



La epidemia del VIH/SIDA: El Rol de la Defensoría del Pueblo

ÍNDICE

Defensoría del Pueblo
Jirón Ucayali N° 388
Lima 1, Perú
Teléfono: (51-1) 426-7800, 311-0300
Fax: (51-1) 426-7889
Email: defensora@defensoria.gob.pe
Internet: www.defensoria.gob.pe
Línea gratuita: 0800-15170

Primera edición: Lima, Perú, Julio de 2008.
500 ejemplares

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú, N°
2008 - 08987

Impresión: Termil Editores Impresores

La presente publicación se realizó con el apoyo técnico y financiero del Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA (Fondos de Aceleración de Programas - HQ/06/415761), el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (Proyecto 00045384 “Apoyo a los Derechos Humanos en personas afectadas y viviendo con VIH/SIDA: Lucha contra el estigma y discriminación, promoción de la protección de derechos y acceso a ciudadanía”, que se ejecuta en el marco del Convenio de Cooperación Técnica del PNUD con la Defensoría del Pueblo), el Sistema de las Naciones Unidas en el Perú a través de su Programa Acción 2, la Cooperación Técnica Belga (CTB), y el apoyo técnico de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), mediante la Orden de Trabajo 1 de USAID, Iniciativas de Políticas en Salud, bajo contrato N° GPO-I-01-05-00040-00.

ACRÓNIMOS	7
PRESENTACIÓN	9
CAPÍTULO 1 SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA	
1.1 Situación de la epidemia del VIH/SIDA en el mundo	13
1.1.1 Las cifras de la epidemia en el mundo	13
1.1.2 El VIH/SIDA en América Latina	14
1.1.3 Respuesta al VIH/SIDA en el mundo	15
1.2 Situación de la epidemia del VIH/SIDA en el Perú	18
1.2.1 Magnitud	18
1.2.2 Carácter de la epidemia	20
1.2.3 Dinámica de la epidemia	21
1.2.4 Impacto social	21
1.3 Respuesta nacional a la epidemia del VIH/SIDA	22
1.3.1 Evolución del marco normativo	22
1.3.2 Respuesta sanitaria	26
1.3.3 Respuesta multisectorial	27
CAPÍTULO 2 VULNERABILIDAD, ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN	
2.1 Situación de vulnerabilidad y poblaciones involucradas	29
2.2 Estigma, discriminación y derechos humanos	30

CAPÍTULO 3
LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO Y SU ROL
FRENTE AL VIH/SIDA

3.1 La Defensoría del Pueblo	37
3.1.1 Condiciones internas	37
3.1.2 Condiciones externas	40

CAPÍTULO 4
ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN DEFENSORIAL
FRENTE A LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA

4.1 Objetivos generales y específicos	45
4.2 Estrategia de Intervención	47

ANEXOS	55
--------	----

GLOSARIO	63
----------	----

REFERENCIAS	67
-------------	----

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1: Epidemia de VIH entre la población HSH	20
---	----

Cuadro 2: El Principio de NO Discriminación en la Legislación Nacional	33
---	----

ACRÓNIMOS

Acrónimo	Descripción
ARV	Antirretroviral
CONAMU-SA	Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud
DDHH	Derechos Humanos
ESN	Estrategia Sanitaria Nacional
GAM	Grupos de Ayuda Mutua
GEPETS	Grupos de Elevada Prevalencia de Enfermedades de Transmisión Sexual
HSH	Hombres que tienen Sexo con Hombres
INPE	Instituto Nacional Penitenciario
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MIMDES	Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social
MINDEF	Ministerio de Defensa
MINEDU	Ministerio de Educación
MININTER	Ministerio del Interior
MINJUS	Ministerio de Justicia
MINSA	Ministerio de Salud
MINTRA	Ministerio de Trabajo y Promoción Social
OD	Oficinas Defensoriales
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PPL	Personas Privadas de su Libertad
PVVS	Persona Viviendo con VIH o SIDA
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TS	Trabajadoras y Trabajadores Sexuales
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

PRESENTACIÓN

La epidemia del VIH/SIDA, que constituye un desafío múltiple para los Estados, propicia la necesidad de transformar relaciones sociales excluyentes y trabajar por la solidaridad y la equidad social, condiciones indispensables para la salud y el desarrollo, además de realizar esfuerzos consistentes de prevención como parte de una respuesta integral.

En esa línea, en los últimos años se ha producido una evolución de la respuesta social y política frente a la epidemia, que involucra desde la lucha contra la ignorancia, la estigmatización y el prejuicio inicial, hasta un interés creciente por estructurar un discurso y una legislación de tolerancia y protección de las personas que viven con el VIH.

Sin embargo, a contracorriente de este proceso, en todo el mundo, el estigma y la discriminación que se asocian al VIH y el SIDA no han posibilitado que se posicionen en la agenda pública datos e información transparente sobre las causas de la epidemia y las respuestas más adecuadas para hacerle frente.

Por otro lado, tal como lo señala una reciente publicación de ONUSIDA,¹ los últimos 25 años de la epidemia nos han dejado como enseñanza que el VIH/SIDA no genera impactos azarosamente, sino, en especial, en las personas y grupos más vulnerables debido a su situación económica, social y/o cultural. Además, la respuesta a la epidemia ha evidenciado una relación directa entre la protección de la salud y la protección de los derechos humanos.

¹ Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Derechos humanos, salud y VIH. Guía de acciones estratégicas para prevenir y combatir la discriminación por orientación sexual e identidad de género. Río de Janeiro: ONUSIDA y Conjunto Internacional de Cooperación Técnica en VIH y SIDA, CGTH., 2006.

En razón de ello, corresponde a la Defensoría del Pueblo –en su condición de entidad encargada de la defensa de los derechos fundamentales y constitucionales de la persona y la comunidad– coadyuvar a las acciones destinadas a defender y proteger los derechos de las personas que viven con el VIH, así como de las poblaciones más vulnerables y expuestas a esta enfermedad.

Es así que, en el marco de sus competencias constitucionales y de los compromisos internacionales asumidos por el Estado peruano con relación a la protección de los derechos humanos y a la lucha contra el VIH/SIDA, nuestra institución ha reconocido y considerado necesaria su intervención en la promoción y defensa de los derechos de las personas y grupos antes indicados.

Para tal efecto, mediante el presente documento de trabajo –titulado “La epidemia del VIH/SIDA: El Rol de la Defensoría del Pueblo”– se pone a consideración de las unidades orgánicas de la Defensoría del Pueblo lineamientos que orientan su intervención en la atención de casos y quejas vinculadas a esta enfermedad, así como en acciones dirigidas a supervisar el adecuado cumplimiento de las normas que protegen los derechos de las personas afectadas por ella.

Estos lineamientos involucran cuatro ámbitos de intervención defensorial definidos a partir del análisis de la situación de la epidemia del VIH/SIDA en el mundo, así como de sus rasgos esenciales –en nuestro país– referidos a la magnitud, carácter, dinámica e impacto social. Para tal efecto, se presenta una breve revisión de la respuesta nacional adoptada con relación a la epidemia, tanto a nivel normativo como de políticas públicas, y se explicita la situación de vulnerabilidad de las poblaciones involucradas, así como la relación entre el estigma, la discriminación y los derechos humanos, que plantea ese contexto.

El documento incluye, además, un breve análisis de la capacidad y posición de la Defensoría del Pueblo para abordar el tema del VIH/SIDA, considerando las condiciones internas que comprenden la parte normativa, organizativa y técnica de nuestra institución, así como las condiciones externas, mediante las cuales se busca dar a conocer la percepción de las diversas instituciones, organizaciones y personas que trabajan el tema del VIH y el SIDA, y de las poblaciones vulnerables al VIH, respecto a la labor que cumple la Defensoría del Pueblo como entidad encargada de promover y proteger los derechos ciudadanos.

Es sobre la base de estas consideraciones que se proponen cuatro objetivos institucionales:

1. Consolidar la labor de la Defensoría del Pueblo en la protección de los derechos de las poblaciones más expuestas y vulnerables (HSH, TS, PPL y otros) y de las personas viviendo con el VIH/SIDA.
2. Contribuir a que las poblaciones más expuestas y vulnerables y las personas viviendo con el VIH/SIDA accedan a servicios públicos esenciales de calidad.
3. Contribuir a que las poblaciones más expuestas y vulnerables y las personas viviendo con el VIH/SIDA accedan a los mecanismos de protección de derechos y administración de justicia.
4. Contribuir con la reducción del estigma y discriminación asociados al VIH.

Si bien, en razón del carácter multidimensional de la epidemia, las líneas propuestas no agotan las alternativas de intervención posibles, mediante el presente documento se espera contribuir con la adecuada atención de casos de afectación de derechos de las personas con el VIH/SIDA y de las poblaciones vulnerables, así como con la realización de actividades orientadas a erradicar el estigma y discriminación asociados a la epidemia; y, de esta manera, for-

talecer la respuesta desde el Estado –y, en concreto, desde la Defensoría del Pueblo–, frente a la epidemia del VIH/SIDA.

Me corresponde, finalmente, expresar el profundo agradecimiento de la Defensoría del Pueblo a diversas instituciones que se han convertido en aliados indispensables de nuestra acción defensorial: el Programa de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA); el Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Sistema de las Naciones Unidas en el Perú a través de su Programa Acción 2, que aportaron apoyo técnico y financiero; USAID (mediante la Orden de Trabajo 1 de USAID, Iniciativas de Políticas en Salud), cuyo apoyo técnico permitió a la Adjunta para la Administración Estatal elaborar el presente documento; y, finalmente, la Cooperación Técnica Belga (CTB), gracias a la cual ha sido posible su publicación.

Lima, julio de 2008.

BEATRIZ MERINO LUCERO
DEFENSORA DEL PUEBLO

CAPÍTULO 1

SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA

1.1 Situación de la epidemia del VIH/SIDA en el mundo

La epidemia del VIH/SIDA ha llamado la atención mundial en razón de sus devastadoras consecuencias, las cuales no se circunscriben únicamente a las personas con el VIH, sino también a la colectividad, lo que ha promovido, paulatinamente, una especial incidencia en el desarrollo de los países.

Cabe anotar que el hecho de que la principal forma de transmisión del virus sea el contacto sexual ha puesto de relieve un aspecto que permanecía soslayado en el debate, como el de la diversidad en los comportamientos sexuales. Asimismo, ha colocado en la agenda pública las condiciones de desigualdad e inequidad que tornan más vulnerables a las poblaciones excluidas, así como el derecho de éstas a la atención sanitaria, la educación, la vivienda y el trabajo, como aspectos esenciales del derecho a la vida.

1.1.1 Las cifras de la epidemia en el mundo

El informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial del VIH/SIDA correspondiente al 2006,² estima que 39,5 millones de personas viven con el VIH en el mundo. De este total, 2,3 millones son menores de 15 años y, de los 37,2 millones restantes, el 47.58% corresponde a mujeres y el 52.42% a varones.

El referido informe señala, además, que aproximadamente 4,3 millones de personas se infectaron recientemente y que 2,9 millones de personas fallecieron a causa del SIDA durante el año 2006.

² ONUSIDA. Situación de la Epidemia de SIDA, 2006. Ginebra: ONUSIDA/06.29S, diciembre, 2006. 94 pp.

En los años 2005 y 2006, el número de personas que vive con el VIH aumentó en todas las regiones del mundo. Las nuevas infecciones por el VIH se concentran sobre todo entre los jóvenes de 15 a 24 años de edad, sector que representó el 40% de las nuevas infecciones contraídas en el año 2006.

En la actualidad, los niños y adolescentes menores de 15 años constituyen una sexta parte de los fallecimientos relacionados con el SIDA en todo el mundo y una séptima parte de las nuevas infecciones por el VIH. Cabe llamar la atención respecto de que la mayoría de este universo responde a infecciones de transmisión materno infantil del virus.

Por otro lado, los efectos de la enfermedad en los niños que son hijos de padres viviendo con el VIH son particularmente delicados. Después de la enfermedad y la muerte, el impacto más grave sobre los niños es la pérdida del afecto, el apoyo y la protección de sus padres. Asimismo, por efecto del quiebre del núcleo familiar, no es inusual la separación entre hermanos debido a que en su nueva condición de huérfanos son enviados a vivir en distintos hogares.

El África Subsahariana es la región más castigada por la epidemia mundial, pues acumula el 65% de los casos del mundo. Sin embargo, se debe tener en cuenta el preocupante incremento registrado en Europa Oriental, así como en el Asia Central y el Asia Oriental, donde el número de personas que vivían con el VIH en el 2006 fue 21% más alto que en el año 2004.

