I, PÁRRAFO 18

4.1 Estigma y discriminación

No estoy muy convencido de mi humanidad; no quiero ser como los otros. No quiero ser feliz con permiso de la policía.

MARTÍN ADÁN

*Soy
La muchacha mala de la historia*

MARÍA EMILIA CORNEJO

La CEDAW define el término discriminación en su artículo 1º: “A los efectos de la presente Convención, la expresión “discriminación contra la mujer” denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar anular el reconocimiento, goce o ejercicio de la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera”.

Como hemos mencionado en la introducción del presente trabajo, el estigma y la discriminación lesionan los derechos de las PVVS. En el caso de las mujeres existen acciones concretas, determinadas por razones de género, que se constituyen en estas violaciones.

La palabra estigma se define como: 1) marca o señal en el cuerpo; 2) desdoro, afrenta, mala fama; 3) marca impuesta con hierro candente, bien como pena infamante, bien como signo de esclavitud. (www.rae.es).

La condición de salud determinada por vivir con VIH/SIDA efectivamente impone una marca discriminatoria sobre las personas. Por esta razón, la legislación internacional y nacional han establecido una serie de normas para proteger sus derechos.

Las fuentes del estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA, son variadas y complejas. Diez Canseco Montero³⁶, citando a De Bruyn, menciona cinco principales factores:

1. El VIH/Sida como una enfermedad que amenaza la vida.
2. El temor a adquirir el VIH.

³⁶ Diez Canseco Montero, Francisco. *Estigma y discriminación: la mirada de las personas viviendo con VIH/SIDA en el Perú*. Lima: Coordinadora peruana de personas viviendo con VIH/SIDA-Peruanos Positivos, 2005, Pág. 15.

3. La asociación entre el VIH/SIDA y comportamientos ya estigmatizados como el uso de drogas intravenosas, la homosexualidad y el sexo comercial.
4. La idea de que las PVVS son responsables de su enfermedad.
5. La idea de que el VIH/SIDA es un castigo frente a comportamientos desviados de las normas, los valores y la moral, como la “promiscuidad”.

El empleo y la generación de ingresos es uno de los problemas más graves que enfrentan las PVVS, por estigma y por discriminación.

“La mayoría de las chicas quiere buscar una manera de trabajo donde se puedan autofinanciar, aprender a hacer bolsos, aprender a hacer velas, aprender a hacer cosas, de repente las pueden trabajar y exportar si es que no las pueden vender acá, cosa que es a veces un poco difícil pero yo no creo que imposible cuando realmente ponen su fuerza, y ver cómo solucionar esa parte.

Lo que pasa es que muchas de las chicas no quieren que las personas se enteren que tienen VIH. Entonces decimos ‘una microempresa de mujeres con VIH’ y muchas de las chicas dicen no, no, qué miedo.”

Un ejemplo de discriminación son los despidos por su condición de salud. Otra práctica es que los empleadores están exigiendo pruebas médicas en las que se incluye la prueba de Elisa, o “controles médicos” posteriores a la admisión que sirven de “filtro”. En este sentido las mujeres viviendo con VIH, además de las clásicas desventajas de género para conseguir empleo, tienen un factor de discriminación adicional.

“Claro, te dirán que no sabes inglés, no sabes ruso, cualquier cosa, pero no van a decir que es por VIH porque la ley lo prohíbe. Igual que los homosexuales, nunca te botan diciéndote que eres lesbiana, buscan otro pretexto y no hay como demostrarlo. Es un problema que tenemos ahorita nosotras, cómo demostrar que nos botan por eso, en ninguna parte dice queda despedida por ser...”

La asociación del VIH con promiscuidad y sexo comercial tiene diversas dimensiones. Uno de los grupos considerados vulnerables en las estrategias de lucha contra el VIH/SIDA es el de las trabajadoras sexuales (TS). La sociedad, incluyendo a la peruana, tiene prejuicios contra estas mujeres, se les estigmatiza por la actividad que realizan.

La prostitución no es un delito, sin embargo, es presentado como tal. Los noticieros televisivos presentan regularmente intervenciones a los prostíbulos clandestinos donde las imágenes se concentran en las mujeres, no en los proxenetas, ni en los clientes. Las muestran de manera denigrante, cubriendo sus cuerpos, tratando de escapar de las cámaras.

La prostitución no es un delito, por lo tanto, no es causa de detención. Sin embargo, para justificar la represión, se recurre al artículo 289 del Código Penal y son detenidas supuestamente por “propagar el VIH”. Hemos indicado ya, en el capítulo anterior, que la detención es arbitraria y que viola los derechos de estas personas.

Otra dimensión del estigma y la discriminación es que muchas de las mujeres que viven con VIH/SIDA se sienten presionadas psicológicamente y ocultan su condición de salud por el temor a ser relacionadas con la prostitución – además, en la práctica, son

maltratadas y discriminadas porque se presume que son promiscuas o prostitutas.

“... otra es el trato de las personas, de los profesionales de salud hacia estas chicas, porque ven en el fólder o en la ficha “VIH” y lo que piensan es que una es una prostituta y no es así. Porque una trabajadora sexual creo que se cuida mucho más que nosotras.”

4.2 Cuando el machismo mata

*Porque después de todo, nada
importa sino es el amor,
sino es el odio.*

WASHINGTON DELGADO

Uno de los hechos más impactantes recogidos en las entrevistas realizadas con mujeres para este trabajo y en otras investigaciones es que sus parejas sexuales consideradas estables – por ejemplo, cónyuges o convivientes – no les informaban que habían sido diagnosticados como portadores del VIH.

Esta falta de información pone a las mujeres en una situación de grave peligro, pues están directamente expuestas a la transmisión del virus del VIH. Aquí resulta interesante hacer una reflexión, manifestada también por algunas MVVS, y es que las mujeres que no están en estado de prostitución, no tienen protección específica, tampoco se diseñan campañas para las mujeres denominadas jefas de familia, o amas de casa, quienes no usan protección específica para impedir la transmisión de ITS, ni cuentan con consejeras de pares, ni campañas específicas.

Las razones por la que hombres viviendo con VIH no informan de su diagnóstico a sus parejas pueden ser muy distintas.

P: ¿Él sabía de su diagnóstico y no te lo dijo?

R: No, no me lo dijo.

P: ¿Y por qué no te lo diría?

R: Por cobardía. Eso lo veo mucho porque trabajo con mujeres, he trabajado en consejería de pares, hacemos una retroalimentación y comentamos los casos. Entonces, generalmente, un hombre no lo dice por cobardía. Porque piensa que la mujer lo va a dejar, por su temor a quedarse solo. Otra es porque tienen que reconocer que fueron infieles...”

“...si vives 15 años con una pareja, tienes 2 hijos mayores, y en el tercer embarazo te enteras que estás infectada, fue porque él te engañó en el transcurso de la relación. No es que estaba infectado antes de estar contigo, que es una posibilidad, pero muchos inician una relación ya sabiendo su diagnóstico; y algunos, te infectan para que ya no los dejes. Si estamos infectados los dos, ya pues.”

En nuestro servicio de atención legal hemos llevado el caso de filiación de una niña viviendo con VIH, cuya madre ignoraba el diagnóstico de su conviviente y el de ella misma. En este caso, la falta de información sobre el diagnóstico de su pareja sexual y el contagio impidieron que tomara las previsiones para evitar la transmisión vertical.

Los antecedentes del caso son los siguientes. Una joven se enamora de un muchacho. Alquilan una habitación e inician una convivencia. Al tiempo, él se enferma y se ve imposibilitado de seguir trabajando, lo que obliga a la pareja a separarse y a volver cada uno a la casa de sus respectivos padres. Durante la convivencia ella había quedado embarazada. Un día lo visita en el hospital y, al entrevistarse con el médico, éste le comunica que lo que tiene su pareja, y padre de su hija, es VIH. Su pobreza, la falta de información y otras circunstancias le impiden tomar las medidas necesarias para evitar la transmisión vertical, por lo que la niña nace con VIH.

Otra situación, que podría formar parte de una tragedia clásica, es la prueba de amor que culmina con la muerte de ambos amantes. Es el requerimiento de los hombres hacia las mujeres de mantener relaciones sexuales sin protección, a pesar de conocer el diagnóstico. Esta es una práctica denunciada por varias de las mujeres entrevistadas.

“Uno, porque tienen miedo de quedarse solos y, otro, porque se quieren llevar a la tumba a la pareja. En ese momento son tan egoístas... porque no piensan en ella. Porque si hablamos de la negociación del condón, igual siguen pensando en ellos y no en ellas. Existe todavía el chantaje emocional, tú me amas, yo te amo, ¿para qué vamos a usar condón, si al final nos vamos a morir los dos? O sea, es un egoísmo machista.”

4.3 El derecho a una vida sexual saludable y libre de violencia

“Los derechos humanos de las mujeres incluyen el derecho a tener el control respecto de su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y a decidir libre y responsablemente respecto de esas cuestiones, libres de coerción, discriminación y violencia”

PLATAFORMA DE ACCIÓN DE BEIJING, PÁRRAFO 96

“... ¿por qué le van a limitar o decir no? Lo que pasa es que las mujeres diagnosticadas, ellas mismas se van aislando, reprimiendo. Nosotras tratamos de incentivarlas, decirles, informarles que eso no las va a limitar, que usen preservativo y continúen. Que ella elija, al final ella va a elegir con quien quiere estar. Pero que su vida sexual no se ha terminado y si el resto la quiere juzgar, tildar, señalar, no debe hacer caso, porque al final es tu cuerpo, al final, es tu vida, al final, eres tú.”

