



Informe Comunitario
Venezuela 2008

**MONITOREO Y EVALUACION DEL LOGRO DE LAS
METAS DE LA DECLARACION DE COMPROMISO EN
VIH/SIDA**

Enero, 2008

Informe Comunitario 2008

MONITOREO Y EVALUACION DEL LOGRO DE LAS METAS DE LA DECLARACION DE COMPROMISO EN VIH/SIDA

Periodo de preparación y elaboración marzo 2007- enero 2008

Coordinación Global del Proyecto

GESTOS, Pernambuco, Brasil



Organizaciones Locales Coordinadoras del Proyecto

Acción Ciudadana Contra el Sida (ACCSI)

Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa (AVESA)

Auspicio y Patrocinio

Fundación Ford

Sistematización, elaboración y edición del Informe Comunitario Venezuela

- Belkis Lugo
- Edgar Carrasco
- Magdymar León

Organizaciones participantes I Foro UNGASS (Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas)/ Declaración de Compromiso en VIH/SIDA y Salud Sexual y Reproductiva (marzo 2007)

- Acción Ciudadana Contra el Sida (ACCSI)/ Caracas, Distrito Capital
- Aid for Aids de Venezuela/Estado Miranda
- Asociación de Mujeres por el Bienestar y Ayuda Recíproca (AMBAR)/Caracas, Distrito Capital
- Asociación Larense de Planificación Familiar (ALAPLAF)/Estado Lara,
- Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa (AVESA)/Caracas, Distrito Capital
- Consejo Latinoamericano y del Caribe de Organizaciones con Servicio en VIH/SIDA (LACCASO)/ Secretariado Regional/ Venezuela
- GESTOS/ Pernambuco, Brasil
- Mujeres en Positivo por Venezuela/Caracas, Distrito Capital
- PROSALUD/Caracas, Distrito Capital
- Red Venezolana de Gente Positiva (RVG+)/ Punto Focal Lara
- Sociedad Wills Wilde/Estado Mérida

Organizaciones participantes en el proceso de investigación

- ALAPLAF
- Coordinación de ITS Lara/ Ministerio del Poder Popular para la Salud Departamento de Medicina Familiar Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) Lara
- Distrito Sanitario N° 7/Alcaldía de Caracas
- Mujeres en Positivo por Venezuela
- RVG+ (Punto Focal Lara)
- Sociedad Wills Wilde

Agradecimientos

- Alberto Nieves
- Renate Koch
- Mercedes Muñoz
- Gisela Loaiza

CONTENIDO		Pág.
INTRODUCCIÓN		4
SECCIÓN I	1.1 Sistema de salud en Venezuela	6
PANORAMA GENERAL DEL SISTEMA DE SALUD, POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y VIH/SIDA EN VENEZUELA	1.2 Políticas públicas en VIH/SIDA y tratamiento antirretroviral (ARV)	15
	1.3 Política pública nacional en Salud Sexual y Reproductiva	24
	1.4 Estadísticas sobre la epidemia del VIH/SIDA y salud sexual y reproductiva	28
	SECCIÓN II	2.1 Liderazgo de los gobiernos respecto a la epidemia de VIH/SIDA
METAS MONITOREADAS DE LA DECLARACION DE COMPROMISO EN VIH/SIDA (en adelante DdC UNGASS)	2.2 Prevención	42
	2.3 Derechos Humanos	52
	2.4 Reducción de la vulnerabilidad	57
	2.5 Huérfanos	61
	2.6 Mitigación de los efectos sociales y económicos	63
	2.7 Investigación y desarrollo	64
	SECCIÓN III	3.1 Fortalezas para la promoción de los logros en salud sexual y reproductiva de las mujeres que viven con VIH/Sida. Avances de la prevención del VIH/SIDA en mujeres
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	3.2 Brechas y deficiencias en la articulación de las estrategias de salud sexual y reproductiva y VIH/Sida; recomendaciones para superarlas	66
FUENTES BIBLIOGRÁFICAS CONSULTADAS		68
ANEXO Instrumento de investigación		71

INTRODUCCIÓN

El presente informe recoge el monitoreo y evaluación de logros de las metas de la DdC UNGASS 2001 en VIH/SIDA y Salud Sexual y Reproductiva en la República Bolivariana de Venezuela. Siguiendo la tradicional participación comunitaria, es presentado como un análisis del sector, para identificar las acciones específicas dirigidas a las mujeres y su vulnerabilidad, y disminuir el VIH/SIDA en Venezuela.

GESTOS organización comunitaria con trabajo en VIH/SIDA y género, con sede en Pernambuco, Brasil, coordina globalmente, en catorce países este proyecto que analiza las metas de la DdC, relacionadas a: Liderazgo, Prevención, Derechos Humanos, Reducción de la Vulnerabilidad, Huérfanos, Mitigación de los Efectos Sociales y Económicos, Investigación y Desarrollo, en las dimensiones de alcance, adecuación, cobertura, participación efectiva del sector comunitario, acceso, calidez y calidad de los servicios.

El proyecto se inició en Venezuela, en marzo de 2007, con la realización del I Foro UNGASS, el cual reunió a 8 organizaciones del sector comunitario VIH/SIDA y salud sexual y reproductiva. de las 18 convocadas. Se propusieron y cumplieron los siguientes objetivos:

- ampliar conocimientos sobre la DdC UNGASS 2001, en salud sexual y reproductiva en Venezuela;
- compartir y adaptar el proyecto de investigación a la realidad venezolana, sobre las metas de salud sexual y reproductiva en relación a DdC UNGASS 2001;
- implementar la investigación en Venezuela.

A partir de allí se acordaron áreas a trabajar por equipos, plazos y responsables, a fin de tener los resultados para julio de 2007. La sistematización final de los resultados en cada una de las metas, quedó a cargo de las organizaciones responsables del proyecto, quienes emplearon la información que reportaron algunas organizaciones que participaron en el I Foro UNGASS (ALAPLAF, RVG, Mujeres en Positivo por Venezuela, Sociedad Wills Wilde, AVESA y ACCSI –estas dos últimas responsables de todo el proyecto). Además, se recibió información de las siguientes organizaciones: Coordinación de ITS Lara, Distrito Sanitario N°. 7, Departamento de Medicina Familiar IVSS Lara y Red Venezolana de Gente Positiva (RVG+).

En el proceso de búsqueda de información se presentaron obstáculos, sobre todo por lo que se refiere a las entrevistas con actores clave y en la recolección de datos primarios; todo ello generó un gran retraso en el proceso de evaluación de las metas y en la elaboración del presente informe. Es importante destacar que a pesar de que en varias oportunidades se solicitó la colaboración (entrevistas, llenar el instrumento de investigación) a funcionarios/as responsables

de los programas de gobierno en materia de VIH/SIDA, Salud Sexual y Reproductiva y Mujer, hasta el momento de elaboración de este informe no fue posible realizar entrevista alguna, ni se recibió información.¹

En el caso del Programa Nacional de Sida (PNS), la jefa del mismo aceptó responder el instrumento de investigación elaborado, sin embargo manifestó, posteriormente, que requería de autorización de su superior inmediato para dar la información requerida. Hasta la fecha de la realización de este informe no se recibió el instrumento respondido.

Dada la dificultad de acceso a datos primarios, se hizo necesario recurrir a información documental para evaluar el cumplimiento de cada una de las metas por parte del país. El apartado referido a estadísticas contiene datos de fechas variadas, pues no se pudo obtener información estadística concentrada en un mismo documento de una misma fecha.

Para ACCSI y AVESA, organizaciones responsables de la investigación, el presente informe constituye un documento preliminar de monitoreo y evaluación, considerando las limitaciones encontradas y la necesidad de socializar estos resultados con miras a complementar la información requerida y realizar una evaluación que cuente con la participación de mayores actores de la sociedad civil.

Este informe Comunitario 2008, está compuesto por tres secciones:

La Sección I comprende, Panorama general del sistema de salud del país y de las políticas de salud sexual y reproductiva y de VIH /Sida, incluye estadística demográfica básica, sobre la epidemia y la salud sexual y reproductiva.

La Sección II contiene cada una de las siete áreas que fueron monitoreadas.

La Sección III muestra las principales fortalezas para la promoción de los logros en salud sexual de mujeres que viven con VIH/Sida, la prevención de la epidemia en mujeres, así como también las principales brechas y deficiencias respecto a la articulación estratégica-programática entre salud sexual y reproductiva y VIH /Sida. Finalmente, las recomendaciones para superarlas.

¹ Correspondencia enviada el 22 de octubre de 2007, e innumerables llamadas telefónicas hasta diciembre de 2007.

SECCIÓN I PANORAMA GENERAL DEL SISTEMA DE SALUD Y DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y VIH/SIDA EN VENEZUELA

1.1 SISTEMA DE SALUD

En Venezuela, a partir de 1999, se producen cambios en las políticas públicas sobre salud, las cuales con equidad de género y sin distinciones, ni discriminaciones se reflejan en la nueva Constitución en su Capítulo V “De los Derechos Sociales y de las Familias” que amplía la obligación del derecho a la salud, como un derecho social fundamental que se garantiza como parte del derecho a la vida (art. 83, 84, 85 y 86). Este Capítulo V también amplía la protección de los derechos sexuales y reproductivos, sobre todo por lo que se refiere a la maternidad y paternidad, su protección integral, libertad para concepción de hijas e hijos, información adecuada al respecto y servicios de planificación familiar integral basados en valores éticos y científicos (art. 76). Sin embargo, el artículo 77 muestra retrocesos en cuanto a derechos sexuales, pues protege sólo el matrimonio y las uniones de hecho entre un hombre y una mujer, lo que atenta contra la libre orientación sexual, su expresión y conformación de familias diversas a la convencional-nuclear (padre, madre e hijos/as). Esta regresión en materia de derechos fundamentales fue producto de la oposición de sectores ultraconservadores de la Iglesia Católica en Venezuela, que rechazó la inclusión de la orientación sexual en el listado de las no discriminaciones, para evitar futuras propuestas del reconocimiento de parejas del mismo sexo.

Específicamente el artículo 83 establece que “...promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.”

El artículo 84 señala que el Sistema Público Nacional de Salud debe tener un carácter intersectorial, descentralizado y participativo e integrado a la seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad.

Para el año 2000 se fusionan el Ministerio de Salud y Asistencia Social con el Ministerio de la Familia, la Comisión Nacional de la Mujer y la Fundación Centros de Estudios Biológicos sobre el Crecimiento y Desarrollo de la Población Venezolana, para convertirse en el Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Para el año 2007 surgen cambios que separan a Salud de Desarrollo Social, quedando actualmente con el nombre de Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS)

Como instrumento de planificación política se crea el **Proyecto Estratégico Social** (PES 2001-2007) para desarrollar la capacidad de conducción estratégica y la viabilización de cambios sustantivos en las condiciones de calidad de vida y salud de la población venezolana, cumpliendo la Observación General N° 14 de las Naciones Unidas², sobre:

- *Disponibilidad* (número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de salud, así como de programas);
- *Accesibilidad* física, económica y de información (los establecimientos, bienes y servicios deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna);
- *Aceptabilidad* (respetuosos de la ética médica, de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades y culturalmente apropiados, sensibles a los requisitos de género y del ciclo de vida, concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas);
- *Calidad* (apropiados desde el punto de vista científico y médico, y de buena calidad, con personal médico capacitado, medicamentos y equipos hospitalarios científicamente aprobados y en buen estado, agua potable limpia y adecuadas condiciones sanitarias).

A fin de orientar las transformaciones en las condiciones de calidad de vida y salud de la población, se estructura el **Sistema Público Nacional de Salud** con una concepción “humanista, incluyente, solidaria y accesible”, que se rige por los principios de:

- **Universalidad:** Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, para lo cual se garantizará el acceso a los servicios y programas de salud sin discriminación alguna y en condiciones de igualdad efectiva.
- **Equidad:** Serán reconocidas y atendidas las distintas necesidades de los grupos de la población con el objeto de reducir las desigualdades de salud asociadas a su ubicación geográfica, clase social, género, etnia y otras categorías de población.
- **Solidaridad:** Para el logro del bienestar común de la salud colectiva, todas las personas y sectores contribuirán con el funcionamiento del sistema de acuerdo con sus capacidades.
- **Unicidad e Integración Social:** Se promoverá la cohesión social, la conciencia y organización ciudadana a través del desarrollo del derecho a la salud como un objetivo común con base en una concepción técnica, participativa y solidaria del Sistema Público Nacional de Salud.
- **Gratuidad:** No se permitirán cobros directos a las personas en los servicios de salud prestados en el Sistema Público Nacional de Salud, de conformidad con lo dispuesto en la Constitución de la República y en los términos establecidos en esta Ley.

² Observación General N° 14: el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (art. 12) del Pacto Internacional de Derechos económicos, sociales y culturales de las Naciones Unidas, 1991.

- Participación. La comunidad organizada participará en el diseño de las políticas, planes, proyectos, programas, normas y reglamentos de salud, así como en la ejecución y evaluación de la gestión de la salud.
- Integralidad: Las políticas, planes y programas de salud se diseñarán y ejecutarán de manera holística e intersectorial, como parte del desarrollo de la calidad de vida y el bienestar colectivo. A su vez, los servicios de salud desarrollarán acciones integrales orientadas a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y accidentes, la medicina anticipatoria, la restitución de la salud y la rehabilitación.
- Pertinencia Cultural y Lingüística: Las políticas, planes, servicios y programas de salud se diseñarán y ejecutarán considerando la diversidad cultural nacional y reconociendo el carácter multiétnico, pluricultural y multilingüística del Estado.
- Calidad, Eficacia y Eficiencia: Todos los servicios y programas del Sistema Público Nacional de Salud deben ser llevados a cabo en forma oportuna, adecuada y permanente mediante el uso eficiente de sus recursos y cumpliendo criterios de máxima calidad y reconocida validez para el efectivo cumplimiento de las metas establecidas en las políticas y planes de salud, para el logro de la satisfacción de las personas.

La modalidad tradicional de funcionamiento del sistema de salud se lleva a cabo a través de una red de servicios, a saber:

1. Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) Es el ente rector de las políticas públicas de salud y garante del Derecho a la Salud. Regulador en el ámbito nacional de prestadores regionales y locales de los servicios de atención médico asistencial. Para el 2006 el actual MPPS (antiguo Ministerio de Salud y Desarrollo Social- MSDS decretado en Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5.836. Extraordinario del 08-01-2007. Decreto N° 5.103) surge con la principal finalidad de reordenar las estructuras institucionales de gestión y las redes de atención de carácter gubernamental. El MPPS desarrolla los lineamientos generales, a través de la Dirección General de Programas de Salud (antigua Dirección General de Salud Poblacional). Se comporta como prestador de servicios en los estados con los servicios públicos de salud no trasferidos. En el Área Metropolitana, sólo el Hospital Clínico Universitario de Caracas (HCU), es dependiente del MPPS.

De manera paralela a la estructura tradicional del sistema de salud, se han creado la Misión Barrio Adentro (I, II, III) y Misión Milagro.

Misión Barrio Adentro

Es una línea política del Ejecutivo Nacional que depende del Ministerio del Poder Popular para la Salud, pero opera con fondos provenientes de la empresa estatal Petróleos de Venezuela

(PDVSA), el Fondo Nacional de Inversión Social (FONVIS), Fondo Intergubernamental para la Descentralización y la Banca Multilateral, cuenta con un 70 por ciento de personal médico de nacionalidad cubana³.

Barrio Adentro 1 funciona desde el 2003 y es la concreción de la Atención Primaria, con presencia en todo el Territorio Nacional y cobertura cercana a los 17 millones de personas. Cuenta con unos 13.000 médicos y médicas que atienden en 8.500 puntos de consulta, 4.600 odontólogos/as y 8.500 auxiliares de enfermería.