1.1.2 El VIH/SIDA en América Latina

En América Latina (sin considerar el Caribe), la prevalencia promedio de infección por VIH entre adul-

tos es de 0.5% de la población. Al respecto, se calcula que, a fines del 2006, el número de personas viviendo con VIH fue de 1.7 millones, de las cuales, aproximadamente, 510,000 eran mujeres, 1'165,000 varones y 25,000 menores de 14 años. Asimismo, el número estimado de defunciones en el 2006 fue de 65,000 y el de nuevas infecciones de 140,000.

En casi todos los países latinoamericanos, los más altos niveles de infección por VIH se dan en hombres que tienen sexo con hombres (HSH). De los casos de SIDA reportados en Argentina, Bolivia, Brasil, Guatemala y Perú, los HSH representan entre 25% y 35% de la población total viviendo con VIH, mientras que los consumidores de drogas intravenosas representan el 19%. Respecto a los trabajadores sexuales cabe precisar que aun cuando el nivel de prevalencia de la enfermedad es relativamente bajo, éstos y sus clientes representan casi la sexta parte (17%) de las infecciones por el VIH.

Resulta importante advertir que la transmisión del VIH se está produciendo en el contexto de factores comunes a la mayoría de los países latinoamericanos: pobreza y migración generalizada, información insuficiente acerca de las tendencias de la epidemia fuera de las grandes zonas urbanas, y el estigma y la discriminación.

1.1.3 Situación de la respuesta al VIH/SIDA en el mundo

a) Políticas públicas y financiamiento

La respuesta al VIH/SIDA en el mundo no ha abordado adecuadamente la promoción, la protección y el respeto de los derechos humanos. En efecto, la mitad de los países que remitieron informes al ONUSIDA en el

marco de la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA reconoció la existencia de políticas con impacto negativo en la accesibilidad y eficacia de las medidas de prevención y atención relacionadas con el VIH.

La financiación mundial para la lucha contra el SIDA ha aumentado considerablemente. Sin embargo, los fondos disponibles en la actualidad constituyen tan sólo un tercio de lo que se requerirá para responder al crecimiento de la epidemia en los próximos años. En efecto, ONUSIDA estimó que los fondos disponibles para la respuesta contra el SIDA en los países de ingresos bajos y medianos totalizarían US\$ 8,900 millones en el 2006 y US\$ 10,000 millones en el 2007, cifras que están muy lejos de las necesidades calculadas en US\$ 14,900 millones para el 2006, US\$ 18,100 millones para el 2007 y US\$ 22,100 millones para el 2008.

El ONUSIDA y sus asociados calculan que, en el 2008, se necesitarán US\$ 11,400 millones sólo para actividades de prevención del VIH, con el fin de asegurar el cumplimiento del Objetivo de Desarrollo del Milenio de “Contener y empezar a hacer retroceder la epidemia mundial del SIDA para 2015”.

b) Prevención

Conocimientos

Existe consenso en la comunidad internacional que aún existe en el mundo deficiencias significativas en la respuesta al VIH. Los programas de prevención no están llegando a quienes corren un riesgo máximo y los esfuerzos por ampliar el conocimiento sobre el SIDA entre los jóvenes y entre las poblaciones más expuestas son aún insuficientes. Aunque la Declaración

de Compromiso sobre el VIH/SIDA³ aspiraba a que el 90% de los jóvenes estuviera bien informado sobre el SIDA para el 2005, las encuestas indican que menos del 50% de ellos ha alcanzado niveles suficientes de conocimiento.

Acceso a condón

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) –el mayor comprador de preservativos masculinos para el sector público en el mundo– estima que el suministro mundial de preservativos por parte de dicho sector cubre menos del 50% de las necesidades y que la financiación actual para la adquisición y distribución de preservativos se debería triplicar.

Infecciones de transmisión sexual

Más de 340 millones de personas contraen cada año una infección de transmisión sexual curable. Se estima que las mujeres son más vulnerables a este tipo de infecciones que los varones, a excepción de aquéllos que practican sexo anal (particularmente, el sexo anal receptivo). Pese a que las infecciones de transmisión sexual no tratadas aumentan el riesgo de transmisión del VIH en varios órdenes de magnitud, no se brinda atención debida a la relación entre el diagnóstico y el tratamiento de infecciones de transmisión sexual y el VIH.

Prevención de transmisión madre–niño

Los servicios para prevenir la infección por el VIH en los recién nacidos, basados en pruebas de tamizaje

³ En junio del 2001, la Asamblea General de las Organizaciones de Naciones Unidas realizó una Sesión Extraordinaria sobre VIH/Sida “Crisis Mundial–Acción mundial”, conocida como UNGASS (por sus siglas en inglés). En esa ocasión se identificó una serie de metas para la acción, las cuales se registraron en la Declaración de Compromiso en la

diagnóstico a las gestantes, implican en la actualidad una cobertura de tan sólo 9% y no se han ampliado con la misma rapidez que los programas que proporcionan terapia antirretrovírica.

Debido a esta baja cobertura, cada día nacen 1,800 niños expuestos al VIH –la sexta parte de los nuevos casos de VIH en el mundo–, lo cual muestra que, a pesar de que se han registrado grandes avances, la respuesta mundial en materia de prevención aún está lejos de ser suficiente para contener la propagación de la epidemia, especialmente entre las poblaciones más vulnerables.

c) Tratamiento antirretroviral

El acceso al tratamiento se ha ampliado considerablemente. En los países de ingresos bajos y medianos, el número de personas que reciben terapia antirretrovírica ha pasado de 240,000 en el 2001 a 1,3 millones en el 2005; además, 21 países ya cumplen o superan el objetivo fijado en la iniciativa «Tres millones para el 2005», respecto de proporcionar tratamiento, como mínimo, al 50% de las personas que lo necesitan. Esto ha significado que se hayan evitado entre 250 mil y 350 mil muertes por SIDA en el período 2003–2005.

En el plano mundial, sin embargo, los fármacos antirretrovíricos sólo llegan a una de cada cinco personas que los necesitan. Algunos obstáculos que persisten cuando se requiere ampliar el acceso al tratamiento son los gastos corrientes reembolsables para los pacientes, la concentración de centros de tratamiento en las zonas urbanas y los esfuerzos insuficientes para abordar las necesidades de las poblaciones vulnerables, incluidos los/as profesionales del sexo, los HSH, los consumidores de drogas intravenosas, las personas privadas de libertad y los refugiados.

1.2 Situación de la epidemia de VIH/SIDA en el Perú

1.2.1 Magnitud

Los primeros casos de VIH/SIDA registrados en el Perú correspondían a hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), pero luego la epidemia se ha ido extendiendo a la población heterosexual.

Hasta diciembre de 2007 se ha reportado oficialmente⁴ a 30,389 personas con el VIH, y a 20,610 personas viviendo con SIDA, registrándose la mayor proporción de casos en Lima y Callao. Su distribución muestra que existen tres hombres por cada mujer viviendo con SIDA; la mayoría de ellos está integrada por jóvenes de 25 a 35 años. Por otro lado, se estima que habría cerca de 600 niños viviendo con el VIH y 250 en estadio SIDA, de los cuales el 60% estaría constituido por huérfanos.⁵

Alrededor del 2% de todos los casos se transmite por la vía perinatal (de madre a hijo), ya sea porque las gestantes desconocen su infección o por falta de atención médica adecuada o de acceso a tratamiento. Un 1% se transmite por vía sanguínea, y alrededor del 97% por transmisión sexual; al menos 36% de ellos es resultado de contacto homosexual o bisexual masculino.

El crecimiento sostenido y la dispersión de la epidemia han alcanzado a todos los departamentos del

Lucha contra el VIH/SIDA.

⁴ Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología. “Situación del VIH/Sida en el Perú”, en Boletín epidemiológico mensual. Lima: MINSA, diciembre 2007.

⁵ Asociación Vía Libre. Niños y niñas por la vida creando un entorno favorable en VIH/SIDA. Lima: Asociación Vía Libre, 2006.

CASOS NOTIFICADOS: INCIDENCIA ACUMULADA⁶

Departamento	1983-2006			2007		
	Casos	%	IA*	Casos	%	IA**
Amazonas	56	0.28	15.19	0	0.00	0.00
Áncash	474	2.37	47.27	4	0.70	0.34
Apurímac	20	0.10	4.94	0	0.00	0.00
Arequipa	584	2.92	59.75	47	8.19	4.08
Ayacucho	78	0.39	15.30	0	0.00	0.00
Cajamarca	56	0.28	4.19	0	0.00	0.00
Callao	1435	7.18	210.34	29	5.05	3.47
Cusco	136	0.68	12.31	3	0.52	0.24
Huancavelica	27	0.14	6.66	6	1.05	1.26
Huánuco	89	0.45	12.32	4	0.70	0.47
Ica	634	3.17	105.17	25	4.36	3.42
Junín	274	1.37	24.30	5	0.87	0.38
La Libertad	452	2.26	35.66	16	2.79	1.00
Lambayeque	353	1.77	35.24	17	2.96	1.46
Lima	13083	65.50	194.19	357	62.20	4.31
Loreto	547	2.74	68.10	7	1.22	0.73
Madre de Dios	53	0.27	51.16	6	1.05	5.43
Moquegua	79	0.40	58.64	0	0.00	0.00
Pasco	49	0.25	20.37	1	0.17	0.35
Piura	448	2.24	30.85	10	1.74	0.58
Puno	33	0.17	2.89	1	0.17	0.08
San Martín	74	0.37	11.83	3	0.52	0.38
Tacna	152	0.76	64.00	1	0.17	0.31
Tumbes	201	1.01	119.88	13	2.26	5.90
Ucayali	134	0.67	37.05	16	2.79	3.37
Desconocido	453	2.27		3	0.52	
Perú	19974	100.00	84.93	574	100	2.02

* 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: GT ETS/VIH/SIDA DGE-MINSA

⁶ *Ibid.*, p. 9.

país. En la actualidad se estima que la población afectada en nuestro país consta, aproximadamente, de 90,000 personas (considerando un rango de 57,000 a 144,000)⁷.

Cuadro 1: Epidemia de VIH entre la población HSH

En el informe Situación de los Derechos Humanos de Lesbianas, Trans, Gays y Bisexuales en el Perú⁸ se señala que el impacto de la epidemia en las ciudades más alejadas –donde las condiciones de vulnerabilidad y mayor exposición de las poblaciones de HSH no sólo se determinan por la orientación sexual o identidad de género, sino que se acrecientan en razón de las condiciones de pobreza y extrema pobreza, las diferencias culturales y de acceso a la educación–, coincidentemente se asocia a múltiples marcas de exclusión. Esto es lo que se evidencia en ciudades como Talara (Piura), Nauta (Loreto) y Bellavista (San Martín), donde se ha reportado el incremento de casos de HSH afectados por el VIH, y donde no se cuenta con centros referenciales, pruebas de despistaje, educadores de pares. Es evidente que la atención sólo se buscará en las urbes, donde se dispone de servicios adecuados cuando su salud se encuentre seriamente afectada.

De la misma manera, en muchas de las comunidades étnicas amazónicas, y en particular entre los HSH, la sexualidad se ha convertido en un objeto de negociación e intercambio para afrontar la pobreza diaria. En las poblaciones nativas de las regiones Loreto, Ucayali y San Martín, en las que el incremento de casos de personas que viven con el VIH en su mayoría corresponde a las poblaciones conocidas como HSH; no se han reportado respuestas apropiadas desde el Estado.

⁷ Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología. Análisis de la situación epidemiológica del VIH/Sida en el Perú. Bases epidemiológicas para la prevención y control. Lima: MINSA, 2006.

⁸ Bracamonte Allain, Jorge y Alvarez Chávez, Roland. Informe Anual 2005 Situación de los Derechos Humanos de lesbianas, trans, gays y bisexuales en el Perú. Lima: Movimiento Homosexual de Lima (MHOL), junio, 2006.

1.2.2 Carácter de la epidemia

Según la clasificación del nivel epidemiológico propuesto por la OMS y ONUSIDA, el Perú se encuentra en el nivel de epidemia “concentrada” por tener una prevalencia en población general por debajo del 1% y prevalencia del 5% en hombres que tienen sexo con hombres. Los últimos datos disponibles (2002) muestran que la prevalencia entre los HSH alcanzó un promedio de 13.9%, mientras que entre la población privada de libertad llegó al 2%, en las trabajadoras sexuales a 0.6% y las gestantes cuyas edades fluctuaban entre 15 y 24 años a 0.21%.