Los derechos sexuales comprenden el disfrute de la sexualidad sin que se relacione con la reproducción; también el pleno ejercicio de la libertad para elegir las prácticas sexuales. Esto implica el reconocimiento del derecho a la libre orientación sexual, así como a los derechos que se deriven de ésta.

“...en conversaciones con muchas de las chicas, ahora que están diagnosticadas, el impacto del diagnóstico ha hecho que de alguna manera pierdan la emoción de tener relaciones sexuales o ser tocadas, entonces como que se abrió un abismo y ya no quieren saber nada de sexo.”

“Pero sigue ese estigma de que ‘mira, cómo es posible’ y la propia familia te cuestiona el hecho de que busques pareja de nuevo o que encuentres pareja. Yo quedé viuda y cuando esta persona con la que estuve saliendo un tiempo llegó a mi casa... Llegó justo el día de

los enamorados, que es cumpleaños de mi hermana, y trajo un regalo para mi hermana y un regalo para mí... Y entonces, '¿quién es ese, qué hace acá?' que no se cuanto. Me llevaron al patio y me dijeron 'cómo es posible que estés así, te buscas más problemas'. O sea, quedaste mutilada. Decían 'yo no puedo entender que si ya estas así, cómo es posible que a estas alturas...' La gente piensa que ya estás muerta y si piensas en eso eres una enferma, y lo mismo pasa con el personal de salud que muy sutilmente te dice "te estarás cuidando, porque tú sabes que la reinfección y un embarazo... date cuenta, sería el colmo."

Una de las mayores limitaciones para la protección de las mujeres frente a la epidemia –como prevención y para las mujeres viviendo con VIH – es que el condón masculino, el método más difundido para reducir el riesgo de transmisión sexual del VIH, está fuera de su control.

Existe un reclamo general basado en que éste es un método que no brinda autonomía a las mujeres, pues el uso depende directamente de los hombres y la negociación de su uso es compleja.

"...no hay ningún tipo de protección para la mujer sea bisexual, lesbiana o heterosexual, no lo manejamos, lo único que existe es el preservativo y es para el hombre, no hay otra cosa y encima me dan diez..."

En la vida sexual de las personas viviendo con VIH/SIDA, también existe el riesgo de la reinfección.

"Sí, es cierto que la reinfección te mata. Con mi pareja tenía 4 años de convivencia, él ya estaba infectado desde que iniciamos la relación. Que se descubriera lo trajo abajo. Mi actitud también cambió porque me enteré de que él lo sabía y

que no me lo había dicho. Entonces no hablaban mucho de la reinfección. En esos dos años yo me hubiera cuidado, no hubiera estado tan deteriorada como estaba.”

Otro reclamo frecuente de las mujeres viviendo con VIH/SIDA es que los operadores de salud les sugieren la abstinencia sexual, y que el lenguaje no verbal de médicos, enfermeros y obstetrices en ocasiones intimida a las usuarias para solicitar preservativos. Esta denuncia ya se ha presentado en el trabajo que sobre discriminación ha realizado Peruanos Positivos, “otras veces los prestadores han ido más lejos, atreviéndose a hacer suposiciones sobre la conducta sexual de las PVVS, recomendándoles que renuncien a tener relaciones sexuales o sugiriéndoles, a las mujeres, que se practiquen una ligadura.”³⁷

“... el doctor te da según como te ve; o sea, si te ve bien te da los 10 condones, si te ve mal ya no te da. Entonces la mujer dice ‘mejor no le pido’. Muchas no lo piden, y lo piden a los consejeros locales. Hablan con los consejeros y les dicen ‘el doctor no me ha dado mi preservativo’, ‘¿y porqué no le has pedido?’, ‘me da vergüenza, porque yo cuando le pido como que levanta la ceja, me mira raro’. Entonces el consejero o la consejera tienen que ir de intermediarios.”

Las mujeres viviendo con VIH/SIDA que no están incluidas en los grupos considerados vulnerables también testimonian una entrega discriminatoria de preservativos, se le otorga mayor cantidad a las personas incluidas en las categorías HSH y TS – hombres que tienen sexo con otros hombres y trabajadoras sexuales.-, más que a ellas.

“Otra cosa es que a las mujeres viviendo con VIH nos entregan diez preservativos al mes; o sea, solamente podemos tirar

³⁷ Diez
Canseco
Montero,
Francisco.
Op. Cit.,
Pág.46

diez veces al mes. Y si haces sexo oral, también tienes que usar preservativo, entonces ya se convierte en la mitad, son cinco, y si quieres tirar dos veces en una noche ya te queda menos.”

“...nosotras incentivamos el uso del condón, es más el año pasado hicimos toda una campaña y decíamos ‘usted debe tenerlo en la cartera’. Incentivamos no a que se llame al libertinaje, nada que ver; lo que tratamos es de motivar es que no se aíslen, que manejen una adecuada información sobre el uso del condón, que en un momento necesario ellas también saquen un condón.”

La negociación del uso del condón es un elemento clave para la defensa de los derechos sexuales de las mujeres viviendo con VIH/SIDA. En este sentido, es responsabilidad del Estado garantizar la disponibilidad de este método en los servicios públicos. Es importante anotar que el Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 para la Prevención y Control de las ITS y VIH/SIDA no incluye el condón femenino como medida de prevención.

4.4 Las mujeres que tienen sexo con mujeres en la epidemia

Cuando hablamos de derechos humanos, en específico del derecho a la salud, la omisión en la elaboración e implementación de las políticas públicas puede producir muertes.

Podemos afirmar que la invisibilidad de las mujeres lesbianas y bisexuales en las políticas públicas sobre VIH/SIDA generan grave

perjuicio contra ellas ya que las pone en una situación de grave indefensión frente a la epidemia. Esto constituye de hecho una violación a sus derechos humanos.

Un argumento reiterado para no incluir a las lesbianas y bisexuales en las políticas públicas es que la incidencia del VIH/SIDA en este grupo de personas es muy baja. Esta afirmación se fundamenta en que las prácticas sexuales entre mujeres no conllevan el mismo peligro de transmisión que tienen las prácticas heterosexuales o las homosexuales entre hombres.

“...yo lo que he visto son lesbianas pero que ejercen el trabajo sexual y se han infectado con hombres porque han sido sus clientes...”

“En el Perú no existe el condón femenino, que además es caro, no es accesible y es para relaciones penetrativas. Y esa que tú me dices, la barrera de látex, no hay acceso aquí porque no han llegado. Yo considero que aquí en el Perú se violenta mucho los derechos de las mujeres en todos los sentidos...”

“No sé si el caso de esta chica sea relación con otra mujer, no lo sé; pero sí hay un caso de una mujer lesbiana viviendo con VIH. Hay un caso acá en Lima Sur”

“Claro y no solamente el VIH ¿y las ITS? ¿Qué? Las mujeres lesbianas no tienen ITS? Empezando por allí. Porque piensan que las mujeres lesbianas no van a poder infectarse nunca con VIH...Porque no hay penetración”

Dentro de la diversidad de mujeres que tienen prácticas sexuales con otras mujeres podemos identificar: lesbianas con identidad

asumida, que mantienen relaciones estables; lesbianas que, a pesar de asumir su identidad lésbica, continúan casadas y mantienen relaciones sexuales con sus parejas varones, pero mantienen también relaciones sexuales con mujeres; lesbianas que mantienen relaciones sexuales con múltiples u ocasionales parejas; y mujeres bisexuales.

Algunas omisiones en las políticas públicas en salud que se constituirían en violaciones a los derechos humanos de las mujeres lesbianas y bisexuales son las siguientes:

- En las campañas de prevención no se mencionan las prácticas sexuales entre mujeres y las formas de prevenir la transmisión del VIH.
- No existen protocolos específicos de atención para mujeres que tienen sexo con otras mujeres. Inclusive existen profesionales de salud que no consideran las relaciones sexuales entre mujeres como tales.
- Los servicios públicos de salud no cuentan con métodos de protección para relaciones sexuales entre mujeres, nos referimos concretamente a las barreras de látex. Este método de protección no sólo no se encuentra disponible en los servicios públicos, sino que tampoco está disponible en el mercado.

Si bien la transmisión del VIH en las relaciones sexuales entre mujeres es infrecuente, no se trata de un hecho inexistente. Por lo tanto, por tratarse de un asunto de derechos humanos, no actuar porque no afecta a un grupo numeroso, constituye una violación a los derechos humanos, por omisión. El Estado tiene la obligación de ser inclusivo en la elaboración e implementación de sus políticas públicas en salud, y debe incluir a las mujeres lesbianas y bisexuales.

V. Los derechos reproductivos de las mujeres viviendo con VIH/SIDA

Los derechos reproductivos de mujeres y hombres han sido reconocidos por acuerdos internacionales suscritos y ratificados por el Estado peruano. Para su realización y libre ejercicio, es necesario que todas las personas tengan a su alcance la más amplia información y servicios adecuados.