Posteriormente en el 2005 se crea la *Misión Barrio Adentro 2*, cuyo desarrollo abarca la construcción de 600 Centros de Diagnóstico Integral (CDI), Salas de Rehabilitación Integral (SRI), Centros de Alta Tecnología (CAT). Su ampliación contempla el fortalecimiento de la red hospitalaria de todo el país para responder a la demanda de los CDI, SRI y CAT, proyecto conocido como "Hospitales del pueblo", que comprende la modernización de los centros hospitalarios con equipamiento médico y electromecánico. También significa un cambio en la prestación de servicios con ampliación de los horarios de atención mañana y tarde, además del incremento en la capacidad resolutive de servicios como Salas de Parto, Quirófanos y Terapia Intensiva.

Por su parte *Barrio Adentro 3*, contempla el desarrollo de programas para atender la demanda de atención por concepto de enfermedades crónicas como cáncer, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, traumatismos y cardiovasculares, con financiamiento para transplante de órganos, tejidos y células, intervenciones de corazón, dotación de material de osteosíntesis, tratamiento médico y de radiación para el cáncer.

Misión Milagro

Esta línea política del Ejecutivo Nacional, producto del convenio bilateral Cuba-Venezuela, se inicia en julio de 2004, igualmente bajo la rectoría del Ministerio del Poder Popular para la Salud, con el objetivo de brindar atención quirúrgica oftalmológica para el/la adulto/a mayor, a un bajo costo, para lograr la independencia de los pacientes e incorporarlos/as a la vida social⁴

Desde octubre 2005 hasta mayo 2006 asistió a unas 16 mil personas (incluyendo a personas de otros países de América Latina). Existen centros hospitalarios de apoyo a esta misión, como son

³ Provea, 2005-2006

⁴ www.msds.gov.ve

el Hospital Militar, Hospital Periférico de Lídice, Clínica Popular de Catia, Hospital Rísquez y Miguel Pérez Carreño.⁵

2. Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS). Adscrito al Ministerio del Poder Popular para el Trabajo (MPPT), es el ente garante del Derecho a la Seguridad Social⁶ que garantiza la salud, de toda persona, asegura protección en contingencias de maternidad, paternidad, enfermedad, invalidez, enfermedades catastróficas, discapacidad, necesidades especiales, riesgos laborales, pérdida del empleo, desempleo, vejez, viudedad, orfandad, vivienda, cargas derivadas de la vida familiar, entre otras. Desde enero de 2003, ha entrado en un proceso de reforma, basado en la Constitución de 1999, en la que destaca la fusión del los servicios de salud con el MPPS, manteniendo las obligaciones relacionadas a prestaciones tales como: paro forzoso, invalidez, pensiones, etc. Por tanto la seguridad social en Venezuela para el futuro cuenta con principios de universalidad, integralidad y unicidad. La Seguridad Social destaca por ser un sistema contributivo, pero la ausencia de esa capacidad no será motivo para excluir a las personas de su protección. .

3. Ministerio del Poder Popular para la Defensa. Dirección de Sanidad Militar. Prestador de atención médico asistencial a través de la red hospitalaria de Hospitales Militares en el ámbito nacional, brinda servicios a militares y familiares. Presta atención gratuita de emergencias a las comunidades donde están ubicados; y participan y organizan el operativo cívico-militar de atención médico odontológica y sanitaria.

4. Gobernaciones. Principales prestadores de atención médico asistencial, a través de la Dirección Regional de Salud de cada estado, que administra la red hospitalaria y ambulatoria estatal. Algunos estados están descentralizados, mediante los convenios de transferencia de Servicios Públicos de Salud, como lo son: Aragua, Mérida, Miranda, Táchira, Anzoátegui, Monagas, Trujillo, Zulia, Yaracuy, Nueva Esparta, Sucre, Falcón, Lara, Apure, Bolívar, Carabobo. Otros aún se mantienen adscritos al MPPS: Estados Vargas, Delta Amacuro, Amazonas, Barinas, Cojedes, Portuguesa y Guárico.

5. Alcaldías. La Alcaldía del Distrito Metropolitano, cuenta con una red hospitalaria y ambulatoria, administrada por la Secretaría de Salud. La Alcaldía del Municipio Sucre del Estado Miranda, cuenta con un Hospital ("Pérez de León" de Petare), las Alcaldías de los estados del interior del país, cuentan con Coordinaciones de Salud, que administran recursos para proyectos especiales o específicos y en ellos abundan las actuaciones tipo "operativos" sociales. En el Distrito Capital

⁵ Valentina Oropeza: "Misión Milagro atendió a 16000 pacientes en Venezuela" (El Nacional 19-05-06. b20.)

⁶ Art. 86. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela -CRBV)

existen 7 Distritos Sanitarios que dependen de las Alcaldías y abarcan toda el área Metropolitana de Caracas y atienden en el área de ITS/VIH/SIDA.

6. El Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio del Poder Popular para la Educación (IPASME), es el órgano prestador de atención primaria en salud a través de los servicios médicos, para sus empleados y familiares.

7. División de Medicina Integral del Ministerio del Poder Popular de Interior y Justicia. Presta atención médico asistencial a la población penitenciaria. No cuenta con políticas públicas cónsonas a la estrategia de Atención Integral del MPPS. Cuenta con el Hospital de la Penitenciaría General de (PGV), un "hospitalito" en el "Centro Penitenciario El Rodeo" (estado Miranda), así como uno en el nuevo establecimiento penitenciario de "Duaca" (Estado Lara). El resto de los 33 centros penitenciarios que tiene en el ámbito nacional, cuenta con unidades de atención médico- asistencial- odontológica.

8. Instalaciones de servicios de atención médico asistencial para empleados y familiares de otros Ministerios. Algunos Ministerios cuentan con contrataciones de servicios de salud para su personal y familiar. Cada Ministerio financia a través de partidas presupuestarias tales servicios, que incluye contrataciones de pólizas de seguros privados.

9. Dispensarios asistenciales, fundaciones y asociaciones civiles sin fines de lucro, grupos de personas vulnerables y Organismos no Gubernamentales que reciben subsidios directos del Estado, cuentan con donaciones de empresas privadas y/o desarrollan proyectos específicos en materia de salud financiados por organizaciones nacionales y/o internacionales. En el caso del VIH/Sida algunas prestan servicios gratuitos de consejería, orientación, derechos humanos, así como programas de prevención; desarrollan estos servicios en el marco de un programa de cooperación gubernamental que se lleva a través del MPPS, que a la presente fecha ha tenido tres convocatorias anuales para proyectos.

10. Sub-sector Privado que debe ser fiscalizado y controlado por el MPPS quien da la permisología y otros requisitos exigidos legalmente. Es regulado en su actividad por el Instituto Nacional de Protección al Consumidor y el Usuario (INDECU), Ministerio del Poder Popular de la Producción y el Comercio, así como el Servicio Nacional Integrado de Administración Tributaria (SENIAT) y otros entes del Estado. El lucro que genera la contratación por parte de los usuarios de los servicios de cirugía y hospitalización, está tributada, en el marco de las nuevas políticas fiscales del Ministerio del Poder Popular de Finanzas, que reduce las exenciones fiscales. Este sub-sector privado recibe aportes del Estado para la resolución de casos puntuales (exámenes especializados y cirugías complejas), a través de subsidios directos, en formas de ayudas

sociales del MPPS, Secretaría de la Presidencia, el Fondo Único Social (FUS), el Banco del Pueblo Soberano y otros entes.

11. Una red de Clínicas Psiquiátricas de Larga Estancia, Gerontológicas y Unidades de Diálisis Extra-hospitalarias, contratadas por el IVSS y el MPPS, para la prestación de servicios especializados. Se rigen por un reglamento, establecido por el MPPS, como ente rector y regulador.

12. Un Sistema de Referencia y Contra-referencia. Este sistema busca la estratificación de la atención médica en niveles de atención, facilita atender y remitir prontamente el paciente evaluado en el nivel primario, hacia el secundario o terciario y de estos niveles especializados y superiores nuevamente al primario. Todo ello debe idealmente facilita la atención especializada en casos que lo requieren, sin sobrecarga a estos centros o establecimientos especializados.

Cantidad de establecimientos médico asistenciales.

En Venezuela, en el sub-sector público de salud, existen 214 hospitales, de los cuales 181 son generales y 33 especiales. Acompañados de una red ambulatoria de 4605 Ambulatorios, de los cuales 890 son Urbanos y 3715 Rurales.

Unificando los centros de la estructura tradicional del sistema de salud con los que pertenecen a las misiones, existen en la red de salud general del país:

Establecimientos de Salud	Total
Ambulatorios	4605 (Urbanos 890, Rurales 3715)
Consultorios populares	1907
Centros diagnósticos integrales	175
Salas rehabilitación integral	183
Centros de alta tecnología	6
Centros hospitalarios	299
Centros de atención de salud privados	344

Fuente: MPPS, Alcaldía de Caracas, en INFORME PROVEA 2005-2006

Clasificación de los establecimientos médico asistenciales.

De acuerdo a la Gaceta Oficial N° 32.650, del 21 de Enero de 1983, los establecimientos se clasifican según las poblaciones atendidas (N° de habitantes), la capacidad de los servicios que presta y los niveles de especialización en:

- Ambulatorios Urbanos y Rurales Tipo I, Tipo II, Tipo III.
- Hospitales Tipo I, Tipo II, Tipo III. y Tipo IV

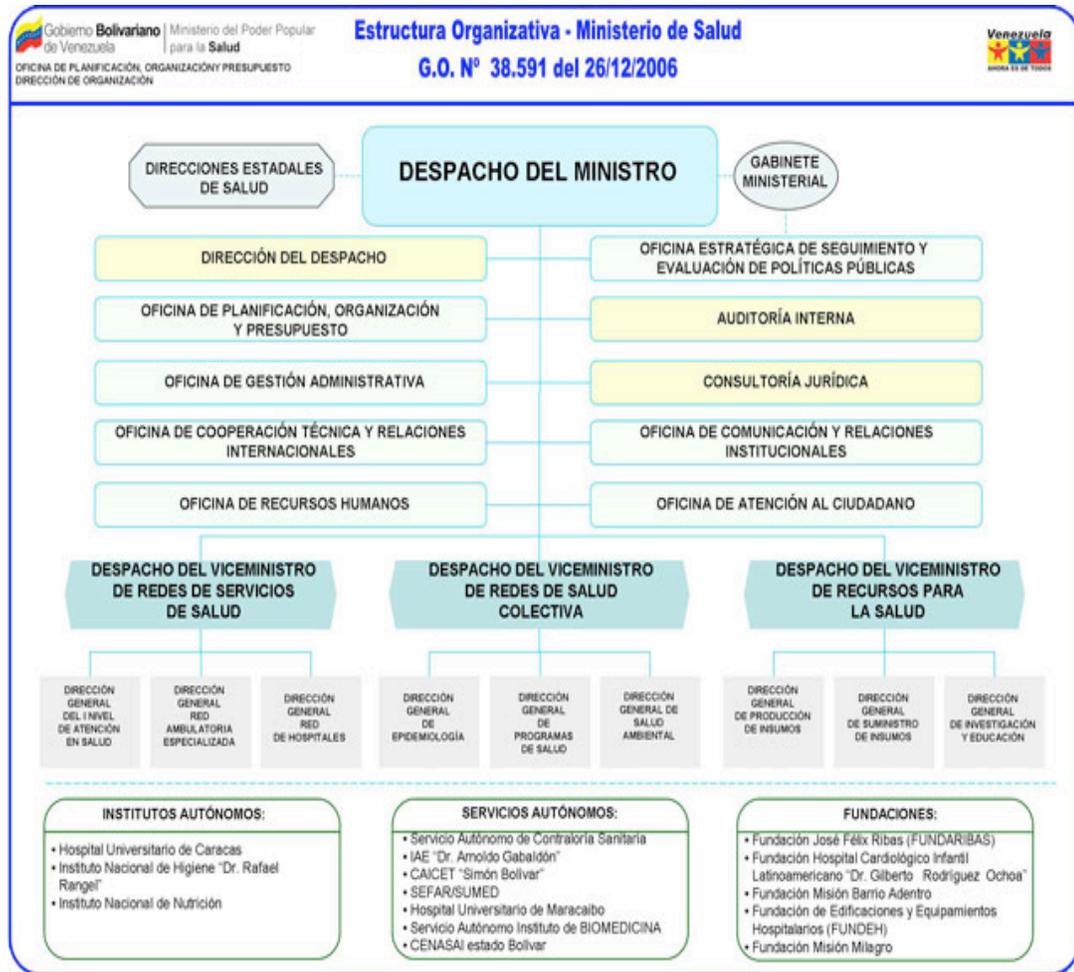
1.1.1 Situación Actual; rectoría, gestión y servicios

Existe un amplio cuestionamiento al sistema de salud público por lo que se refiere a rectoría, gestión y servicios. En cuanto a rectoría la misma es débil, en parte por la compleja intersectorialidad. Asimismo, la tan promocionada participación social es insuficiente y no adecuada a los nuevos tiempos. Por lo que se refiere al financiamiento, el mismo continúa fragmentado e inequitativo y no incentiva la calidad de los servicios. La gestión es igualmente fragmentada, lo que aumenta costos de compra de insumos para la salud. Asimismo, la prestación del servicio es ineficiente, con una red mixta insuficiente en atención primaria en salud y sin acceso a tecnología apropiada.

En Venezuela, a nivel de salud aún conviven un sistema público de ineficaz e ineficiente y uno privado con problemas de calidad, con una alta concepción de lucro, que es una de las mayores inequidades del sistema. Por otra parte la seguridad social, continúa de hecho limitada a las personas formalmente empleadas, con un espectro que aún no supera el 30% de cobertura. De allí que la propuesta actual del MPPS se oriente hacia la corresponsabilidad y transectorialidad, para el logro de la salud que garantice calidad de vida.⁷

Es pretensión del Estado la modificación y ordenación de todo el sistema de salud. En Gaceta Oficial a finales del 2006 decide la nueva estructura del Ministerio para el Poder Popular para la Salud, así:

⁷ www.ops.oms.org.ve



Por otra parte, si bien no contamos con información específica sobre la situación de la salud mujer con VIH y su salud sexual y reproductiva en las cárceles venezolanas, es importante destacar que en general la situación de salud en el área penitenciaria es de extrema gravedad. Según el informe del Observatorio Venezolano de Prisiones, durante el 1er semestre de 2006 se produjeron 601 hechos violentos, para el 1er semestre de 2007 esta cifra había aumentado a 790. El total de hechos violentos (muertos: 2744 y heridos: 9524) durante los últimos 8 años de gestión gubernamental ascienden a 11.567 casos, en una población reclusa de 20.194 personas⁸.

Asimismo, el informe del Ministerio del Poder Popular del Interior y Justicia⁹ señala: "la gestión gerencial está deprimida, no existiendo a ese nivel una adecuada jerarquización y organización de la especialidad que se traduce en su limitada influencia sobre los profesionales e instituciones penales, lo que genera que las acciones de salud se orienten según criterios locales sin

⁸ Informe Situación Carcelaria en Venezuela/ Informe a los Medios, 1er semestre de 2007. Observatorio Venezolano de Prisiones

⁹ Informe Situación Actual del Sistema Penitenciario Venezolano, Caracas 2005

planificación ni objetivos” (Pág.16), y en cuanto a la situación de salud en las cárceles, el informe destaca que “...el número de casos de sida 0,8% (38) y Tuberculosis Pulmonar 1,1% (50), muestran un comportamiento aparentemente favorables, estas afecciones tan frecuentes en este medio, pudieran estar en una morbilidad oculta, pues requieren de pesquisas periódicas y de medios diagnósticos que no se obtuvieron en el presente estudio” (Pág.18).

