



EL **VIH/SIDA**
Y SU INCIDENCIA
EN LA VIDA DE
LAS MUJERES



© Movimiento Manuela Ramos
Juan Pablo Fernandini N° 1550, Pueblo Libre
Lima 21-Perú
Teléfono: 423 8840
Fax: 431 4412
E-mail: postmast@manuela.org.pe
[http:// www.manuela.org.pe](http://www.manuela.org.pe)

© Centro de Investigación y Promoción Popular (CENDIPP)
Av. José G. Paredes 161,
Pueblo Libre, Lima 21 - Perú
Teléfono: (511) 461 7010 (511) 261 2688
Fax: (511) 461 7010
www.cendipp.org

© Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX)
Av. José Pardo 601, Oficina 604,
Miraflores, Lima 18 - Perú
Teléfono: (511) 447 8668 Fax: (511) 243 0460
www.promsex.org

Autoras: Susana Chávez
Martha Desmaison
Rocio Gutierrez

Coordinación: Jorge Apolaya
Corrección de estilo: Rosa Cisneros
Diseño y diagramación: Julissa Soriano
Impresión:

Hecho depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú N°
ISBN:

Primera edición, mayo 2009
Lima - Perú

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo de International Women's Health Coalition

Contenido

I. Introducción

II El VIH en el Perú y en el mundo

III. El VIH/SIDA, las mujeres y los derechos humanos

- 3.1 La vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH
- 3.1 La diferencia social que aún persiste entre hombres y mujeres
- 3.2 La pobreza y la exclusión social
- 3.3 Inicio sexual temprano, involuntario, desinformado y desprotegido
- 3.4 Escaso acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. Infecciones vaginales no tratadas

IV Mecanismos de prevención ¿Qué barreras impiden la reducción del VIH?

- 4.1 El uso correcto y sistemático del condón y la incorporación del condón femenino
- 4.2 Tratamiento oportuno de las ITR
- 4.3 La reducción del número de parejas, la fidelidad mutua y la postergación del inicio sexual
- 4.4 La circuncisión masculina.

V. Acciones que ejecuta el Estado para disminuir la prevalencia de ITS y VIH y atender a las mujeres afectadas

VI. ¿Qué falta por hacer para atender/disminuir la vulnerabilidad de las mujeres para el VIH y SIDA?

- 6. 1. Atender el problema de las infecciones vaginales, cervicitis e infecciones del tracto reproductivo en general.
- 6.2 Promover la doble protección contra el VIH y el embarazo no deseado
- 6.3 Una mayor información acerca del VIH, especialmente entre las mujeres cuyas parejas tienen comportamientos sexuales de riesgo
- 6.4 La prevención de las ITS y VIH en las mujeres víctimas de violencia sexual
- 6.5 Difusión y ampliación del tamizaje de VIH en mujeres en edad fértil
- 6.6 El acceso al control y a tratamiento para las mujeres diagnosticadas con VIH
- 6.7 Prevención de la violencia sexual y la violencia basada en género
- 6.8 Educación sexual integral en las instituciones educativas
- 6.9 Acceso de las y los adolescentes a orientación, información y servicios en salud sexual y reproductiva
- 6.10 Empoderamiento de las niñas, adolescentes y mujeres como parte de la respuesta multisectorial al VIH
- 6.11 Incorporar a las mujeres como población vulnerable, y por lo tanto, como población sujeto de políticas y programas de prevención y atención del VIH

¿Qué proponen las mujeres? Prioridades (Resultado del taller)



PROMSEX



I. Introducción

A inicios de la década del 80 se diagnosticó el primer caso de SIDA en el mundo, y a partir de entonces fueron apareciendo otros en diversas partes del planeta. En el Perú, el primer caso fue diagnosticado en 1983 y hasta la fecha, el número de personas portadoras del VIH, no ha cesado de crecer.

Aun sin saberse mucho de la enfermedad se formularon una serie de explicaciones, algunas muy relacionadas a las prácticas sexuales de las personas, y muchos la asumieron como un mal propio de los homosexuales. Se tardó varios años para llegar a comprender los mecanismos de transmisión y los factores de riesgo y de vulnerabilidad; pero muchos más, para lograr que los Estados vean con atención la epidemia. Mientras tanto, la enfermedad ha continuado expandiéndose, hasta el extremo de constituirse en una grave amenaza de salud pública y en un serio problema de inseguridad.

Actualmente el VIH/SIDA ha dejado de ser considerado un problema de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), o de personas con múltiples parejas sexuales. Cada vez hay un mayor reconocimiento respecto a que afecta a diversos grupos de personas; hombres y mujeres, pero principalmente jóvenes y pobres. Asimismo, el VIH también está cada vez más presente en las parejas heterosexuales, y en particular, en las mujeres.

Es por ello que el VIH/SIDA no puede ser un tema ajeno para nadie. Es una posibilidad para todas las personas que tienen vida sexual activa, sean éstas relaciones frecuentes o no, con una o con más parejas. Cualquiera podría contraer el virus, motivo por el cual, la prevención tiene que ser una acción mucho más extensiva, de allí la importancia de que se conozca y discuta no sólo información relativa a la enfermedad, sino referida a todos los factores que facilitan su diseminación.

Algunos términos básicos para comprender la epidemia

Virus de Inmunodeficiencia Humana o VIH. Es el agente causal del SIDA. El VIH puede permanecer de manera latente en la sangre y en algunos fluidos corporales y se puede transmitir a otras personas sin que aparezca un solo síntoma que haga evidente la enfermedad. El VIH actúa en el cuerpo destruyendo las células que se encargan de la defensa inmunológica (CD4). El VIH es muy frágil, no puede sobrevivir por mucho tiempo fuera del cuerpo y es por eso que su transmisión es directa y puede ocurrir en los siguientes casos:

- a) Cuando se tiene relaciones sexuales con una persona que vive con el VIH/SIDA sin la protección de condón.
- b) Por la transfusión de sangre o sus derivados, de una persona que vive con el VIH/SIDA (se incluye el uso compartido de jeringas).
- c) Durante el embarazo, parto o lactancia, en caso que la mujer viva con VIH.
- d) Por el uso de jeringas contaminadas, que ocurre principalmente en personas usuarias de drogas

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o SIDA. Corresponde a un estadio crítico de la enfermedad causada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Se caracteriza por la destrucción del sistema inmunológico, por la cual, el cuerpo pierde la capacidad de defenderse de algunas infecciones oportunistas, así como de ciertos tipos de cáncer. Hasta el momento, el diagnóstico de este estadio se basa en la presencia del virus, la disminución del número de células CD4 y la presencia de signos que indican una mala condición de la salud.

Células Linfocitos CD4. Son las células de defensa que tiene el cuerpo humano sano. Contienen información genética esencial para la vida. Estas células identifican las amenazas y actúan inmovilizando a los agresores. El VIH ataca a estas células, se adhiere a su membrana y las vuelve inservibles para la defensa. A esta unión se le conoce como “fusión”.

Recuento de Linfocitos CD4. En el cuerpo sano, por cada milímetro cúbico de sangre se puede tener entre 500 y 1200 Células CD4. El conteo de estas células indica los efectos del VIH. A menos Células CD4, habrá menos defensa del organismo. Un conteo menor de 200 Células CD4, indica que la persona ya no tiene capacidad de defensa y está expuesta al desarrollo de cualquier enfermedad oportunista, dando origen al SIDA

Carga viral. Muestra la cantidad de VIH en una muestra de sangre o de secreción.

Antirretrovirales. Son los medicamentos que impiden que el VIH se “fusionen” con las células CD4, extendiendo así su capacidad de defensa. Los antirretrovirales han permitido que las personas que viven con VIH puedan ampliar sus años de vida saludable.

Proporción hombre/mujer que vive con VIH. Una de las medidas que da cuenta de cómo está avanzando la enfermedad en la población, es la relación del número de hombres viven con VIH, sobre el número de mujeres en la misma condición. A inicios de la epidemia, la mayor cantidad de casos estuvo entre los hombres, pero conforme pasó el tiempo, fue incrementándose en número de mujeres afectadas. A inicios de la epidemia, por cada 17 hombres con VIH, había una mujer infectada, actualmente la relación es 3 a 1, es decir, por cada tres hombres que viven con el VIH, hay una mujer en similar situación.

TARGA. Sigla de Terapia Antirretroviral de Gran Actividad. Son medicamentos que se utilizan para minimizar los efectos del SIDA, cuando éste se presente. Tienen un alto costo, pero con el apoyo del Fondo Global, actualmente muchas de las personas que viven con VIH disponen de estos insumos, lo que les ha permitido extender sus años saludables de vida.