“El párrafo 7.3 del Programa de Acción de la CIPD incorporó una extensa definición en donde destacan algunas de las bases jurídicas de los derechos reproductivos: “los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso: Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos

y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con establecido en los documentos de derechos humanos.”³⁸

5.1 El derecho a la maternidad

El derecho a la maternidad de las mujeres viviendo con VIH/SIDA debe ser garantizado por el Estado peruano. Lamentablemente, en esta investigación y en el documento “Estigma y discriminación: la mirada de las personas viviendo con VIH/SIDA en el Perú”³⁹, se ha recogido testimonios sobre la inducción a la utilización de métodos anticonceptivos quirúrgicos y definitivos de parte de algunos servidores de salud. El requerimiento y la presión para firmar autorizaciones para la realización de intervenciones quirúrgicas que tienen como objetivo la esterilización es una forma de coacción absolutamente ilegal, que violenta los derechos humanos de estas mujeres.

“...pero también una forma de discriminación; me hicieron firmar un documento en el cual me ligaban las trompas cuando yo estaba en plena contracciones, estaba con todos los dolores ya que iba a nacer la criatura. Me dijeron ‘mira hijita, o firmas este documento o no te opero, porque tu eres un...’ no me acuerdo de la palabra, pero es un problema para la sociedad; o lo firmas o no te opero...”

³⁸ Tamayo, Giulia. *Bajo la piel*. Lima: CMP Flora Tristán, 2001, Pág. 100.

³⁹ Diez Canseco Montero, Francisco. Op. Cit.,

La condición de salud determinada por vivir con VIH/SIDA no puede ser una limitante para el pleno ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres. Tener o no tener hijos, cuándo y cuántos es un derecho humano de las mujeres viviendo con VIH/SIDA, que el Estado peruano debe garantizar. Es grave que existan operadores de salud que siquiera sugieran la utilización de este método de anticoncepción, nuestras entrevistadas han mencionado que algunos operadores de salud critican duramente a las mujeres viviendo con VIH/SIDA, tildándolas de irresponsables por ejercer su derecho a la maternidad.

“Si una mujer con VIH se embaraza, todo el mundo cuestiona. Te miran así, ‘¿estás embarazada? pero si tú sabías’ ¿Sabes lo que te va a pasar ahora que te embarazaste?’ Es una decisión tan personal el hecho de embarazarte, o no embarazarte, eso lo decides tú y nadie más.”

“Que se respete su salud sexual y reproductiva que no está respetando en nada, porque inclusive cuando una mujer viene con VIH y pide preservativo, le dicen ‘¿para qué, con quién te revuelcas?’ Eso es una violación de derechos a tu salud sexual y reproductiva porque te están negando la posibilidad de tener relaciones sexuales con tu pareja o con la pareja que quieras, empezando por allí.”

Actualmente las mujeres viviendo con VIH se encuentran en un proceso de empoderamiento muy importante, y exigen sus derechos ante los operadores de salud. Este es el testimonio de una mujer viviendo con VIH, se negó expresamente a firmar un documento de autorización para una ligadura de trompas. En este caso el médico respetó esta decisión.

“...me pasó a mí, cuando ya se me iba a hacer la cesárea vino la obstetra y me dijo ‘tienes que firmar acá. Qué es eso le dije, ‘ligadura de trompas’, ‘no, yo no voy a firmar’. ‘Pero es que tú no te das cuenta de la enfermedad que tienes, tú quieres traer al mundo hijos sidosos’, me dijo. Entonces yo la miré y no le dije nada, no firmé. A la hora que entré a sala, insistía en que se me ligara, le dijo al doctor que me estaba operando, ‘doctor aproveche a ligar’. El doctor dijo ‘¿la señora firmó el documento indicando que se le podía ligar?’ Le dijo ‘no, pero es una persona que vive con VIH’, y el doctor me preguntó, ‘señora, ¿usted quiere que le ligen?’, ‘no doctor, yo no quiero que me ligen’. Entonces le dijo ‘la señora está diciendo que no la ligen y no se le puede ligar si no desea.’”

⁴⁰ Transmisión del VIH de la gestante al hijo/ hija, durante la gestación, parto o período de lactancia.

⁴¹ Consorcio Disminución de la Transmisión Vertical del VIH. *Características de los conocimientos y prácticas relacionadas a la prevención de la transmisión vertical del VIH/SIDA en gestantes y proveedores de salud durante el control prenatal en 10 hospitales del país.* Proyecto Fortalecimiento de la prevención y control del SIDA y la tuberculosis en el Perú. Lima: Consorcio Disminución de la Transmisión Vertical del VIH, 2006, Pág. 4

5.2 La transmisión vertical

“Que tengan todos los hijos que quieran, en eso sí yo estoy de acuerdo...”

La transmisión vertical⁴⁰ es una de las vías de transmisión del VIH. En el Perú, “de un total de 16,917 casos de SIDA notificados hasta el 31 de mayo de 2005 al Ministerio de Salud – casos acumulados 1983-2004 – el 1% de ellos fueron transmitidos por vía sanguínea, **un 2% por vía vertical** y un 97% por vía sexual”⁴¹.

El derecho a la maternidad de las mujeres viviendo con VIH/SIDA no puede ser recortado. Los avances de la ciencia han logrado disminuir la transmisión vertical a porcentajes muy bajos. En el Perú ya se están implementando las estrategias médicas necesarias para evitar la transmisión vertical, y están dando resultados, “Entre

las estrategias para disminuir la posibilidad de infección al (la) niño (a), se encuentran la administración de terapia antirretroviral preventiva durante el embarazo (con lo que se logra disminuir significativamente el riesgo para el o la recién nacido(a) a un 8%). Existen además otras medidas preventivas como, cesárea electiva, tratamiento profiláctico al bebé y suspensión de la lactancia materna⁴².

El Ministerio de Salud ha emitido la “Norma técnica para la prevención de la transmisión vertical (Madre-Niño) del VIH” (NT N° 024-2005-MINSA/DGSP-V.01), aprobada durante la gestión de la Ministra Pilar Mazzetti Soler, mediante Resolución Ministerial N° 084-2005/MINSA del 3 de febrero del 2005. Esta norma tiene como objetivo: “Reducir la transmisión madre-niño del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) mediante la detección temprana de la infección por el VIH en la mujer gestante, la administración de tratamiento profiláctico antirretroviral a la madre y su niño según los escenarios establecidos en la presente norma”.

A través de estrategias adecuadas, en los Estados Unidos de Norteamérica se ha logrado disminuir la transmisión vertical a menos del 2%. Estas técnicas se pueden replicar, e inclusive mejorar, para garantizar el derecho de las mujeres peruanas viviendo con VIH/SIDA a tener hijos. “...en Estados Unidos se diagnosticaban anualmente 6,000 gestantes infectadas por el VIH, 1,600 niños adquirirían la infección de sus madres; con la implementación del protocolo la tasa de transmisión bajó de 25 a 8% y, más recientemente, con la introducción de la terapia antiviral altamente activa unida a la cesárea electiva han disminuido esta transmisión a menos del 2%, y se estima que menos de 400 niños nacen infectados cada año⁴³.”

⁴² *Ibíd.*, Pág. 10.

⁴³ Velásquez Vásquez Carlos. “Transmisión madre – niño (vertical) del VIH”, en *Boletín Informativo de Advocacy Proyecto Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la tuberculosis en el Perú. Objetivo N° 3 del Componente VIH: Disminuir la Transmisión Vertical.* Lima, 2005

5.3 Obligatoriedad de la prueba a mujeres gestantes

“Yo no estoy de acuerdo con que la prueba sea obligatoria, yo pienso que toda prueba debe ser informada, debe ser voluntaria, claro que con una información adecuada pero voluntaria, creo que ninguna prueba debe ser obligada para nadie.”

La Ley 28243 incluyó la obligatoriedad de la prueba Elisa para las mujeres gestantes, lo que generó un debate al interior de las PVVS, y en especial de las mujeres.

Desde el Colectivo por la Vida se trató el tema, inclusive se realizó un taller sobre derechos de las mujeres, abierto a todos y todas las integrantes de los GAMS, no sólo a sus representantes ante el Colectivo. Finalmente se concluyó como opinión del Colectivo que no se estaba de acuerdo con la obligatoriedad de la prueba. Sin embargo, es importante considerar las dos distintas posiciones que manifestaron las mujeres viviendo con VIH/SIDA.

Algunas mujeres opinaban que no era conveniente hacerlo impositivamente, pues se habían visto casos de terribles depresiones. Los casos pueden ser dramáticos cuando se trata de mujeres que llegan a los servicios de salud para dar a luz y reciben la noticia con el alumbramiento, ya que en el denominado periodo puerperal se puede producir el síndrome de depresión posparto.

Otro grupo de mujeres mencionó que era necesario hacerse la prueba y se justificaba la obligatoriedad porque ellas habían conocido casos de mujeres que, ignorando su condición de salud, no tomaban las precauciones para evitar la transmisión vertical.

Finalmente, después del debate, el Colectivo por la Vida, toma la

posición de luchar contra la obligatoriedad de la prueba con los siguientes fundamentos jurídicos:

1. Declaración Universal de los Derechos Humanos, Artículo 3: Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

2. CEDAW (Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer), A.G Res. 34/180, 34 U.N. GAOR Supp. (No. 46) p. 193, ONU Doc. A/34/46. Suscrita el 18 de diciembre de 1979. Entrada en vigor: 3 de septiembre de 1981. Artículo 1: A los efectos de la presente convención, la expresión “discriminación contra la mujer” denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas políticas, económicas, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera.