1.2. POLÍTICAS PÚBLICAS EN VIH Y TRATAMIENTOS ANTIRRETROVIRALES (ARVs)

1.2.1 Políticas Públicas en VIH

En Venezuela se conoce el primer caso de Sida en 1982, y es en 1984 cuando se crea por Resolución Ministerial No. 5 y 8 de la Dirección de Epidemiología y Programas de Salud, la Comisión Nacional de Lucha Contra el SIDA, con carácter asesor y normativo. Desde esa fecha se da un proceso de creación de la instancia, para abordar la reciente epidemia en el país, que atraviesa por una serie de cambios y reestructuraciones, a saber: creación de Comisiones Regionales (1985), reestructuración de las Comisiones (1987), creación de la Oficina para el Desarrollo del Programa Nacional de Lucha contra el Sida (1988), creación de la Oficina de Prevención y Lucha contra el Sida (OPL-SIDA), Comité Técnico Asesor, Consejo Consultivo y Cooperativo (1990), creación de la Dirección Técnica de Programas y de la División ETS-SIDA (1994), separación de los Programas ETS y SIDA (1997).

Es en 1999 cuando se constituye un único Programa -**Programa Nacional de ITS/SIDA (PNS)**- con la misión de Planificar, establecer normas, acompañar y coordinar el financiamiento de la respuesta multisectorial nacional a la epidemia del VIH/SIDA y otras ITS. Para ello ejecutará acciones hacia la población en general y particularmente hacia los grupos más vulnerables, mediante la promoción de hábitos sexuales saludables, la prestación de servicios de calidad y el respeto de los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA y otras ITS.

El Programa se ha estructurado en 4 grandes Componentes:

1. Componente de educación y prevención

- Proyecto Escuelas Promotoras de Salud
- Proyecto de la Participación de la Sociedad Civil en la prevención del VIH/SIDA/ITS
- Promoción de los Derechos Humanos de las personas que viven con VIH
- Campaña masiva de prevención tanto en medios nacionales como regionales

- Proyecto de promoción del Condón Femenino.

2. Componente de Gestión

- Plan Estratégico
- Derechos Humanos
- Relaciones con Ong's
- Relaciones Institucionales

3. Componente de atención

- Diagnóstico
- Programa de Profilaxis
- Programa de Tratamiento Antirretroviral y Seguimiento virológico /inmunológico
- Programa de Tratamiento para infecciones Oportunistas

4. Componente de vigilancia epidemiológica.

- Vigilancia de VIH/SIDA
- Registro de Mortalidad
- Vigilancia de ITS
- Vigilancia de TB

Centros de Atención:

- Centros de Inmunofenotipaje en 8 de los 24 estados (Anzoátegui, Aragua, Bolívar, Caracas, Lara, Monagas, Nueva Esparta, Portuguesa, Táchira).
- Centros de Atención en 6 hospitales de Caracas, en un Instituto de Inmunología, y en el Instituto de Medicina Tropical.
- 23 coordinaciones regionales, una en cada estado.

Además tiene registradas unas 80 Organizaciones no Gubernamentales con trabajo en VIH en todo el país¹⁰.

En junio del 2001 el gobierno de la RB de Venezuela, con otros 188 países, participa de la Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNGASS por sus

¹⁰ Entrevista realizada a la Jefa del Programa Nacional de ITS/SIDA en abril 2006 para el Proyecto de la Red Latinoamericana de PVVs, titulado: Situación actual del acceso a tratamientos antirretrovirales y servicios de atención para personas viviendo con VIH en Latinoamérica.

siglas en Ingles), en la cual hubo participación de representantes de la sociedad civil organizada como parte de la Delegación Oficial. Se discutieron y acordaron las metas para la prevención, asistencia e investigación en VIH/SIDA en el ámbito global, regional y nacional. En esa misma sesión los Estados Miembros suscriben la **Declaración de Compromiso sobre el VIH-SIDA** (DdC-UNGASS, 2001), que se comprometen a cumplir antes del 2015. Esta Declaración hace parte de los **Objetivos de Desarrollo de las Metas del Milenio**, que específicamente en materia de VIH/SIDA, se propone: “Detener y empezar a invertir el curso de la epidemia mundial del VIH/SIDA”.

En abril de 2003 el Programa Nacional de ITS/SIDA publicó el Plan Estratégico Nacional de VIH/Sida, que fue elaborado con la participación del Programa Conjunto de Naciones Unidas para el Sida (ONUSIDA), REDPES, sector comunitario movilizado en VIH/Sida y otros actores involucrados en la respuesta nacional a la epidemia. Este Plan Estratégico reconoce los déficits de la respuesta nacional al VIH/Sida como problemática de salud pública y de derechos humanos, los cuales pueden resumirse así:

En el ámbito de Políticas Públicas: Debilidades para dar respuestas integrales e integradas, sobre todo por lo que se refiere: a la articulación de redes de salud (lo que incluye laboratorios, farmacia y vigilancia epidemiológica) y a los mecanismos de atención de poblaciones en situación de privación de la libertad e indigencia.

En el ámbito de Servicios Sociales y de Salud: Incapacidad para brindar atención integral a las personas que viven con VIH/Sida, lo que se traduce en ausencia de protocolos de atención, ausencia de servicios sociales e insuficiencia de personal médico y no médico capacitado en la prevención (primaria y secundaria) y tratamiento del VIH/Sida..

En el ámbito de Educación: Insuficiencia en el contenido, calidad y cantidad de respuestas y estrategias de educación, que tomen en cuenta las necesidades por ciclo de vida, grupo social, derechos humanos, perspectiva de género y desarrollen aptitudes para la vida, así como responsabilidades individuales.

En el ámbito de Vigilancia Epidemiológica: Escasez de investigaciones socio epidemiológicas, de servicios, etc., que permitan conocer la incidencia y prevalencia de VIH/Sida en los distintos grupos poblacionales, así como el impacto de las acciones emprendidas en materia de prevención y atención.

En el ámbito de los Derechos Humanos: Debilidad en la protección y garantía de los derechos humanos de las personas que viven con VIH, poblaciones vulnerables y su entorno social.

La propuesta del Plan Estratégico se orienta a la participación de todos los sectores con transversalidad de enfoques (género, ciclo de vida, grupos sociales y etnias) en un marco de protección y promoción de derechos humanos. Así, plantea unas Metas Visión Cero:

- 1) Estigma, discriminación o inequidades relacionadas con la comprensión errada del VIH/SIDA, donde quiera que se produzcan y en todas sus formas.
- 2) Que ningún niño o niña muera por causas relativas a la transmisión vertical del VIH.
- 3) Que ninguna persona, independientemente de su género, edad, grupo social, identidad sexual o etnia vea mermada su calidad de vida y su salud por falta de atención a los efectos del VIH/SIDA.
- 4) Que ninguna persona, independientemente de su género, edad, grupo social, identidad sexual o etnia, desconozca las formas de prevención y protección frente al VIH/SIDA.

Asimismo, presenta unas matrices de orientación para las intervenciones a lo largo del ciclo de vida (infancia, adolescencia, vida adulta, adultos mayores), con resultados, actividades, estrategias, acciones, indicadores y principales actores responsables (MPPS Direcciones Regionales de Salud, Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, Consejo Nacional de los Derechos de Niños, Niñas, Instituto Nacional de la Mujer, Ministerio del Poder Popular de Educación, ONGs, Comisión Nacional Contra el Uso Ilícito de las Drogas, Alcaldías, Ministerio del Poder Popular para las Relaciones Interiores y Justicia, Ministerio del Poder Popular del Trabajo, Instituto Nacional de Geriátrica, Fiscalía General de la República, Defensoría del Pueblo)

El cumplimiento de las políticas públicas en VIH/Sida de acuerdo al Plan Estratégico y de a la DdC UNGASS 2001, queda reflejado en el informe 2003-2005, presentado durante la Sesión Especial sobre VIH/Sida de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2006., en donde se destaca que sus acciones estuvieron centradas en:

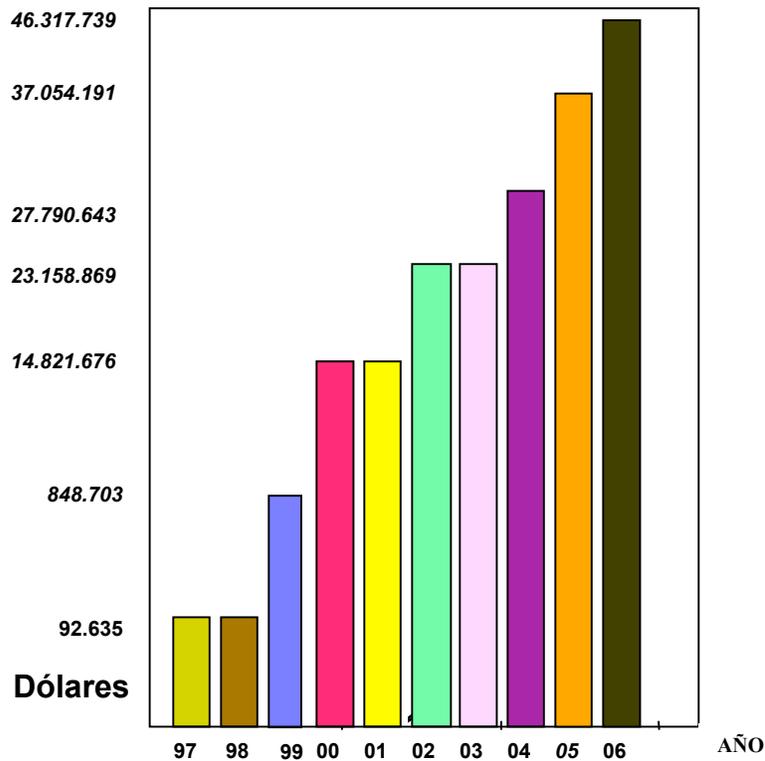
Gestión: Trabajo de transversalización de los Derechos Humanos de las Personas que Viven con VIH/SIDA (PVVs) en las diversas actividades y publicaciones del Programa Nacional de Sida, y la elaboración del Plan Estratégico Nacional VIH/Sida.

Educación y Prevención: Se ha desarrollado a través de proyectos básicos como son los de “Escuelas Promotoras de Salud”, “Participación de la sociedad civil en la prevención del VIH/Sida y la promoción de los derechos humanos de las personas seropositivas, y de proyectos ejecutados por ONG” y la adquisición y distribución de condones en la población general. Además, de actividades educativas esporádicas que realiza el personal del Programa Nacional de Sida.

Vigilancia Epidemiológica: Esta actividad es realizada por el PNS, en cooperación con las Coordinaciones Regionales de Sida e ITS, y la información es centralizada por la Dirección de Epidemiología y Análisis Estratégico del Ministerio de Salud.

Atención: Se ha dirigido a la realización de pruebas de laboratorio para el diagnóstico, control y seguimiento del VIH y las infecciones oportunistas asociadas al Sida y la adquisición de reactivos para dichas pruebas, sin costo alguno para las personas a través del sistema público de salud; la profilaxis y consejería en VIH/Sida para las embarazadas y tratamiento posterior al parto tanto para la madre como para el/la bebé; adquisición y distribución de equipos de bioseguridad; y la adquisición y distribución de medicamentos ARVs para tratar el VIH/SIDA y para las infecciones oportunistas.

En relación con la inversión que ha hecho el PNS, ésta es de alrededor del 0.12% del presupuesto del Ministerio de Salud. Y si bien la asignación presupuestaria ha ido aumentando, tal como se aprecia en el siguiente gráfico, de este ingreso casi el 50% se va en pagar nóminas y personal, y lo que resta, el otro 50% se distribuye básicamente atención, como suministro y tratamiento.



Fuente: www.mpps.gov.ve 2007

Por otra parte, el mismo informe ya referido señala el trabajo en prevención y atención que realizan las ONGs en el área, con financiamiento del Programa Nacional y otras instituciones públicas, agencias de cooperación internacional y particulares, ubicadas mayoritariamente en la Gran Caracas y parte de Occidente (Mérida y Zulia), y muy pocas en el resto del país.

Para el período 2003-2005 el trabajo de las ONGs estuvo dirigido a:

- Formación de jóvenes entre 15 y 24 años como agentes multiplicadores, empleando la metodología de pares
- Suministro de preservativos y material informativo, con población de Hombres que tienen sexo con Hombres (HSH). Tanto en Caracas como en el interior del país existen programas específicos para atender sus necesidades

Igualmente, se registran acuerdos con redes internacionales para la actualización de conocimientos en consejería, y educación para difundir destrezas, que disminuyan el impacto de la epidemia, así como la capacitación de las y los líderes para la organización y participación ciudadana dirigida a la defensa de los derechos humanos.

1.2.2 Política Pública en ARVs

Desde el año 1999, el gobierno venezolano establece como política el acceso universal a tratamientos para los/as venezolanos/as que viven con VIH/SIDA, incluyendo a extranjeros/as residentes en el país. El acceso a tratamientos en Venezuela que se inicia a juicio y criterio médico, e incluye seguimiento clínico, comprende exámenes de carga viral, pruebas CD4 y genotipaje. Esta política pública de acceso universal es asumida luego de que el Tribunal Supremo de Justicia (antes Corte Suprema de Justicia), Cortes de lo Contencioso Administrativo y Tribunales, reconocieran el derecho a la salud, a la vida, entre otros, a grupos de personas peticionarios que viven con VIH/SIDA.

Resultado de los amparos constitucionales¹¹ y la movilización efectuada del sector comunitario, el Estado venezolano quedó obligado a suministrar medicamentos para tratar el VIH/Sida y las infecciones oportunistas, realización de pruebas de laboratorio y atención integral necesaria según prescripción médica. Todo ello con el fin de garantizar la salud, la no discriminación y el acceso de dichas personas a los avances de la ciencia y tecnología. Todos derechos fundamentales contemplados en la Constitución, pactos, y tratados internacionales suscritos por la República Bolivariana de Venezuela.

¹¹ Acciones liderizadas y desarrolladas por ACCSI Acción Ciudadana Contra el Sida y un grupo de PVVs

En la entrevista a la Jefa del PNS, ya referida, ha señalado que en Venezuela “las personas que viven con VIH/Sida, al igual que todas las demás personas, tienen acceso a tratamiento antirretroviral, acceso a pruebas diagnósticas de seguimiento inmunológico y virológico”. Enfatiza: “Tenemos acceso a pruebas de resistencia, acceso a la atención médica con médicos infectólogos, inmunólogos y toda la cobertura que requiere el sistema de salud, inclusive asistencia odontológica”.

Señala igualmente, que para enero de 2006, el costo del tratamiento para las PVVs, es en promedio de 5.600 dólares anuales, lo cual contempla tratamiento ARV, pruebas de seguimiento inmunológico, virológico y la atención médica. Para finales del 2005 unas 15.007 personas recibían tratamiento antirretroviral y se estimaba que para finales del 2006 habría unas 20 a 22 mil personas recibiendo terapia ARV.

Por otra parte, la Dra, Miriam Morales¹² - Consultora del MPPS-, reveló que el número de personas en tratamientos es de 20.971, lo que representa el 18% del total de los afectados.

La distribución nacional de medicamentos se hace a través del PNS y las Coordinaciones Regionales. Sin embargo, recientemente se han creado centros de entrega en algunos hospitales sobre todo en el Área Metropolitana (Hosp. Clínico Universitario de Caracas, El Algodonal, entre otros). La adquisición y suministro de medicamentos antirretrovirales y de reactivos, absorbe casi el total de la partida presupuestaria del Programa Nacional de Sida, que fundamentalmente se da por la demanda creciente de los medicamentos, lo que ha incidido en las estrategias de planificación de las compras y dotación. Comparando porcentajes de asignación a tratamientos, prevención y otros, pareciera que existe un desbalance en la asignación de recursos sobre todo por lo que a prevención, vigilancia epidemiológica y atención se refiere, lo que podría estar afectando la concepción de atención integral, así como la del acceso universal que debería tener un balance coordinado y estratégico entre actividades de prevención y atención¹³. Hasta la fecha no hemos podido obtener información sobre estimados del MPPS y PNS en cuanto a las necesidades presupuestarias de Venezuela para prevención, vigilancia y atención.