Pruebas rápidas de despistaje de VIH. Existen distintos tipos de pruebas rápidas. Tal como su nombre lo indica, sirven para detectar ciertas reacciones que indican la presencia de una infección anterior, por lo que no son absolutamente seguras. Son útiles para un primer nivel de tamizaje, que luego deberá ser comprobado con otros exámenes más precisos





II. El VIH en el Perú y en el mundo

Según datos de ONUSIDA y de la Organización Mundial de la Salud,¹ hasta fines del 2007 se estimaba que alrededor de 33 millones de personas (cerca del total de la población peruana) vivía con VIH. De este total, 2 millones son niños y niñas y 31 millones son adultos, de los cuales, la mitad son mujeres.

El 66% de personas que viven con VIH (22 millones) vive en el África Subsahariana, que es la única región en donde el número de mujeres infectadas supera al de hombres; el 15% (5 millones) está en el Asia, y el 5% (1.7 millones), en América Latina.

a) El VIH/SIDA en el Perú

En el Perú no se cuenta con datos precisos acerca del número de personas que viven con VIH, porque la mayoría no tiene acceso a un diagnóstico temprano, por lo tanto, las cifras sólo reflejan una parte del problema. Desde el primer caso identificado hasta agosto del 2008, el Ministerio de Salud ha registrado un total de 32.014 personas que viven con VIH y 22,026 personas que se encuentran en estadio de SIDA. Sin embargo, se estima que el número de personas que viven con el VIH estaría por encima de 100,000²

Tal como se puede ver en la tabla siguiente, a partir del 2001 el número de personas diagnosticadas con VIH duplica el de personas con SIDA. Sin embargo, la relación aún es estrecha, pues el escaso margen que hay entre personas con diagnóstico de VIH y diagnóstico de SIDA indica que muchos se enteran que tienen la enfermedad cuando se encuentran en estadios avanzados, lo que significa que estarían transmitiendo el virus sin ni siquiera saberlo. Recientes informes señalan que el 80% de las transmisiones se realizan a partir de personas que no saben que son portadoras del virus.

AÑO	CASOS VIH NOTIFICADOS	CASOS SIDA NOTIFICADOS
1,983 – 1,990	498	1,110
1,991 – 2,000	10,329	10,758
2,001 – 2,007	19,646	9,569
Enero – Agosto del 2,008	1,541	589
TOTAL	32,014	22,026

Fuente: GT ETS/VIH/SIDA DGE - MINSA

¹ ONUSIDA y OMS. *Situación de la Epidemia de SIDA. Informe Especial sobre VIH/SIDA*. Ginebra, Suiza 2007.

² http://www.onu.org.pe/Publico/infocus/vihsida_peru.aspx

b) Características de la epidemia en el Perú

De acuerdo a como la enfermedad se ha ido extendiendo, los países pueden tener epidemia incipiente, concentrada o generalizada.

- a) Epidemia incipiente. Cuando hay un número reducido de personas infectadas y no se sobrepasa del 5% de personas en riesgo de infectarse. También se está dentro de esta clasificación cuando del total de personas infectadas, sólo el 1% corresponde a mujeres.
- b) Epidemia concentrada. Cuando el número de personas vulnerables y con mayor riesgo de infección es mayor del 5%, y cuando el número de mujeres gestantes infectadas, es menor del 1%.
- c) Epidemia generalizada. Cuando el número de personas consideradas en riesgo y que viven con VIH, es mayor al 5% y el total de mujeres infectadas gestantes es más del 1%

Según los datos del MINSA, la epidemia en el Perú se encuentra en la fase intermedia o concentrada. Del total, el 0.6% de la población vive con VIH, pero esto se incrementa al 10% cuando se trata de HSH y a casi 40% del total de la población travesti³

Actualmente, la mayoría de personas que viven con VIH son HSH, que tienen múltiples parejas o que son trabajadores/as sexuales sin control sanitario. Sin embargo, se observa que la epidemia está afectando cada vez más a la población joven, ya sea bisexual o heterosexual, y principalmente a mujeres de estratos socioeconómicos medios y pobres, que adquieren el virus por parte de sus parejas.

Es importante saber que el tipo de epidemia sólo describe quiénes son los grupos más afectados, pero no indica quiénes están libres de infectarse, pues tal como se puede ver en el siguiente cuadro, cualquier persona puede estar en riesgo.

- ✓ De cada 1000 mujeres heterosexuales, 2 ó 3 pueden tener VIH
- ✓ De cada 1000 hombres heterosexuales, 5 pueden tener VIH
- ✓ De cada 1000 personas que tengan alguna infección del tracto reproductivo (descensos o ITS), de 3 a 7 pueden tener VIH
- ✓ De cada 100 trabajadoras sexuales, de 1 a 3 pueden tener VIH
- ✓ De cada 10 trabajadores sexuales (en particular travestis), entre 3 y 4 pueden tener VIH

Fuente: Dirección General de Epidemiología (MoH)

³ MINSA, 2007



PROMSEX



III. El VIH/SIDA, las mujeres y los derechos humanos

Un problema es definido como un asunto de derechos humanos cuando cumple con las siguientes características:

- Afecta principalmente a un grupo de personas, causando daño, limitando su desarrollo o disminuyendo su potencial. Estos grupos por lo general están conformado por personas que no tienen las mismas oportunidades: son pobres, tienen menos información y enfrentan restricciones muy serias para tomar decisiones.
- Son problemas que se pueden evitar, prevenir, o disminuir sus efectos. Por lo general existen como alternativas medidas muy baratas, que con un poco de esfuerzo se pueden aplicar para que estén al alcance de toda la población.
- Los Estados tienen el compromiso de erradicar dicho problema; ya sea porque las leyes internas así lo ordenan a quienes están gobernando, o porque existen acuerdos que han asumido ante la comunidad internacional.

El VIH/SIDA responde claramente a cada una de las situaciones planteadas:

- No afecta a todos por igual. Las personas pobres, junto con los y las adolescentes, son las más perjudicadas: tienen menos información, cuentan con menos recursos para la prevención y su acceso a los servicios es mucho más limitado que el de otros grupos poblacionales.
- Existen medidas factibles y accesibles a todas las personas que lo necesitan, como el condón femenino y masculino, pero hay grupos que no tienen posibilidad de acceso a esos recursos, ya sea porque no los conocen, no están familiarizados con su uso, o por limitaciones o prohibiciones existentes. Ello ocurre con los y las adolescentes, población a la que, de acuerdo a las normas sociales y a la ley actualmente vigente, no se le permite tener relaciones sexuales, y por lo tanto, no podrían tener acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva⁴. Algo similar sucede con las mujeres, especialmente con aquellas que viven en matrimonio, y que por esa condición supuestamente deberían estar seguras, puesto que formalmente no se admite que algún miembro de la pareja, tenga otras relaciones. Sin embargo, la realidad demuestra lo contrario. Las y los adolescentes tienen relaciones sexuales sin información ni protección, y las mujeres cada vez más se infectan con VIH debido a las prácticas machistas de sus parejas y a su escasa autonomía para emprender medidas de autoprotección.
- La Ley reconoce el derecho a la salud, existe un Plan Nacional de Prevención del VIH, el Estado ha firmado sendos compromisos para promover la información y mejorar la salud sexual y reproductiva, y varios gobiernos regionales han elegido

⁴ Ello en virtud de la Ley 28704, que eleva la indemnidad sexual a 18 años, lo que tiene el efecto de criminalizar las relaciones sexuales consentidas de adolescentes menores de esa edad.

como prioridad el VIH. Sin embargo, estas iniciativas formales aún no se han traducido en medidas efectivas.

Como vemos, la prevención del VIH no se limita a las responsabilidades de cada persona, sino a la forma en que están distribuidos los recursos, a la existencia de normas, a las costumbres, a las relaciones sociales, así como al ambiente en que se vive. La manera en que todos estos elementos se combinan, hace que unos grupos sociales sean más susceptibles que otros a infectarse y contraer la enfermedad. A esta condición se le denomina “vulnerabilidad”.

3.1 La vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH

Desde los inicios de la epidemia, el número de mujeres infectadas por el virus ha ido en incremento. Cada vez es más común saber de mujeres que han sido infectadas por su única pareja sexual, sin sospechar que ésta vivía con VIH.

Diversas investigaciones⁵ han demostrado que el riesgo de infectarse por VIH durante una relación sexual vaginal no protegida es de 2 a 4 veces mayor para la mujer que para el varón. La explicación es que, por la forma que tiene la vagina, el semen se queda depositado en ella por un mayor tiempo, facilitando la entrada del virus en el torrente sanguíneo.

La susceptibilidad frente a la transmisión del virus es mucho mayor si la mujer es adolescente, pues a diferencia de las adultas, en ellas el cuello del útero tiende a ser inmaduro y las paredes de la vagina menos gruesas, con lo que se pierde el factor de protección.

Igualmente ocurre durante la menopausia, etapa en que la superficie que recubre la vagina tiende a adelgazarse, perdiéndose las defensas que ésta ofrece.