3. Constitución Política del Perú, Artículo 1: La defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado. Artículo 2: Toda persona tiene derecho: inciso 1. A la vida, su identidad, a su integridad moral psíquica y física y a su libre desarrollo y bienestar. Inciso 2. A la igualdad ante la ley. Nadie debe ser discriminado por motivo de origen, raza, sexo, idioma, religión, opinión, condición económica o de cualquier otra índole. Inciso 4. A la libertad de información, opinión, expresión y difusión de pensamiento mediante la palabra oral o escrita o la imagen, por cualquier medio de comunicación social, sin previa

autorización ni censura ni impedimento alguno, bajo las responsabilidades de ley. Artículo 3: La enumeración de los derechos establecidos en este capítulo no excluye los demás que la Constitución garantiza, ni otros de naturaleza análoga o que se fundan en la dignidad del hombre, o en los principios de soberanía del pueblo, del Estado democrático, de derecho y de la forma republicana de gobierno.

4. Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer “Convención de Belém do Pará». Adoptada en Belém do Pará en Brasil el 9 de julio de 1994 en el vigésimo cuarto periodo ordinario de sesiones de la Asamblea General. entrada en Vigor 5 de marzo de 1995.

Artículo 4: Toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y a las libertades consagradas por los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos. Estos derechos comprenden, entre otros: a) El derecho a que se respete su vida; b) El derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral; c) El derecho a la libertad y a la seguridad personal”.

5. La Ley General de Salud, artículo 15, que regula el consentimiento informado: Toda persona, usuaria de los servicios de salud, tiene derecho: a) Al respeto de su personalidad, dignidad e intimidad; h) A que se le comunique todo lo necesario para que pueda dar su consentimiento informado, previo a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento, así como negarse a este.

Algunas mujeres dudan respecto de la obligatoriedad, pues consideran que es un atentado contra la autonomía y libertad de las mujeres. Pero existen casos en los que las mujeres se niegan a hacerse la prueba por distintos motivos, uno de los más frecuentes es la negativa a confirmar la infidelidad de sus parejas. En los testimonios encontramos el reconocimiento de un modelo cultural que pone en peligro la salud de las mujeres y que es necesario transformar.

“porque todas te van a decir ‘no, que yo pongo las manos al fuego por mi marido, yo no lo tengo, no vas a encontrar’. Las preguntas que yo he hecho a las mujeres y ‘no, estás loca, no’: Entonces, no se van a hacer la prueba.”

La negativa a hacerse la prueba, como demostración de confianza absoluta, es también la negativa a enfrentar una realidad dolorosa. La posibilidad de enfrentar la infidelidad puede producir tanto temor que lleve a poner en peligro su propia salud.

“...yo como consejera de PARES apoyaba; la asistente social me traía grupo de gestantes y yo les daba la consejería. De 10 gestantes, sólo una te decía ‘quiero hacerme la prueba’, las otras 9 no querían porque supuestamente ellas no eran de... Entonces tú le decías ‘pero si se te va hacer una prueba es para saber esto y esto, y le hablabas todo del VIH’, ‘pero yo no tengo eso’ ‘¿Pero cómo puedes saber que tú no tienes eso?’ ‘No, porque yo solamente he estado con mi esposo’. ‘Tú has estado sólo con tu esposo, ¿y tu esposo?’ ‘**Ay, señorita yo conozco a mi esposo**’. ‘Ah, lo conoces, qué bueno que tengas una relación en que los dos se conozcan muy bien, ¿tu esposo toma?’ ‘Sí, sí toma’...”

Campañas que sensibilicen a las mujeres sobre la importancia de hacerse la prueba son una necesidad en la lucha contra la epidemia. La capacidad de enfrentarse a los propios miedos, y los que están relacionados con las parejas sexuales, es imperativa.

“Bueno, por la experiencia de todo esto, yo estoy a favor de que le hagan las pruebas de VIH a las mujeres gestantes; aunque sea la única mujer de la tierra, estoy de acuerdo. ¿Por qué? Por ejemplo, yo estuve en una reunión en una conferencia en Chile y ellas molestas decían que por qué las obligaban y no querían, pero otra mujer se para y dice, ‘mi hijo nació VIH positivo, si le hubiesen hecho la prueba...’. Entonces, yo creo que aquí, si las mujeres tuvieran la conciencia y voluntariamente se hicieran la prueba OK, pero no es así.”

VI. Y después del 2007, ¿qué?

El acceso a tratamiento gratuito antirretroviral fue implementado en los hospitales públicos por primera vez en el Perú con los fondos del Proyecto del Fondo Global⁴⁴. Uno de los objetivos de este proyecto es “garantizar la atención integral de calidad a las personas viviendo con VIH/SIDA, que incluya el tratamiento antirretroviral”. Es así que se implementa el TARGA, Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad.

La implementación del programa ha recibido diversas críticas⁴⁵: los servicios públicos no han sido reforzados con personal, presupuesto o infraestructura; las visitas domiciliarias son mínimas o no se hacen; se debió priorizar los esquemas *naive* y disminuir al máximo los esquemas de rescate, por la diferencia de costos – el costo de un esquema *naive*, por paciente al año es de US\$ 350.00, mientras que uno de rescate puede alcanzar los US\$ 4,500. Por otro lado, el estudio de López y Rojas (2005) señala que “las PVVS han expresado su conformidad con el uso de los medicamentos genéricos que les proporciona el Programa, pues les brinda resultados que demuestran su eficacia, seguridad y calidad.”⁴⁶

El proyecto del Fondo Global concluye en diciembre del 2007, lo que significa que los tratamientos financiados con estos recursos

⁴⁴ CMP Flora Tristán, DIAKONIA. *Mapeo del estado actual de programas y proyectos VIH/SIDA*. Documento sin publicar. Lima, 2005, Pág. 47.

⁴⁵ López Tocón, Lídice y Germán Rojas Caro. *Beneficios y riesgos de las iniciativas público privadas orientadas a incrementar el acceso a medicamentos para el VIH y SIDA en el Perú*. Lima: AIS-LAC, 2005, Págs. 20 y 21

⁴⁶ *Ibid.*, Pág. 22

estarían en peligro si el Estado peruano no toma las previsiones necesarias para garantizar la sostenibilidad del tratamiento.

Recordemos que es obligación del Estado otorgar los tratamientos a las personas que lo requieran. Aunque la Ley 28243 lo establece, si no se destina el presupuesto necesario para su ejecución, estaríamos una vez más frente a una ley vigente que no se cumple.

VII. El empoderamiento de las mujeres viviendo con VIH/SIDA

CANTAS

Y ese es tu brillo

Cantas

LUÍS HERNÁNDEZ

En los años ochenta las mujeres viviendo con VIH/SIDA aparecían en los reportajes televisivos con pasamontañas o a contraluz. Hoy dan sus testimonios a cara descubierta, fuertes y decididas. En un proceso lento, silencioso, muchas veces difícil, han creado y desarrollado organizaciones para apoyarse y para luchar por sus derechos.

“...hay que crear una estrategia para que estas mujeres crezcan, se fortalezcan, y cuando estén organizadas hablen y ya no estén arrinconadas, salgan a la palestra. Yo les digo, ‘¿postulaste?’, ‘no, no sabía’, no me dijeron’. ‘¿Cómo que no me dijeron?’, ‘no sé usar el correo electrónico.’”

Su participación en el trabajo de prevención y vigilancia de los derechos de las personas viviendo con VIH/SIDA, y específicamente de las mujeres, es clave.

“... la población femenina cada día va creciendo, eso lo sabemos. Y son mujeres que, para que tengan poder de

decisión, hay que prepararlas; y es poco a poco, porque ellas traen responsabilidades, traen niños, traen una carga familiar que un hombre no la trae, que un hombre que tiene sexo con otros hombres no la trae. No es que estemos en contra de ellos porque también hacemos servicios para hombres, pero hay que diferenciar las necesidades de las mujeres...”

Actualmente existen diversas organizaciones de mujeres viviendo con VIH/SIDA que 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 autoempleo para la generación de ingresos, y promoción de la educación y la capacitación.

Las organizaciones de mujeres viviendo con VIH/SIDA activas en Lima, que hemos ubicado para esta investigación son las siguientes⁴⁷:

- **Solas y Unidas**, creada en 1995 e inscrita en registros públicos en 1999. En su sitio web⁴⁸ señalan: “Nuestra misión es poder lograr un empoderamiento y promoción de los derechos de las mujeres viviendo con VIH y SIDA, con énfasis en lo laboral, salud, género y educación para alcanzar el bienestar integral de la mujer viviendo con VIH y su familia, promoviendo el ejercicio de su ciudadanía”.
- **Red Peruana de Mujeres Viviendo con VIH y Sida**, creada el 12 de abril de 1998, inscrita en registros públicos en el 2001. Su Plan Estratégico tiene 5 objetivos:

1. Fortalecer y cohesionar la Red Peruana de Mujeres Viviendo con VIH y SIDA, para mejorar la capacidad de respuesta al incremento de la epidemia de VIH/SIDA en el Perú.