En varias oportunidades las ONGs del país, han llamado la atención sobre situaciones de desabastecimiento de ARVs, a través de las quejas de usuarios y usuarias¹⁴, así como de

¹² II Consulta Sobre Acceso Universal, 13/06/2007 -Hotel Ávila. Caracas. Informe de representantes de ACCSI en la consulta.

¹³ AVESA, 2007

¹⁴ ACCSI. Comunicados de prensa 2005, 2006, 2007.

reactivos de Elisa y Western Blot. Sin embargo, el MPPS ha declarado como falsas todas estas aseveraciones¹⁵.

En cuanto a los controles de calidad de todos los medicamentos, éstos se hacen a través del Instituto Nacional de Higiene (INH), que de acuerdo a la Ley de Medicamentos, tiene como norma asignar el registro sanitario, lo que en principio garantizaría que ese producto pasó por los controles de calidad. Sin embargo, el caso de los medicamentos ARV cubanos (2003) sin comprobada eficacia, los genéricos de CIPLA y Ranbaxi (2004) retirados de la lista de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los alertas sobre la contaminación del producto Viracept (2007) (Productos Roche) causó mucha preocupación y dudas entre los y las consumidores/as por la manera como se puedan estar llevando a cabo estos controles de calidad. En todos estos casos ACCSI intentó mecanismos administrativos y judiciales de mediación.

El INH también tiene a su cargo la farmacovigilancia, con el apoyo de la Facultad de Farmacia de la Universidad Central de Venezuela (UCV). La farmacovigilancia comprende una normativa para que los médicos tratantes informen sobre efectos adversos de los productos farmacéuticos; para ello se cuenta con un formato universal donde se registran los efectos adversos de todos los medicamentos. Sin embargo, según la Dra. Matos, jefa el PNS "algunos médicos no reportan los efectos adversos al INH, ni usan la planilla que ya está institucionalizada"¹⁶.

Prevención de la Transmisión Vertical Madre-Hijo

Según Resolución del MSDS (ahora MPPS) No. 292 del año 2000 se acuerda la prevención de la transmisión vertical del VIH Madre-Hijo como política nacional, estableciendo la obligatoriedad de la prueba de anticuerpos contra el VIH a todas las gestantes que concurren al control de embarazo, asimismo el suministro de la medicación ARV para la madre e hijo/hija. Los objetivos específicos establecidos para este programa son:

- Ofrecer a toda embarazada que asista a la consulta prenatal, la realización de la prueba para despistaje y diagnóstico del VIH.
- Capacitar al equipo de salud en el manejo integral de las embarazadas VIH positivas.
- Garantizar terapia antirretroviral según norma oficial de tratamiento.
- Garantizar el suministro de fórmulas lácteas durante los 6 primeros meses de vida a los niños expuestos al VIH.

¹⁵ Ministerio de Salud/MPPS: "La verdad sobre la lucha contra el Vih en Venezuela". Diario Ultimas Noticias, 14-07-2006. Pág. 32

¹⁶ Op.cit.

- Garantizar el material médico quirúrgico de bioseguridad para el personal de salud para la atención del parto o cesárea de las embarazadas seropositivas.
- Garantizar la atención de calidad y calidez, en el parto y puerperio a las embarazadas que viven con Vih.
- Determinar la tasa de transmisión vertical de VIH.
- Conocer la prevalencia del VIH en embarazadas.
- Garantizar las pruebas de seguimiento virológico e inmunológico para recién nacidos hasta los 18 meses de edad y de la madre.

Dos actividades relevantes en esta área fueron: la adaptación para Venezuela del Manual de UNICEF, para Consejeros en Alimentación Infantil y VIH / SIDA, y la construcción conjunta con el Programa de Lactancia Materna de la normativa para Banco de Leche Humana.

En 1997, OMS, UNICEF y ONUSIDA publicaron una Declaración de un Plan de Acción sobre VIH y Alimentación Infantil que toma en cuenta la evidencia científica disponible sobre la transmisión a través de la lactancia materna y que promueve la elección informada sobre métodos de alimentación infantil para madres que viven con VIH. Esta declaración establece la continuación de la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna, la consejería para mujeres con información sobre lactancia materna (riesgos y posibles ventajas asociadas a otros métodos de alimentación infantil), y la importancia de empoderarlas para la toma de decisiones sobre la alimentación de los hijos.

1.3 POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Desde el 2003, Venezuela cuenta con la Norma Oficial del Sistema Sanitario Nacional en materia de Salud Sexual y Reproductiva, que contiene los lineamientos, el reglamento técnico administrativo y el manual de procedimientos para la promoción y el desarrollo de la salud sexual y reproductiva, con la intención de crear una plataforma rectora en el tema. Esta norma es de obligatorio cumplimiento por parte de todas las instituciones públicas y privadas que desarrollan acciones en este ámbito en el país¹⁷.

En Salud Sexual y Reproductiva la República Bolivariana de Venezuela establece como metas sociales, las siguientes:

- No permitir la muerte de niños, niñas y sus madres, por causas prevenibles asociadas a una inadecuada o insuficiente atención al embarazo, parto y posparto;
- No permitir el embarazo en adolescentes como estrategia de sobrevivencia frente a las inequidades sociales;
- No permitir la alta morbilidad por ITS/SIDA asociada a conductas sociales de riesgo;
- No permitir la alta morbilidad por cáncer cérvico-uterino, mama y próstata por insuficiencia de acciones preventivas;
- No permitir la discriminación de las personas y grupos por ignorancia de los derechos sexuales y reproductivos;
- No permitir las inequidades por razones de género;
- No permitir las diversas expresiones de la violencia doméstica, intrafamiliar, explotación comercial y el abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes, adultos/as y ancianos/as;
- No permitir la negación de las necesidades específicas de sexualidad en la infancia y la adolescencia;
- No permitir la deficiente educación sexual reproductora de miedo, tabúes, represiones y negadora de expresiones.

Estos lineamientos contienen:

¹⁷ Gaceta Oficial 37.705

- el marco legal
- la política de calidad de vida y salud del país
- marco conceptual en salud sexual y reproductiva
- aspectos demográficos y principales problemas sociales y de salud pública
- situación de las respuestas institucionales para la atención en SSR
- proyecto de desarrollo de autonomía en SSR.

Este último, se crea con el objetivo de “Garantizar la oferta de servicios y acciones integrales y transectoriales de salud sexual y reproductiva, enmarcados en la promoción de la calidad de vida y salud, a fin de contribuir a asegurar el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, y preservando el desarrollo, la autonomía y empoderamiento, mediante la participación social protagónica y la corresponsabilidad en la gestión en salud” (Pág. 73).

Asimismo, considera cuatro componentes:

- Educación Permanente;
- Información, Educación y Comunicación;
- Fortalecimiento de redes sociales y salud;
- Investigación.

Contiene además las estrategias de abordaje de ciclo vital y proyectos estratégicos, desarrollo de autonomía, empoderamiento, transectorialidad/redes sociales y de salud, fortalecimiento de la Atención Primaria, integralidad, transversalidad de enfoques de género, etnias, pueblos indígenas y territorios y clases sociales

La atención en SSR a través del enfoque de ciclo vital: SSR en la infancia, en la adolescencia, en la adultez y en el/la adulto/a mayor, con 7 áreas interconectadas:

- I Atención en salud ginecológica
- II Atención en salud preconcepcional
- III Atención en salud prenatal y perinatal
- IV Atención en salud sexual y planificación familiar
- V Atención en salud en el climaterio y menopausia
- VI Atención en salud urológica y andropausia
- VII Atención de la violencia doméstica, intrafamiliar y sexual

Si bien existe la Norma en salud sexual y reproductiva, no se conocen datos sobre su implementación en las diversas instituciones de salud. Se destaca más bien, el trabajo en el área de salud sexual y reproductiva a través de tres proyectos fundamentales: Proyecto Madre, Proyecto Vida y Proyecto Delta.

PROYECTO MADRE¹⁸

Proyecto diseñado con el objetivo de disminuir la mortalidad infantil a través del empoderamiento comunitario. Brinda capacitación a las comunidades a través de talleres, que les permitan identificar las “señales de alarma” en el embarazo y la salud infantil, así como la involucración en el proceso de gestación, con miras a prevenir la mortalidad infantil. Entre los objetivos del proyecto se encuentran:

- Formación de los Comités de Salud para hacer seguimiento directo por la misma comunidad a todo niño y niña con menos de 5 años de edad.
- Convertir el parto y el cuidado de los niños y niñas hasta que cumplan 5 años, en un hecho social que garantice su salud y calidad de vida por parte del estado y la sociedad.
- Incluir en el esquema básico de vacunación de rotavirus la vacuna que previene la diarrea en niños de 2 a 3 meses de edad.
- Fortalecer las áreas de atención obstétrica y neonatal de todo el país a través del convenio Argentina- Venezuela y Barrio Adentro I, II y III.
- Impulsar un Plan Integral de prevención del embarazo en adolescentes, que incluya una planificación familiar adecuada que permita a mujeres y hombres ejercer sus derechos sexuales y reproductivos sin riesgo.

Actualmente, el Proyecto de Desarrollo de Autonomía en Salud Sexual y Reproductiva, está desarrollando el Programa de Lactancia Materna que tiene como fin promocionar la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad.

Asimismo, se están creando los Bancos de Leche Materna con la debida capacitación de su personal. Hay tres bancos de leche materna que ya están funcionando. Además de eso, se asegura dentro del Programa Nacional de ITS/SIDA la provisión de leche humana a los hijos e hijas de madres seropositivas.

De la población beneficiada por este proyecto, el 55% corresponde a mujeres de los sectores de menos recursos económicos, con la intención de impactar positivamente en la mejora de la calidad de vida de estas mujeres y sus familias.

¹⁸ República Bolivariana de Venezuela. Instituto Nacional de la Mujer. Aplicación de la Plataforma de Acción de Beijing (1995) Políticas para el Adelanto de la Mujer. Logros y Limitaciones. Caracas, Venezuela Junio, 2004.

Desde la Misión Barrio Adentro se ejecutan el Proyecto Vida y el Proyecto Delta: el primero está dirigido a las 16 Entidades federales, ejecutado en 26 Municipios priorizados por las altas cifras de muertes maternas. Su propósito es reducir las muertes maternas e infantiles con una estrategia para mejorar la calidad de la atención y cobertura de la atención prenatal y perinatal, en el lapso de un año, para ello se han invertido 35 millones de Bolívares (tipo de cambio oficial 2,15 bolívares por dólar americano). Por su parte, el Proyecto Delta está dirigido a 10 comunidades indígenas de Delta Amacuro, quienes viven en una situación de “máxima exclusión social y vulnerabilidad”. Es un Programa de Atención Integral que hace énfasis en acciones de prevención y control de la mortalidad materno infantil.

1.4. ESTADÍSTICAS BÁSICAS SOBRE EL VIH/SIDA Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

1.4.1 CIFRAS POBLACIONALES Y SOCIOECONOMICAS BASICAS

a) Población: El Instituto Nacional de Estadística (INE)¹⁹ estima una población de 27.483.208 habitantes para 2007. Sin embargo otros documentos reflejan variaciones dentro de los 27 millones o por debajo de esta cifra. Por ejemplo el perfil de país del Informe sobre la Epidemia Mundial de SIDA del 2006, señala 26.749.000 habitantes para el 2006.

b) Población total, por sexo, 2003-2007: en Venezuela es mínima la diferencia en la cantidad de hombres y mujeres, siendo ligeramente mayor la cantidad del sexo masculino, como puede apreciarse en los siguientes cuadros.

Población total por sexo 2003-2007, censo 2001

Año	Total	Hombres	Mujeres
2003	25.673.550	12.901.999	12.771.551
2004	26.127.351	13.125.804	13.001.547
2005	26.577.423	13.347.732	13.229.691
2006	27.030.656	13.570.418	13.460.238
2007	27.483.208	13.792.761	13.690.447

Fuente. INE 2001

Población total, por área y sexo, según grupo de edad, censo 2001

Grupo de edad	Total			Área Urbana			Área Rural		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Total	23.054.210	11.402.869	11.651.341	20.381.757	9.953.574	10.428.183	2.672.453	1.449.295	1.223.158
0 – 4	2.470.081	1.266.429	1.203.652	2.114.708	1.084.080	1.030.628	355.373	182.349	173.024
5 – 9	2.651.257	1.352.926	1.298.331	2.283.934	1.163.848	1.120.086	367.323	189.078	178.245
10 – 14	2.513.224	1.269.705	1.243.519	2.193.114	1.102.048	1.091.066	320.110	167.657	152.453
15 – 19	2.300.721	1.154.745	1.145.976	2.036.324	1.007.927	1.028.397	264.397	146.818	117.579

¹⁹ www.ine.gov.ve

ACCSI AVESA

19										
20 24	-	2.170.254	1.072.826	1.097.428	1.941.509	946.028	995.481	228.745	126.798	101.947
25 29	-	1.876.568	918.063	958.505	1.678.175	809.490	868.685	198.393	108.573	89.820
30 34	-	1.752.525	857.675	894.850	1.576.344	760.521	815.823	176.181	97.154	79.027
35 39	-	1.584.465	768.107	816.358	1.429.300	681.979	747.321	155.165	86.128	69.037
40 44	-	1.421.374	691.549	729.825	1.286.827	615.157	671.670	134.547	76.392	58.155
45 49	-	1.154.097	561.907	592.190	1.045.071	499.771	545.300	109.026	62.136	46.890
50 54	-	920.953	449.661	471.292	828.743	396.968	431.775	92.210	52.693	39.517
60 64	-	500.525	238.627	261.898	439.251	203.550	235.701	61.274	35.077	26.197
65 69	-	381.497	177.284	204.213	332.905	149.483	183.422	48.592	27.801	20.791
70 74	-	302.777	139.265	163.512	264.650	117.582	147.068	38.127	21.683	16.444
75 79	-	205.844	92.800	113.044	180.151	78.154	101.997	25.693	14.646	11.047
80 84	-	123.791	52.273	71.518	108.357	43.852	64.505	15.434	8.421	7.013
90 94	-	30.170	11.962	18.208	26.564	10.149	16.415	3.606	1.813	1.793
95 y Más		11.258	4.344	6.914	9.676	3.592	6.084	1.582	752	830

c) % analfabetas

El Informe de Desarrollo Humano del PNUD del año 2004²⁰, da los siguientes indicadores de alfabetización y analfabetismo en adultos hasta el 2002, para Venezuela

	2002	2001	2000	1999	1998	1997
Tasa de alfabetización en adultos. (Índice)	93,1	92,8	92,6	92,3	92,0	92,0
	(0,86)	(0,84)	(0,83)	(0,83)	(0,84)	(0,84)
Tasa de analfabetismo en adultos mayores de 15 años.	6,9	7,2	7,4	7,7	8,0	8,0

²⁰ www.aporrea.org/actualidad

d) % bajo la línea de pobreza²¹

Año	Nº hogares No Pobres	% hogares No Pobres	Nº Hogares Pobres	% Hogares Pobres	% Pobreza Extrema	% Pobreza no Extrema
2003	2.553.570	46	2.985.332	54	928146	16,58

Incidencia Línea de la Pobreza	
Semestre	% total de hogares
2do-2006	30,6

e) **Tasa de desempleo:** Según datos del INE (2001) la tasa de desempleo para el 2004 era de 14,4 %.