Sin embargo, las razones vinculadas a la anatomía de las mujeres no son las únicas que explican el incremento de la infección en esta población, ni dan cuenta de toda la vulnerabilidad que las afecta. Existe un conjunto de factores que se van sumando y concatenando no sólo con el sexo, sino también con la edad, el reconocimiento social y a la autoestima que tiene cada una de las mujeres. Los más importantes son:

3.1 La diferencia social que aún persiste entre hombres y mujeres

Si bien es cierto que las mujeres han avanzado en muchos sentidos y actualmente un sector de ellas ha alcanzado un mejor nivel de vida: tiene mayor educación y genera sus propios recursos económicos, en la práctica, la sociedad aún establece diferencias que fortalecen privilegios a los hombres e impiden a las mujeres asumir sus propias decisiones y desarrollar su autonomía.

⁵ http://www.sidaenlamujer.com/art03_vulnerabilidad-mujer-vih.htm





6 de cada 10 mujeres señalan que sus parejas ejercen algún control sobre ellas, y esto es más frecuente cuando son más jóvenes.

Los mecanismos de control más habituales son los siguientes:

- ✓ Saber a qué lugares va (50%)
- ✓ Celos porque conversan con otro hombre (43%)
- ✓ Impedir que visiten o que reciban visitas de amistades (20%)

ENDES Continua 2004-2006

Hay todavía muchos que piensan que la principal función de la mujer es el hogar y el cuidado de la familia, y desde que el nacimiento, a hombres y a mujeres se les socializa de una manera distinta. Estas diferencias se explican como “naturales” y necesarias para la organización social, cuando en realidad, se trata de una distribución inequitativa y desigual del poder, que no responde ni a los deseos ni las potencialidades que tiene cada persona.

Bajo esta lógica de desigualdad, las mujeres deben cumplir con ciertos “deberes”, ya sea como hijas, hermanas, madres y esposas, y es principalmente el cuidado de la familia su principal encargo. Por tanto, todos los esfuerzos de la socialización se dirigen a hacer hombres que se encarguen de la protección, pero también de las decisiones que comprometen a cada miembro de la familia, y mujeres con la disposición de cumplir un rol pasivo, sumiso y dependiente. Ello incluye la disponibilidad a satisfacer sexualmente a su pareja, aunque no tenga deseos, o aunque esto implique riesgo de embarazo o de transmisión de alguna enfermedad.

- ✓ Sólo una de cada dos mujeres reportaron que sólo ellas deciden asuntos sobre el cuidado de su propia salud;
 - Entre las mujeres unidas, en el 24% de casos decide la pareja y en el otro 24% deciden ambos.
 - Entre las no unidas, en el 43% decide otra persona.
- ✓ 30% de mujeres que no han recibido educación dicen que tendrían relaciones sexuales con sus parejas, aún cuando no tengan ganas o estén cansadas.
- ✓ Cerca del 30% de mujeres pobres dicen que tendrían relaciones con sus parejas, sabiendo que éstas mantienen relaciones con otras personas.
- ✓ Cerca del 15% de mujeres pobres tendrían relaciones sexuales, aun sabiendo que sus parejas tienen una ITS.

ENDES Continua 2004-2006

3.2 La pobreza y la exclusión social

La pobreza trae consigo un conjunto de desventajas, que añade, en el caso de las mujeres, una mayor exclusión social y por lo tanto, más dificultades para tomar decisiones, así como mayores limitaciones para controlar su propia vida, lo que genera un círculo vicioso del que es muy difícil de salir.

- ✓ El promedio de educación de los pobres es 8 años, mientras que el de los no pobres es de 11 años.
- ✓ Las mujeres pobres tienen más hijos de los que en realidad desean tener.
- ✓ 11% de mujeres identifica por lo menos un síntoma de ITS, pero entre las pobres, sólo lo hace el 6%.

ENDES Continua 2004-2006

La pobreza no sólo limita el acceso al dinero, sino también la disponibilidad de recursos. En la mayoría de países, las poblaciones pobres suelen ser las más numerosas, y a vez, las que pagan un precio mayor por los pocos servicios que reciben, lo que las obliga a postergar necesidades básicas como el cuidado de su propia salud, particularmente la salud sexual y reproductiva, que incluye la prevención de las ITS y del VIH.

- ✓ El 53% de las mujeres del quintil superior (más ricas), usan algún método anticonceptivo moderno, a diferencia, del 32% de mujeres del quintil inferior (más pobres).
- ✓ Las necesidades insatisfechas de planificación familiar en mujeres pobres, duplican las necesidades insatisfechas de las no pobres.
- ✓ Casi el 70% de mujeres pobres dio a luz en su casa, a diferencia de las mujeres no pobres. Entre esta población, el parto en el domicilio sólo ocurrió en menos del 2%.
- ✓ Cerca del 40% de mujeres del quintil inferior no conoce del VIH/SIDA y cerca del 35% no sabe como prevenirlo.

ENDES Continua 2004-2006



PROMSEX



3.3 Inicio sexual temprano, involuntario, desinformado y desprotegido

Hay muy poca la información disponible respecto del inicio sexual en personas menores de 15 años, sin embargo, se sabe que un significativo número adolescentes empieza su vida sexual sin la debida información, y, en el caso de las mujeres, muchas veces sin desearlo o decidirlo de manera libre o autónoma. Muchas veces es difícil para una adolescente manejar estas situaciones, sobre todo, cuando han crecido bajo modelos jerárquicos.

- a) El inicio temprano, la falta de información y el poco acceso a recursos como el condón, hace que la mayor parte de adolescentes empiecen su vida sexual con algunos comportamientos de riesgo. Una persona que no usa condón desde su inicio sexual, difícilmente lo hará después, y se requiere de un mayor esfuerzo para que asuma este cuidado.

En un estudio que se hizo entre adolescentes de Lima, se encontró lo siguiente:

- ✓ En el 30% de casos, el inicio sexual no fue planeado.
- ✓ El 61% de hombres y el 66% de las mujeres no usaron condón en su primera relación sexual.
- ✓ El 93% de mujeres tuvo su primera relación sexual con sus enamorados, pero el 48% de hombres, la tuvo con una amiga, o con alguien que conocieron casualmente.

- b) La violencia sexual es uno de los problemas que más afecta a las niñas y adolescentes, e impacta severamente en su vida y salud. Incluye relaciones sexuales bajo coacción, situación que se da incluso en la relación de pareja; acoso sexual, como el que ocurre entre un profesor y su alumna, o la violación por parte de extraños o de conocidos. La violación sexual es una de las expresiones más extremas de la violencia en contra de la mujer, y supone el ejercicio de acciones de dominación, control, humillación y castigo por parte del agresor. La violencia sexual tiene graves efectos en la salud física y mental, especialmente en la autoestima, pero también en la salud sexual y reproductiva, ya que actos de este tipo exponen a un embarazo no deseado y a la transmisión de las ITS, en particular, el VIH.

- ✓ En el 2006, el Ministerio del Interior registró 6,564 casos de violación sexual. En el 90% de los casos las víctimas fueron mujeres.
- ✓ El 42% de las víctimas tenía entre 14 y 17 años. Datos de la región, señalan que 36% de adolescentes habría sufrido una iniciación sexual forzada (OPS-2002).
- ✓ El 10% de mujeres señala haber sido obligada a tener relaciones sexuales con sus parejas (ENDES Continúa 2004-2006).
- ✓ El 90% de niñas peruanas entre 12 y 16 años que dieron a luz, fueron embarazadas por violación, frecuentemente por incesto (UNFPA, SWP 1997).

- c) Relaciones sexuales desprotegidas. Aunque en los últimos años el uso de condón se ha incrementado, es aún insuficiente, especialmente cuando se trata de relaciones estables. Diversos estudios han demostrado que las parejas suelen usar condón hasta que se conozcan, pero una vez que ganan confianza, su uso, rápidamente se abandona.

Dos aspectos limitan el uso del condón: las mujeres están más preocupadas en evitar un embarazo que el VIH, puesto que, por lo general, no asumen que su pareja pueda sostener relaciones sexuales con otras personas, y, por otro lado, se sienten muy limitadas para exigirle que use condón, aunque sepan la importancia de su uso.

- ✓ Sólo el 33% de las mujeres que tienen vida sexual activa, usan condón, pero sólo el 8% de mujeres unidas utiliza este método.
- ✓ El 70% de hombres que han tenido sexo con otros hombres, y el 20% que lo han tenido con trabajadoras sexuales no han usado el condón de forma consistente.
- ✓ El 11% de hombres y mujeres que han tenido relaciones casuales, tampoco han usado condón.

Para muchos, el inicio sexual en la adolescencia es una preocupación y se cree que prohibiendo, negando servicios e información, o castigando, evitarán que esta situación se produzca. Así se pensó en el Congreso, cuando se aprobó la modificación del Artículo 173 de la Ley contra la Violencia Sexual, que convirtió en delito de violación las relaciones sexuales en personas menores de 18 años.