⁴⁷ Ver directorio en el Anexo I.

⁴⁸ www.solasyunidas.org

2. Contribuir a la disminución de la incidencia del VIH en mujeres, niños y niñas en el Perú.

3. Promover el respeto de los Derechos Humanos de los niños y niñas viviendo con VIH y SIDA.

4. Promover el empoderamiento de las mujeres viviendo con VIH y SIDA.

5. Contribuir al acceso de las mujeres viviendo con VIH/SIDA al tratamiento retroviral.

- **Luz de Esperanza, Janchasuc Uyacuy**, creada en agosto del 2000. Tiene como actividades centrales: autoayuda para mujeres, prevención en sexualidad, talleres permanentes de manualidades, generación de autoingresos, sobre todo para viudas; botiquín permanente.

- **Mujeres de Nuevo Amanecer**, fundada en el 2003. Sus integrantes nos han informado que “trabaja desde hace muchos años de manera silenciosa, con mujeres que viven con VIH y SIDA que no desean pertenecer a otras organizaciones”.

Ejemplos de los avances en sus esfuerzos son los siguientes. En octubre de este año, en Panamá, se realizó el 7° Encuentro Regional de Mujeres de ICW Latina, convocado por el Secretariado Regional de la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA, al que asistieron 242 representantes de 20 países de la región (ver declaración del encuentro en el Anexo II). En el Perú, hasta la fecha de redacción de este informe, una representante de las PVVS ante la Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud (CONAMUSA)⁴⁹ es mujer.

⁴⁹ Organismo de coordinación, constituido con la representación del gobierno, la cooperación internacional bilateral y multilateral, la sociedad civil y las organizaciones de personas directamente afectadas con el VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria en el país.

Sus esfuerzos están dirigidos a tener voz y representación en la toma de decisiones en los asuntos que les conciernen, a que se tome en cuenta y se respete los derechos de las mujeres. En sus propias palabras:

“... lo que siempre digo, nosotras tenemos hijos y los hijos son el futuro del país. Si las madres dejaran de existir, creo que los chicos se irían al abandono y el país también, porque los chicos siempre necesitan los consejos de la madre y que los estén guiando, encaminando para que ellos también puedan resolver los problemas. ‘Si mi madre con el problema que tiene resuelve sus problemas y sigue adelante, ¿por qué me voy a acobardar, yo también tengo que ser fuerte, yo también tengo que salir adelante’. Creo que sí, toda madre es un ejemplo para los hijos.”

“... si yo tuviese el poder de hacer algo, haría un albergue especial para ellos, donde puedan estar con una atención adecuada, que no le falte medicamentos a ninguno, que los niños también estén bien cuidados, bien alimentados y que tal vez la vida de las personas viviendo con VIH sea mucho mejor de lo que es ahora, con un trabajo digno. No que nos regalen, tampoco pedimos limosnas. En eso sí soy muy especial, yo pienso que las personas viviendo con VIH no necesitamos limosnas, no debemos ser asistencialistas tampoco. Porque tener VIH no nos hace diferentes, tenemos tal vez un virus dentro del organismo que no es el mismo que tienen todos, pero eso no limita nuestras capacidades, no nos limita para poder ejecutar nuestro trabajo. Que nos den por nuestra capacidad, que no nos lo den por pena: esa es una de las cosas que yo busco como una persona viviendo con VIH.”

VIII. Conclusiones

1. Las estadísticas oficiales reflejan que el número de mujeres y niñas con VIH/SIDA ha aumentado de manera alarmante en el mundo – llegando a 48% del total mundial.

En el Perú, la relación hombre-mujer en el número de casos notificados de SIDA se ha reducido de 14 a 1 en 1990 a un nivel de 3 a 1 en los últimos 8 años.

Sin embargo, las estrategias de respuesta a la epidemia no han incorporado enfoques y acciones específicas acordes a este incremento.

2. Las personas viviendo con VIH/SIDA sufren actos de discriminación y de estigma – flagrantes o sutiles – por su condición de salud en diversos aspectos de su vida, que son violaciones a sus derechos humanos.

En el caso de las mujeres, los prejuicios agudizan la discriminación de género, en especial, en relación con sus derechos sexuales y reproductivos. En los testimonios recogidos en esta investigación existen indicios de que la mentalidad de algunos proveedores de servicios de salud generan actitudes o presiones que constituyen violaciones a sus derechos.

3. Los desequilibrios de poder entre los géneros colocan a la mujer en una situación de mayor vulnerabilidad frente a la epidemia. La menor falta de acceso a la información es fundamental. Las desigualdades de poder en las relaciones de pareja constituyen factores de riesgo para su salud y su vida.

La violencia de género expone a las mujeres a relaciones sexuales sin protección que pueden conducir a la transmisión de ITS, incluyendo el VIH.

4. Las campañas no incluyen mensajes dirigidos a sectores específicos de mujeres, como las denominadas jefas de hogar y amas de casa, ni a la población de mujeres que tienen sexo con otras mujeres.

IX. Recomendaciones

*Pues no basta el recuerdo,
Cuando aún queda tiempo*

LUIS CERNUDA

1. El Estado y la sociedad civil deben redoblar esfuerzos orientados a modificar el imaginario social que instituye los actos de discriminación y estigma contra las personas viviendo con VIH/SIDA.
2. Las políticas públicas requieren incorporar un enfoque de género orientado a: 1) aumentar el número de acciones específicas para mujeres viviendo con VIH/SIDA, adecuadas a sus necesidades; 2) a desarrollar procedimientos y protocolos que enfatizan el respeto a sus derechos, en especial los derechos sexuales y reproductivos; y, 3) a eliminar o minimizar las posibilidades de que criterios personales prejuiciosos influyan en el trato que reciben en la provisión de servicios.
3. Las políticas públicas de respuesta a la epidemia del VIH/SIDA deben incrementar las campañas de prevención dirigidas a mujeres de todas las edades y de diversos sectores poblacionales – en especial aquellos en los que existe menor percepción de riesgo, como jefas de hogar o amas de casa, y mujeres que tienen sexo con otras mujeres.

4. Las políticas públicas y las acciones relacionadas con la prevención y atención de la violencia de género deben considerar e incluir la transmisión de ITS, incluyendo el VIH, entre las consecuencias de sus manifestaciones.

X. Bibliografía

Abanto Revilla César. “El libre acceso a las prestaciones de salud y pensiones”, en *La Constitución Comentada, Análisis artículo por artículo*. Lima: Gaceta Jurídica, 2006.

Bracamonte Allain, Jorge y Rolando Álvarez Chávez, Editores. *Situación de los derechos humanos de lesbianas, trans, gays y bisexuales en el Perú*, Lima: MHOL, 2006.

CMP Flora Tristán, DIAKONIA. *Mapeo del estado actual de programas y proyectos VIH/SIDA*. Documento sin publicar. Lima, 2005.

Comisión Andina de Juristas. *Diagnóstico jurídico para la elaboración del Plan Nacional de Derechos Humanos*. Documento de trabajo sin publicar. Lima, septiembre de 2005

CONAMUSA, Ministerio de Salud, ONUSIDA, Proyecto Vigía, *Plan Estratégico Multisectorial VIH/SIDA 2007-2011 para la Prevención y Control de las ITS y VIH/SIDA*, 2006. Disponible en www.minsa.gob.pe.

Consortio Disminución de la Transmisión Vertical del VIH. *Características de los conocimientos y prácticas relacionadas a la prevención de la transmisión vertical del VIH/SIDA en gestantes y proveedores de salud durante el control prenatal en 10 hospitales*

del país. Proyecto: Fortalecimiento de la prevención y control del SIDA y la tuberculosis en el Perú. Lima: Consorcio Disminución de la Transmisión Vertical del VIH, 2006.

Diez Canseco Montero, Francisco. *Estigma y discriminación: la mirada de las personas viviendo con VIH/SIDA en el Perú*. Lima: Coordinadora peruana de personas viviendo con VIH/SIDA - Peruanos Positivos, 2005.

Fernández Sessarego, Carlos. *Derecho de las personas*. Lima: Librería Studium, 1987.

Lamprey R., Peter, Jami L. Johnson y Marya Khan. "La problemática mundial del VIH y el SIDA". *Population Bulletin* 61, N°. 1, Washington, DC: Population Reference Bureau, 2006.

López Tocón, Lídice y Germán Rojas Caro. *Beneficios y riesgos de las Iniciativas Público Privadas (IPP) orientadas a incrementar el acceso a medicamentos para el VIH y Sida en el Perú*. Lima: Acción Internacional para la Salud-LAC, 2005. Disponible en: http://www.aislac.org/pdf/publicaciones/2006/Proyecto_PPP.pdf

Mollmann, Marianne. *Una prueba de desigualdad, Discriminación contra mujeres viviendo con VIH en la República Dominicana*, Human Rights Watch, 2004.

Montan Palestra, Carlos. *Tratado de derecho penal, parte especial*, Tomo VI. Buenos Aires: Abeledo-Perrot, 1994.

Movimiento Manuela Ramos, CMP Flora Tristán. *Manual sobre violencia familiar y sexual*. Lima: Movimiento Manuela Ramos, 2004.