Se debe precisar que el riesgo no se distribuye uniformemente entre toda la población HSH, sino que existen diferentes niveles de prevalencias entre gays, travestis y transgénero. Según los resultados de un estudio⁹ realizado en HSH de Lima en el 2000, el 35,4% de los travestis o transgénero estaban infectados con sífilis en comparación con el 18,5 % de varones homosexuales que no eran transgénero y el 11,6% de varones bisexuales. El mismo estudio halló que el 44,8 % de los HSH transgénero entrevistados eran seropositivos, en contraste con el 26% de varones homosexuales y el 20,7% de varones bisexuales.

1.2.3 Dinámica de la epidemia

Paulatinamente, el papel de la vulnerabilidad social como fuerza principal de la epidemia se ha tornado cada vez más evidente, mientras que las formas diversas de exclusión (social, de género, sexual, étnica) están conduciendo lentamente la epidemia hacia la población pobre, con una carga mayor sobre las mu-

⁹ Sánchez, J. et al. “HIV-1, Sexually Transmitted Infections, and Sexual Behavior Trends Among Men Who Have Sex With Men in Lima, Perú”, en *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. Lima: April 15, 2007. <<http://pt.wkhealth.com>> [Consulta: 10 de mayo de 2007.]

jes, hombres homosexuales, los jóvenes y, posiblemente, los migrantes.

El uso de drogas, el comercio sexual a través de diversas formas de compensación, la exclusión sexual asociada al estigma que rodea la homosexualidad, que son más prevalentes en poblaciones excluidas, contribuyen a una más alta exposición al riesgo.

1.2.4 Impacto social

Según la información recogida de los certificados de defunción, en el Perú ocurrirían alrededor de 1,900 muertes anuales por efectos del SIDA, lo que representa una tasa de mortalidad de 7.3 por 100,000 habitantes. La edad promedio de las muertes asociada al SIDA es de 35.5 años, lo que significa que cada año se pierden cerca de 60,000 años de vida potencial.

Sin embargo, el problema va más allá de los aspectos sanitarios e incluye a los miembros de la familia, en los cuales los resultados del SIDA pueden ser expresados en orfandad, desnutrición, deserción escolar y pobreza. Un informe del Ministerio de Salud¹⁰ realizado en el 2000 destaca que los costos pagados por las familias llegaban a una cifra cercana a US\$ 40 millones, y que el gasto social acumulado en el país llegó hasta los US\$ 250 millones.

1.3 Respuesta Nacional a la epidemia del VIH/SIDA en el Perú

1.3.1 Evolución del marco normativo

Entre las primeras respuestas de orden legal en el Perú, en 1990 se promulgó la **Ley N° 25275** que de-

¹⁰ Ministerio de Salud, ONUSIDA. Estado de situación: el SIDA en el Perú al año 2000. Lima: MINSA, ONUSIDA, 2001.

claró de interés nacional –y asignó carácter prioritario dentro de la Política Nacional de Salud– a la prevención y lucha contra el SIDA. Esta Ley estableció la obligación de practicar el examen para detectar el virus a las personas que solicitaban residencia en el Perú, a las que deseaban contraer matrimonio civil, a las que concurrían a recibir atención en un centro asistencial del sector público, a todas las mujeres gestantes, y a “poblaciones epidemiológicamente consideradas en condiciones de riesgo”. Durante la vigencia de esta ley se produjeron muchos abusos contra las personas que pertenecían a grupos denominados de “alto riesgo”, a partir de la exigencia de la prueba diagnóstica.

La Ley N° 25275, fue remplazada por la Ley N° 26626, conocida como Ley CONTRASIDA, la cual encargó al “Ministerio de Salud la elaboración del Plan Nacional de Lucha contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)” (Art. 1°). Asimismo, la ley estableció la necesidad de la “prevención, control y asistencia del VIH/SIDA y las ETS”, además de dar fuerza a la promoción de la investigación e “intervenciones apropiadas” para la prevención y control, así como el mantenimiento actualizado de las estadísticas de situación del VIH/SIDA y las ETS (Art. 3).

Como un avance significativo respecto a la anterior norma, la Ley N° 26626 estableció que las pruebas de diagnóstico eran voluntarias y requerían consejería previa, y asignó carácter confidencial a los resultados, así como a la causa cierta o probable de contagio. Respecto de la atención que se debía brindar a las personas con VIH, se estableció que “toda persona tiene derecho a la atención médica integral y a la

prestación previsional que el caso requiera” (Art. 7), obligándose al Estado a “brindar dichos servicios a través de las instituciones de salud donde tenga administración, gestión o participación directa e indirecta; y, dentro del régimen privado, los derechos de atención médica integral de seguros se harán efectivos cuando se trate de obligaciones contraídas en una relación contractual” (Art. 7).

Esta ley y su reglamento representaron un avance en la respuesta a la epidemia y la protección de los derechos de las personas afectadas. Las principales medidas fueron:

- a) Prestación de servicios de diagnóstico, tratamiento, información y consejería preventiva para ETS a través de los establecimientos de salud;
- b) Incremento de servicios para los “miembros de grupos con alta frecuencia de ETS”;
- c) Tamizaje de infección por VIH obligatorio para donantes de sangre;
- d) Consejería previa y autorización escrita de la persona para la realización de pruebas diagnósticas de infección por VIH;
- e) Consejería previa como requisito obligatorio para quienes pretendan contraer matrimonio civil;
- f) Prohibición de exigir la prueba de diagnóstico de VIH para atención médica o quirúrgica, o para iniciar o mantener una relación laboral, educativa o social;
- g) Confidencialidad de los resultados de pruebas diagnósticas;
- h) Reporte obligatorio de todo caso de infección por VIH al momento del diagnóstico, la evolución a SIDA y el fallecimiento;
- i) Nulidad del despido por causa de VIH;
- j) Libertad para el expendio de condones en cualquier establecimiento de venta de bienes y servicios.

Debido a que la Ley N° 26626 y su Reglamento no reconocían explícitamente el derecho al tratamiento de las personas viviendo con VIH/SIDA (antirretroviral), la movilización social –luego de diversos esfuerzos como acciones judiciales, acciones de amparo (actualmente con jurisprudencia), solicitud de medidas cautelares con intervención de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), el protagonismo y participación activa y propositiva de las personas que viven con VIH– logró la dación de la Ley 28243, publicada en mayo del 2004, que “amplía y modifica” la anterior ley en dos aspectos relevantes:

- a. La modificatoria establece la obligatoriedad de la prueba de Elisa a todas las madres gestantes “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”. Esta medida fue muy criticada debido a que contraviene el carácter voluntario de la prueba diagnóstica y porque, en la práctica, minimiza el papel de la consejería y orientaciones preventivas hacia las gestantes.
- b. Reconoce el derecho de las personas a recibir tratamiento, estableciendo que la atención a las PVVS debe responder de manera integral a sus componentes biológico, psicológico y espiritual, “comprendiendo en dicho proceso a su familia y la sociedad”. Los componentes de la atención integral son explicitados en la misma Ley: “a) Acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento, monitoreo, consejería pre y post diagnóstico, rehabilitación y reinserción social; b) Atención ambulatoria, hospitalaria, domiciliaria y/o comunitaria; c) El suministro de medicamentos requeridos para el trata-

miento 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”.

Recientemente, mediante el Decreto Supremo N° 005-2007-SA, se promulgó el Plan Estratégico Multisectorial 2007–2011 para la prevención y control de las ITS y el VIH/SIDA en el Perú, el cual fue suscrito por los diferentes sectores del Estado. Este plan fue elaborado gracias a la participación de diferentes actores, como representantes del Estado, sociedad civil (ONGs, PVVS, etc.), entidades privadas, cooperación internacional, entre otras, y tiene por finalidad guiar y articular acciones contra el VIH/SIDA en el Perú, por lo cual se han fijado los siguientes Objetivos Estratégicos:

- Objetivo Estratégico 1.– Reducir en 50% el número de nuevos casos de VIH y en 50% la prevalencia de ITS en poblaciones HSH, TS, PPL al año 2011.
- Objetivo Estratégico 2.– Reducir en 50% la prevalencia de ITS en la población general al 2011.
- Objetivo Estratégico 3.– Promover la prevención de ITS/VIH, la educación sexual y estilos de vida y conductas sexuales saludables en adolescentes y jóvenes.
- Objetivo Estratégico 4.– Reducir la transmisión vertical a menos del 2% al 2011.
- Objetivo Estratégico 5.– Garantizar el 100% de tamizaje de paquetes sanguíneos al 2011.
- Objetivo Estratégico 6.– Alcanzar un 90% de acceso de las PVVS (adultos y niños) a una atención integral y de calidad.

- **Objetivo Estratégico 7.**– Promover un entorno político, social y legal favorable para el abordaje integral del VIH/SIDA y la diversidad sexual desde una perspectiva de derechos humanos y participación de las comunidades con mayores prevalencias (HSH, TS y PPL) y las PVVS.
- **Objetivo Estratégico 8.**– Asegurar una respuesta multisectorial amplia y articulada para el desarrollo intersectorial e interinstitucional de actividades conjuntas para la prevención y control de las ITS y el VIH/SIDA.
- **Objetivo Estratégico 9.**– Fortalecer los Sistemas de Información y establecer un Sistema de Monitoreo y Evaluación que permitan la toma de decisiones oportuna y la medición de los logros obtenidos.

1.3.2 Respuesta sanitaria

La respuesta del sector salud se ha visto ampliada por el financiamiento otorgado por el Fondo Global.¹¹ El Perú cuenta con proyectos financiados por la segunda (US\$ 23 millones para el período 2004–2009), quinta (US\$ 13 millones para el período 2006–2011) y sexta convocatorias. Gracias a este financiamiento, entre los resultados más importantes está que en el año 2004 el país dio inicio al programa de tratamiento antirretroviral que, a la fecha, cubre a 7,000 personas aproximadamente, y se logró incrementar el tamizaje de VIH en gestantes, el cual llegó a 56% de cobertura durante el 2006.

¹¹ El Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria es la entidad creada en el año 2001 a iniciativa de las Naciones Unidas (ONU), con apoyo financiero y técnico de los países industrializados y las principales fundaciones internacionales, con el fin de fortalecer las respuestas nacionales de los países en vías de desarrollo hacia las tres epidemias en mención.

Coordinadora Nacional Multisectorial de Salud (CONAMUSA)

El Fondo Global recomendó crear mecanismos multisectoriales que, en coordinación y/o consenso con las entidades involucradas en los temas de VIH/SIDA, TB y Malaria, presentara los proyectos. De este modo se dio origen a la Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud (CONAMUSA), en la que participan siete ministerios, sociedad civil, personas viviendo con VIH, personas afectadas por la tuberculosis, universidades, entre otras. El 21 de mayo del 2004 se oficializó e institucionalizó la CONAMUSA, mediante el Decreto Supremo N° 007-2004-SA, en el que se establece la responsabilidad del Estado de diseñar y conducir la política de salud en forma plural y descentralizada para facilitar el acceso a los servicios de salud y los servicios con los que cuenta el Estado, principalmente, a los sectores de menores recursos, en un marco distributivo y de equidad.

Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA)

El programa TARGA representa el avance más significativo en el curso de la última década, en la respuesta nacional al VIH/SIDA. De una baja cobertura de 25% a personas con necesidad de tratamiento de fuentes públicas en el 2004, se pasó a una mayor al 90% a fines del año 2006. De esta manera, para dicho período, aproximadamente 9,600 personas estaban recibiendo tratamiento gratuito de fondos públicos (6,500 lo recibían de establecimientos del MINSA). Sin embargo, problemas como el desabastecimiento periódico de antirretrovirales originado por diversas causas han afectado la salud de aquellas personas que lo vienen recibiendo. Más allá del tratamiento TARGA es necesario el acceso universal a la prevención, al apoyo, al tratamiento y a la atención integral de salud.

1.3.3 Respuesta multisectorial

Los balances sobre la respuesta social a la epidemia de SIDA en el país¹² no han sido positivos debido a la ausencia de una política de atención integral.

Si bien el Sector Salud ha mostrado avances importantes, otros sectores públicos han intervenido muy poco en la respuesta nacional al VIH/SIDA, particularmente, en educación sexual en los colegios y en la protección en centros laborales. La situación es similar en sectores privados, en particular, las grandes empresas y explotaciones de recursos naturales con asentamientos en zonas pobres y rurales, donde la regulación y las pautas de actuación frente a estos casos son prácticamente inexistentes.