1.4.2 CIFRAS SOBRE EL VIH/SIDA LA EPIDEMIA Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El Informe “Situación del VIH/Sida en Venezuela”, publicado por el PNS/MPPS en el 2005²², señala que en Venezuela, hasta el año 1998, la prevalencia estimada de infección por VIH era de 8.047 casos; sin embargo esta cifra contrastaba con el prácticamente inexistente registro de incidencia; por ejemplo durante el año 1997 sólo fueron notificados 3 casos, lo que evidencia un importante subregistro.

Adicionalmente muestra información sobre cómo se comporta la epidemia en Venezuela, señalando que en cuanto a sexo, el grupo más afectado son los Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) correspondiendo aproximadamente al 70% de los casos notificados, aunque progresivamente aumentan los casos de hombres heterosexuales y los casos de mujeres.

Señala también que en el 2001, se estima que en Venezuela existen 62.000 casos, cifra que contrasta con los datos que reporta para el 2000 de un total de 10.571 casos de personas que viven con VIH/Sida (7.014 casos son VIH y 5.849 defunciones); mientras que para el 2002

²¹ INE. Boletín compendio de Información Social. Escuela de Gerencia Social. 2004

²² Informe de la Situación del VIH/Sida en Venezuela. Programa Nacional de Sida. Ministerio de Salud. República Bolivariana de Venezuela. 2005 (pág 1)

señalaba un total de 13.527 casos (12.103 hombres y 1.388 a mujeres)²³. Y para el 2006²⁴ estima que existen en el país unas 110.000 personas que viven con el VIH.

De acuerdo a los datos del Informe de la República Bolivariana de Venezuela para el periodo 2003-2005 sobre la Declaración de Compromiso en VIH/SIDA (UNGASS 2006), las mujeres representan a partir del 2003, apenas el 8% del total de usuarios/as atendidos/as por las ONGs con servicios en VIH/Sida en el ámbito nacional.

Por su parte, ONUSIDA²⁵, destaca una serie de dificultades que existen en Venezuela para la recolección de la data epidemiológica: atraso de información de tres años con respecto a los datos; estigma y discriminación social hacia las personas que viven con VIH/Sida (PVVs); violaciones a la confidencialidad en la información en los centros públicos y privados; poca personal capacitado; dificultad en la búsqueda activa y registro de datos; poca confianza de parte de los afectados en los servicios; insuficiente seguimiento de los casos en los bancos de sangre, y falta de sistematización de la data.

Es necesario destacar que para este año 2006 el MPPS, brinda declaraciones en las que señala que “Son falsas las cifras que maneja ONUSIDA a nivel nacional e internacional sobre la situación del VIH/Sida en nuestro país, ya que manifiestan la existencia de una epidemia generalizada cuando realmente está concentrada en hombres, especialmente en hombres que tienen sexo con hombres; reconocemos que ha habido un aumento en la incidencia en el grupo de mujeres. Señalan también -refiriéndose a ONUSIDA- que cubrimos el 4% de las mujeres embarazadas que viven con VIH, cuando la realidad es que atendemos a todas las diagnosticadas e incluimos la entrega de fórmula láctea durante el primer año de vida del bebé como forma preventiva”²⁶

Durante la II Consulta de Acceso Universal ya señalada, la Dra. Miriam Morales, refiriéndose a la nueva epidemiología nacional, dijo tener hallazgos que certifican que para 2004 los casos de mujeres con VIH/Sida habían aumentado a un 30%. La edad más frecuente de infección está entre los 15 y 25 años de edad y la mayoría de los casos reportados se concentran en la zona central del país. Existen, igualmente, evidencias de que las mujeres se infectan en edades más jóvenes que los hombres y que el estado que notifica mayor número de casos en mujeres es Delta Amacuro.

²³ Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Plan Estratégico Nacional VIH/SIDA. Un enfoque para la Salud y calidad de Vida.2003 (pág 21)

²⁴ Perfil País de Venezuela mostrado en el Informe sobre la Epidemia Mundial de Sida. ONUSIDA, 2006

²⁵ ONUSIDA: Informe “El VIH/Sida en Venezuela: Análisis de Situación y Recomendaciones”, 1998

²⁶ Op.cit.

a) Valores de incidencia y predominio de VIH/SIDA por edad y sexo

En el Informe del PNS para el año 2004, se indica que se han registrado hasta ese año 50.000 casos. Para el 2007 no se cuenta con datos oficiales, se conoce que en la II Consulta Nacional hay una estimación de 104.859 casos.

Para el año 2003 se estimaron 29.960 mujeres con VIH con un mínimo de 22.320 y máximo de 42.040. En el año 2004 se estimaron 33.200 mujeres representando un 29,03% del total y la tendencia indica un crecimiento hasta 39,05% para el año 2015 donde se proyectan 172.420 infectados en ambos sexos²⁷

Por su parte el informe del PNS del 2004, ya referido, señala que la incidencia de VIH /Sida según sexo es de 34.931 hombres y 14.698 mujeres, tal como se muestra en el siguiente cuadro.

Incidencia Anual del VIH/SIDA según Sexo, Venezuela período 1997 – 2004

Años	Masculinos	Tasa	Femeninos	Tasa	Total	Tasa
1997	329	2.84	55	0.48	384	1.67
1998	257	2.18	43	0.37	300	1.28
1999	54	0.45	11	0.09	65	0.27
2000	15472	126.51	6496	53.77	21968	90.36
2001	9115	73.19	3934	31.95	13049	52.69
2002	4014	31.66	1644	13.11	5658	22.43
2003	2545	19.73	1107	8.67	3652	14.22
2004	3145	23.96	1408	10.83	4553	17.42
Total	34.931	282.99	14698	120.48	49629	230.20

En el Perfil país se estima una tasa de prevalencia del VIH h de 0.7 en adultos de 15 a 49 años, y 31.000 mujeres que viven con el Vih.

b) Cobertura de uso de ARV por sexo

No se obtuvo información sobre la cobertura de uso de ARVs por sexo, pues no se cuenta con data desagregada de adultos por esta categoría. El cuadro que se muestra a continuación, corresponde a los datos de los pacientes atendidos en el año 2006 por el Ministerio del Poder Popular para la Salud y el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, desagregados en adultos y niños por Estado.

Estado	MSDS		IVSS
	Adultos	Niños	
Aragua	1015	18	104
Amazonas	36	04	-

²⁷ Salas Maronsky, Hans y José Miguel Campos. 2003-2004

ACCSI AVESA

Anzoátegui	755	34	33
Apure	102	0	-
Barinas	156	02	-
Bolívar	1061	36	55
Carabobo	1334	56	385
Cojedes	38	02	-
Delta Amacuro	14	03	-
Distrito Capital	5.164	227	1660
Falcón	252	11	35
Guárico	252	10	-
Lara	489	21	179
Mérida	435	08	-
Miranda	302	0	-
Monagas	509	18	09
Nueva Esparta	374	12	70
Portuguesa	206	25	-
Sucre	330	15	-
Táchira	551	11	101
Trujillo	198	16	-
Yaracuy	133	03	-
Zulia	1786	100	155
TOTAL	15492	632	2786

Fuente: Programa Nacional de VIH/SIDA del Ministerio del Poder Popular para la Salud.

Adicionalmente, se obtuvo información de que existen 2500 los niños, niñas y adolescentes que viven con VIH, de los cuales 448 reciben tratamiento antirretroviral²⁸. Y para el 2006 existían 632 niños/niñas viviendo con VIH y recibían tratamiento antirretroviral, según información de Programa Nacional en reunión con representantes del sector comunitario en enero 2007.

c) Valores de incidencia y predominio de otras ITS y de la sífilis congénita

Según el Informe Sombra²⁹, para el año 2000 se registraron 36.969 casos de infecciones de transmisión sexual.

d) Tasa de mortalidad por VIH/SIDA, por sexo

No se obtuvo información desagregada por sexo. En la ya citada II Consulta sobre Acceso Universal, la Dra. Miriam Morales afirmó que, según sus investigaciones, la tasa de mortalidad/letalidad comenzó a descender a partir del año 2000, lo que coincide con la entrada a gran escala del acceso público de los tratamientos ARVs. En Informe de PNS del año 2004 se indica que se registraron 6.372 Defunciones por Sida, desagregadas por Estado, como se muestra en el siguiente cuadro.

²⁸ Ana Lucía D Emilio citada en Lorena Pineda “Estiman que hay 2500 chamos con VIH/Sida en Venezuela”. Diario Últimas Noticias. 11-11-05. PG.8. En Informe PROVEA 2005-2006.

²⁹ Informe Sombra sobre Venezuela que se presenta al Comité de Seguimiento de la Aplicación de la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer CEDAW Caracas 2005. Página 61.

Defunciones por estado

Estados	Defunciones	Tasa
Amazonas	6	6.29
Anzoátegui	139	13.27
Apure	130	38.41
Aragua	559	42.89
Barinas	61	11.79
Bolívar	198	18.15
Carabobo	493	29.04
Cojedes	12	5.54
Delta Amacuro	7	6.73
Distrito Federal	2027	100.72
Vargas	10	3.25
Falcón	102	14.77
Guárico	84	14.88
Lara	184	13.31
Mérida	111	16.98
Miranda	387	17.76
Monagas	109	18.77
Nueva. Esparta	98	30.87
Portuguesa	90	13.59
Sucre	163	21.42
Táchira	204	22.35
Trujillo	90	16.05
Yaracuy	80	18.00
Zulia	1028	38.04
Totales	6.372	

e) Tasa de mortalidad materna

Para el año 2004, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Venezuela experimentó una tasa de Mortalidad Materna de 59,9 fallecimientos maternos por cada 100.000 nacidos vivos registrados³⁰.

f) Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino

Para el 2003, es la primera causa de muerte en la mujer venezolana. La Sociedad Anticancerosa³¹ refiere 3.557 casos. Indica además que diariamente hay 10 nuevos casos y 4

³⁰ www.paho.org

defunciones. Registra 1540 muertes (1.059 entre 15 y 64 años de edad), indicando que de cada 244 mujeres a quienes se les detecta cáncer por cuello uterino, 100 fallecen. La tasa de mortalidad en el 2003 experimentó un aumento del 2%, con respecto al 2002 y la variación de la tasa desde 1998 hasta 2003 fue de 4%.

g) Predominio del uso del condón

No se obtuvieron datos generales sobre este punto. Es importante, sin embargo, referir la encuesta de COMSALUD en el 2005³², en una muestra representativa de 400 hombres, entre 18 y 55 años, pertenecientes a diferentes estratos socioeconómicos del área metropolitana de Caracas, donde destaca que:

- El condón es el método de protección más usado por los hombres (70%)
- Casi la totalidad de los hombres encuestados ha usado condón alguna vez, porcentaje que es mayor entre los más jóvenes. Sin embargo, un 10 % nunca lo ha utilizado, porcentaje que aumenta en los mayores de 35 años
- Sólo uno de cada cuatro hombres fue constante en la utilización del condón en las tres últimas relaciones sexuales
- La mitad de quienes se protegieron la última vez que hicieron sexo oral, lo hicieron usando condón
- Seis de cada diez hombres que han realizado sexo anal no utilizaron condón la última vez

h) Predominio del uso de anticoncepción por clase de método

No se obtuvieron datos sobre este punto.

i) Tasa global de fecundidad

El Informe Sombra antes citado, indica la información obtenida del Informe Panorama de Venezuela de UNICEF, en cuanto a que la tasa de fecundidad para el 2003 era de 2,7 %.

j) Tasa de mortalidad infantil

A partir de 2002-2003 disminuye la tasa de mortalidad Infantil a 17,30 por cada 1.000 nacidos vivos³³. Para el 2004 disminuye a 17,5³⁴; y por estados la tasa de mortalidad infantil se redujo así: Lara (46,17%), Aragua (25%), Apure (36%), Carabobo (19%), Nueva Esparta (12%), a menos del

³¹ www.sociedadanticancerosa.org/2006

³² Barrios, L.: Uso del condón en población masculina adulta en Caracas.U.C.V. Comsalud, a.c. 2005. Mimeográfico

³³ CECODAP, 2002-2003

³⁴ PROVEA: Informe 2005-2006

10% en Mérida y Miranda. Aumentó en los estados Portuguesa (55%), Cojedes (30%), Vargas (9%), Guárico (7%), Barinas (5%), Yaracuy (20), Monagas (10%), Distrito Capital (14%)³⁵.

k) Tasa de transmisión vertical del VIH

El Informe del PNS del 2004, muestra la Incidencia de mujeres embarazadas seropositivas, de acuerdo al siguiente cuadro:

Año	Nº Embarazadas Seropositivas
2001	261
2002	138
2003	110
2004	146

Adicionalmente, se obtuvieron datos sobre la transmisión vertical del VIH, y sobre las características de la transmisión perinatal del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en la región zuliana, y de embarazadas que son atendidas en el Hospital Clínico Universitario de Caracas.

Edad materna ³⁶

Edad en años	Nº de pacientes	Porcentaje
15-20	12	30,0
21-25	15	37,5
26-30	9	22,5
31-35	3	7,5
36-40	1	2,5
Total	40	

Mínima 16 años, Máxima 37 años, Promedio 24,82 años

En cuanto a las Infección por VIH en 82 embarazos atendidos en el Hospital Universitario de Caracas, tenemos que según edad y profesión (HUC Enero 1999 - Diciembre 2004 Caracas-Venezuela)³⁷:

Rango de edad (años)	Frecuencia	Porcentaje
15-19	12	14.6 %
20-24	30	36.6%
25-29	22	26.8%

³⁵ Marino González R.: “La mortalidad infantil y la descentralización”. Últimas Noticias Diciembre 2006, pág. 8

³⁶ Villalobos, N. Revista de Obstetricia y Ginecología Venezuela- 2002, en Presentación Dra. Ana Carvajal Servicio de Infectología. HUC Caracas-Venezuela.

³⁷ Carvajal A., Morillo M., López M y otros. Congreso API. Caracas 2005.

ACCSI AVESA

30-34	9	11.0%
35-39	5	6.1%
Total	82	100%

De la Profilaxis antirretroviral en 80 embarazadas. Infectadas con en el VIH, se obtuvieron las siguientes características generales (HUC- Enero 1999 – Diciembre 2004)

- **Edad:** 20 – 29 años: 52(63 %) **Promedio:** 23.91 años
- El diagnóstico de infección de VIH se realizó durante el embarazo en: 52 casos (63.4%)

Profesión

- Amas de casa: 57 (69.5%)
- Estudiantes: 4 (4.9%)
- Profesionales y obreras: 3 (3.7%) cada una,
- Trabajadora sexual no carnetizada (1%)
- No especificados 15 (18.3%)

Por otra parte, en el Perfil País de Venezuela mostrado en el Informe sobre la Epidemia Mundial de Sida del año 2006 de ONUSIDA, se estima que el 4,2 % de mujeres embarazadas reciben tratamiento ARV.

l) % partos asistidos en hospital

No se obtuvieron datos cuantitativos sobre este punto.

m) % partos en menores de 14 años y entre 15 y 18 años

Según lo informa CECODAP³⁸, el 20,37% de los nacidos vivos son hijos de adolescentes (15 a 19 años). Más de 100 mil nacimientos al año.

n) Edad de inicio de las relaciones sexuales, discriminadas por sexo

No se obtuvieron datos posteriores a 1998. La edad modal de iniciación sexual es de 15 años para ambos sexos.

o) Valores sobre la incidencia de ITS producto de abuso sexual, violencia contra las mujeres y explotación sexual

De enero a junio de 2005 se reportaron 1.694 casos de violencia contra la mujer. Se muestra el total del tipo de violencia³⁹, y no se tienen datos de la incidencia de las ITS producto de Violencia sexual contra las mujeres.

³⁸ Informe 2002-2003

³⁹ Aportes de INAMUJER a Provea, op.cit.