ONUSIDA. *Informe sobre la epidemia mundial 2004*. Ginebra: ONUSIDA, 2004.

ONUSIDA. *Mantener la promesa: un programa para la acción sobre la mujer y el SIDA*, 2005. Disponible en: www.unaids.org.

Paredes Piqué, Susel y Carolina Ruiz Torres. *Derechos Humanos de las Mujeres, Informe 2005-2006*. Lima: Ediciones Flora Tristán, 2006.

Rubio Correa Marcial. *Estudio Político de la Constitución de 1993*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú, 1999.

Sokolich Alva, María Isabel. "Protección y defensa de la salud, el medio familiar y la comunidad", en *La Constitución Comentada, Análisis artículo por artículo*. Tomo I. Lima: Gaceta Jurídica, 2006.

Tamayo Giulia. *Bajo la Piel, Derechos Sexuales, Derechos Reproductivos*. Lima: CMP Flora Tristán, 2001.

Velásquez Vásquez, Carlos. "Transmisión madre – niño (vertical) del VIH", en *Boletín Informativo de Advocacy*. Lima: Proyecto: Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la tuberculosis en el Perú. Objetivo N° 3 del Componente VIH: Disminuir la Transmisión Vertical. 2005.

Vereau, Dorina. "Mujeres, VIH y SIDA", en *Boletín Informativo N° 14*. Lima: Red Sida Perú, enero 2005.

Waldorf, Lee. *Camino a la igualdad: CEDAW, Beijing y los ODM*. México: UNIFEM, 2005.

XI. Anexos

Anexo I

DIRECTORIO DE ORGANIZACIONES DE MUJERES VIVIENDO CON VIH/SIDA EN LIMA

Organización	Representante	Teléfonos	Correo electrónico
Luz de Esperanza, Janchasuc uyacuy	Miriam Stucchi, Presidenta	326-7412 9825-1856	luzdesperanza@yahoo.es
Mujeres del Nuevo Amanecer	María Morales, Presidenta	226-4036	soledad068@yahoo.com
Red Peruana de Mujeres Viviendo con VIH y SIDA	Guiselly Flores, Directora Ejecutiva	252-4119	redperuanademujeresvvh@yahoo.es
Solas y Unidas	Sonia Borja, Presidenta	523-2897	contacto@solasyunidas.org

Anexo II

COMUNIDAD INTERNACIONAL DE MUJERES VIVIENDO CON VIH/SIDA (ICW LATINA)

DECLARACIÓN DE PANAMÁ 2006

“NADA PARA NOSOTRAS SIN NOSOTRAS”

En Panamá, en el marco del 1° Congreso Latinoamericano y del Caribe de Mujeres, Adolescentes y Niñas + y el 7° Encuentro Regional de Mujeres de ICW Latina, convocado por el Secretariado Regional de la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA (ICW Latina), las mujeres que ejercemos responsabilidades en los distintos Capítulos Nacionales, procedentes de los 17 países que conforman en la actualidad ICW Latina, junto a las 242 representantes de 20 países de la región, reunidas aquí del 16 al 19 de octubre de 2006, hemos decidido por voluntad unánime, redactar esta Declaración para hacerla conocer entre los líderes políticos, sociales, sindicales, empresariales, de los medios masivos de comunicación social y a los diversos actores que conforman los sectores más dinámicos del cuerpo social de nuestros países y del mundo, ratificando la Declaración de Buenos Aires de 2004.

Con el objetivo final de conmover a los sistemas de poder, llamando su atención para lograr poner en funcionamiento el mandato que nos diera Don Nelson Mandela – ejemplo vivo de compromiso en la lucha contra el SIDA –, cuando nos dijera en la Conferencia

Internacional de SIDA, celebrada en Bangkok, que la Humanidad está en peligro de extinción si en los próximos años no somos capaces de encontrar caminos amplios, masivos y coordinados de respuesta social al drama del SIDA.

Caminos que incluyan de manera definitiva a las Personas que Vivimos con el VIH/SIDA y al resto de las fuerzas vivas que dan integridad a las Naciones y conforman los pueblos y sus identidades. En especial a las mujeres, niñas y adolescentes víctimas de la pobreza y la exclusión, a la mujer migrante, a las jefas de hogar, a las usuarias de drogas, a las trabajadoras sexuales, a las refugiadas, a las mujeres en situación de encierro, a las mujeres de los pueblos originarios que, con nutridas delegaciones han llegado a este Congreso en Panamá. Con enorme necesidad de políticas adecuadas para cada sector.

Por ello, manifestamos nuestros acuerdos, compromisos de acción y peticiones en la presente Declaración de Panamá:

DOCUMENTO ACUERDO DE PANAMÁ DE ICW LATINA (que se apoya en los informes preliminares trabajados en las 10 comisiones que funcionaron durante el congreso y que formarán parte de los anexos del informe de ICW LATINA)

Las mujeres que vivimos con VIH/SIDA aquí reunidas, proponemos bregar por los siguientes puntos y solicitamos entonces:

A la Organización de las Naciones Unidas en el marco normativo de la Declaración de UNGASS, que nos acompañen para lograr:

- El cumplimiento de dicha Declaración en su totalidad, por parte de los Estados Miembros.
- Bregar por Incluir en las Políticas Nacionales, el Principio MIPA (Mayor Involucramiento de Personas Viviendo con VIH/SIDA), en concordancia con los Tres Unos.

- Respetar las Directrices Internacionales sobre el VIH/SIDA.
- Seguimiento del manejo de los fondos internacionales. Con especial énfasis en el Fondo Global, para el cual se hace imprescindible un cambio de criterios de selección, que posibilite a todos los países de la región un trato igualitario y nuevas normas que contemplen claramente a las poblaciones vulnerables y sus necesidades.
- Bregar para que los recursos de las agencias y fuentes de financiamiento internacionales, prioricen las agendas de los donatarios y solicitantes de recursos de la Sociedad Civil, por sobre las agendas de quienes ofrecen los recursos.

Solicitamos a los Estados de la región:

- Mayor involucramiento de las Mujeres viviendo con VIH de ICW en las mesas de toma de decisiones, en acuerdo a los Tres Unos y con el compromiso asumido aquí por parte de las agencias del sistema de Naciones Unidas y ONUSIDA, de apoyar a ICW Latina en cada país, para la consecución de estos objetivos.
- Buscar un marco Nacional que permita una actuación coordinada, con participación política y programas sobre el VIH/SIDA en todas las ramas de Gobierno, como lo indica la estrategia de los tres unos.
- Analizar y reforzar la legislación sanitaria relacionada a cuestiones de Salud Pública, como las referidas a salud sexual y reproductiva, tanto como a la formación de los profesionales de la salud en el tema SIDA, con especial atención a la nutrición y las secuelas físicas y psíquicas que acarrea su abandono por parte de los Estados.

- Promulgar o fortalecer las leyes que combatan la discriminación.
- Proporcionar asistencia jurídica que informe a las PVVS sus derechos.
- Programas específicos para las mujeres, niñas, jóvenes u otros grupos vulnerables.
- Cambio de actitudes discriminatorias y estigmatizantes contra el drama del VIH/SIDA, por actitudes de comprensión y aceptación e instrumentación del Protocolo CEDAW en todos nuestros países de la región.
- Mantenemos nuestros objetivos de una Calidad de Medicamentos comprobada, sean originales o genéricos para todas las PVVS en la región y el acceso Universal a la medicina ARV.

Hacemos una petición especial a la Coalición de Primeras Damas y Mujeres líderes en VIH/SIDA de la región, encabezada por Doña. Xiomara Castro de Zelaya, para que se apropie del producido de este Congreso y en colaboración lo llevemos a la práctica.

EL COMPROMISO DE ICW LATINA:

Las Mujeres aquí reunidas nos comprometemos por medio de nuestra organización regional, ICW Latina, a ejercer una tarea de incidencia política permanente en cada país y ante los organismos internacionales de toda índole, para lograr el objetivo de una mas eficaz articulación entre Estados, Sociedad Civil y el resto de los actores que toman decisiones en la región.

El Secretariado Regional de ICW Latina, asume como propias las inquietudes de las Referentes Nacionales y las participantes de este Congreso, en el sentido de realizar un taller de capacitación

y otras acciones tendientes a la formación de los Trabajadores de Prensa de la región, para su mejor y mayor involucramiento en la difusión de los temas referidos al SIDA, como parte de la estrategia de Respuesta Social a la Pandemia. Así también a impulsar la creación en cada país de ámbitos específicos que atiendan los intereses y necesidades de niñas y adolescentes viviendo con VIH, facilitando su genuina participación.

Todas estas intenciones manifestadas en este documento, serán monitoreadas desde hoy y hasta la realización de nuestro 2° Congreso de Mujeres Niñas y Adolescentes que, con absoluta convicción, hemos de realizar, esperando contar con el apoyo incondicional de las agencias de cooperación.

Por último:

Los Estados, las Naciones Unidas, sus dirigentes actuales y futuros y la comunidad toda en cada uno de nuestros países y el mundo, cuentan con nosotras para que –codo a codo con los hombres – como lo venimos haciendo desde el principio mismo de la humanidad y también de la pandemia del SIDA, vayamos a la búsqueda de estos objetivos humanitarios y de defensa irrestricta de los Derechos Humanos

Declarando en esta Ciudad de Panamá -que nos albergó con cariño- que

NO QUEREMOS “NADA PARA NOSOTRAS SIN NOSOTRAS”

Secretariado Regional ICW Latina Referentes Nacionales de los 17 Capítulos de la región y mujeres, niñas y adolescentes viviendo con VIH participantes de este Congreso.