Esta ley no ha cambiado las cosas: los y las adolescentes no han dejado de tener relaciones sexuales, y el embarazo en esta población no ha disminuido. Tampoco se han reducido las ITS o el VIH. Muy por el contrario, esta ley impide que los y las adolescentes reciban información y consejería, y los servicios de salud tienen más dificultades para orientarlos y proveerlos de métodos anticonceptivos y de condones

3.4 Escaso acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. Infecciones vaginales no tratadas

Las mujeres son las principales usuarias de los servicios de salud, sin embargo, la razón más importante por la que acuden a los mismos está asociada al embarazo o a la planificación familiar. Aunque la demanda de atención de las infecciones vaginales registrada en el último periodo está por encima de 370 mil consultas, no se le considera como un problema importante de salud. Esto hace que las mujeres no cuenten con profesionales que hagan buenos diagnósticos y por lo general, no involucran a la pareja en los tratamientos, los cuales muchas veces no son accesibles porque los establecimientos de salud no disponen de ellos, o porque son muy caros.





Esto hace que las infecciones vaginales se hagan crónicas y paulatinamente vayan deteriorando la salud de las mujeres y afectando su autoestima. Muchas veces se asocia este tipo de problemas con falta de higiene o con actitudes de descuido de las mujeres.

Las infecciones vaginales son uno de los principales síntomas de las Infecciones del Tracto Reproductivo (ITR), que pueden aparecer después de tomar algunos medicamentos, por el uso de lavados vaginales, por el cambio en el ciclo menstrual, pero también por el prolapso, el uso de instrumental contaminado durante una consulta ginecológica, o por un aborto inseguro. También pueden adquirirse cuando se tiene relaciones sexuales sin condón con una persona que tiene una Infección de Transmisión Sexual (ITS), que antiguamente se conocía con el nombre de enfermedades venéreas.

Las ITR pueden producir abortos, partos prematuros e infertilidad, entre otros problemas, pero también incrementan hasta 10 veces más la posibilidad de transmisión del VIH. De de allí la importancia de que sean tomadas en cuenta como un problema importante de salud de las mujeres.

- ✓ El 70% de mujeres reporta algún síntoma o signo de alguna ITR. Casi el 40% presenta dos o más tipos de infecciones.
- ✓ La clamidia es la ITS más extendida en el Perú, afecta al 4% de hombres y al 7% de mujeres. Por lo general, no presenta síntomas.
- ✓ La sífilis es la segunda ITS más extendida, afecta al 1% de la población, pero en el caso de poblaciones vulnerables (población trans), llega al 50%.
- ✓ Las tricomonas son más frecuentes entre las mujeres, afectan al 5% de las mujeres en general.

IV. Mecanismos de prevención

¿Qué barreras impiden la reducción del VIH?

Hasta el momento, el método que ha demostrado mayor efectividad es el uso sistemático y consistente del condón, pero también hay otras recomendaciones que pueden contribuir a la reducción del VIH, por ejemplo:

- La circuncisión masculina
- La reducción del número de parejas, y – mejor aún – la fidelidad mutua
- La postergación del inicio sexual o la abstinencia.
- La prevención y tratamiento oportuno de las ITR y en especial de las ITS.

Conceptos errados que exponen al riesgo:

- ✓ 3 de cada 10 piensan que la “buena higiene” es una forma de prevención efectiva.
- ✓ Todavía hay muchos adolescentes que creen que las ITS se contagian con los besos y abrazos.

El uso del condón, como la adopción de otras recomendaciones, implica tomar conciencia de que el VIH no es un problema particular de un grupo de personas, y que su abordaje requiere de un cambio sustantivo en las interacciones entre los géneros, que permita a hombres y a mujeres tener relaciones equitativas y que, sobre todo, las mujeres, puedan tomar el control de sus propias vidas, especialmente en la dimensión sexual y reproductiva. En la mayor parte de los mecanismos propuestos se incluye el desarrollo de la autonomía, para que las mujeres tomen sus propias decisiones, así como el acceso garantizado de los recursos.

Problemas como la falta de control sobre el propio cuerpo, la desvalorización social que aún se mantiene hacia las mujeres, y el desconocimiento de sus derechos, constituyen amenazas para el avance del VIH. Mientras no se avance en la resolución de estos problemas, difícilmente se logrará vencer a la epidemia.

4.1 El uso correcto y sistemático del condón y la incorporación del condón femenino

Hasta el momento los condones son la opción más efectiva para quienes tienen actividad sexual. Sirven para prevenir tanto el VIH, como la mayor parte de las ITS, pero su efectividad está asegurada si su uso es sistemático (es decir, en todas las relaciones sexuales) y consistente (durante todo acto sexual que implique contacto directo de los órganos sexuales). Los condones también son muy efectivos para prevenir el embarazo no deseado, que es otra



PROMSEX



de las preocupaciones de las mujeres y de sus parejas. Existen condones diseñados para ser usados por los varones, y también los hay adaptados a los órganos sexuales de las mujeres.

El condón masculino es el más conocido, es una funda de látex que se usa para recubrir el pene. El condón femenino está conformado por una funda de poliuretano, que es un plástico muy delgado y flexible que se introduce en la vagina, y es sostenido por dos anillos de plástico. La función de los condones, tanto femeninos como masculinos, es la contención de los fluidos de los órganos sexuales para evitar que éstos se pongan en contacto.

El condón femenino se viene empleando en más de 70 países en el mundo y su uso se ha convertido en una forma efectiva de prevención de las ITS y del VIH. Una de sus ventajas es que se puede colocar varias horas antes de la relación sexual. Al igual que el condón masculino, su uso es para cada relación sexual, y además, tiene la ventaja de ser muy lubricado, lo que facilita la penetración.

Barreras que interfieren con el uso de los condones

- ✓ En cuanto a los condones femeninos, éstos aún no están disponibles, por lo tanto, la primera barrera que habrá que vencer es lograr que lleguen a los establecimientos de salud y que estén incorporados como un método gratuito y de fácil acceso para todas las mujeres que lo quieran usar.
- ✓ Muchos hombres y mujeres piensan que el condón sólo debe ser empleado en relaciones sexuales casuales o con trabajadoras sexuales. Este concepto limita el uso de este método en las parejas estables, con lo que se disminuye significativamente las oportunidades de prevención, particularmente para las mujeres.
- ✓ Se piensa que el condón reduce el placer sexual. La falta de costumbre de usarlo hace que se convierta en un aditivo extraño, poco familiar. Asimismo, hay quienes piensan que las relaciones sexuales sin condón, son más “naturales,” y por lo tanto, más satisfactorias. Se ha demostrado que las personas que han incluido el condón de manera sistemática y consistente, experimentan relaciones sexuales muy placenteras.
- ✓ La falta de disponibilidad en el momento oportuno, particularmente para los y las adolescentes. Llevado por prejuicios, muchas veces el personal de los servicios de salud restringe el acceso de este método. Del mismo modo, la escasez de servicios especializados para adolescentes y hombres, limita también su disponibilidad. Si bien las farmacias son una fuente de abastecimiento, el costo suele ser elevado en estos establecimientos, lo que aleja la posibilidad de que lo adquieran los y las adolescentes.
- ✓ El uso inadecuado. Aunque su uso es sencillo, uno de los problemas más comunes, es la falta de destreza en la colocación del preservativo. Los cuidados incluyen la correcta conservación del condón en su empaque, sin exponerlo al calor del cuerpo; la colocación correcta en el pene o la vagina, así como el retiro del mismo. Una falta de destreza en cualquiera de estas etapas, puede hacer menos efectivo al condón. El aprendizaje del uso adecuado de los preservativos debe ser parte del currículo de estudios, así como de las actividades educativas a la comunidad.

4.2 Tratamiento oportuno de las ITR

Está demostrado plenamente el rol que tienen las ITR en la extensión de la epidemia y en el incremento de las posibilidades de infección. Todas las mujeres en alguna etapa de sus vidas se han visto afectadas por una ITR, sin embargo, el problema no es su existencia, sino la ausencia de un tratamiento oportuno, que en muchos de los casos también debería ser extensivo a sus parejas.