Progresivamente se ha puesto de manifiesto que el problema del SIDA no sólo constituye un problema de salud, sino también de desarrollo, y no puede, por lo tanto, ser resuelto únicamente a través del sector Salud. Los riesgos y los efectos del VIH son inseparables de las cuestiones socioeconómicas, socioculturales, de género y de población, que caracterizan el marco y el modo de vida de las familias y de las comunidades¹³

¹² Los indicadores de medición son: a) servicios y programas de VIH y SIDA elaborados sin considerar la cultura o costumbres propias de una región (o sin un enfoque intercultural); b) carácter inaccesible de dichos servicios (a causa, por ejemplo, de las distancias, los costos); c) capacidad limitada de los sistemas sanitarios para responder a la demanda creciente para las personas con el VIH y aquellas afectadas por la epidemia. Otros balances son los producidos por: Kusunoki, Lourdes. 2003. "Acceso al tratamiento Antirretroviral para el VIH/SIDA". Cuaderno de trabajo N° 5. Observatorio del Derecho a la Salud. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES) y Foro Salud, julio 2003; y por: Valverde, Rocío; Cabello, Robinson. Informe de monitoreo y evaluación de la implementación del compromiso del UNGASS por el Perú. Lima: ICASO, 2005

¹³ UNAIDS. Report of the Executive Director. Ginebra: Programme Coordinating Board, June, 1996.

y, por lo tanto, determinan su vulnerabilidad al VIH/SIDA.

La Ley 26626 ofreció un primer intento fallido de crear las llamadas Comisiones Permanentes de Coordinación Interministerial (CIAS) que debían recibir trimestralmente, por parte del Ministerio de Salud, un informe sobre "los avances y metas alcanzadas en la ejecución de CONTRASIDA". Así, dicha instancia de coordinación tenía como objetivo coordinar la ejecución de las estrategias nacionales relacionadas con la epidemia; promover la movilización de recursos de la cooperación técnica nacional e internacional para las actividades consideradas en las estrategias de prevención y control de la epidemia; y, de suma importancia, proponer leyes que orienten la lucha contra el VIH/SIDA y las ITS en el país.¹⁴

¹⁴ Ley 26626, 19.06.96, Art. 1°.

CAPÍTULO 2

VULNERABILIDAD, ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

2.1 Situación de vulnerabilidad y poblaciones involucradas

El hecho de que hombres homosexuales fueron los primeros en contraer el VIH llevó a pensar que la orientación sexual se relacionaba directamente con la enfermedad, motivo por el cual fue denominada, en un inicio, “la peste rosa”, y se consideró a estos sectores poblacionales como grupos de riesgo.

Sin embargo, esta idea fue descartada al observarse que el síndrome también era común en otros grupos: usuarios de drogas endovenosas masculinos y femeninos, personas que habían recibido transfusiones de sangre o de sus derivados, mujeres cuyas parejas sexuales eran hombres bisexuales y niños nacidos de madres con VIH o con historia de drogadicción endovenosa. Fue a partir de ello que se produjo un cambio: de considerar la existencia de grupos de riesgo de llegó al reconocimiento de la existencia de comportamientos de riesgo.

Posteriormente, hacia fines de los noventa, se empezó a considerar no sólo el comportamiento de riesgo del individuo, sino los factores ambientales y sociales inmediatos que influyen en dicho comportamiento. Fue así como surgió la noción de ‘vulnerabilidad’, entendida como la agudización del riesgo individual de contraer el VIH, generada por la interacción de factores propios de cada individuo, así como de factores externos.

En esa línea, la vulnerabilidad al VIH está regida por la acción recíproca de una gama de factores, a saber:

- a) Factores personales.
- b) Factores relativos a la calidad y cobertura de los servicios y programas de prevención, asistencia, apoyo social y mitigación de los efectos.

c) Factores del grupo social.

Entre los *factores personales* se consideran los antecedentes sexuales (número de compañera/os, número de relaciones no protegidas), el acceso a información y las aptitudes que se requieren para protegerse a sí mismos y a los otros.

Entre los *factores relacionados con los servicios y programas* se encuentran los servicios y programas de VIH y SIDA elaborados sin un enfoque intercultural; el carácter inaccesible de dichos servicios (a causa, por ejemplo, de las distancias, los costos); la capacidad limitada de los sistemas sanitarios para responder a la demanda creciente para las personas con VIH y aquellas afectadas por la epidemia, entre otros.

Entre los *factores sociales* sobresalen las normas culturales, las prácticas sociales y las creencias, las cuales actúan como barreras frente a los mensajes de prevención esenciales, los relativos a la promoción del uso del preservativo, la importancia de las relaciones sexuales sin riesgo, la prevención relacionada al sexo anal o comercial, etc.

Cabe advertir que, en ocasiones, puede resultar complejo hablar de poblaciones vulnerables en torno al VIH y SIDA, pues hay quienes consideran que ello provoca el estigma hacia algunos grupos o personas al generar la falsa idea de que sólo ellos están en riesgo de contraer el VIH.

Sin embargo, al margen de las diversas visiones que se pueda tener respecto de la vulnerabilidad al VIH, así como de sus causas y consecuencias se han identificado y se reconocen algunas situaciones que generan mayor exposición o riesgo de contraer la enfermedad, a partir de las cuales es posible distinguir como poblaciones vulnerables y más expuestas a las siguientes:

- Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)
- Trabajadores/as sexuales (TS)
- Personas privadas de su libertad (PPL)
- Usuarios de drogas (UD)
- Mujeres, niños, niñas y adolescentes

Por otra parte, los grupos antes indicados, así como las personas con VIH, deben afrontar una serie de situaciones que restringen el ejercicio de sus derechos y afectan su acceso a los servicios del Estado. Estas restricciones tienen efecto fundamentalmente en el plano social, laboral y económico.

2.2 Estigma, discriminación y derechos humanos

El estigma y la discriminación asociados al VIH constituyen los mayores obstáculos para la lucha contra la epidemia y son provocados por diversos factores. Entre ellos se puede enumerar la falta de información sobre la enfermedad –principalmente sobre las formas de transmisión–, los prejuicios preexistentes al VIH relacionados a la homosexualidad, el uso de drogas y el trabajo sexual, así como los miedos sociales en torno a la sexualidad, la enfermedad y la muerte.

A su vez, como consecuencia del estigma y la discriminación asociados al VIH/SIDA, se dificulta la prevención de nuevas infecciones, el suministro de asistencia, apoyo y tratamiento adecuados y la mitigación del impacto.

Al respecto, ONUSIDA señala que hoy en día se reconoce de manera generalizada que la epidemia del SIDA atraviesa tres fases. La primera es la epidemia de la infección del VIH que se introduce en una comunidad de manera silenciosa y sin que nadie se dé cuenta. La segunda es la epidemia del SIDA propiamente dicha, que aparece cuando el VIH provoca infecciones que amenazan las vidas. Y, por último, está la tercera epidemia que es la del estigma, la discriminación, la culpa y el rechazo colectivo. Esta última

es la que dificulta enfrentarse de modo eficaz a las otras dos primeras, debido a que la negación y la invisibilización dificultan la prevención y el tratamiento.¹⁵

Estigma

El estigma es una característica que “desprestigia considerablemente” a un individuo ante los ojos de otros. El estigma está ligado al poder y al dominio en todos los niveles de la sociedad en su conjunto. Desempeña un papel clave en la producción y reproducción de las relaciones de poder y, en última instancia, crea desigualdad y se ve reforzado por ella.

El estigma relacionado con el VIH/SIDA descansa generalmente en muchos otros estigmas asociados a grupos humanos específicos, como hombres que tienen sexo con hombres y trabajadores/as sexuales, así como a conductas que involucran el uso de drogas inyectables y el sexo casual. Lamentablemente, ello ha contribuido a extender y profundizar el estigma asociado al VIH/SIDA.¹⁶

Discriminación

De acuerdo con la doctrina mayoritaria, se entiende por discriminación aquel trato diferenciado basado en determinados motivos prohibidos por el ordenamiento jurídico que genera un menoscabo en el ejercicio y goce de derechos y libertades fundamentales de una persona o de un grupo de personas.¹⁷ En tal sentido, para calificar un determinado

¹⁵ ONUSIDA. Marco Conceptual y Base para la Acción: Estigma y Discriminación relacionados con el VIH. Ginebra: ONUSIDA, 2002.

¹⁶ Diez Canseco, F. La mirada de las personas viviendo con VIH/Sida. Lima: Proyecto POLICY, agosto 2005.

¹⁷ Gutiérrez Camacho, Walter y Sosa Sacio, Juan Manuel. “Igualdad ante la Ley”, en La Constitución comentada. Lima: Gaceta Jurídica, 2005, p. 57. Véase, además, Bilbao Ubillús, Juan María y Rey Martínez, Fernando. “El principio constitucional de igualdad en la jurisprudencia constitucional española”, en El principio de igualdad constitucional. México: Comisión Nacional de Derechos Humanos, 2003, p. 111.

acto como discriminatorio resulta necesario identificar la concurrencia de los tres elementos siguientes:

- a) **Un acto.** Cualquier trato diferenciado o desigual hacia una persona o grupo de personas.
- b) **Un motivo o razón prohibida por el derecho.** Raza, origen, sexo, etnia, idioma, discapacidad, enfermedad, condición económica, religión, opinión, filiación política y sexual.
- c) **Un resultado.** Afectación del ejercicio y goce de un derecho.¹⁸

El estigma relacionado con el VIH/SIDA conduce a menudo a la discriminación. Ello, a su vez, conduce a la violación de los derechos humanos de las personas con el VIH/SIDA, de sus familias e incluso de quienes se supone que están infectados.¹⁹

Por otro lado, la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas ha declarado que la expresión “u otras condiciones” –contenida en los diversos instrumentos internacionales de derechos humanos–, se debe interpretar de manera amplia e inclusiva respecto a la salud y, de manera particular, al VIH/SIDA.

¹⁸ El derecho a la no discriminación constituye un derecho relacional toda vez que su vulneración no se da en abstracto, sino que implica la violación de otro u otros derechos fundamentales. Así, se viola el derecho a la no discriminación cuando se limita, por ejemplo, el derecho al trabajo, a la participación política, a la educación, entre otros. García Morrillo, Joaquín. “La cláusula general de igualdad”, en Derecho Constitucional. Volumen I, Valencia: Tirant lo Blanch, 1991, p. 144.

¹⁹ Para mayor referencia sobre el tema discriminación se sugiere consultar el Documento de Trabajo N° 2 “La discriminación en el Perú. Problemática, normatividad y tareas pendientes”, publicado por la Adjuntía para los Derechos Humanos de la Defensoría del Pueblo en septiembre de 2007.

Cuadro 2: El Principio de NO Discriminación en la Legislación Nacional

- Constitución Política del Estado, Art. 2:
“Toda persona tiene derecho a la igualdad ante la ley. Nadie debe ser discriminado por motivo de origen, raza, sexo, idioma, religión, opinión, condición económica o de cualquiera otra índole”.
- Código Procesal Constitucional, Art. 37:
*“El amparo procede en defensa de los siguiente derechos:
 1) De igualdad y de no ser discriminado por razón de origen, sexo, raza, orientación sexual, religión, opinión, condición económica, social, idioma o de cualquier otra índole.”*
- Código Penal Art. 323°:
*“El que por sí o mediante terceros discrimina a una o más personas o grupo de personas, o incita o promueve en forma pública actos discriminatorios, por motivo racial, religioso, sexual, de factor genético, filiación, edad, discapacidad, idioma, identidad étnica y cultural, indumentaria, opinión política o de cualquier índole, o condición económica, con el objeto de anular o menoscabar el reconocimiento goce o ejercicio de los derechos de la persona, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de dos años, ni mayor de tres o con prestación de servicios a la comunidad de 60 a 120 jornadas. Si el agente es funcionario o servidor público, la pena será no menor de dos ni mayor de cuatro años e inhabilitación conforme al Inc. 2 del Art. 36.
 La misma pena privativa de libertad se impondrá si la discriminación se ha materializado mediante actos de violencia física o mental”.*

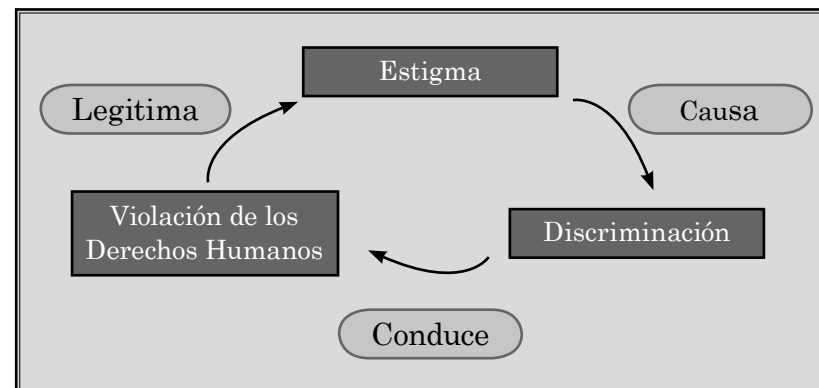
Los motivos establecidos por el tipo penal son taxativos, de modo que si un acto de discriminación no se adecúa a ninguno de ellos, el hecho será atípico. En tal sentido, sería deseable, en una futura modificación, establecer que el tipo penal contemple algunos motivos adicionales como el de orientación sexual, enfermedad y situación familiar para asegurar una adecuada cobertura del bien jurídico protegido.²⁰

²⁰ Texto tomado del documento “Lineamientos de Intervención Defensorial frente a casos de vulneración al derecho a la no discriminación”, producido por la Adjuntía para los Derechos Humanos de la Defensoría del Pueblo en el año 2007.