Panamá, 19 de octubre de 2006

Anexo III



OFICINA GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA
 Situación del VIH/SIDA en el Perú *
 Boletín Epidemiológico Mensual

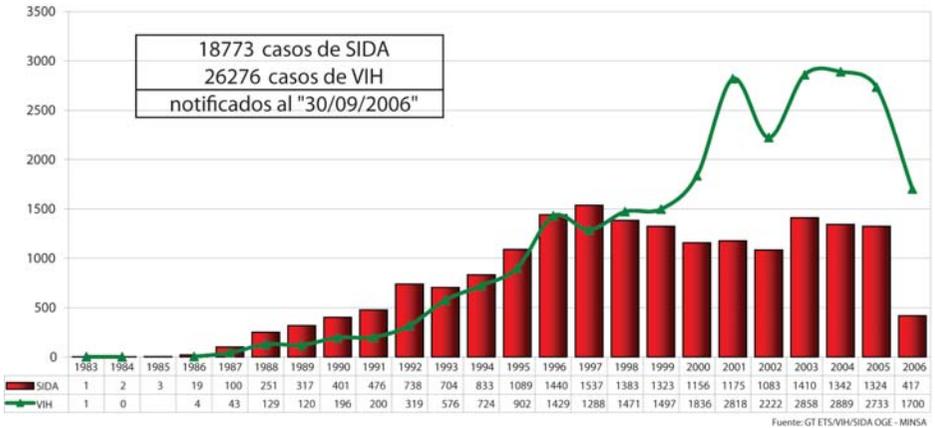


SETIEMBRE 2006

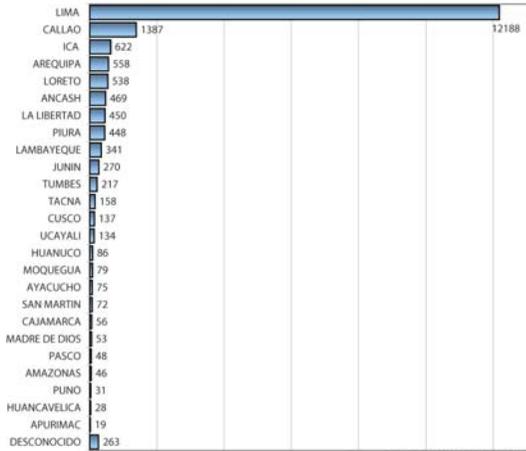
* Notificaciones de 34 DISAs



CASOS DE SIDA SEGÚN AÑO DE DIAGNÓSTICO PERU, 1983-2006

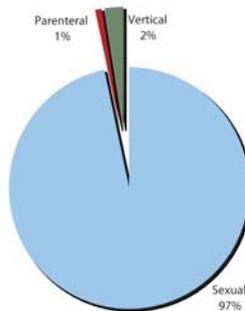


SIDA: CASOS ACUMULADOS 1983-2006



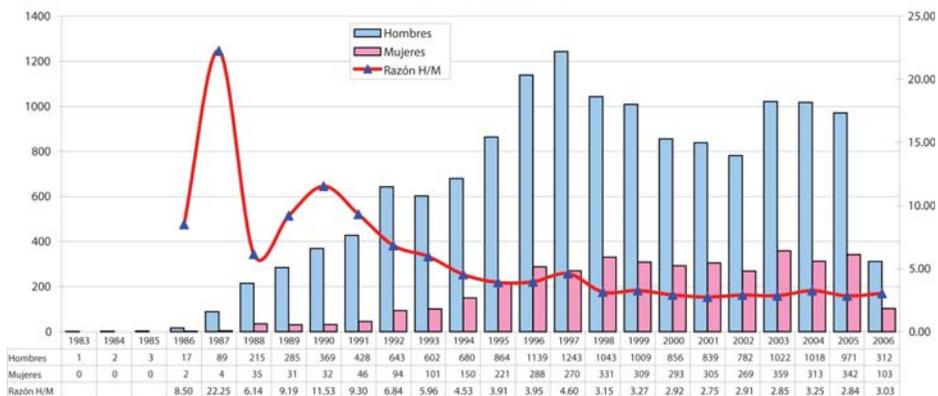
Fuente: GT ETS/VIH/SIDA OGE - MINS A

SIDA: VÍA DE TRANSMISIÓN 1983-2006



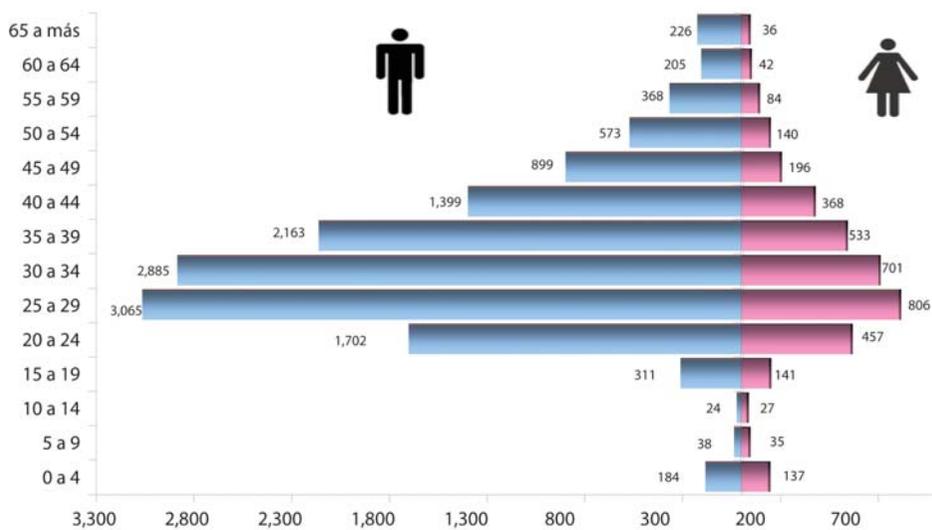
Fuente: GT ETS/VIH/SIDA OGE - MINS A

SIDA: RAZÓN HOMBRE/MUJER
PERU, 1983-2006



Fuente: GT ETS-VIH/SIDA OGE - MINSA

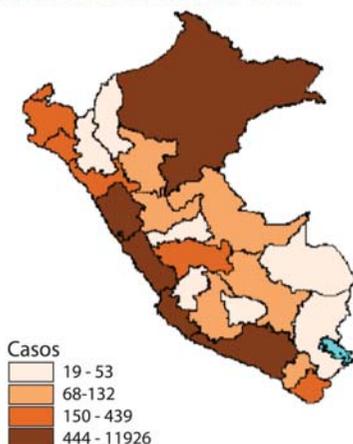
SIDA: DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO PERU, 1983-2006