Barreras que dificultan el tratamiento oportuno de las ITR

- ✓ El desconocimiento de que estas afecciones constituyen problemas serios de salud pública, que tienen graves repercusiones en la vida de las mujeres y en particular, en lo que se refiere a la salud sexual y reproductiva.
- ✓ El estigma que aún hay respecto a estos problemas, lo que lleva muchas veces a mantenerlos ocultos.
- ✓ La falta de información sobre cuidados básicos. Muchas mujeres desconocen su propio cuerpo y las funciones de sus órganos sexuales, por tanto, no están en capacidad de advertir los cambios de la secreción vaginal y tomar oportunamente las medidas del caso.
- ✓ La falsa idea de asociar las ITR con faltas de higiene.
- ✓ Las dificultades de acceso a un tratamiento efectivo, que incluya el diagnóstico, la medicación necesaria y el uso del condón para evitar la reinfección.
- ✓ La escasa educación sexual dirigida a los hombres, para que comprendan los distintos signos y síntomas de las ITR.
- ✓ La oferta de una serie de productos farmacológicos como desodorantes, que no tienen ningún valor terapéutico y confunden a las mujeres, que al consumirlos, tienen la falsa idea de que están protegiendo su salud.
- ✓ La concepción de los órganos sexuales, especialmente de la vagina, como un órgano sucio, que excreta sustancias nocivas y que requiere limpiezas especiales, como duchas vaginales y otros procedimientos.

4.3 La reducción del número de parejas, la fidelidad mutua y la postergación del inicio sexual

La reducción del número de parejas sexuales disminuye las posibilidades de infección, puesto que siempre una relación sexual con una persona distinta conlleva el riesgo de contraer una ITS o VIH. Pero, para que esta medida sea realmente efectiva, se requiere que ambos miembros de la pareja observen esta misma conducta y de manera consistente. Para el caso de las personas jóvenes que aún no han iniciado su experiencia sexual, se recomienda la postergación del inicio sexual.

Sin embargo, no se puede ignorar que todas estas indicaciones algunas veces resultan de difícil práctica, pues su cumplimiento depende de la voluntad de cada una de las personas, de las decisiones que éstas tomen, y en muchos de los casos, de sus posibilidades de no estar expuestas a la violencia sexual.





La postergación del inicio sexual, tiene varias ventajas importantes;

- a) Las personas tienen posibilidades de iniciar su vida sexual con una mayor información
- b) Los hombres que inician su vida sexual en una etapa más adulta suelen hacer un mayor uso del condón, a diferencia de los adolescentes. En el caso de las mujeres, una mayor edad en el inicio sexual parece no influir en el uso del condón, pero sí tiene la ventaja de haber logrado una mayor madurez en los órganos sexuales, que le permitirá una mejor protección contra ciertas infecciones.
- c) Las mujeres adultas, a diferencia de las adolescentes y las jóvenes, tienen mejor acceso a servicios seguros, en especial cuando ocurren embarazos no deseados, o cuando son contagiadas de una ITS. Tienen mayores posibilidades de ser mejor atendidas y de exigir sus derechos.

Barreras que dificultan la fidelidad mutua, la reducción del número de parejas y la postergación del inicio sexual

- ✓ Las principales limitaciones están relacionadas con la forma diferenciada en que han sido socializados los hombres y las mujeres; especialmente cuando los hombres, debido a sus patrones de sexualidad, están siempre dispuestos a probar su masculinidad mediante el sexo, y las mujeres son inducidas a tener un rol pasivo y por lo tanto, dependiente de las decisiones de su pareja.
- ✓ La alta tolerancia hacia la violencia sexual. Subsiste aún la idea de que los hombres no pueden controlar sus impulsos sexuales, y en muchos casos se responsabiliza a la mujer de este comportamiento adverso. La falta de entendimiento de que se trata de un abuso de poder, contribuye a que estos delitos se vean de una manera más permisiva.
- ✓ Los mensajes de los medios de comunicación que promueven una sexualidad abierta, pero carente de protección.
- ✓ La desinformación y la manipulación ideológica de algunos sectores, especialmente vinculados a la Iglesia Católica, que desvalorizan al condón sin ninguna base en evidencias científicas, sin tener en cuenta las prácticas sexuales de riesgo de gran parte de la población.
- ✓ La no aceptación de las prácticas sexuales de los y las adolescentes por parte de las personas adultas y de las instituciones oculta las necesidades de información y de soporte adecuado que tiene esta población para desarrollar su sexualidad en un marco de seguridad y protección.

4.4 La circuncisión masculina.

Es una intervención quirúrgica que consiste en retirar el prepucio (la piel que recubre el glande) del pene del hombre, pues en esta membrana se encuentra una gran cantidad de células que captan el virus del VIH. Al retirarla, la probabilidad de infección disminuye hasta un 60%. La circuncisión es un método de prevención útil principalmente para el hombre, no se ha comprobado su efectividad en las mujeres⁶.

Las barreras que dificultan la circuncisión son las siguientes:

- ✓ Es una intervención quirúrgica que requiere cierto cuidado. Deberá ser realizada por un especialista.
- ✓ Es una intervención poco conocida y no se suele ofrecer en los servicios públicos de salud.
- ✓ Su protección es parcial, por lo tanto, deberá mantenerse igualmente todas las recomendaciones.



PROMSEX

⁶<http://www.maqweb.org/techbriefs/spanish/stb44malecirc.shtml>



V. Acciones que ejecuta el Estado para disminuir la prevalencia de ITS y VIH y atender a las mujeres afectadas

Durante los últimos años, el Estado ha comenzado a mirar con atención el problema del VIH y a tomar una serie de medidas al respecto. Aunque aún falta mucho por hacer, se necesita que lo avanzado hasta el momento se extienda a nivel nacional para conseguir que más personas estén informadas y asuman acciones efectivas de prevención.

Un factor importante en este logro fue la contribución activa de las propias personas que viven con el VIH y de los sectores vulnerables, como la población de *gays*, lesbianas, *trans* y bisexuales (GLTB), que ha asumido un fuerte compromiso para evitar que el virus se extienda a otras personas.

✓ Tratamiento para las personas que viven con VIH

Producto de las mencionadas acciones, más de 7000 personas han recibido Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad, más conocido como TARGA. Esta medicación no sólo ha permitido extender el tiempo de vida de las personas que viven con el VIH, sino también preservar su calidad de vida. Antes que ello ocurriera, la mayoría de personas moría entre los dos y cinco años de diagnosticada la enfermedad. Hoy se observa a personas que viven con VIH y que fácilmente sobrepasan los 10 años viviendo con normalidad y siendo productivos para su familia y la comunidad.

✓ Prevención de la transmisión a través de las personas vulnerables

Dado que se ha identificado que existe una mayor concentración de VIH entre los hombres que tienen sexo con hombres, llámense *gays* o *trans* (travestis o transexuales), y entre trabajadoras sexuales, muchas de estas personas han sido activamente involucradas en las acciones de prevención y participan como promotores que difunden el uso del preservativo.

Gracias al apoyo de los y las promotores pares, el uso del condón entre hombres que tienen sexo con hombres ha aumentado, lo que ha permitido que por lo menos en los últimos 10 años, la epidemia no crezca tanto, como sí hubiese ocurrido de no haberse actuado.

✓ Prevención de la transmisión vertical

Otra de las acciones desarrolladas en los últimos cinco años es la prevención de la transmisión del VIH de la madre al hijo o hija, denominada transmisión vertical. La prevención se realiza mediante la detección del virus en la gestante y el acceso oportuno al tratamiento de profilaxis, con el fin de evitar la infección del recién nacido. La detección suele hacerse mediante la prueba rápida, la misma que tiene que aplicarse durante el control prenatal o durante el parto. Esta prueba es gratuita y debería estar disponible en todos los establecimientos de

salud. Todas las mujeres gestantes deberían conocer si son portadoras o no de VIH.

✓ **Provisión de condones para evitar la transmisión de las ITS y VIH**

El Ministerio de Salud ha puesto mucha atención en la distribución de condones para las personas que están consideradas en mayor peligro de adquirir o transmitir una ITS o el VIH. Estos preservativos, que se reparten a través de los servicios salud o de los promotores de pares, están especialmente dirigidos a los hombres que tienen sexo con hombres, a los y las trabajadoras sexuales y a las personas a las que se ha detectado alguna ITS. Se suele entregar 50 condones mensuales a cada hombre que tiene sexo con hombres (*gays* o *trans*) y 30 a cada trabajadora sexual.

✓ **Servicios especializados para atender las enfermedades de transmisión sexual**

También son llamados CERETS. Son establecimientos especializados para detectar y atender a las personas que tienen alguna ETS o que porten el VIH. También se encargan de hacer la vigilancia y el control de los hombres que tienen sexo con hombres, de las trabajadoras sexuales y de las personas que viven con VIH/SIDA.

✓ **Tamizaje de VIH en mujeres en edad fértil**

Desde el 2008, con el apoyo del Fondo Global, se está desarrollando el *tamizaje del VIH en mujeres en edad fértil* (de 15 a 45 años, con vida sexual activa). Este procedimiento se hace a través de *pruebas rápidas* y se ofrece en los servicios de planificación familiar que tienen mayor demanda. Se ha programado tamizar a un total de 845,000 mujeres, de las cuales se ha alcanzado a 210,000. Entre estas últimas se ha encontrado por lo menos a 200 con pruebas reactivas, las cuales no aseguran que tengan VIH, pero sí indican la necesidad de otros estudios. El tamizaje ha tenido muy buena aceptación por parte de las mujeres, y su realización no sólo les permitirá estar bien informadas, sino también incorporarse en los programas de atención del VIH de manera temprana y oportuna.