Derechos Humanos y VIH/SIDA

Es importante reconocer los vínculos entre estigma, discriminación y violaciones de derechos humanos, principalmente, por dos razones:

- a) El estigma, la discriminación y la violación de los derechos humanos se refuerzan y legitiman mutuamente, generando un círculo vicioso.²¹



- b) El estigma y la discriminación por el VIH SIDA pueden y deben ser afrontados mediante los mecanismos de protección de los derechos humanos partiendo de las responsabilidades que asumen los Estados Parte en la protección de derechos humanos.

Con relación a la discriminación, la obligación de respetar exige que los Estados no discriminen directa o indirectamente en la legislación, la política o la práctica. La obligación de proteger exige que los Estados tomen medidas para impedir la discriminación de terceras partes y la obligación de cumplir exige que los Estados adopten medi-

²¹ Cuadro tomado de Aggleton, Peter, Parker, Richard y Maluwa, Miriam. Estigma y discriminación por VIH y SIDA: Un marco conceptual e implicaciones para la acción (sine data), p. 4.

das apropiadas, legislativas, presupuestarias, judiciales y de otro tipo, para asegurar que se establezcan estrategias, políticas y programas que hagan frente a la discriminación y garanticen las compensaciones a quienes han sido objeto de la discriminación. La existencia de la discriminación relacionada con el VIH/SIDA es un ejemplo decisivo de la falta de respeto, protección y cumplimiento de los derechos humanos.

El marco normativo de protección de derechos humanos proporciona herramientas a las personas que sufren discriminación por su estado seropositivo, real o supuesto, para recurrir a mecanismos procesales, institucionales y de vigilancia, puesto que, debido a que la discriminación relacionada con el VIH/SIDA constituye una violación de los derechos humanos, las personas que discriminan son responsables por ley.

Además de los mecanismos legales antes indicados, existen otras formas de enfrentarse al estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA. Así, las campañas de información pública desempeñan un importante papel a la hora de ayudar a las personas a comprender la falta de equidad y la injusticia de la estigmatización y la discriminación. La educación participativa, por su parte, ayuda a los individuos a colocarse en la posición de alguien que ha sufrido discriminación y, con ello, a apreciar la injusticia de las acciones discriminatorias.

Asimismo, la defensa y la participación en el establecimiento y puesta en práctica de políticas, las acciones de reconocimiento de los grupos de personas más expuestas y de las personas que viven con el VIH/SIDA y se ven afectados por él (los grupos más expuestos o vulnerables mencionados) pueden ser una fuerza en favor del cambio y derribar las barreras que impiden la plena realización de los derechos humanos.

A consecuencia del vínculo íntimo entre el estigma relacionado con el VIH/SIDA, la discriminación y las violaciones de los derechos humanos, son necesarias intervenciones múltiples –principalmente en lo político, social y económico– para hacerles frente. El estigma, la discriminación y los derechos humanos se pueden utilizar como puntos de entrada para una labor con éxito. De este modo, se deben emprender acciones para prevenir el estigma y combatir la discriminación cuando se produce, y para vigilar e indemnizar las violaciones de los derechos humanos.

CAPÍTULO 3 LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO Y LA RESPUESTA NACIONAL AL VIH/SIDA

3.1 La Defensoría del Pueblo

La capacidad y posición de la Defensoría del Pueblo para abordar el tema del VIH/SIDA se evalúa desde dos enfoques: las condiciones internas, relacionadas con la normatividad, organización y procedimientos, y las condiciones externas, es decir, las percepciones que tienen las instituciones, organizaciones y personas que trabajan el tema de VIH y SIDA respecto del rol de la Defensoría del Pueblo en este particular ámbito de actuación.

3.1.1 Condiciones internas

a. Marco legal e institucional de intervención

La Defensoría del Pueblo, conforme el artículo 162° de la Constitución Política del Perú y el artículo 1° de su ley orgánica, Ley N° 26520, debe asumir entre sus competencias la defensa y protección de los derechos constitucionales y fundamentales de la persona y la comunidad, la supervisión del cumplimiento de deberes de la administración pública y de la adecuada prestación de servicios públicos.

En ese contexto, la Defensoría del Pueblo ha desarrollado su mandato constitucional de defensa de la persona y la comunidad, poniendo un particular énfasis en las poblaciones en estado de desprotección e indefensión, incidiendo al mismo tiempo en la necesidad de implementar políticas inclusivas que destierren todas las formas de discriminación.

En esta lógica, la intervención de la Defensoría del Pueblo en el tema del VIH/SIDA y los problemas que de él se derivan –tales como la falta de protección, la in-

suficiente garantía de los derechos de las personas que viven con VIH/Sida y poblaciones vulnerables, así como la exclusión y discriminación de la que son víctimas— corresponde al mandato constitucional de la institución.

b. Aspecto organizacional temático

Un aspecto fundamental a tener en cuenta es la capacidad organizativa de la institución para realizar investigaciones respecto a la afectación de derechos de las personas y la comunidad. Para ello, la Defensoría del Pueblo cuenta con una estructura interna organizada en Adjuntías²² y Oficinas Defensoriales,²³ como órganos de línea y desconcentrados, respectivamente.

Ahora bien, en el caso concreto de personas viviendo con VIH/SIDA y poblaciones vulnerables y más expuestas al VIH, la Defensoría del Pueblo ha realizado sólo intervenciones específicas²⁴ con relación a casos que se

²² Las Adjuntías son órganos de línea de la Defensoría del Pueblo que dependen de la Primera Adjuntía. Su función es orientar y asesorar a la Titular, las Oficinas Defensoriales y los Módulos de Atención en temas de actuación defensorial de su competencia. Desarrollan labores orientadas al análisis y la formulación de propuestas en temas cuya problemática requiere ser considerada y atendida desde una perspectiva integral. Asimismo, brindan lineamientos de actuación para el tratamiento de casos individuales a cargo de las Oficinas Defensoriales y aportan a la investigación de dichos casos cuando éstos demanden un tratamiento especializado.

²³ Las Oficinas Defensoriales son órganos desconcentrados que dependen de la Primera Adjuntía. Se encuentran instaladas en toda la República y operan en ámbitos geográficos determinados por la Titular. Las funciones que se les ha asignado son dirigir, coordinar y supervisar en el ámbito geográfico de su competencia la política institucional en materia de protección de derechos mediante la tramitación de quejas y la atención de petitorios o consultas.

²⁴ Así, por ejemplo, desde la Adjuntía de Asuntos Constitucionales se intervino en una acción de garantía para la protección de derechos de una paciente con VIH que carecía de recursos económicos para su tratamiento y que requería con urgencia la administración de los medicamentos antirretrovirales.

han presentado paulatinamente ante la institución. Hasta el 2006 no se había previsto el tratamiento integral de este tema desde los órganos de línea de una manera articulada y con un enfoque de derechos.

A partir del Documento Defensorial N° 2, titulado “La discriminación en el Perú. Problemática, normatividad y tareas pendientes”, se incluyó la problemática de la discriminación que sufren las personas que viven con el VIH/SIDA, precisando la posición asumida por el Tribunal Constitucional en el sentido de que la ejecución presupuestal en la atención de personas con el VIH/SIDA debe dejar de ser vista como mero gasto, sino más bien como inversión social en aras de un fin comunitario.

Posteriormente fue publicado el Informe Defensorial N° 89, titulado “La infección de nueve pacientes con VIH por transfusión de sangre donada en el Instituto Especializado Materno Perinatal (IEMP)”, el cual fue el primero que abordó específicamente el tema de personas viviendo con VIH/SIDA. Este Informe estaba orientado a esclarecer las causas de la infección de nueve personas y de la muerte de cinco de ellas, así como a evaluar la idoneidad y cumplimiento de las normas y procedimientos utilizados en la transfusión y recolección de sangre.

Con estos antecedentes, y estando al mandato constitucional, a partir del 2007, la Defensoría del Pueblo ha asumido el compromiso de incluir entre sus líneas de trabajo específicas el tema del VIH/SIDA y la no discriminación a las personas que viven con la enfermedad o a aquellas que se encuentran en grupos vulnerables por comportamientos de riesgo.

En la actualidad, la organización temática de la Defensoría del Pueblo considera a la discriminación como una línea transversal de trabajo, lo cual permite abordar adecuadamente el tema del VIH/SIDA. Para ello resulta necesario articular la labor que realizan las distintas unidades, así como planificar y trazar líneas institucionales de intervención uniformes, cuya coordinación será asumida por la Adjuntía para la Administración Estatal.

En esa línea, precisamente, la Defensoría del Pueblo, a través de la Adjuntía para la Administración Estatal tuvo a su cargo, durante el 2007, la ejecución del Proyecto "Derechos Humanos en personas más afectadas y viviendo con VIH: Lucha contra el estigma y discriminación, promoción de la protección de los derechos y acceso a ciudadanía", financiado principalmente por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA), con apoyo técnico y financiero del PNUD, del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y de USAID/Iniciativas de Políticas en Salud.

c. Capacidades internas

La definición de lineamientos claros de intervención y de criterios uniformes que guíen la intervención de las OD en temas de VIH/SIDA, requiere un conocimiento integral del tema por parte del personal de la Defensoría del Pueblo.

En efecto, no sólo se trata de conocimientos e información teórica, sino, sobre todo, del manejo de una estrategia adecuada de intervención y sensibilización para brindar atención a las personas con el VIH/SIDA o a las poblaciones vulnerables involucradas (HSH, TS, PPL y otros), puesto que estos casos, en razón de sus particularidades, deben ser abordados

con una óptica distinta que ha de ser complementaria a la visión jurídica.

3.1.2 Condiciones externas

Sociedad civil

En general, la ciudadanía muestra un alto nivel de confianza hacia la Defensoría del Pueblo. De acuerdo con los datos del Barómetro Social IV Encuesta Anual sobre confianza en las instituciones, de diciembre del 2006,²⁵ el 46.4% de encuestados confía en la labor que la Defensoría del Pueblo realiza como institución protectora de derechos fundamentales.

Sin embargo, respecto a la percepción de nuestro rol de protección de los derechos de las personas con VIH/SIDA, específicamente, no se cuenta con información completa a la fecha. Por ello, a fin de conocer la percepción ciudadana y contar con un diagnóstico preliminar, se realizaron entrevistas y reuniones con personas viviendo con VIH, poblaciones vulnerables y las organizaciones no gubernamentales vinculadas al tema.²⁶

La indagación realizada en las agrupaciones de personas con VIH, HSH y trabajadores/as sexuales incluyó también información tendiente a determinar el nivel de conocimientos sobre sus derechos, así como de las posibles acciones para reclamar por la afectación.

²⁵ Realizado por el Grupo de Opinión Pública de la Universidad de Lima.

²⁶ Esta labor estuvo a cargo del consultor John Gutiérrez, como parte de la consultoría que aportó los datos con los cuales se elaboró el presente documento. La información que se presenta en este punto fue obtenida a través de entrevistas y grupos focales con representantes de instituciones y organizaciones vinculadas al tema del VIH/SIDA.

a. Reconocimiento de derechos y cultura de reclamo

Con relación al reconocimiento de derechos y la normatividad referida a la protección de éstos, algunas personas identifican a la Constitución Política como la única norma que protege el derecho de las personas con VIH; otras, en cambio, reconocen a la Ley 26626²⁷ como tal. Los derechos de protección que identifican en la Constitución Política son el derecho a la vida, a la salud y a la dignidad de la persona. Respecto a la Ley N° 26626, Ley CONTRASIDA,²⁸ identifican el derecho a la confidencialidad y a la salud.

No existe mayor conocimiento de la Ley N° 28243, Ley que modificó la Ley N° 26626, así como tampoco de las Normas Técnicas del Ministerio de Salud referidas a la reglamentación para la aplicación de ambas Leyes, tales como la Norma Técnica de TARGA, Adherencia al TARGA, Transmisión vertical, entre otras.