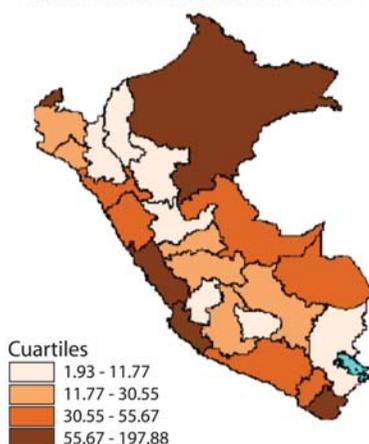
Fuente: GT ETS/VIH/SIDA OGE - MINSA

PERÚ: NOTIFICACIÓN DE CASOS DE SIDA 1983 - 2005

Casos acumulados 1983 - 2005



Incidencia acumulada 1983 - 2005

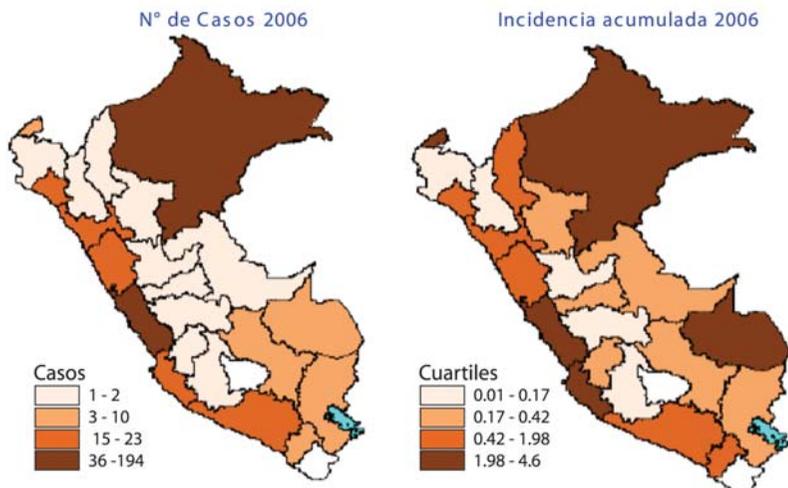


PERÚ: NOTIFICACIÓN DE CASOS DE VIH/SIDA

Departamento	1983-1990		1991-2000		2001-2005		2006	
	VIH	SIDA	VIH	SIDA	VIH	SIDA	VIH	SIDA
AMAZONAS	0	1	20	24	39	18	3	2
ANCASH	0	1	176	258	315	185	39	23
APURIMAC	0	0	4	10	18	9	1	0
AREQUIPA	3	19	301	258	391	207	48	15
AYACUCHO	0	2	20	54	64	18	9	1
CAJAMARCA	0	1	32	37	38	15	3	2
CALLAO	37	107	826	795	961	449	134	36
CUSCO	2	4	32	68	76	60	16	5
HUANCAVELICA	0	0	1	13	15	14	1	1
HUANUCO	0	1	56	56	129	28	7	1
ICA	1	6	145	314	287	273	44	19
JUNIN	0	2	114	150	291	114	39	1
LA LIBERTAD	3	18	263	269	397	137	96	22
LAMBAYEQUE	0	9	216	145	418	154	78	23
LIMA	421	829	6725	7131	7265	3973	741	194
LORETO	1	13	228	299	828	170	149	44
MADRE DE DIOS	0	0	10	24	87	10	37	4
MOQUEGUA	0	2	43	53	71	20	7	3
PASCO	0	0	45	32	100	14	13	1
PIURA	0	0	264	257	389	182	43	2
PUNO	1	0	14	15	19	7	1	4
SAN MARTIN	0	1	98	49	244	18	63	2
TACNA	2	2	52	99	72	49	13	0
TUMBES	0	1	160	106	177	74	34	10
UCAYALI	0	0	191	52	300	71	71	2
DESCONOCIDO	22	75	206	111	529	65	10	0
PERU	493	1094	10242	10679	13520	6334	1700	417

Fuente: GT ETS/VIH/SIDA OGE - MINSA

PERÚ: NOTIFICACIÓN DE CASOS DE SIDA 2006



PERÚ: CASOS NOTIFICADOS - INCIDENCIA ACUMULADA

Departamento	1983 - 2005			2006		
	CASOS	%	IA *	CASOS	%	IA**
AMAZONAS	43	0.23	11.66	2	0.48	0.44
ANCASH	444	2.43	44.28	23	5.52	1.97
APURIMAC	19	0.10	4.70	0	0.00	0.00
AREQUIPA	484	2.64	49.52	15	3.60	1.30
AYACUCHO	74	0.40	14.52	1	0.24	0.17
CAJAMARCA	53	0.29	3.96	2	0.48	0.13
CALLAO	1351	7.38	198.03	36	8.63	4.30
CUSCO	132	0.72	11.95	5	1.20	0.39
HUANCAVELICA	27	0.15	6.66	1	0.24	0.21
HUANUCO	85	0.46	11.77	1	0.24	0.12
ICA	593	3.24	98.37	19	4.56	2.60
JUNIN	266	1.45	23.59	1	0.24	0.08
LA LIBERTAD	424	2.32	33.45	22	5.28	1.38
LAMBAYEQUE	308	1.68	30.75	23	5.52	1.98
LIMA	11933	65.19	177.12	194	46.52	2.34
LORETO	482	2.63	60.01	44	10.55	4.60
MADRE DE DIOS	34	0.19	32.82	4	0.96	3.62
MOQUEGUA	75	0.41	55.67	3	0.72	1.76
PASCO	46	0.25	19.13	1	0.24	0.35
PIURA	439	2.40	30.23	2	0.48	0.12
PUNO	22	0.12	1.93	4	0.96	0.30
SAN MARTIN	68	0.37	10.87	2	0.48	0.25
TACNA	150	0.82	63.15	0	0.00	0.00
TUMBES	181	0.99	107.95	10	2.40	4.54
UCAYALI	123	0.67	34.01	2	0.48	0.42
DESCONOCIDO	448	2.45		0	0.00	
PERÚ	18304	100.00	77.83	417	100	1.47

* Para su cálculo se tomó como referencia la población de 1994 (tasa por 100000hab)

** Para su cálculo se tomó como referencia la población de 2006 (tasa por 100000hab)

Fuente: GETS-VIH/SIDA OGE - MINSA



Resumen mundial de la epidemia de SIDA, Diciembre de 2006

Personas que vivían con el VIH en 2006

Total	39,5 millones (34,1–47,1 millones)
Adultos	37,2 millones (32,1–44,5 millones)
Mujeres	17,7 millones (15,1–20,9 millones)
Menores de 15 años	2,3 millones (1,7–3,5 millones)

Nuevas infecciones por el VIH en 2006

Total	4,3 millones (3,6–6,6 millones)
Adultos	3,8 millones (3,2–5,7 millones)
Menores de 15 años	530 000 (410 000–660 000)

Defunciones causadas por el SIDA en 2006

Total	2,9 millones (2,5–3,5 millones)
Adultos	2,6 millones (2,2–3,0 millones)
Menores de 15 años	380 000 (290 000–500 000)

Los intervalos de las estimaciones presentadas en este cuadro, que están basadas en la mejor información disponible, definen los márgenes dentro de los cuales se encuentran los datos reales.

Estadísticas y características regionales del VIH y el SIDA, 2004 y 2006

	Adultos y niños que vivían con el VIH	Nuevas infecciones por el VIH en adultos y niños	Prevalencia del VIH en adultos (15-49 años) (%)	Defunciones de adultos y niños por SIDA
África subsahariana				
2006	24,7 millones [21,8–27,7 millones]	2,8 millones [2,4–3,2 millones]	5,9% [5,2%–6,7%]	2,1 millones [1,8–2,4 millones]
2004	23,6 millones [20,9–26,4 millones]	2,6 millones [2,2–2,9 millones]	6,0% [5,3%–6,8%]	1,9 millones [1,7–2,3 millones]
África del Norte y Oriente Medio				
2006	460 000 [270 000–760 000]	68 000 [41 000–220 000]	0,2% [0,1%–0,3%]	36 000 [20 000–60 000]
2004	400 000 [230 000–650 000]	59 000 [34 000–170 000]	0,2% [0,1%–0,3%]	33 000 [18 000–55 000]
Asia meridional y sudoriental				
2006	7,8 millones [5,2–12,0 millones]	860 000 [550 000–2,3 millones]	0,6% [0,4%–1,0%]	590 000 [390 000–850 000]
2004	7,2 millones [4,8–11,2 millones]	770 000 [480 000–2,1 millones]	0,6% [0,4%–1,0%]	510 000 [330 000–740 000]
Asia oriental				
2006	750 000 [460 000–1,2 millones]	100 000 [56 000–300 000]	0,1% [<0,2%]	43 000 [26 000–64 000]
2004	620 000 [380 000–1,0 millones]	90 000 [50 000–270 000]	0,1% [<0,2%]	33 000 [20 000–49 000]
Oceania				
2006	81 000 [50 000–170 000]	7 100 [3400–54 000]	0,4% [0,2%–0,9%]	4000 [2300–6600]
2004	72 000 [44 000–150 000]	8000 [3900–61 000]	0,3% [0,2%–0,8%]	2900 [1600–4600]
América Latina				
2006	1,7 millones [1,3–2,5 millones]	140 000 [100 000–410 000]	0,5% [0,4%–1,2%]	65 000 [51 000–84 000]
2004	1,5 millones [1,2–2,2 millones]	130 000 [100 000–320 000]	0,5% [0,4%–0,7%]	53 000 [41 000–69 000]
Caribe				
2006	250 000 [190 000–320 000]	27 000 [20 000–41 000]	1,2% [0,9%–1,7%]	19 000 [14 000–25 000]
2004	240 000 [180 000–300 000]	25 000 [19 000–35 000]	1,1% [0,9%–1,5%]	21 000 [15 000–28 000]
Europa oriental y Asia central				
2006	1,7 millones [1,2–2,6 millones]	270 000 [170 000–820 000]	0,9% [0,6%–1,4%]	84 000 [58 000–120 000]
2004	1,4 millones [950 000–2,1 millones]	160 000 [110 000–470 000]	0,7% [0,5%–1,1%]	48 000 [34 000–66 000]
Europa occidental y central				
2006	740 000 [580 000–970 000]	22 000 [18 000–33 000]	0,3% [0,2%–0,4%]	12 000 [<15 000]
2004	700 000 [550 000–920 000]	22 000 [18 000–33 000]	0,3% [0,2%–0,4%]	12 000 [<15 000]
América del Norte				
2006	1,4 millones [880 000–2,2 millones]	43 000 [34 000–65 000]	0,8% [0,6%–1,1%]	18 000 [11 000–26 000]
2004	1,2 millones [710 000–1,9 millones]	43 000 [34 000–65 000]	0,7% [0,4%–1,0%]	18 000 [11 000–26 000]
TOTAL				
2006	39,5 millones [34,1–47,1 millones]	4,3 millones [3,6–6,6 millones]	1,0% [0,9%–1,2%]	2,9 millones [2,5–3,5 millones]
2004	36,9 millones [31,9–43,8 millones]	3,9 millones [3,3–5,8 millones]	1,0% [0,8%–1,2%]	2,7 millones [2,3–3,2 millones]

Cuadro 1

Las Mujeres Positivas, la situación de las
Mujeres viviendo con VIH/SIDA en el Perú,
se terminó de imprimir en Diciembre de 2006
en los talleres gráficos de
Ymagino Publicidad S.A.C.