✓ **Actividades educativas para la prevención de las ITS y el VIH**

Tanto el Ministerio de Salud como diversas instituciones, incluyendo gobiernos municipales y organizaciones sociales, desarrollan programas de información y actividades educativas en sexualidad que incluyen la promoción del uso del condón. Estas acciones, aunque todavía no son muy extensivas, constituyen un esfuerzo importante que están desplegando tanto el personal de salud, como promotores de pares (promotores adolescentes) y los medios de comunicación. Muchas de estas actividades se hacen en las zonas donde acuden los y las adolescentes: Escuelas, lugares de reunión, ferias, o en los llamados *servicios de salud diferenciados*, que son atendidos por personal especializado y en horarios adecuados. Lamentablemente, a pesar de que el Ministerio de Salud tiene el compromiso de abrir este tipo de establecimientos en todos los distritos, son muy pocos aún los que vienen funcionando a nivel nacional.





VI. ¿Qué falta por hacer para atender/ disminuir la vulnerabilidad de las mujeres para el VIH y SIDA?

Uno de los vacíos es todavía el escaso acceso de las mujeres, tanto adolescentes como adultas, a los distintos servicios que el Estado ha ido desarrollando como respuesta a la epidemia. Ello a pesar que el VIH demuestra que afecta cada vez más a las mujeres, a los jóvenes y a las personas en pobreza, quienes tienen al virus como una amenaza cercana, sin siquiera sospechar que están en riesgo.

Diversos estudios señalan que la mayoría de mujeres que actualmente viven con VIH fueron infectadas por sus parejas, por lo tanto, las acciones tienen que estar dirigidas a que las mujeres manejen más información y tengan mayor poder, especialmente en lo que se refiere sus decisiones sexuales y reproductivas. Además, es necesario que accedan a servicios de salud de calidad, que atiendan de manera integral sus necesidades.

En tal sentido, para evitar que más mujeres se sigan infectando se requiere adoptar las siguientes medidas:

6. 1. Atender el problema de las infecciones vaginales, cervicitis e infecciones del tracto reproductivo en general.

Uno de los problemas más frecuentes que sufren las mujeres son las infecciones vaginales, sin embargo, la mayoría no tiene acceso ni al diagnóstico ni al tratamiento. Esto hace que, por lo general, sufran este problema de manera crónica y afecten su vida sexual y calidad de vida, además de enfrentar serios problemas durante la gestación, tales como ruptura prematura de membranas, parto prematuro, entre otros.

El tratamiento oportuno se puede hacer si hay un diagnóstico temprano, que se puede hacer en el establecimiento de salud, para lo que se debe contar con personal capacitado, tener un mínimo de equipamiento y sobre todo, disponer de los medicamentos necesarios para tratar el problema. Se ha demostrado que el tratamiento de los descensos o infecciones vaginales es uno de los mecanismos más efectivos para la prevención del VIH.

6.2 Promover la doble protección contra el VIH y el embarazo no deseado

Es importante que las mujeres dispongan de información e insumos para hacer efectiva esta doble protección. Esto se puede lograr a través del:

- a) Uso del condón masculino

- b) Uso de condón masculino y otro método. Hay muchas mujeres que sienten más seguridad al emplear el condón además del método que habitualmente usan, por ejemplo: píldoras, inyectables, T de cobre, AQV, o los llamados métodos naturales.
- c) Uso del condón femenino. La mujer puede usar sólo el condón femenino, o el condón femenino con otro método de su preferencia, si eso la hace sentir más segura.

6.3 Una mayor información acerca del VIH, especialmente entre las mujeres cuyas parejas tienen comportamientos sexuales de riesgo

Todavía hay mucha desinformación acerca de las ITS o del VIH. Las mujeres creen que por tener una sola pareja están protegidas, pero muchas olvidan que sus compañeros tienen relaciones sexuales con otras personas, incluyendo otros hombres, aunque nunca suelen hablar de ello, pues muchos consideran que éstas no son relaciones estables, sino casuales y por lo tanto, piensan que no tienen ninguna trascendencia en su vida.

Una particular situación de riesgo enfrentan las mujeres cuyas parejas salen a trabajar a lugares lejanos, como sucede con los hombres que trabajan en transporte, en minería, en el comercio, en la agricultura estacional o en la construcción. La naturaleza de sus labores los obliga a ausentarse de sus hogares por algún tiempo, en el que suelen tener relaciones sexuales con distintas parejas, y muchas veces lo hacen en estado de ebriedad, lo que disminuye significativamente el uso del condón. Se ha demostrado que este tipo de hombres son los que están en mayor riesgo de transmitir el virus a sus parejas.

6.4 La prevención de las ITS y VIH en las mujeres víctimas de violencia sexual

En el Perú, cada día se denuncian alrededor de 20 casos de violencia sexual. La mayoría de las víctimas de este tipo de abuso son las mujeres, quienes viven el ataque en silencio, porque les produce vergüenza, e inclusive llegan a sentir que ellas provocaron estos hechos. Si bien es cierto, en los establecimientos del Ministerio de Salud hay medidas precisas para evitar que estas violaciones terminen en un embarazo no deseado y/o con la transmisión de una ITS o del VIH, muy pocos establecimientos ofrecen los insumos necesarios, poniendo en un grave riesgo a las víctimas de violación.

Toda mujer que haya sido víctima de una agresión sexual, debe recibir dentro de las 72 horas de haberse producido el ataque: Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE), antibióticos (para la prevención de las ETS) y los antirretrovirales (medicamentos para prevenir el VIH).





6.5 Difusión y ampliación del tamizaje de VIH en mujeres en edad fértil

Es importante que la labor del tamizaje continúe y que incluya consejería y acompañamiento. Es necesario mejorar el sistema de información de las mujeres tamizadas, particularmente de aquellas que presentan resultados reactivos. También debe aprovecharse el tamizaje para fortalecer la información sobre la prevención, e identificar las barreras que podrían limitarla.

Del mismo modo, se requiere capacitar al personal encargado de esta actividad para asegurar la confidencialidad y la voluntariedad de la prueba.

Para el caso de las mujeres gestantes, la ley señala la obligatoriedad de la prueba, pero también la obligación del personal de salud de hacer una adecuada consejería, con el pleno respeto al derecho a la información que asiste a la usuaria, así como a su dignidad. Las mujeres gestantes deberían recibir una real información acerca del impacto que tiene el embarazo en su salud, además de tener la opción de solicitar un aborto terapéutico, si tanto el médico tratante como ella misma, consideran que el VIH coloca su salud en grave riesgo, o le causa un daño permanente.

6.6 El acceso al control y a tratamiento para las mujeres diagnosticadas con VIH

Las mujeres diagnosticadas con VIH deben ser informadas de manera muy clara y precisa acerca de las implicancias que tiene la infección, pero sobre todo, de sus posibilidades de mantener su calidad de vida a través del acceso al tratamiento. Asimismo, deberán conocer que, si ya viven VIH, podrían sufrir reinfecciones que agravarían el estado en que se encuentran. Por eso, es altamente recomendable que una persona que vive con el VIH use condón en todas sus relaciones sexuales, no sólo como un mecanismo para impedir la diseminación, sino para proteger su propia salud.

Se incluye dentro de las recomendaciones el control de las células CD4+T, las mismas que van a indicar la necesidad de los antirretrovirales.

6.7 Prevención de la violencia sexual y la violencia basada en género

Se debe considerar que en muchos de los casos, la violación sexual, es prácticamente el final de la cadena de violencia, y muchas veces se da de manera previa al asesinato, por lo tanto, la intervención tiene que ser preventiva y deberá estar orientada a erradicar todo acto de violencia que tenga como referencia a las mujeres o las personas en general, en base a su identidad. Esto incluye la violencia contra los niños y niñas, así como la ejercida en contra de los *gays*, *trans*, lesbianas y otros en general.

Para lograrlo, se requiere evitar cualquier tipo de exclusión, lograr que las instituciones se sensibilicen frente a la violencia y la discriminación, y que protejan y den garantías a los y las afectadas. El Perú tiene tres instrumentos muy valiosos que todas las instancias de gobierno,

están en la obligación de cumplir; el Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades (PIO), el Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Hacia la Mujer (PNLCVHM) y el Plan Estratégico Multisectorial para la Erradicación del SIDA (PEM). Estos tres instrumentos promueven la participación de la sociedad civil organizada, especialmente de las organizaciones de mujeres, por lo que es necesario conocerlos y aplicarlos. Una institución muy importante encargada del cumplimiento de estos mandatos es la Defensoría del Pueblo.