Este desconocimiento ocasiona que las personas no sean conscientes de la vulneración de sus derechos y que no puedan identificar los mecanismos de las acciones de que disponen para acudir a la justicia, una situación que se agrava debido a la errónea creencia de pérdida de derechos en caso de adquirir la enfermedad. En el caso de trabajado-

²⁷ Ley que declaró de necesidad nacional e interés público la lucha contra la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

²⁸ Mediante esta ley se encargó al MINSA la elaboración del Plan Nacional de Lucha contra el VIH/SIDA y las Enfermedades de Transmisión Sexual.

res/as sexuales, trans y HSH existe un componente de carga social muy fuerte, pues se consideran sujetos sin derechos por ser “transgresores” de las normas sociales y éticas.

Frente a una situación de atropello o desconocimiento de sus derechos, en la mayoría de los casos, los afectados optan por no denunciar a los responsables debido al temor o vergüenza; o se sienten desanimados por trámites engorrosos y costosos. Muchos casos de crímenes de odio por homofobia no son denunciados por temor a las represalias y por vergüenza.

En cuanto a la cultura de reclamo se advierte que entre las poblaciones afectadas existe una sensación de desesperanza frente a la capacidad de respuesta del Estado. Ello se debe a que, en lo referente a los casos de discriminación de la cual han sido víctimas, la actuación de las instituciones competentes no fue la esperada. En el caso de la policía y el serenazgo, las poblaciones más expuestas incluso manifiestan su preferencia por no denunciar el hecho porque ello podría provocar mayor represión una vez efectuada la denuncia.

En ese contexto, entonces, se torna evidente que la sociedad civil vinculada al tema carece de un nivel de conocimiento adecuado sobre sus derechos, que existe poca cultura de reclamo y que no cuenta con un referente institucional que brinde apoyo cuando se afecta a sus derechos.

b. Percepción de la Defensoría del Pueblo

Los trabajos realizados con el Grupo de Ayuda Mutua (GAM) y, posteriormente, con la Asociación de Trabajadoras Sexuales viviendo con VIH/SIDA

“Santa Micaela”, evidenciaron el desconocimiento del rol de la Defensoría del Pueblo, a la cual suelen confundir con otras instancias como la Defensoría del Asegurado y del MINSA. Ello genera confusión y limita la intervención al no identificarse a la Defensoría del Pueblo como una entidad autónoma y con capacidad para intervenir en la promoción y protección de derechos ciudadanos.

En ese sentido se percibe a la Defensoría del Pueblo como una entidad encargada sólo de tomar conocimiento de casos, y que no puede llevar a cabo acciones que permitan resolver las denuncias formuladas. Esta percepción responde a la experiencia obtenida con la Defensoría del Asegurado en EsSalud y la Defensoría de la Salud en el Ministerio de Salud, ante las cuales han presentado quejas vía telefónica, y por escrito, sin obtener un resultado concreto.

En este aspecto hay que concluir precisando que, en su mayoría, las personas consultadas desconocen la forma de presentar una queja ante la Defensoría del Pueblo, lo que se confirma en la extendida consideración de que para acudir a la Defensoría del Pueblo deben ser asistidas, necesariamente, por un abogado.

Organismos Públicos

a. Reconocimiento de derechos

El nivel de involucramiento de los organismos públicos en temas de VIH/SIDA varía sustancialmente. El Ministerio de Salud, que constituye, sin duda, el sector más vinculado a esta temática, además de las prestaciones de salud que otorga, ha estado desarrollando actividades orientadas a com-

batir el estigma y discriminación de las personas con el VIH y poblaciones vulnerables, a través de la capacitación y sensibilización de profesionales de la Salud.

Por ello, con la finalidad de conocer la percepción de algunas entidades públicas sobre el tema y el rol de la Defensoría del Pueblo frente a la epidemia del VIH, al igual que en el caso anterior se realizaron entrevistas y reuniones mediante las cuales se obtuvo la información necesaria.²⁹

Así, el personal del MINSA reconoce que a pesar de la información que existe sobre el VIH, algunos profesionales de la salud –por temores y actitudes personales– incurrir en actos de discriminación con aquellas personas y colegas de profesión que viven con VIH, así como con los (HSH) y trabajadores/as sexuales.

De otro lado, la aproximación del MIMDES, si bien trabaja el tema de la lucha contra el estigma y la discriminación, así como la promoción y protección de derechos de las personas con el VIH, es global. Así, se maneja como ejes centrales la promoción y protección de derechos de las mujeres en general, así como de los niños, niñas y adolescentes; pero no se distingue a las poblaciones más expuestas, como las trabajadoras sexuales, especialmente las menores de 24 años.

²⁹ Esta labor estuvo a cargo del consultor John Gutiérrez, como parte de la consultoría que aportó los datos con los cuales se elaboró el presente documento. La información que se presenta en este punto fue obtenida a través de entrevistas y con representantes del Ministerio de Salud (MINSA), del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES) y del Instituto Nacional Penitenciario (INPE).

Por su parte, el Ministerio de Justicia, a través del Instituto Nacional Penitenciario (INPE), y con el significativo apoyo del Fondo Mundial, se encuentra trabajando en el fortalecimiento de las capacidades institucionales para atender y prevenir el VIH/SIDA de la población privada de libertad. Sin embargo, tratándose de una población de alto riesgo debido a las condiciones de privación y, sobre todo, al hacinamiento, es necesario mantener el nivel de intervención para no perder el nivel de inversión alcanzado.

b. Percepción respecto al trabajo y rol de la Defensoría del Pueblo

Las instituciones públicas, si bien conocen qué es la Defensoría del Pueblo, no conocen con precisión cuál es su labor ni las facultades con que cuenta para realizar sus intervenciones. Consideran, al respecto, que la Defensoría del Pueblo es la institución encargada de actuar como nexo entre los denunciantes y las instituciones públicas, así como de ser la encargada de asumir derivaciones efectuadas por otras instancias públicas para intervenir en la solución del conflicto.

No obstante ello, a diferencia de las organizaciones de la sociedad civil que trabajan el tema VIH/SIDA, las entidades públicas conocen con mayor detalle el rol de la Defensoría del Pueblo y consideran que le corresponde sensibilizar y capacitar a funcionarios y servidores públicos en torno a temas referidos a promoción y protección de derechos de las personas con el VIH y las poblaciones más expuestas y vulnerables.

**CAPÍTULO 4
ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN DEFENSORIAL
FRENTE A LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA**

Desde el inicio de sus labores, la Defensoría del Pueblo ha abordado la problemática que representa la epidemia del VIH/SIDA en el marco de sus competencias constitucionales. Sin embargo, sólo fue a partir del año 2006 que se incorporó el tema del VIH/SIDA como una línea de intervención institucional prioritaria, con el propósito de contribuir a la erradicación del estigma y discriminación asociados al VIH/SIDA y de proteger los derechos de las personas afectadas por la epidemia.

En esa línea, en el año 2007, la Defensoría del Pueblo dio inicio a la ejecución del Proyecto “Derechos Humanos en Personas más Afectadas y Viviendo con VIH. Lucha contra el Estigma y Discriminación, Promoción de la Protección de Derechos y Acceso a Ciudadanía”, financiado principalmente por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/Sida (ONUSIDA), con apoyo técnico y financiero del PNUD, del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y de USAID/Iniciativas de Políticas en Salud.

Dicho proyecto marcó el inicio del sostenido y permanente trabajo de la Defensoría del Pueblo en el tema VIH/SIDA, y permitió llevar a cabo actividades orientadas a lograr el posicionamiento institucional en la protección de los derechos de las poblaciones más expuestas y vulnerables, así como de las personas viviendo con el VIH/SIDA.

Es precisamente a partir de los resultados de las actividades realizadas en el marco del referido Proyecto, así como de la labor defensorial realizada previamente, que se plantean los siguientes objetivos institucionales con el propósito de orientar la intervención defensorial en el tema y asegurar su impacto.

4.1 Objetivos generales y específicos

Objetivo General 1: Consolidar la labor de la Defensoría del Pueblo en la protección de los derechos de las poblaciones más expuestas y vulnerables (HSH, TS, PPL y otros) y de las personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS).

Objetivos específicos

- a. Fortalecer las capacidades internas de la Defensoría del Pueblo y contar con instrumentos para la adecuada atención de casos de poblaciones afectadas.
- b. Promover que la ciudadanía identifique a la Defensoría del Pueblo como institución comprometida con la defensa de los derechos de las poblaciones más expuestas y vulnerables y PVVS.
- c. Promover la articulación de políticas integrales orientadas a fortalecer la respuesta multisectorial frente a la epidemia de VIH.

Objetivo General 2: Contribuir a que las poblaciones más expuestas y vulnerables y las personas viviendo con el VIH/SIDA accedan a servicios públicos esenciales de calidad.

Objetivos específicos

- a. Contribuir con la adecuada prestación de servicios educativos (acceso, permanencia y trato).
- b. Contribuir con la adecuada prestación de servicios de salud.

Objetivo General 3: Contribuir a que las poblaciones más expuestas y vulnerables y las personas viviendo con el VIH/SIDA accedan a los mecanismos de protección de derechos y administración de justicia.

Objetivos específicos

- a. Promover el acceso a la información pública relacionada con la epidemia de VIH/SIDA.
- b. Garantizar el adecuado acceso a las instancias jurisdiccionales y el debido cumplimiento de sus obligaciones.
- c. Garantizar el adecuado acceso a instancias administrativas y el debido cumplimiento de sus obligaciones.

Objetivo General 4: Contribuir con la reducción del estigma y discriminación asociados al VIH/SIDA.

Objetivos específicos

- a. Visibilizar la situación de vulnerabilidad de las poblaciones más expuestas y vulnerables y de las personas viviendo con VIH/SIDA.
- b. Promover medidas de protección especial dirigidas a poblaciones más expuestas y vulnerables y PVVS.
- c. Contribuir con la erradicación del estigma y discriminación en el campo laboral.
- d. Contribuir con la sensibilización de autoridades, funcionarios y servidores públicos, así como de la sociedad civil, para lograr el respeto de los derechos de la población más expuesta y vulnerable (HSH, TS, PPL, otros) y de las personas viviendo con VIH/SIDA.

4.2 Estrategia de intervención

Para obtener los objetivos planteados se pone a consideración de las unidades orgánicas de la Defensoría del Pueblo las siguientes estrategias de intervención:

Objetivo general 1: Consolidar la labor de la Defensoría del Pueblo en la protección de los derechos de las poblaciones más expuestas y vulnerables (HSH, TS, PPL y otros) y de las personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS).

Durante el 2007, la Defensoría del Pueblo ha llevado a cabo un conjunto de actividades orientadas al fortalecimiento de las capacidades institucionales, a través de la sensibilización y capacitación del personal de las Oficinas Defensoriales ubicadas en zonas de mayor incidencia de casos.³⁰

Durante el 2008, se ha continuado con dicha labor en todos los niveles de la institución con el propósito de lograr la cabal comprensión de las dimensiones e implicancias de la epidemia, así como de los determinantes sociales de la vulnerabilidad y riesgos en las distintas poblaciones, particularmente en aquéllas más expuestas y vulnerables, así como en las personas que viven con VIH/SIDA.

Es necesario, en esa línea, que la Defensoría del Pueblo continúe estableciendo –y fortaleciendo– alianzas con redes de sociedad civil y plataformas de personas con VIH/SIDA, así como con poblaciones más expuestas (HSH, trans, trabajadoras y trabajadores sexuales) y vulnerables, teniendo como principio básico la defensa de los derechos de las personas, la difusión del rol de la institución y la promoción de mecanismos de acceso a la Defensoría del Pueblo.

Así, con la finalidad de facilitar el soporte a las labores de capacitación y establecimiento de redes será im-

³⁰ Amazonas, Áncash (Chimbote), Arequipa, Callao, Cusco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Lima, Loreto, Piura, San Martín, Tacna, Tumbes y Ucayali.

prescindible que la Defensoría del Pueblo confiera una adecuada atención de casos de vulneración de derechos a partir de la recepción de quejas e intervenciones de oficio. En el caso de seguimiento a casos judicializados, la intervención defensorial se podrá dar sólo de manera excepcional y previa coordinación con la Adjuntía para Administración Estatal y la Primera Adjuntía.

Finalmente, se debe tener presente que, en el marco del presente objetivo, la Defensoría del Pueblo deberá promover la respuesta multisectorial, participativa e integral del Estado, de acuerdo con las políticas nacionales de prevención y control del VIH/SIDA, con una perspectiva de equidad de género, interculturalidad e inclusión.

Las actividades previstas dentro de este objetivo son las siguientes:

1. Talleres de capacitación dirigidos al personal de las Oficinas Defensoriales sobre el tema VIH/SIDA.
2. Participación de la Defensoría del Pueblo en las mesas de coordinación intersectoriales sobre el VIH/SIDA.
3. Talleres de sensibilización dirigidos a actores claves.
4. Elaboración y publicación de documentos e informes defensoriales sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos de las personas viviendo con VIH/SIDA y de las poblaciones más expuestas (HSH, TS, PPL y otros).