Tipo de Violencia	TOTAL	PORCENTAJE
Violencia Intrafamiliar	1561,35	92,17
Violencia Extrafamiliar	123,66	7,3
Violencia Psicológica	1694	100
Violencia Física	1309,46	77,3
Violencia Sexual	132,13	7,8
Violencia Patrimonial	220	13

p) Valores sobre la distribución gratuita de los métodos anticonceptivos excluyendo los condones

No se obtuvieron datos cuantitativos sobre este punto.

q) Valores sobre el acceso a los ARVs y anticoncepción de emergencia en aquellos casos de violación

No se obtuvieron datos cuantitativos sobre este punto.

r) Tasa de mortalidad infantil por sida

No se obtuvieron datos cuantitativos sobre este punto.

SECCIÓN II METAS UNGASS

2.1. LIDERAZGO DE LOS GOBIERNOS RESPECTO A LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA

Meta 37. *“Para 2003, asegurar el establecimiento y la ejecución de estrategias y planes de financiamiento nacionales multisectoriales para luchar contra el VIH/SIDA que se refieran a la epidemia en términos directos; hagan frente al estigma, el silencio y a la negación de la realidad; tengan en cuenta las dimensiones de género y de edad de la epidemia; eliminen la discriminación y la marginación; implica la colaboración con la sociedad civil y el sector empresarial y la plena participación de las personas que viven con VIH/SIDA, las que pertenezcan a grupos vulnerables y las que se encuentren más expuestas, especialmente las mujeres y los jóvenes”.*

Los indicadores considerados para esta meta fueron:

- Participación efectiva de representantes de mujeres y jóvenes con VIH/Sida en los programas de VIH/Sida, incluso en los espacios de toma de decisión y en las acciones de monitoreo de UNGASS.
- Participación de grupos de mujeres beneficiarias en el diseño, implementación y evaluación de programas dirigidos a ellas.
- Participación sector empresarial en planes de financiamiento para luchar contra el VIH/Sida.

Venezuela, por lo que se refiere a prevención, asistencia, tratamiento e investigación en VIH/SIDA se caracteriza por una intervención clara y directa del Estado, concentrada en el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), específicamente en el Programa Nacional de ITS/SIDA (PNS). El MPP/PNS y PNSSR son los entes rectores de las políticas públicas en VIH/Sida y Salud Sexual y Reproductiva respectivamente. Esta concentración y la predominante mirada de salud pública que se le ha dado al problema han impedido el trabajo inter-ministerial e intersectorial. Algunos programas como el de las Escuelas Bolivarianas y Día Nacional Escolar del VIH/SIDA (28 de mayo) han permitido un trabajo interministerial con el Ministerio del Poder Popular para la Educación.

El sector comunitario con trabajo en VIH/Sida, está representado por un conjunto de asociaciones civiles sin fines de lucro, fundaciones y redes de personas que viven con VIH/Sida, y tiene presencia organizada en la ejecución de estrategias, especialmente de prevención, apoyo emocional, grupos de apoyo, derechos humanos y servicios de orientación. Según datos aportados por la Dra. Daisy Matos, en la entrevista ya señalada, existen unas 80 organizaciones no gubernamentales en Venezuela que trabajan en el área de VIH.

Las Personas que Viven con VIH/Sida (PVVs) se han organizado, conformando la Red Venezolana de Gente Positiva (RVG+) con visibilidad pública y con más de 100 personas afiliadas de todo el país. Ejecuta acciones concretas de veeduría en el acceso a tratamiento y violación de derechos humanos. Esta Red agrupa a hombres, mujeres, y entre ellos jóvenes, pero son los hombres quienes lideran el trabajo en el tema y la manera de participar. Es apenas en el III Encuentro de Personas con VIH, realizado en San Felipe, Yaracuy, en el año 2006, cuando las mujeres asumen posiciones de mayor liderazgo⁴⁰.

En cuanto a la participación de las mujeres y las jóvenes, éstas no participan en el diseño de los programas de los entes oficiales encargados de estas políticas, y mucho menos existe una comisión formalmente establecida para la interacción entre estos y el PNS. El Programa Nacional de Sida elabora sus planes operativos de manera interna y sólo informa a las organizaciones no gubernamentales de esta elaboración, y a veces incluyen algunas de sus sugerencias en la ejecución de los planes⁴¹.

No existen por tanto espacios de toma de decisión de las mujeres y jóvenes en los programas desarrollados en el tema. La participación de las mujeres y las jóvenes en las acciones de monitoreo de UNGASS ha sido escasa y fundamentalmente como usuarias/os de programas.

La primera organización de mujeres seropositivas creada en Venezuela en el año 1998, fue Asociación de Mujeres Activistas Seropositivas (AMAS+), que realizó el primer encuentro de mujeres que viven con VIH a nivel nacional y con participación de invitadas latinoamericanas. Igualmente, participó como Delegación Oficial de Venezuela en la Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas (2001). Esta organización desaparece y de ella surge el liderazgo femenino que lleva a la creación de dos ONGs actuales integradas sólo por mujeres: MUSAS y Mujeres en Positivo por Venezuela

Estas organizaciones tienen debilidades a la hora de motivar y lograr la activa participación de las mujeres dentro de la propia organización, lo cual ha generado dificultades de estructura, organización y constancia en el tiempo. Hoy, una de esas organizaciones funciona proporcionando estrategias de información y orientación a las mujeres seropositivas en la maternidad más importante del país. Sus usuarias han tenido un mayor interés en solicitar información y orientación para adaptarse a la nueva condición de vivir con el virus, más que en participar activamente para generar otras acciones de diseño, implementación y evaluación de programas dirigidos a ellas⁴².

⁴⁰ Información suministrada por el Secretario de la RVG+ en julio de 2007

⁴¹ Op.cit

⁴² Información suministrada por la Presidenta de la ONG Mujeres en positivo por Venezuela en febrero de 2007

Por otra parte, ha sido recientemente cuando el movimiento de mujeres del país comienza a conocer la dinámica del VIH y a incorporar el tema dentro de sus organizaciones. Desde hace unos 3 años aproximadamente, el Instituto Nacional de la Mujer (INAMUJER) desarrolla actividades de capacitación, para sensibilizar a las mujeres de los Puntos de Encuentro (grupos de mujeres organizadas del país, adscritas a este instituto) en el tema de la vulnerabilidad de la mujer ante el VIH/Sida. Asimismo, han formado a las mujeres que viven con VIH como defensoras de los derechos, con énfasis en prevención de violencia, a través de proyecto conjunto entre este instituto, el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), ONUSIDA y Fondo de Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM)⁴³

Por otra parte, Organizaciones no Gubernamentales, como Comunicación y Salud (COMSALUD) y AVESA han trabajado, la primera en capacitación a organizaciones de mujeres en el tema de VIH y otras ITS⁴⁴, y la segunda en investigación para relacionar la violencia contra las mujeres y el VIH⁴⁵.

De la información obtenida, de las organizaciones Mujeres en Positivo por Venezuela, Sociedad Wills Wilde y ACCSI para este informe, la participación del sector empresarial es prácticamente inexistente, y quienes más intervienen son las del sector farmacéutico, que se limita a financiar proyectos tanto para la ejecución de actividades de capacitación como de reproducción de material. La participación del sector farmacéutico ocurre bien por petición de las organizaciones no gubernamentales, o enmarcada dentro de sus estrategias de mercadeo de productos, por lo que puede decirse que no se corresponde a ninguna estrategia política de participación. Por otra parte, otras empresas acuden a las ONGs para solicitar sus servicios en sensibilización, capacitación, información para su personal, mostrando interés en el tema. La iniciativa en el 2002 de conformar un Consejo Empresarial en VIH/SIDA promovida por ONGs, VENAMCHAM y ONUSIDA no dio los frutos esperados. Hasta la presente fecha no se conoce del pronunciamiento sobre la problemática del VIH de alguna cámara de industriales del país, ni siquiera en los aspectos relacionados al impacto en la productividad.

⁴³ INAMUJER en el Taller Regional para Intercambiar Buenas prácticas de organizaciones que trabajan en el vínculo entre VIH/SIDA y la violencia contra la mujer, organizado por UNIFEM Región Andina y realizado en marzo 2007 en Ecuador

⁴⁴ COMSALUD, Informe final del Proyecto Fortalecimiento de la mujer ante la lucha contra el Vih/Sida y otras ITS: Incorporación del componente de VIH/SIDA y VPH a programas de atención dirigidos a mujeres en la región centro occidental de Venezuela. 2005

⁴⁵ AVESA Op.cit.

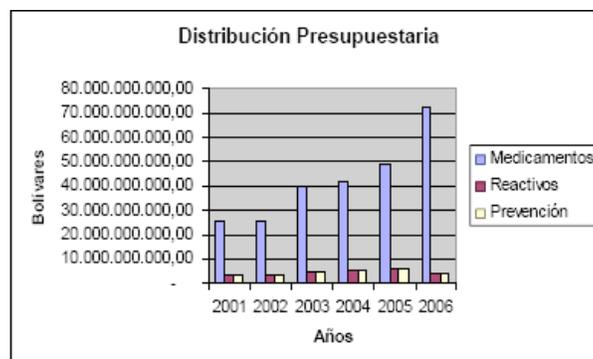
2.2. PREVENCIÓN

Meta 52. *“Para 2005, asegurar-se de que haya en todos los países, en particular en los más afectados, una amplia gama de programas de prevención donde se tengan en cuenta las circunstancias, las normas éticas y los valores culturales locales, que incluyan actividades de información y comunicación en los idiomas que mejor comprendan las comunidades y respeten sus culturas, con el objeto de reducir las conductas de riesgo y promover una conducta sexual responsable, incluidas la abstinencia y la fidelidad; mayor acceso a artículos esenciales como preservativos masculinos y femeninos, y equipo esterilizado para inyecciones; actividades para la reducción de los daños causados por el consumo de drogas; mayor acceso a servicios de apoyo psicológico y de detección voluntarios y confidenciales; suministro de sangre no contaminada y tratamiento temprano y eficaz de las infecciones de transmisión sexual”*

Los indicadores fueron

- Alcance, adecuación y efectividad de programas educativos de prevención para mujeres y jóvenes.
- Disponibilidad de condones femeninos y masculinos en los servicios de salud, escuelas y asociaciones.
- Facilidad de obtención y orientación para el uso de los mismos por las jóvenes.

Antes de evaluar el alcance, adecuación y efectividad de los programas educativos de prevención para mujeres y jóvenes, es necesario destacar que en Venezuela no se conocen estimados sobre los costos nacionales para prevención, ni los criterios por los cuales se establecen los presupuestos para el área. Por tanto, es prácticamente imposible determinar si lo que actualmente se invierte es acorde con las necesidades del país. Si comparamos el gasto en prevención y el de tratamientos ARVs notaremos un aparente desequilibrio, que quizá obedece a que el presupuesto de medicamentos se construye con la demanda y con unos costos específicos de los ARVs. La asignación presupuestaria para las actividades de prevención, es mucho menor si se lo compara con el de medicamentos. Lo expresado se aprecia en el siguiente Gráfico sobre Distribución Presupuestaria del Programa Nacional de Sida presentada en el Informe del Gobierno de la República Bolivariana de Venezuela periodo 2003–2005 sobre la Declaración de Compromiso del UNGASS.



Se hace necesario destacar, que para el año 2005 el PNS⁴⁶ aprobó un total de 35 proyectos en diversas áreas a ser desarrollados por las organizaciones comunitarias, de los cuales sólo 5 de ellos, que representa el 14%, estuvo dirigido a mujeres. Un 43% de estos recursos estuvo dirigido a trabajar con niños, niñas y adolescentes en diversas áreas de prevención.

Para el periodo 2006 – 2007 el PNS aprobó para financiamiento 73 proyectos del sector comunitario en el ámbito nacional, de estos, según las informaciones del PNS 8 están dirigidos exclusivamente a mujeres, que representa el 10,9 % del total de proyectos aprobados, desatancando que ninguno está clasificado por el PNS como de Salud Sexual y Reproductiva, lo que muestra un descenso en la aprobación y asignación de proyectos en comparación con el 2005. Por lo que se refiere a niños, niñas y adolescentes el número de proyectos aprobados es de 24, representando el 32,8% del total, y mostrando igualmente un descenso. Asimismo, el PNS clasificó y aprobó como proyectos en SSR 8, lo que representa apenas el 10,9%. Por lo que se refiere a trabajo sexual se aprobaron 3, relacionados a prevención y capacitación. La clasificación del PNS indica además, proyectos aprobados para trabajo con: privados de libertad, indígenas, HSH, universitarios, PVVs y comunidad⁴⁷.

Podría valorarse como positivo el hecho de aumentar el número de proyectos, cobertura geográfica y grupo poblacional. Sin embargo, llama la atención el desbalance que se observa en cuanto a lo asignado para el trabajo con poblaciones vulnerables de acuerdo a la data epidemiológica anteriormente referida, como son: mujeres adultas, HSH y jóvenes.

El Programa Nacional de Sida, en este mismo informe UNGASS de Gobierno de 2005, señala haber realizado acciones estratégicas con el Ministerio de Educación para desarrollar programas

⁴⁶ Programa Nacional de SIDA e ITS (2005): Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/Sida- UNGASS 2001. Informe del Gobierno de la República Bolivariana de Venezuela, Período 2003 – 2005 Ministerio de Salud

⁴⁷ Documento del PNS enviado por AMBAR a ACCSI en febrero 2007

y proyectos de capacitación para docentes, alumnos y comunidad educativa en el tema de VIH. Destaca las siguientes:

- 2000-2003: Proyecto de prevención de VIH /Sida y embarazo, en escuelas bolivarianas
- 2004: Programa Nacional de Escuelas Promotoras de Salud, dirigidas a todos los niveles y modalidades del sistema educativo
- 2003: Acciones conjuntas con el Ministerio de Educación Superior para formar Jóvenes Promotores de Salud, proyecto en el que participaron la Universidad Bolivariana de Venezuela, la Universidad Central de Venezuela y la Universidad Marítima del Caribe.
- 2005: el Programa Nacional de Sida adelantó convenios de educación y formación de Preventores y Consejeros en VIH /SIDA, con distintas organizaciones comunitarias de base, en la Parroquia Sucre de Caracas, instituciones y empresas del Estado y empresas privadas.
- 2005: el Programa Nacional de Sida ofrece apoyo a las ONGs que soliciten el Taller de Agentes Multiplicadores para la Prevención del VIH /SIDA y Prevención del embarazo adolescente.
- 2005: El Programa Nacional de Sida plantea integrar sus acciones con el nuevo sistema de salud a través de la Misión Barrio Adentro y los Comités de Salud de las comunidades.

No se cuenta con información del manejo de los temas de VIH y Salud Sexual y Reproductiva en las Misiones educativas desarrolladas en el país (Misión Robinson, Ribas y Sucre)

Otras actividades de prevención son realizadas por organizaciones no gubernamentales, que acceden a los recursos del Programa Nacional de Sida, por la vía de presentación de proyectos, así como también gestionan recursos en otras instancias nacionales e internacionales. Adicionalmente a estas organizaciones, las Alcaldías, Ministerio del Poder Popular para la Educación, Distritos Sanitarios, INAMUJER, y otras organizaciones gubernamentales también llevan a cabo actividades o proyectos en el área de prevención del VIH y salud sexual y reproductiva, dirigidos a diversas poblaciones.

Hay que destacar que en nuestras universidades no existen cátedras formales en salud sexual y reproductiva, por ende nuestros/as docentes no cuentan con claridad conceptual, ni con estrategias educativas adecuadas para impartir estos conocimientos en la población estudiantil. En el ámbito nacional los Núcleos de la Universidad Nacional Experimental Simón Rodríguez cuentan en la carrera de Educación con una materia de Orientación Sexual, pero desconocemos su contenido⁴⁸.