6.8 Educación sexual integral en las instituciones educativas

La educación sexual integral es un factor clave en la formación de las personas, no sólo para fortalecerlas en un mayor conocimiento sobre su cuerpo y su sexualidad, sino también para contribuir a relaciones más equitativas entre hombres y mujeres y erradicar la violencia basada en género. El Ministerio de Salud ha aprobado los *Lineamientos educativos y orientaciones pedagógicas para la educación sexual integral*, que sin embargo aún no son aplicados porque no se han desarrollado las actividades de capacitación ni se han tomado las medidas para que el Plan sea incluido en las actividades escolares.

6.9 Acceso de las y los adolescentes a orientación, información y servicios en salud sexual y reproductiva

Las y las adolescentes constituyen uno de los grupos menos atendidos de la población. Desde hace más de 20 años, poco se ha logrado en temas claves como la reducción de embarazos tempranos, la mayoría no deseados, el abandono escolar por causa de embarazo y la muerte materna. Muchos de los compromisos que ha firmado el país tienen que ver con que los y las adolescentes tengan acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y para ello se requiere:

- Modificar el artículo 173 del Código Penal, que criminaliza las relaciones sexuales de los y las adolescentes, bajo el argumento de protegerlos de la violencia sexual. El único resultado que ha tenido esta medida es que las adolescentes sean retenidas en los establecimientos cuando acuden por servicios de salud sexual y reproductiva, por lo que muchas optan por no atenderse, poniendo en grave riesgo su salud y vulnerando sus derechos.
- Que el Ministerio de Salud, cumpla con la instalación y/o adecuación de los servicios diferenciados de los y las adolescentes. Existen muy pocos servicios adecuados para este grupo de la población, que deberían estar a cargo de proveedores capacitados, y tener un ambiente amigable en donde los y las adolescentes se sientan cómodos, reciban información, orientación y la atención médica que requieran.

6.10 Empoderamiento de las niñas, adolescentes y mujeres como parte de la respuesta multisectorial al VIH

Está plenamente comprobado que la lucha contra el VIH tiene que incluir la participación activa de las personas afectadas. En ese sentido, es muy importante que en las acciones de prevención se involucre en el proceso de planificación, ejecución y evaluación a las





organizaciones de adolescentes y de mujeres. Para ello se necesita abrir espacios de diálogo, pero sobre todo, que los distintos servicios, sean de salud, de atención a la violencia, o de educación, reconozcan que las personas a quienes están dirigidos tienen mucho que decir en cuanto a sus necesidades y a sus expectativas en relación con la calidad de las prestaciones.

Otro tema muy importante es que en los distintos tipos de servicios no se pierda la perspectiva de que las y los usuarios son personas y no “casos”, o simplemente “pacientes”. Este tipo de enfoque no sólo deshumaniza a los servicios, sino también, oculta las necesidades de sus usuarios y usuarias, cuyo conocimiento cabal resulta sumamente importante para el desarrollo de cualquier acción de prevención que se pueda generar

6.11 Incorporar a las mujeres como población vulnerable, y por lo tanto, como población sujeto de políticas y programas de prevención y atención del VIH

Formalmente, cada vez hay un mayor entendimiento de que las mujeres son también población vulnerable, sin embargo, no se identifican con claridad las barreras que impiden el abordaje de dichas vulnerabilidades. Ello se debe a la escasa comprensión que hay todavía respecto de las inequidades de género y a la idea de que la sola información es suficiente para la toma de decisiones, al considerarse a las mujeres como un sector uniforme, ignorando la enorme diversidad que hay en cada grupo social. También influye el hecho de que la violencia contra la mujer sea un comportamiento aceptado por todos, incluso por las propias mujeres, lo que induce a creer que no hay nada que hacer para cambiarla.

Concepciones discriminatorias, como pensar que las mujeres, especialmente las pobres o de habla nativa (quechua, aymara, shipibo-conibo, entre otras) no pueden captar suficiente información, también es una barrera que dificulta la toma de decisiones de las mujeres. La idea de que el rol materno es el más importante es, asimismo, una forma de discriminación, pues de esa manera no se toma en cuenta el conjunto de necesidades que también tienen las mujeres.

¿Qué proponen las mujeres?

Prioridades (Resultado del taller)

Las organizaciones de mujeres frente a la epidemia del VIH

Han pasado más de 25 años, desde el primer caso de VIH diagnosticado en el Perú. Desde allí, la epidemia no ha dejado de avanzar, afectando, cada vez a más, a personas y especialmente jóvenes en pleno proceso de desarrollo y con grandes posibilidades de aportar a sus familias, comunidades y al país en general.

Aunque no tenemos cifras precisas de cuántas personas han sido afectadas por el virus, sabemos que la diferencia, entre hombres y mujeres infectadas, es cada vez menor, pues actualmente, por cada mujer que vive con VIH, hay dos hombres que viven con la misma enfermedad. Hace 15 años, esta diferencia era muchísimo mayor, lo que indica que la epidemia está avanzando más rápidamente en las mujeres y todas las evidencias señalan que, dentro de pocos años, la brecha tenderá a disminuir. Pronto tendremos el mismo número de hombres y mujeres que viven con VIH.

Lamentablemente, hasta ahora, nuestras autoridades y quienes vienen trabajando en este tema, se han negado a reconocer esta realidad y han dado poca atención a la población femenina en general, con excepción de las mujeres gestantes o de algunos grupos considerados en riesgo.

Las mujeres no negamos que las poblaciones más afectadas siguen siendo los hombres que tienen sexo con hombres, las trabajadoras sexuales, por la exclusión y violencia que existe en torno a su actividad y las personas Trans (travestis, transgéneros y transexuales), que al vivir en género femenino enfrentan muchas de las vulnerabilidades que viven las mujeres, tampoco podemos desconocer que por lo menos el 86% de los hombres, tienen relaciones sexuales con estas personas, también lo tienen con sus parejas femeninas y en la mayoría de los casos, estas relaciones sexuales se producen sin protección.

Las mujeres de las organizaciones de base, incluyendo las mujeres que viven con VIH, las trabajadoras sexuales y las personas Trans (travestis, transgéneros y transexuales), entendemos que la lucha contra el VIH, es compleja e incluye enfrentar no sólo una, sino muchas vulnerabilidades, sin embargo, esa no es razón para no iniciar el camino hacia el cambio y ello incluye que el Estado, las organizaciones que se han especializado en el campo del VIH/SIDA y la sociedad en su conjunto:

1. Reconozcan la desigualdad de género como uno de los factores de vulnerabilidad más importantes que afecta tanto a hombres como a mujeres. Ello incluye:

- El reconocimiento de la violencia contra la mujer, en particular, la violencia intrafamiliar, como una barrera fundamental que impide que las mujeres tengan relaciones sexuales protegidas; y





- El reconocimiento de la explotación sexual y trata de mujeres y niñas, como una de las mayores amenazas que avanza, y muchas veces, bajo la tolerancia social y del Estado.
- Incluyan en la leyes vigentes sobre violencia de género a las personas Trans (travestis, transgéneros y transexuales)

Ante ello, exigimos:

- ✓ El empoderamiento de las niñas, adolescentes y mujeres como parte de la respuesta multisectorial al VIH, garantizando su participación activa en los distintos espacios de decisión;
- ✓ La implementación inmediata del Plan Nacional de Lucha Contra la Violencia hacia la Mujer;
- ✓ El trabajo articulado entre el Ministerio de Educación, Ministerio de Salud y Ministerio de la Mujer y Desarrollo social, con el fin de promover el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos y en particular, la información sobre el VIH;
- ✓ La oferta garantizada del kit de violencia sexual, orientado a la prevención del embarazo no deseado, VIH e ITS y que incluye Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE), Antirretrovirales y Antibióticos. Este kit deberá estar disponible en toda la red de servicios de salud, a nivel nacional; y
- ✓ Campañas sostenidas de información acerca de los riesgos de contraer VIH, especialmente entre mujeres cuyas parejas tienen comportamientos sexuales de riesgo.
- ✓ Trabajar conjuntamente en la lucha contra la violencia de género con la organizaciones y redes de personas trans

2. *Garanticen el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos*, incluyendo de manera prioritaria:

- El derecho a tener una maternidad deseada y saludable;
- La erradicación de prácticas violatorias de derechos humanos como la esterilización forzada, que amenaza específicamente a mujeres que viven con VIH; y
- El acceso a la atención del aborto terapéutico, especialmente para las mujeres que viven con VIH, cuyos embarazos tienen el riesgo de acortar su calidad de vida.
- Servicios de salud integral en acceso a la salud de la personas trans (travestis, transgéneros y transexuales)

Ante ello, exigimos:

- ✓ Asegurar el abastecimiento de métodos anticonceptivos, incluyendo el acceso al condón masculino y femenino;
- ✓ La modernización de la gama de métodos anticonceptivos que se ofertan en los servicios de salud, especialmente con la incorporación del condón femenino;
- ✓ La aprobación del protocolo de aborto terapéutico, su implementación inmediata y su incorporación en el paquete de atención del Seguro Integral de Salud; y
- ✓ La investigación y sanción a todos los casos en donde no se haya respetado el consentimiento informado de las mujeres que han sido ligadas y que viven con VIH.
- ✓ Protocolos de atención en caso de la violencia de género que viven constantemente las personas trans.