Objetivo general 2: Contribuir a que las poblaciones más expuestas y vulnerables, así como las personas viviendo con VIH/SIDA, accedan a servicios públicos esenciales de calidad.

La Defensoría del Pueblo supervisará a través de sus Oficinas Defensoriales la prestación de servicios de salud, a fin de garantizar el acceso a la prevención, tamizaje, consejería, TARGA y atención integral de calidad de salud.

Asimismo, mediante la permanente labor de supervisión que la Defensoría del Pueblo realiza para garantizar el ejercicio del derecho a la educación, se pondrá especial énfasis en la identificación de casos en los que se haya afectado el acceso, permanencia o trato de las poblaciones vulnerables y de las personas que viven con VIH/SIDA en los servicios educativos.

Las actividades previstas son las siguientes:

1. Supervisión a establecimientos de salud sobre bioseguridad, provisión de servicios de prevención, tamizaje, tratamiento, cuidados y apoyo, entre otros.
2. Supervisión a centros educativos para identificar barreras en la prestación de servicios.
3. Formulación de recordatorios y recomendaciones.

Objetivo general 3: Contribuir a que las poblaciones más expuestas y vulnerables y las personas viviendo con VIH/SIDA accedan a los mecanismos de protección de derechos y administración de justicia.

La Defensoría del Pueblo continuará desarrollando su labor de promoción del derecho de acceso a la información pública, como aquella relacionada con el conocimiento de la situación de la epidemia y la respuesta nacional y regional, con especial énfasis en la protección del derecho de las poblaciones más expuestas y vulnerables y de personas que viven con VIH/SIDA.

En la misma línea, la Defensoría del Pueblo promoverá el empoderamiento en derechos y una cultura de reclamo en las poblaciones más expuestas y vulnerables y de las personas que viven con VIH/SIDA, mediante actividades de capacitación. De igual manera se llevarán a cabo actividades de sensibilización a autoridades, funcionarios y

servidores públicos para una adecuada y correcta atención a estas poblaciones.

Además, a través de las Oficinas Defensoriales se supervisará el adecuado cumplimiento de funciones de la administración pública, especialmente en Gobiernos Locales, la Policía Nacional del Perú (PNP) y el serenazgo, a fin de garantizar el ejercicio de los derechos de las poblaciones antes indicadas.

Las actividades consideradas dentro de este objetivo son:

1. Capacitación a grupos u organizaciones de base en regiones de alta prevalencia de VIH sobre derechos humanos y VIH/SIDA.
2. Actividades de sensibilización a líderes sindicales sobre los derechos de las poblaciones más expuestas y vulnerables o que viven con VIH/SIDA.
3. Actividades conjuntas de difusión de derechos trabajadores de los sectores salud, trabajo y educación, dirigidas a personas viviendo con VIH/SIDA y a poblaciones más expuestas y vulnerables a la epidemia.

Objetivo general 4: Contribuir con la reducción del estigma y discriminación asociados al VIH/SIDA.

La Defensoría del Pueblo reconoce que el estigma y discriminación asociados al VIH/SIDA se encuentran dentro de los principales obstáculos para la respuesta frente a la epidemia. Por tal motivo, contribuirá a su erradicación a través de la sistematización de casos de vulneración de derechos en poblaciones afectadas por el VIH y su difusión en los medios de comunicación, de tal manera que se visibilice la situación de estas poblaciones y se pongan en marcha acciones orientadas a revertirla.

Asimismo, promoverá que los organismos del Estado implementen acciones afirmativas dirigidas a la población más expuesta y vulnerable y a las PVVS, en los casos que sean necesarios.

Además, tal como ha continuado haciéndolo, la Defensoría del Pueblo promoverá y participará activamente en el desarrollo de campañas para la reducción del estigma y la discriminación asociados al VIH, para lo cual se establecerán alianzas con instituciones públicas y organizaciones de la sociedad civil.

Las actividades consideradas para la consecución de este objetivo son:

1. Sistematización de casos y seguimiento de recomendaciones.
2. Actividades de sensibilización y formación dirigidas a personal de instituciones públicas y privadas, principalmente de las Fuerzas Armadas, Policiales y Serenazgo, así como de los centros de salud, laborales y educativos.
3. Participación en campañas y actividades en contra de la discriminación y estigma asociados al VIH/SIDA.

ANEXOS

ANEXO 1
TABLA 1: NORMAS LEGALES Y OTROS INSTRUMENTOS DE REGULACIÓN EN ITS/VIH-SIDA, SEGÚN AÑOS Y RESPONSABLES SECTORIALES. PERÚ 1987 - 2008

Año	Instancia	Ley	DS	RS	RM	RD	Direct.	Instrumento legal	Título
1987	Presidencia de la República							R.S. 011-87-SA	Creación del Programa Nacional Multisectorial para la Prevención y Control del SIDA
1988	Presidencia de la República							D.S. 031-88-SA	Obligatoriedad de practicar pruebas de despistaje del SIDA, Hepatitis B y Sífilis, previas a todas las transfusiones de sangre
1990	Congreso de la República							Ley 25275	Declara de interés nacional y asigna carácter prioritario dentro de la Política Nacional de Salud a la prevención y lucha contra el SIDA
1995	Congreso de la República							Ley 26454	Declara de orden público e interés nacional la obtención, donación, conservación, transfusión y suministro de sangre humana y se regula el funcionamiento de los bancos de sangre y las normas para el tamizaje obligatorio de sangre, hemoderivados y tejidos humanos

Año	Instancia	Ley	DS	RS	RM	RD	Direct.	Instrumento legal	Título
1996	Congreso de la República							Ley 26626	Encarga al MINSA la elaboración del Plan Nacional de Lucha contra el VIH/SIDA y las Enfermedades de Transmisión Sexual (CONTRASIDA). Consagra los derechos de las poblaciones vulnerables, afectadas y la priorización nacional
								R.M. 235-96-SA/DM	Doctrina, normas y procedimientos para el control de las ETS y el SIDA en el Perú
1997	MINSA							DS 004-97-SA.	Reglamento de la Ley N° 26626, referido al logro de objetivos del Plan Nacional CONTRASIDA
								R.M. 306-98-SA/DM	Guía Nacional de Consejería en ETS/VIH/SIDA
1998	MINSA							R.M. 428-98-SA/DM	Guía Nacional de Manejo de Casos de ETS
								Directiva Conjunta 002-98-PRO-CETSS	Programa de Salud Materno Perinatal (PROET-SS). "Disminución de la transmisión vertical del VIH y manejo de la gestante que vive con VIH", Ministerio de Salud
								Directiva 007-98-PRO-CETSS	Lineamientos para el servicio de consejería en ETS y VIH/SIDA

Año	Instancia	Ley	DS	RS	RM	RD	Direct.	Instrumento legal	Título
1998	MINSA							Directiva 008-98-PRO-CETSS	Profilaxis con COTRIMOXAZOL e indicaciones de recuento de linfocitos CD4+ en pacientes VIH positivos
								R.M. 081-99-SA/DM.	Guía Nacional de Atención Integral del Paciente con Infección VIH/SIDA
1999	MINSA							R.M. 283-99-SA/DM	Normas de procedimientos para control, medidas de seguridad y sanciones con relación a la obtención, donación, conservación, transfusión y suministro de Sangre Humana
								R.M. 459-99-SA/DM	Prevención y Control de la Sífilis Materna para la eliminación de la Sífilis congénita
								R.M. 619-99-SA/DM	Guía Nacional de Manejo del Niño Infectado por el Virus de Inmunodeficiencia Humana
2000	Congreso de la República							Direct. Conjunta 001-99-CRED-PRO-CETSS	Disminución de la Transmisión vertical del VIH y alimentación del hijo de madre que vive con el VIH
								Ley 27270	Ley que penaliza la discriminación

Año	Instancia	Ley	DS	RS	RM	RD	Direct.	Instrumento legal	Título
2001	Congreso de la República							Ley 27450	Exonera del Pago del Impuesto General a las Ventas y de los Derechos Arancelarios a los medicamentos para tratamiento oncológico y VIH/SIDA
	Presidencia de la República							D.S. 236 – 2001 EF	Aprueba la relación de medicamentos e insumos para tratamiento oncológico y VIH / SIDA, para efectos de liberación de pago del IGV y derechos arancelarios
	MINSA							R.D. 265-2002-DGSP	Aprueba la Directiva N° 001-DGSP-DEAIS-DP-CRD-CETSS-2002. Tratamiento antirretroviral en los niños infectados con el VIH
2002	Presidencia de la República							D.S. 143 – 2002 EF	Actualiza la relación de medicamentos e insumos para el tratamiento oncológico y VIH/SIDA para efectos de liberación de pago del IGV y derechos arancelarios
	Presidencia de la República							D.S. 167 – 2002 - EF	Incorporan diversos insumos dentro del anexo del D.S. N° 143-2002- EF que aprobó la actualización de la relación de medicamentos e insumos para el tratamiento oncológico y VIH/SIDA
	Congreso de la República							Ley 27657	Acciones del Seguro Integral de Salud (SIS). Involucra el Tratamiento ARV gratuito a los niños hasta los 17 años

Año	Instancia	Ley	DS	RS	RM	RD	Direct.	Instrumento legal	Título
2003	MINSA							R.M. 502-2003 SA/DM	Sistema de Atención para la Disminución de la Transmisión Vertical del VIH y Manejo de la Gestante que vive con el VIH y del Niño con Exposición Perinatal
	MINSA							R.M. 503-2003 SA/DM	Sistema de Manejo Post Exposición Ocupacional al Virus de la Inmunodeficiencia Humana en los Trabajadores de Salud
	MINSA							R.M. N° 731-2003 SA/DM	Sistema de Atención para el Tratamiento Antirretroviral en los Niños Infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana
	MINSA							R.M. 1328-2003-SA/DM	Norma Técnica para la Articulación del Servicio de Consejeros Educadores de Pares para Personas que viven con VIH/SIDA
2004	Congreso de la República							Ley 28243	Ley que amplía y modifica la Ley 26626 sobre el VIH/SIDA y las ITS
	MINSA							R.M. 074-2004/MINSA	Norma Técnica para Promotores Educadores de Pares en Poblaciones Vulnerables para la prevención de las infecciones de transmisión sexual y del VIH/SIDA
	MINSA							R.M. 123-2004/MINSA	Norma técnica de atención para la administración de Quimioproflaxis y Tratamiento Antituberculoso a Personas con VIH/SIDA

Año	Instancia	Ley	DS	RS	RM	RD	Direct.	Instrumento legal	Título
2004	MINSA							R.M. 124-2004/MINSA	Norma Técnica para el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) en adultos infectados por el VIH
	MINSA							R.M. 125-2004/MINSA	Norma Técnica para la Atención de Consejería en Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA
	Presidencia de la República							D.S. 007-2004-SA	Constituye la Coordinadora Nacional Multisectorial de Salud
	MINSA							R.M. 614-2004/MINSA	Aprueba las Normas Técnicas del Sistema de Gestión de la Calidad del Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre (PRONAHEBAS)
	MINSA							R.M. 752-2004/MINSA	Norma Técnica para la adherencia al TARGA en adultos infectados por el VIH
	MINSA							R.M. 771-2004/MINSA	Establecimiento de Estrategias Sanitarias Nacionales
	MINSA							R.M. 939-2004/MINSA	Modifica las disposiciones transitorias de la Norma Técnica para la TARGA en adultos infectados por el VIH (RM 124-2004/MINSA)
	MINSA							R.M. 1052-2004/MINSA	Norma Técnica de manejo de antirretrovirales y reacciones adversas para el médico de atención integral de las Personas Viviendo con VIH/SIDA

Año	Instancia	Ley	DS	RS	RM	RD	Direct.	Instrumento legal	Título
2005	Presidencia de la República							D.S. 005-2005-SA	Modifica el art. 3 del D.S. de constitución de la CO-NAMUSA (DS 007-2004-SA)
	Presidencia de la República							D.S. 041-2005-EF	Actualiza la lista de medicamentos e insumos para tratamiento oncológico y VIH/SIDA libres del pago de IGV y derechos arancelarios
	MINSA							R.M. 084-2005/MINSA	Norma técnica para la Prevención de la Transmisión vertical (Madre-Niño) del VIH
	MINSA							R.M. 218-2005/MINSA	Aprueba el Reglamento de Funcionamiento de la Coordinadora Nacional Multisectorial de Salud (CONAMUSA)
	MINSA							R.M. 311-2005/MINSA	Actualiza la Norma Técnica para el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) en adultos infectados por el VIH (RM 124 – 2004/MINSA)
2006	MINSA							R.M. 721-2005/MINSA	Plan General de la ESN Prevención y Control de las ITS VIH/SIDA 2004-2006
	Congreso de la República							Ley 28867	Ley que modifica el artículo 323° del Código Penal sobre discriminación.