⁴⁸ www.unesr.gob.ve

Podemos decir que el trabajo de prevención está centrado en la ejecución de proyectos puntuales, más que en el desarrollo de programas permanentes. Se desconoce la adecuación y la efectividad de cada uno de ellos. Hay mayor número de proyectos desarrollados para jóvenes que para mujeres específicamente. No se conocen espacios de intercambio de experiencias entre las organizaciones que trabajan en prevención para analizar la efectividad de las acciones desarrolladas, ni de una sistematización desde el Programa Nacional de Sida (PNS) sobre el alcance, la adecuación y la efectividad de los mismos.

Por otra parte, las estrategias de comunicación se han basado en campañas puntuales en fechas específicas, por ejemplo Día Mundial del Sida. Sólo 2 organizaciones (Acción Solidaria y Fundación Daniela Chopard) tienen campañas permanentes en Cine y Vallas publicitarias, la primera brinda un mensaje dirigido a jóvenes de ambos sexos que acuden a salas cinematográficas, y la segunda va dirigida a una población más amplia de la Gran Caracas y otras ciudades del centro del país. No se obtuvo información sobre la efectividad. El PNS generalmente ejecuta campañas publicitarias puntuales en diciembre y en mayo, por el Día Mundial y el Día Escolar del Sida.

Pareciera entonces, que las jóvenes de 15 a 24 años no incorporadas al sistema educativo reciben información esporádica y escasa, fundamentalmente a través de los medios de comunicación.

En síntesis, los programas en prevención del VIH y promoción de la salud sexual y reproductiva en mujeres y jóvenes, son escasos y están circunscritos a la educación formal. El mayor número de acciones de prevención, se desarrollan a través de proyectos con escasa articulación entre ellos y poca evaluación de su efectividad y cobertura.

Si consideramos los resultados que arroja la investigación de AVESA, citada anteriormente, donde se muestra el nivel de desinformación, falta de percepción de riesgo de infección por parte de las mujeres y la falta de empoderamiento en su salud sexual y reproductiva, es necesario y urgente que en nuestro país se realice una mayor inversión en materia de programas de prevención, que incluyan evaluación de impacto, cobertura y efectividad.

Con respecto a la Disponibilidad de condones femeninos y masculinos en los servicios de salud, escuelas y asociaciones, las organizaciones consultadas para la investigación señalan que la dotación de condones de manera gratuita para todo el país, se da a través del PNS que surte a las Coordinaciones Regionales y a las organizaciones no gubernamentales y demás entes que así lo soliciten. Lo que ocurre en la práctica, es que las organizaciones no gubernamentales y Centros de Salud son quienes solicitan/reciben la mayor cantidad de dotación. Señalan además que la

dotación ha sido irregular, insuficiente e inadecuada. La mayor cantidad es de condones masculinos y se desconoce la promoción y entrega de lubricantes.

El Informe del Gobierno sobre el cumplimiento de las DdC para el año 2003-2005, señala en el Anexo IX en cuanto a la inversión del Programa Nacional de Sida e ITS, que la asignación presupuestaria para adquisición de condones para el año 2005 fue de Bolívares 3.530.605.000 (\$ 1.642.141,86). Sin embargo, no señalan ni se conocen las cifras de la distribución de condones en el ámbito nacional, el criterio ni el porcentaje de asignación de los mismos a las diversas entidades.

Por otra parte, los condones masculinos se pueden adquirir en diversos establecimientos comerciales del país (farmacias, supermercados, hoteles, entre otros), con variedad de modelos y costos, todos con un valor superior a los 3 dólares americanos (empaquete de tres condones).

El uso y la obtención de los condones por parte de mujeres y jóvenes están asociados al nivel de información y a las barreras formales y no formales en materia de sexualidad, así como a la concepción de su uso.

Algunas organizaciones consultadas para la investigación, destacan la escasa difusión de información al público en general sobre la disponibilidad de condones que tienen los centros de salud. A lo que se le suman las barreras educativas de las mujeres para el uso y la negociación del condón masculino (que es el que tienen disponible) y la resistencia de los proveedores de salud al otorgamiento de condones a la población adolescente.

Existe información escrita sobre el uso de los condones femeninos y masculinos, pero la orientación y adecuada utilización no está garantizada. Existen barreras socioculturales de las mujeres sobre el uso y negociación del condón, en tanto, lo asocian con promiscuidad, infidelidad, disminución del placer sexual, uso exclusivo del hombre para relaciones extramatrimoniales; e incluso consideran que introducir el tema del uso del condón en la pareja puede generar rechazo, descalificación y violencia. Las mujeres en su mayoría no están preparadas para la negociación del uso del condón masculino y tampoco en el uso adecuado del femenino⁴⁹.

Además, las organizaciones consultadas señalan que existen experiencias de diversas organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que dan información sobre el uso del condón en las consultas de adolescentes y servicios de ginecología de hospitales y distritos

⁴⁹ AVESA op.cit.

sanitarios de algunos estados del país, pero no se trata de un programa masivo de información y educación sobre el uso de los condones.

Meta 53. *“Para 2005, asegurar que por lo menos el 90% de los jóvenes de ambos sexos de 15 a 24 años de edad, y para 2010, por lo menos el 95% de ellos, tengan acceso a la información, la educación, incluida la educación entre pares y la educación específica para jóvenes sobre el VIH, así como a los servicios necesarios para desarrollar las habilidades requeridas a fin de reducir su vulnerabilidad a la infección por el VIH; todo ello en colaboración con los jóvenes, las madres y los padres, las familias, los educadores y el personal de atención de la salud”*

Los indicadores fueron:

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

La Ley Orgánica de Protección del Niño, Niña y Adolescente en su artículo N° 50 establece que :

“Todos los niños y adolescentes tienen derecho a ser informados y educados, de acuerdo a su desarrollo, en salud sexual y reproductiva, para una conducta sexual y una maternidad y paternidad responsable, sana, voluntaria y sin riesgos. El Estado, con la activa participación de la sociedad debe garantizar servicios y programas de atención de salud sexual y reproductiva a todos los niños y adolescentes. Estos servicios y programas deben ser accesibles económicamente, confidenciales, resguardar el derecho a la vida privada de los niños y adolescentes y respetar su libre consentimiento, basado en una información oportuna y veraz. Los adolescentes mayores de 14 años de edad tienen derecho a solicitar por sí mismo y recibir estos servicios”.

Si bien esta Ley establece el derecho a la información y orientación en salud sexual y reproductiva desde la niñez y la adolescencia, en realidad no existen los servicios de orientación exclusivamente para jóvenes en salud sexual y reproductiva. Las organizaciones consultadas para esta investigación reportan que se brinda alguna información sobre el tema, a través de servicios como ginecología, maternidad o clubes de adolescentes. Los/as profesionales no poseen la debida capacitación en el tema y tienen gran cantidad de barreras socioculturales que interfieren en la labor de orientación y consejería en salud sexual y reproductiva, y más específicamente en VIH. Algunas organizaciones reportan que, existe resistencia en los grupos familiares para que las niñas y adolescentes reciban información y orientación.

AVESA reporta que la educación de pares en salud sexual y reproductiva, como estrategias de sensibilización y educación, es desarrollada por algunas organizaciones no gubernamentales, con un ámbito de acción restringido.

ACCSI informa que desde 1999 ha dado formación de Consejería con el financiamiento de empresas farmacéuticas y el PNS I, a la cual han asistido personas que laboran en los servicios de salud. Se han formado más de 100 Consejeros/as quienes recibieron un módulo referido a la Consejería para mujeres, y en derechos sexuales y reproductivos. Lamentablemente, muchos, muchas de los formados/as no pertenecen a la red pública de atención.

En el 2006, ACCSI, con auspicio del MPPS (antes MSDS) formó 16 funcionarios/as de 8 organizaciones que trabajan con usuarios/as de drogas, de los estados Miranda, Lara, Mérida, Vargas, Zulia y Distrito Capital, como consejeros/as en VIH/SIDA.

AMAVIDA reporta que en el Estado Zulia, se han logrado aliar ONG, Coordinación Regional de ITS/VIH y servicios sociales y de psiquiatría de los hospitales, donde se da consejería especial a las mujeres seropositivas.

Los servicios de consejería funcionan fundamentalmente en las ONGs. Es en el segundo semestre del 2007, cuando se dan los primeros pasos para la formación en consejería desde el PNS, en conjunto con OPS y ONUSIDA, y con una guía diseñada para tal fin. En alianza con el PNS y la Alcaldía Mayor de Caracas se forman consejeros/as en VIH de los 7 Distritos Sanitarios del Distrito Capital, pero sin especializar dicha consejería en función de género ni edad.

En cuanto al acceso a profilaxis post-exposición sexual sin protección, existe un protocolo del PNS aplicado a los casos de violencia sexual que es suministrado en los servicios de insectología y otros centros de salud en el ámbito nacional. Sin embargo, muchas de las organizaciones consultadas no conocen de la existencia de este protocolo para el público en general de las organizaciones consultadas, tienen la información las que trabajan en el tema de VIH, las que lo hacen en el tema de violencia la desconocen. Inclusive, organismos como la Medicatura Forense de Caracas, no cuentan con la profilaxis post exposición⁵⁰.

En el caso de la anticoncepción de emergencia, las organizaciones cuentan con mayor información, así como las mujeres, quienes pueden acceder a ella adquiriéndola en las farmacias. No se conocen estudios sobre el nivel de información ni el uso que las mujeres están dando a este producto. La anticoncepción de emergencia además forma parte del protocolo de atención a mujeres víctimas de violación sexual, pero se desconoce su aplicación.

Sí hay divulgación e información en cuanto a la anticoncepción de emergencia, no así para la profilaxis del VIH en caso post-exposición sexual sin protección. Sólo una organización no

⁵⁰ AVESA. Op.cit

gubernamental tiene a la venta este kit en caso de exposición sexual sin protección, no necesariamente por violación sexual.

En cuanto a las estrategias de divulgación de la anticoncepción de emergencia, se conocen campañas por medios de comunicación, material informativo y sensibilización en charlas y talleres que abordan el tema de la anticoncepción. Se desconoce la adecuación y efectividad de estas estrategias.

Meta 54. *“Para 2005 reducir el número de lactantes infectados con el VIH en un 20% y para 2010 en un 50%, ofreciendo al 80% de las mujeres embarazadas que acuden a servicios de atención prenatal información, apoyo psicológico y otros servicios de prevención del VIH, aumentando la disponibilidad de tratamiento eficaz para reducir la transmisión del VIH de madre para hijo y dando acceso a tratamiento a mujeres y bebés infectados por el VIH y brindando acceso a tratamiento a las mujeres infectadas por el VIH y a sus hijos lactantes, así como intervenciones eficaces para las mujeres infectadas por VIH, que incluyan servicios de apoyo psicológico y de detección voluntarios y confidenciales, acceso a tratamiento, especialmente la terapia antirretroviral y, cuando proceda, a sucedáneos de la leche materna y a una serie continua de servicios de atención”.*

Los indicadores fueron:

- Alcance, calidad y calidez de los servicios para mujeres embarazadas infectadas por el VIH
- Acceso al tratamiento adecuado para el estado de salud de la mujer embarazada.
- Disponibilidad de pruebas de detección
- Calidad de la consejería para pruebas de detección VIH realizados en los servicios de prenatal
- Acceso a detección de sífilis y otras ITS en los servicios de atención de la maternidad
- Acceso a tratamiento de los casos de sífilis y otras ITS identificados durante la gestación
- Soporte nutricional para gestantes con VIH
- Profilaxis anti VIH en el momento del parto
- Alcance, adecuación y efectividad de programas que aseguran soporte nutricional y sucedáneos de leche por un año
- Disponibilidad de servicios de orientación sobre planificación familiar y anticoncepción para mujeres seropositivas o seronegativas Políticas nacionales con respecto al aborto

En agosto de 2002, el Ministerio de Salud en la Resolución Ministerial N° 293 determinó la obligatoriedad de la realización de la prueba ELISA a toda mujer embarazada en los servicios de salud públicos y privados, asumiendo dicho ministerio la consejería pre y post prueba del VIH, suministro de los medicamentos antirretrovirales tanto para la madre como para el/la niño/niña si resultare positivo/a en la citada prueba serológica.

Ahora bien, las mujeres embarazadas que viven con VIH asisten a las consultas regulares pues no tienen servicios específicos para mujeres embarazadas con esta condición. A toda mujer embarazada le es indicada la prueba de anticuerpos contra el VIH, y en los servicios de salud

público la misma es gratuita; en los servicios de salud privado no tiene garantizada la gratuidad de la prueba y debe ser costeadada por la interesada en un laboratorio privado.

Mujeres en Positivo por Venezuela, afirma que las gestantes seropositivas reciben tratamiento antirretroviral desde la semana 21 de embarazo, y luego de la cesárea recibe información sobre el tema de la lactancia materna, sucedáneos de leche materna hasta los cuatro meses y se le indica el seguimiento que debe realizar. Sin embargo, no cuenta con apoyo psicosocial ni con un seguimiento efectivo del caso.

Un reto que enfrentan los servicios de salud pública es la asistencia de la mujer embarazada en el momento del parto, sin previas consultas de embarazo ni realización de prueba para detectar la presencia de anticuerpos contra el VIH. El diagnóstico tardío de VIH positiva o seropositiva genera: no aplicación de tratamiento antirretroviral para disminuir la probabilidad de infección del hijo/a, dificultad de aplicación del tratamiento antirretroviral para la madre, mayor dificultad para consejería pre y posprueba, riesgo de no aplicar las medidas adecuadas para el parto incrementando el riesgo de infección, entre otras.

Según las organizaciones consultadas, la información y consejería están a cargo fundamentalmente de las organizaciones no gubernamentales. Son insuficientes las personas que se han formado en consejería y mucho menos quienes trabajan con mujeres.

En la investigación de AVESA 2007 se señala que existe una gran variedad en la forma de notificación del diagnóstico de VIH a las mujeres: "Esta diversidad en cuanto a la forma de notificación del diagnóstico, puede estar asociada a: (a) carencia de protocolos únicos en los diversos centros de salud para la atención de los/as PVVs en general y para la forma de notificación en particular, (b) personal capacitado y formado en unas instituciones y no en otras, de manera que las herramientas individuales del/la profesional que atiende el caso determina el abordaje del mismo, y/o (c) aún existe discriminación y prejuicios en prestadores/as de servicios de salud, aspectos que determinan su abordaje a las PVVs"⁵¹

Los servicios del MPPS cuentan con laboratorio y atención clínica para infecciones de transmisión sexual. Todas las consultas públicas de maternidad, ginecología e ITS tienen servicios de laboratorio gratuito para la detección de sífilis y otras ITS. Algunas organizaciones participantes en la investigación señalaron la dificultad en el cumplimiento del tratamiento, ya que las mujeres asisten irregularmente a las consultas sucesivas.

⁵¹ Op.cit. pág 42.

Mujeres en Positivo por Venezuela señala que no existen servicios de orientación sobre planificación para mujeres seropositivas. La excepción es la Maternidad Concepción Palacios en donde se prestan servicios de orientación y planificación familiar para este grupo. Señaló que las mujeres que viven con VIH se manejan entre dos situaciones: enfrentarse a la esterilización quirúrgica que se le plantea al momento de realizar la cesárea; o, vivir situaciones de discriminación en los centros de salud y ambulatorios por negarse a la colocación del Dispositivo Intrauterino (DIU). Las mujeres seropositivas también pueden ser forzadas al uso de la píldora anticonceptiva, que no siempre es efectiva, dada una posible interacción con el tratamiento antirretroviral; todo ello podría llevarlas a embarazos no deseados y abortos inducidos.

En Venezuela sólo está despenalizado el llamado aborto terapéutico, que según el Código Penal (artículo 435) contempla textualmente: “No incurrirá en pena alguna el facultativo que provoque el aborto como medio indispensable para salvar la vida de la parturienta”. Siendo así, no se consideraría que la mujer que vive con VIH tenga derecho a interrumpir el embarazo; y en caso de someterse a él, queda en riesgo su libertad, salud y su vida.