3. *Garanticen el acceso y la calidad de servicios de salud sexual y reproductiva,* particularmente de las mujeres adolescentes y de las zonas rurales y que incluyan dentro de su atención:

- La atención integral de la salud sexual y reproductiva, especialmente la atención de las infecciones vaginales, cervicitis e infecciones del tracto reproductivo en general;
- La introducción, promoción y acceso la doble protección en la prevención del embarazo no deseado y del VIH e ITS;
- El acceso a las pruebas de diagnóstico temprano; y
- El soporte y atención a las mujeres diagnosticadas de VIH (+), tomando como referencia, el respeto irrestricto de sus derechos humanos.

Ante ello, exigimos:

- ✓ La asignación de presupuestos y personal calificado para la atención de la salud sexual y reproductiva en todos los niveles de atención;
- ✓ La aplicación de las Guías de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA, en todos los establecimientos de salud;
- ✓ La incorporación del Condón Femenino en la gama de métodos anticonceptivos;
- ✓ El desarrollo de actividades de capacitación, educación y campañas informativas para promover la doble protección y en especial, el uso del condón femenino;
- ✓ Asegurar el acceso a antirretrovirales para las mujeres diagnosticadas con VIH. Disponibilidad y abastecimiento constante del TARGA, para prevenir la resistencia al mismo; y





- ✓ Asegurar el acceso, diagnóstico y tratamiento oportuno de las ITS, como componente clave de prevención del VIH.

4. El reconocimiento del derecho a la salud y el respeto de los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes, que incluye:

- Eliminar las barreras normativas que impiden el acceso de los y las adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva, en particular a las pruebas diagnósticas de VIH y tratamiento oportuno; y
- Garantizar el acceso de las y los adolescentes a orientación, información y servicios en salud sexual y reproductiva, que les permita un inicio sexual protegido y sin riesgos de embarazo no deseado y/o VIH.

Ante ello, exigimos:

- ✓ La derogatoria de la modificatoria 173 del Código Penal, que criminaliza las relaciones sexuales de las personas menores de 18 años;
- ✓ La priorización de la implementación de la educación sexual integral en las instituciones educativas, con enfoque de género. Implementación de los Lineamientos Pedagógicos de Educación Sexual; y
- ✓ El cumplimiento de de los Lineamientos de la Política de Salud de los y las Adolescentes, que señala la obligatoriedad de implementar servicios diferenciados para los y las adolescentes en todas las DISAS.

Lima, Perú 2009

- | | |
|---|--|
| • Asociación de Promotoras de San Juan de Lurigancho | • Asociación de T.S. Por Nosotras y Para Nosotras de Tumbes |
| • Asociación de Mujeres “Parque del Niño” Ventanilla | • Asociación de Trabajadoras Sexuales Libertadoras de Ucayali |
| • Asociación Humanidad Libre – Arequipa | • Asociación de Trabajadoras Sexuales Luchando por Nosotras – Tumbes |
| • Asociación de Promotoras de salud del Cono Norte de Lima | • Asociación de T.S. Las Ucayalinas en Acción |
| • Asociación Civil Ángel Azul | • Asociación de T.S. Asociación Esperanza – Lima |
| • Asociación de T.S. Sarita Colonia | • Asociación TS Woman del Callao |
| • Asociación de T.S. Las Loretanas | • Asociación de Trabajadoras Sexuales Miluska Vida y Dignidad |
| • Asociación de Mujeres Unidas Luchando por Nuestros Derechos de Pucallpa | • Asociación de Trabajadoras Sexuales Fuerza Chalaca; Asociación de T.S. Fuerza Huanca Asociación de T.S. Referente de la Libertad |
| • Asociación de T.S. Referente de Madre de Dios | • Asociación de Trabajadoras Sexuales Mujeres de Chimbote |
| • Asociación de T.S. Mujeres del Sur-Arequipa | |
| • Asociación de T.S. Sullana Unida | |
| • Asociación de T.S. Mujeres Agueridas del Norte – Piura | |

- Asociación de T.S. Referente Lambayeque
- Asociación de Trabajadoras Sexuales Flor de Retama – Ayacucho
- Comedor Dios es mi guía
- Comedor Mujeres unidas para un pueblo mejor- Ventanilla
- Comedor Defensores de la Patria
- Comedor María Parado de Bellido
- Comedor Familia Unida de Ventanilla
- Comedor Popular Antonio Palomino
- Comedores populares de Los Olivos; Comedor Popular Virgen de Carmen Comas
- Comedor Santa Catalina de Villa el Salvador
- Comedor Hilda Peroni
- Comedor Virgen de las Nieves de Carabayllo
- Comedor Virgen de la Candelaria
- Comedor Popular Cerro Juli- Arequipa
- Comedor 3 de Febrero Pachacútec Ventanilla
- Comedor Popular Gabriela Mistral de Ate
- Comedor Popular 18 de Agosto de Ate
- Comedor Popular Santa Rosa de Lima de Huaycan Ate
- Comedor Popular Estrella de Belén
- Comedor Parroquial Sagrado Corazón de Jesús de Ate
- Comedor Parroquial Virgen del Rosario de Ate
- Comedor Parroquial Hijos de la Virgen de la Merced
- Comedor Popular Sagrada Familia; Comedor Autogestionario Sandalias de Jesús de Ate Central de Comedores de Ate Vitarte
- Central de Comedores Autogestionario Mujeres Unidas de Carabayllo
- Central de comedores familiares Autogestionarios de Carabayllo
- Comedores Unidos de Lomas de Carabayllo
- Centra de Comedores Populares Central de Comedores Autogestionarios de San Martín Central Distrital de Comedores Autogestionario Villa El Salvador
- Central de Comedores Parroquiales Autogestionarios 3 de Villa el Salvador
- Federación de Mujeres Organizadas en Centrales de Comedores Populares
- Autogestionarios y Afines de Lima Metropolitana; Vaso de leche los Licenciados de Ventanilla
- Vaso de leche ex Zona Comercial de Ventanilla
- Vaso de leche Calle 17 - Satélite
- Vaso de leche de Ventanilla Alta
- Vaso de leche de San Juan de Lurigancho
- Vaso de Leche de Ate Vitarte
- Promotoras de salud del Hospital Ventanilla
- Promotoras de salud C. S. Pachacútec
- Promotoras de Salud de Mi Perú Ventanilla
- Promotoras Sta. Rosa de Pachacútec Ventanilla
- Promotoras de Salud Márquez
- Promotoras de salud del Asentamiento Humano FOVELIC los Olivos de PRO
- Coordinadora Multisectorial por los Derechos sexuales de las Mujeres Infantes y familia de San Juan de Lurigancho
- Mesa de vigilancia de SSR Ventanilla; Mesa de Vigilancia de los Derechos S.R de Arequipa Mesa de Género de Comas; Club de Madres de Huaycan - Ate Vitarte
- Club de Madres Obreras alegres del Parque Industrial de Ate
- Club de Madres Mama Ocello de Huaycan Ate
- Consorcio de mujeres Sembrando tu futuro-Ventanilla; Red de mujeres organizadas Lima Este
- Red Mujer Rural Arequipa
- Red Mujer Rural de Arequipa, Club Ntra. Señora del Pilar
- Foro Regional de los Derechos Sexuales y Reproductivos de Arequipa
- Organización Social de Base Mujeres unidas para un Pueblo Mejor
- Bancos Comunes de Mujeres de Ventanilla
- Mesa de Género de El Agustino
- Central de Mujeres del Perú Micaela Bastidas
- Vaso de Leche, Comedores Populares y Clubes de Madres de Huaycán
- ONG: Movimiento Manuela Ramos,
- Centro de Investigación y promoción popular CENDIPP,
- Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos PROMSEX





Bibliografía

Maximizing Access & Quality. En: <http://www.maqweb.org/techbriefs/spanish/stb44malecirc.shtml>

ONUSIDA y OMS. *Situación de la Epidemia de SIDA. Informe Especial sobre VIH/SIDA*. 2007.

SIDA en la Mujer: en http://www.sidaenlamujer.com/art03_vulnerabilidad-mujer-vih.htm

http://www.onu.org.pe/Publico/infocus/vihsida_peru.aspx

http://www.sidaenlamujer.com/art03_vulnerabilidad-mujer-vih.htm

<http://www.maqweb.org/techbriefs/spanish/stb44malecirc.shtml>



Centro de Promoción y Defensa de los
Derechos Sexuales y Reproductivos



International Women's Health Coalition