Año	Instancia	Ley	DS	RS	RM	RD	Direct.	Instrumento legal	Título
2007	Presidencia de la República							D.S. N° 004-2007-SA	“Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias” que incorpora acciones de prevención y tratamiento para VIH en la población beneficiaria del SIS
	Presidencia de la República							D.S. 005-2007-SA	Ley que aprueba el Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 para la Prevención y Control de las ITS y VIH/SIDA en el Perú
	MINSA							R.M. 463-2007/MINSA	Documento Técnico Plan Nacional de Prevención y Control de la Transmisión de Madre Niño del VIH y Sífilis
2008	MINSA							R.M. 335-2008/MINSA	Norma Técnica para la Profilaxis de la Transmisión madre-niño del VIH y la Sífilis Congénita

GLOSARIO

Término	Descripción
Bisexual	Persona que tiene deseos y/o mantiene prácticas sexuales y relaciones afectivas con personas del sexo opuesto y de su mismo sexo.
Conductas de riesgo	En discusiones sobre el VIH/SIDA, referencia analógica de las conductas asociadas a un mayor riesgo de adquirir o transmitir la infección por VIH. Sintagma que generalmente alude a conductas sexuales de riesgo (esencialmente, la penetración anal o vaginal no protegida con parejas seropositivas o cuyo estatus serológico es desconocido), aunque también puede aludir a conductas de riesgo en el uso de drogas recreativas (esencialmente, compartir agujas o jeringas con otras personas).
Gay	Persona que tiene deseos y/o prácticas sexuales y relaciones afectivas mayoritaria o exclusivamente con personas de su mismo sexo. En general se refiere a hombres, pero también se usa para referirse a mujeres o como genérico. La palabra gay es sinónimo de homosexual.
Género	A diferencia de sexo (que alude sobre todo a diferencias biológicas entre hombre y mujer), se refiere a las características históricamente asignadas por una sociedad a los hombres y mujeres, en términos de sus formas de conducirse, de vestir, de relacionarse sexualmente, etc. Es el sexo socialmente construido.
GLTTTBI	Sigla que da cuenta de gays, lesbianas, travestis, transexuales, transgénero, bisexuales e intersexuales.

Término	Descripción
Grupos de riesgo	Conceptualización estigmatizante referida al VIH hasta hace pocos años, al considerar que el VIH y el SIDA no eran problemas de la sociedad en general, sino de determinados grupos, como los HSH, trabajadores/as sexuales y usuarios de drogas.
Homofobia	Temor y/o aversión a los homosexuales, a su conducta o modo de pensar. Estos temores pueden reflejarse en agresiones físicas, psicológicas y verbales hacia personas homosexuales.
HSH	Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, y que no necesariamente se identifican como gays o con alguna otra identidad ligada a la sexualidad, incluyendo la heterosexual.
Identidad sexual	Noción que se tiene de sí mismo (a) en el campo sexual. Desde el punto de vista de la orientación sexual, generalmente implica cómo se ve a sí misma una persona, ya sea “homosexual”, “gay” u otras identidades similares, o si se considera “heterosexual”, o bisexual. La identidad sexual, sin embargo, depende de las categorías o tipos de ésta que una persona vea como posibles o disponibles. En algunos sectores populares, por ejemplo, no es usual definirse como “heterosexual”, pues sólo se distingue dos sectores: “hombres” y “homosexuales”.
Infección de Transmisión Sexual	Infección cuyo contagio se produce mediante la actividad sexual. Las infecciones transmitidas sexualmente son, entre otras, gonorrea, sífilis, VIH, etc. El sintagma ‘Enfermedades de Transmisión Sexual’, ha sido reemplazado porque la sigla ETS alude a síntomas de “enfermedad”, mientras que infección no lo hace. Debido a que sólo una fracción de las ITS producen síntomas (es decir, enfermedad), solo una fracción de las ITS son ETS.

Término	Descripción
Intersexual	El término intersexualidad incluye a un conjunto diverso de situaciones en que la morfología de una persona (en particular, la genital) varía respecto del estándar cultural de corporalidad masculina o femenina.
Salud sexual	La salud sexual implica una vida sexual satisfactoria y segura. Es la integración positiva de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del bienestar sexual que contribuye al mejoramiento de la personalidad, la comunicación y las relaciones humanas.
Sexualidad	La sexualidad es un término dinámico que engloba una serie de condiciones culturales, sociales, anatómicas, fisiológicas, emocionales, afectivas y de conducta, relacionadas con el sexo, que caracterizan de manera decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo.
Transexual	Persona que adopta una apariencia y una identidad de género que no se corresponde con la asignada al nacer, según el sexo biológico. Es un término amplio que incluye a aquellas personas que muestran características de género que no corresponden a las características asociadas a su sexo.
Transgénero	Persona que aspira a someterse a una intervención quirúrgica, o ya lo ha hecho, para adquirir los caracteres sexuales del sexo opuesto.
Travesti	Persona que, por inclinación natural o como parte de un espectáculo, se viste con ropas del sexo contrario. No necesariamente mantiene una identidad real con éste.

Término	Descripción
Vulnerabilidad	<p>La vulnerabilidad ante el VIH es producida por factores que influyen o determinan conductas que impiden ejercer el control sobre la salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Factores personales: Antecedentes sexuales (número de compañeros y actos sexuales sin protección), disponibilidad de conocimiento y aptitudes para protegerse a sí mismo y a otros. Se incluyen los factores biológicos, entre los cuales el sexo anal receptivo es la manera en la cual el VIH se transmite con mayor frecuencia, seguido del sexo vaginal y del sexo oral. También se incluye la probabilidad de que las parejas potenciales estén infectadas con el VIH. •Factores referidos a los servicios y programas educativos, de comunicaciones y de salud: falta de información respecto al VIH y al SIDA, inaccesibilidad a los servicios de salud por situaciones económicas, o distancias de los servicios. •Factores sociales: aspectos culturales de la comunidad y las prácticas sociales.
Vulnerabilidad estructural	<p>Desprotección de un grupo (que comparte una característica estigmatizada: por ejemplo, pertenecer a minorías étnicas, religiosas o sexuales) frente a un riesgo público, cuando dicha desprotección deriva de condiciones de exclusión social.</p>

REFERENCIAS

1. Asociación Vía Libre. Niños y Niñas por la vida creando un entorno favorable en VIH/SIDA. Lima: Asociación Vía Libre, 2006.
2. Bracamonte Allaín, Jorge y Alvarez Chávez, Roland. Informe Anual 2005 Situación de los Derechos Humanos de Lesbianas, Trans, Gays y Bisexuales en el Perú. Lima: Movimiento Homosexual de Lima (MHOL), junio del 2006.
3. Cáceres, Carlos. La prevención del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. Serie de informes técnicos del Departamento de Desarrollo Sostenible. SOC-131. Washington, D. C.: BID, marzo del 2003.
4. Cáceres, C., Mendoza, W., Konda, K., Lescano, A. Nuevas Evidencias para las Políticas y Programas de Salud en VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual en el Perú. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia y Organización Panamericana de la Salud, 2007.
5. Zavaleta, Carol, et al. Short report: High prevalence of HIV and syphilis in a remote native community of the Peruvian Amazon. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 76(4), 2007, pp. 703–705.
<<http://0-www.ajtmh.org.pugwash.lib.warwick.ac.uk/cgi/eprint/76/4/703>>
[Consulta: 10 de mayo de 2007]
6. Comisión de Derechos Humanos. Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos. Segunda Consulta Internacional sobre el SIDA y los Derechos Humanos. E/CN.4/1997/37. Ginebra: Comisión de Derechos Humanos, julio de 1997.

7. Corcuera, Ricardo, Hidalgo, Catalina, Quintana, Alicia. Exigibilidad del derecho a la salud, exigibilidad del derecho a la salud. Acceso a atención, tratamiento e insumos en salud sexual y reproductiva y VIH-SIDA. Lima: CIES, Instituto de Prensa y Sociedad (IPYS) e Instituto de Educación y Salud (IES), 2006.
8. Cueto, M. Culpa y coraje: historia de las políticas sobre el VIH/SIDA en el Perú. Lima: Consorcio de Investigación Económica / Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2001.
9. Diario de Lima Gay. Extracto de la entrevista realizada a Alex García, actual Presidente de Diversidad San Martinense, y reconocido líder del movimiento LTGB del la Región San Martín. Lima, 29 de octubre del 2005. <<http://www.diariodelimagay.com/>> [Consulta: 08 de mayo de 2007]
10. Diez Canseco, F. La mirada de las personas viviendo con VIH/SIDA. Lima: Proyecto POLICY, agosto 2005.
11. García, P. et al. Sex in Peru: Sexual Behaviours in a Nationwide Population-Based Survey of Urban Young Adults. XV Congreso Bienal de la Sociedad Internacional de Investigación en Enfermedades de Transmisión Sexual. (sine data), julio 2003.
12. IMPACTA, Asociación civil. Diagnóstico situacional de las intervenciones para la prevención y control de las ITS en grupos vulnerables a nivel nacional. Lima: Impacta, 2004.
13. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar. ENDES 2004. Lima: INEI, 2005.

14. Kusunoki, Lourdes. Acceso al tratamiento Antirretroviral para el VIH/SIDA. Cuaderno de trabajo N° 5. Observatorio del Derecho a la Salud. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES) y Foro Salud, julio 2003.
15. Mann, Jonathan, Gostin, Lawrence, Gruskin, Sofía, Brennan, Troyen, Lazzarini, Zita, Fineberg, Harvey. "Health and Human Rights", en Health and Human Rights. A Reader. New York: Routledge, 1999, 503 pp.
16. Ministerio de Salud, ONUSIDA. Estado de situación: El SIDA en el Perú al año 2000. Lima: MINSA, 2001.
17. MINSA, Proyecto Policy y ONUSIDA. Evaluación del Plan Estratégico 2001–2004 del MINSA para la Prevención y Control del VIH / SIDA en el Perú. Lima: Minsa, septiembre 2005.
18. Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. Análisis de la situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú. Bases epidemiológicas para la prevención y control. Lima: MINSA, 2006.
19. Ministerio de Salud. Dirección general de epidemiología. Situación del VIH/SIDA en el Perú. Boletín epidemiológico mensual. Lima: MINSA, junio 2007.
20. Organización de Naciones Unidas. Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA. Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Nueva Cork: ONU, 25-27 de junio del 2001.

21. Oficina Internacional del Trabajo. La igualdad en el trabajo: afrontar los retos que se plantean. Informe del Director general. Conferencia internacional del trabajo, 96° reunión, 2007. Ginebra: OIT, 2007.
22. ONUSIDA. Marco Conceptual y Base para la Acción: Estigma y Discriminación relacionados con el VIH. Ginebra: ONUSIDA, 2002.
23. ONUSIDA. Mantener la promesa, Resumen de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA ONUSIDA/02.31S. Ginebra: ONUSIDA, junio 2002.
24. ONUSIDA. Intensificación de la prevención del VIH. Documento de posición de política del ONUSIDA. ONUSIDA/05.18S. Ginebra: ONUSIDA, diciembre 2005, 40 pp.
25. ONUSIDA. Centro internacional de cooperación técnica en VIH y SIDA, CGTH. Derechos humanos, salud y VIH. Guía de acciones estratégicas para prevenir y combatir la discriminación por orientación sexual e identidad de género. Río de Janeiro: ONUSIDA, 2006.
26. ONUSIDA. Situación de la Epidemia de SIDA, 2006. ONUSIDA/06.29S. Ginebra: ONUSIDA, diciembre 2006, 94 pp.
27. Sánchez, J. et al. "HIV-1, Sexually Transmitted Infections, and Sexual Behavior Trends Among Men Who Have Sex With Men in Lima, Peru", en *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. Lima: April 15, 2007, 44(5):578-585.
<<http://pt.wkhealth.com>>
[Consulta: 10 de mayo de 2007]

28. UNAIDS, 1996. Programme Coordinating Board, Report of the Executive Director, Geneva: UNAIDS, 1996.
29. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Encuesta domiciliaria de ITS y conducta sexual. Lima: Programa PREVEN, 2002.
30. Valverde, Rocío, Cabello, Robinson. Informe de monitoreo y evaluación de la implementación del compromiso del UNGASS por el Perú. Lima: ICASO, 2005.