2.3. DERECHOS HUMANOS

Meta 59. *“Para 2005, teniendo en cuenta el contexto y el carácter de la epidemia y que a escala mundial las mujeres y las niñas están desproporcionadamente afectadas por el VIH/SIDA, elaborar y acelerar la aplicación de estrategias nacionales que promuevan el adelanto de las mujeres y su pleno disfrute de todos los derechos humanos; promuevan la responsabilidad compartida de hombres y mujeres para asegurar relaciones sexuales sin riesgo; capaciten las mujeres para controlar y decidir de manera libre y responsable las cuestiones relativas a su sexualidad a fin de aumentar su capacidad de protegerse contra la infección por el VIH.”*

Se consideraron los indicadores:

- Alcance, adecuación y efectividad de políticas y programas de gobierno para promover, garantizar y reparar los derechos de las mujeres.
- Vinculación de las políticas dirigidas a los derechos de las mujeres con los programas de VIH y salud sexual.
- Alcance, adecuación y efectividad de las políticas, programas y acciones del gobierno para la promoción de la responsabilidad masculina en salud sexual y reproductiva.
- Alcance, adecuación y efectividad de las políticas y programas de protección de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres más vulnerables.
- Acceso a servicios de reproducción asistida de calidad.

En Venezuela existe el Instituto Nacional de la Mujer (INAMUJER) quien es el ente rector de las políticas públicas en materia de mujer. Este ente en conjunto con el antiguo Ministerio de Salud y Desarrollo Social (hoy Ministerio del Poder Popular para la Salud), elaboró en el 2003 un Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades para las mujeres (2003-2007), con el desarrollo de objetivos, lineamientos de políticas, líneas estratégicas y construcción de indicadores, en diversas áreas; no se conoce de la evaluación de dicho plan ni del alcance, adecuación y efectividad del mismo. El Informe Anual del INAMUJER 2004⁵² da cuenta de actividades ejecutadas, población beneficiada y limitaciones, pero no brinda una evaluación de las políticas y programas.

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en su 34° período de sesiones (16 de enero a 3 de febrero de 2006), examinó los informes periódicos cuarto, quinto y sexto

⁵² www.inamujer.gov.ve

combinados de la República Bolivariana de Venezuela⁵³, y sugirió el establecimiento de mecanismos de supervisión eficaces mediante la participación interinstitucional a todos los niveles, para evaluar de manera sistemática la aplicación de las políticas y los programas nacionales para promover la igualdad entre los géneros y sus repercusiones sobre la condición de la mujer en todas las regiones, y a que refuerce la interacción con las organizaciones no gubernamentales en este proceso. Basándose en esas evaluaciones, el Comité invita al Estado venezolano a que adopte medidas correctivas en los casos que sea necesario. Recomienda además que prepare, apruebe y aplique a escala nacional un plan de acción integral y coordinado para lograr la incorporación de la perspectiva de género a todos los niveles y en todas las esferas. Hay que destacar que en las observaciones realizadas por el Comité de CEDAW a Venezuela, no se menciona el tema VIH; sólo se hace referencia a Salud Sexual y Reproductiva (aborto, planificación familiar, acceso a métodos anticonceptivos para jóvenes y embarazo adolescente).

Por otra parte, en julio de 2006 se crea el Observatorio Venezolano de los Derechos Humanos de las Mujeres⁵⁴ cuyo objetivo es “conformar una red nacional de organizaciones de mujeres de la sociedad civil que actúe como mecanismo estable de recopilación, sistematización y difusión de la información acerca de la situación de los Derechos Humanos de las mujeres, en el ejercicio de la ciudadanía a través de los Derechos Civiles, Políticos, Económicos, Sociales, Culturales”. Cuenta con los módulos de Ciudadanía y Derechos Políticos, Marco Legal y Políticas Públicas, Violencia, Prostitución y Tráfico de mujeres y niñas, Economía, trabajo y pobreza, y Salud sexual y Reproductiva. Entre los documentos publicados en su página Web, hasta la fecha, no se evidencia documento en torno al tema de Salud Sexual y Reproductiva y menos en VIH/SIDA, que evalúe el alcance, adecuación y efectividad de las políticas y programas de gobierno en materia de derechos de la mujer.

El gran avance reciente en materia de Derechos de las Mujeres ha sido la aprobación (marzo 2007) de la nueva Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, pero es mucho lo que falta por hacer para alcanzar su efectiva implementación, e incluso el desarrollo de planes y programas que la misma contempla.

Hay que destacar la no mención del tema VIH y los derechos de las mujeres que viven con VIH en esta nueva Ley; así como el poco trabajo conjunto entre las organizaciones que trabajan con VIH y las que abordan el tema de mujer, tal como lo indican los resultados de la referida investigación de AVESA en el 2007. Sería necesario iniciar un mayor intercambio entre ambos tipos de organizaciones, y en las políticas en materia de mujer, con los programas de VIH/SIDA y salud sexual y reproductiva.

⁵³ Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer CEDAW/C/VEN/4-6

⁵⁴ www.observatoriodemujeres.org.ve

Las políticas, programas y acciones en salud sexual y reproductiva promovidas desde el gobierno, están dirigidas fundamentalmente a la mujer más que a la responsabilidad masculina. El Gobierno desarrolla, por ejemplo, el Proyecto Madre y el Programa sobre lactancia materna. No se obtuvo información con respecto al desarrollo de programas con población masculina.

En cuanto a políticas y programas de protección de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres más vulnerables, se conoce que existen proyectos desarrollados con mujeres indígenas en los Estados Bolívar y Zulia, con actividades de capacitación (talleres) en el tema de Vih, de acuerdo a información suministrada por AMAVIDA, pero no se obtuvo información detallada sobre el proyecto, ni su efectividad.

En cuanto al tema de reproducción asistida, la organización Mujeres en Positivo por Venezuela reportó que en la Maternidad Concepción Palacios existe un servicio de fertilidad, donde atienden con calidad a parejas VIH o serodiscordantes, pero con poca cobertura debido al escaso personal. No se obtuvo información de otras regiones del país ni de servicios privados.

Meta 60. *“Para 2005 poner en práctica medidas para que las mujeres y las adolescentes estén en mejores condiciones de protegerse del riesgo de infección por el VIH, principalmente mediante la prestación de servicios de cuidados de salud, incluidos servicios de salud sexual y reproductiva, y mediante una educación que promueva la igualdad de género en un marco en que se tengan en cuenta los aspectos culturales y de género.”*

Se consideraron los indicadores:

- Alcance, adecuación y efectividad de las acciones de programas de prevención específica para mujeres, niñas y adolescentes.
- Alcance, adecuación y efectividad de programas de educación no formal, que promuevan la equidad entre los sexos y de género, considerando aspectos de las masculinidades, heterofobia, homofobia y misoginia.
- Acceso de los/as adolescentes y mujeres a servicios de salud sexual y reproductiva y tratamiento ARV.

No se obtuvo información sobre programas de prevención específicos para mujeres, niñas y adolescentes.

Se sabe que existen organizaciones no gubernamentales que trabajan con los temas de equidad de género y entre los sexos, considerando masculinidades, heterofobia, homofobia y misoginia. Sin embargo, no se obtuvo información de estas experiencias.

Las organizaciones encuestadas reportan que en Venezuela, hay un gran avance en cuanto a suministro de tratamiento ARVs a toda la población que vive con VIH/SIDA, sin distinción de edad

ni sexo. Señalan una mayor debilidad en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva concebidos de manera integral, no existen programas específicos para jóvenes, hay acceso a servicios de ginecología y obstetricia o servicios para atención a infecciones de transmisión sexual.

Meta 61. *“Para 2005, asegurar el establecimiento y la ejecución acelerada de estrategias nacionales para la potenciación de la mujer, la promoción y la protección del pleno disfrute por las mujeres de todos los derechos humanos y la reducción de su vulnerabilidad al VIH/SIDA, mediante la eliminación de todas las formas de discriminación, así como de todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas, entre ellas las prácticas tradicionales y consuetudinarias nocivas, el abuso, la violación, y otras formas de violencia sexual, el maltrato y el tráfico de mujeres y niñas”*

Se consideraron los indicadores:

- Alcance, adecuación y efectividad de las leyes para prevenir, castigar y reparar el daño en la violencia contra las mujeres.
- Alcance, adecuación y efectividad de acciones contra la explotación sexual de las niñas.
- Cobertura, calidad y calidez de los servicios de atención a mujeres y niñas víctimas de violencia o violación sexual, con profilaxis antivih, antiITS, contracepción de emergencia y aborto.
- Existencia de un sistema público de recolección y divulgación de datos relativos a la violencia contra mujeres y niñas.
- Existencia de programas de promoción de los derechos de protección de la mujer.

En marzo del 2007 se sanciona la nueva Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, que deroga la Ley sobre Violencia contra la mujer y la Familia. Esta nueva Ley sanciona no sólo la violencia sexual y de pareja, sino que además sanciona otras formas de violencia contra las mujeres, como son las perpetradas por instituciones, conflictos armados y diversos contextos distintos al ámbito familiar. En este orden de ideas tipifica la violencia obstétrica, violencia institucional, la violencia mediática, la esclavitud sexual, el embarazo forzado, la esterilización forzada, entre otras. Además, crea nuevas instancias del sistema de justicia con el fin de mejorar el acceso a la justicia de las mujeres víctimas de violencia.

Sin embargo, esta legislación requiere de una adecuada implementación, formación y capacitación a funcionarios del sistema de justicia, sensibilización a la colectividad, desarrollo de programas de atención dirigidos a víctimas y a agresores, así como todo un trabajo en cuanto a procedimientos técnicos jurídicos y a nivel de prevención.

En materia de niñas, la Ley Orgánica de Protección al Niño, Niña y Adolescente sanciona los delitos de abuso y explotación sexual en niños, niñas y adolescentes. Venezuela, ha suscrito los tratados y convenios internacionales en materia de protección de niños y niñas contra el tráfico y la explotación sexual. El Consejo Nacional de Derechos del Niño, Niña y del Adolescente, creó en noviembre de 2003, la Comisión Intersectorial Contra el Abuso y la Explotación Sexual (CICAES), la cual ha desarrollado unas Directrices Generales para garantizar la protección del niño, niña y adolescente contra el abuso sexual y la explotación sexual comercial. Asimismo, para julio 2006 crea un Plan de Acción a cinco años en materia de prevención y atención en abuso y explotación sexual. Con todo esto se evidencia que existe una preocupación cada vez mayor del problema de explotación sexual de niñas y adolescentes, con gran atención en la prevención y asistencia. Sin embargo, aún las acciones son escasas y no se conoce la efectividad de las ya desarrolladas.

En el tema de mujeres y niñas víctimas de violencia, INAMUJER posee una línea telefónica gratuita 0800-mujeres que brinda orientación psicológica y legal a mujeres víctima de violencia y familiares; así como también, dos Casas de Abrigo para mujeres víctima de violencia y sus hijos/as. En cuanto a mujeres y niñas víctimas de violación sexual, este instituto gubernamental no reporta programas específicos.

INAMUJER en su Informe anual del 2004⁵⁵ señala que existen 72 organizaciones no gubernamentales registradas que desarrollan programas dirigidos a mujeres. Sin embargo, no todas estas organizaciones atienden a mujeres y niñas víctimas de violencia y/o violación sexual. Existe una tendencia a abordar estos casos, más desde el punto de vista legal y como un delito, con muy pocas opciones de atención médica, legal y psicológica de manera integral. Los servicios de atención en esta área son insuficientes, dependen de organizaciones no gubernamentales como AVESA, ALAPLAF, PLAFAM, con un ámbito de acción limitado.

Las organizaciones no gubernamentales que trabajan en el tema desde la atención psicológica, brindan orientación en tratamiento preventivo para VIH e ITS, anticoncepción de emergencia y, a las víctimas de violencia sexual, orientación en aborto. Sólo las ONGs que cuentan con servicio médico (PLAFAM y ALAPLAF) están en capacidad de brindar directamente los tratamientos preventivos contra VIH e ITS y la anticoncepción. En situaciones de aborto, algunas de ellas brindan atención post-aborto.

En cuanto a la sistematización, recolección y divulgación de datos relativos a la violencia contra mujeres y niñas, el Instituto Nacional de Estadística (INE) incluyó la visión de género para la Encuesta Demográfica 2008 con énfasis en mujer en edad fértil, hogar y salud, y la misma será

⁵⁵ www.inamujer.gov.ve

aplicada en el primer trimestre del 2008⁵⁶. Esto constituye un avance en la sistematización y recolección de datos sobre mujer y violencia, ya que los datos manejados en la actualidad, son los suministrados por las Instancias del sistema de justicia (Cuerpo de Investigaciones Científicas Penales y Criminalistas-CICPC-, Ministerio Público, Prefecturas y Jefaturas Civiles), organizaciones no gubernamentales y los datos aportados por el INAMUJER, sin embargo, son datos parciales que en muchas oportunidades no pueden ser analizados de manera conjunta.

Se conoce que el INAMUJER desarrolla programas de promoción de los derechos de protección de las mujeres a través de los llamados Puntos de Encuentro, creados en 1999, y hasta el año 2003, existían 11.937 de estos Puntos, los cuales agrupan a un total de 125.230 mujeres organizadas; sin embargo no se cuenta con información con respecto a los programas.

2.4. REDUCCION DE LA VULNERABILIDAD

Meta 62. *“Para 2003, a fin de complementar los programas de prevención de actividades que expongan al riesgo de infecciones por el VIH, como el comportamiento sexual de alto riesgo y sin protección y el uso de drogas inyectables, establecer en todos los países estrategias, normas y programas que individualicen y comiencen a enfrentar a los factores que hacen particularmente vulnerables a la infección por el VIH, entre ellos el subdesarrollo, la falta de seguridad económica, la pobreza, la falta de potenciación de la mujer, la falta de educación, la exclusión social, el analfabetismo, la discriminación, la falta de información y/o de productos para protegerse, y todos tipo de exploración sexual de mujeres, niños y niñas, inclusive con fines comerciales; tales estrategias, normas y programas deben abordar la dimensión de género de la epidemia, especificar las medidas que se han de adoptar para superar la vulnerabilidad y fijar las metas que se han de alcanzar.”*

Se consideraron los indicadores:

- Alcance, adecuación y efectividad de programas de apoyo a las mujeres más vulnerables.
- Alcance, adecuación y efectividad de programas o proyectos productivos (microempresas) para mujeres más vulnerables.
- Alcance, adecuación y efectividad de políticas afirmativas para la inclusión de mujeres más vulnerables.
- Alcance, adecuación y efectividad de las políticas y programas de protección de los Derechos Humanos de las mujeres más vulnerables.
- Alcance, adecuación y efectividad de programas que atienden la causa y problemas estructurales de tráfico de mujeres y niñas, evitando la criminalización y discriminación individual.
- Alcance, adecuación y efectividad en la aplicación de acuerdos, convenios y tratados internacionales, así como el impulso de leyes federales que castiguen el tráfico de las mujeres.

⁵⁶ www.mci.gov.ve

- Alcance, adecuación y efectividad de las acciones de monitoreo por parte del gobierno, con indicadores claros y disponibles y con participación de la sociedad civil.

En Venezuela, los programas de apoyo a las mujeres en situación de vulnerabilidad se basan en su empoderamiento económico, político y social. Este abordaje ha sido desarrollado por parte del gobierno en dos áreas fundamentales. Una a través de los Puntos de Encuentro, que promueve y desarrolla el Instituto Nacional de la Mujer, y se constituyen en organizaciones de base, centradas en una confluencia política a través de las cuales se promueve un espacio de participación de las mujeres en sus comunidades. La otra la desarrolla el Banco de la Mujer (BANMUJER), quien con el otorgamiento de microcréditos a mujeres de los sectores populares, promueve la autogestión y la incorporación al trabajo productivo y remunerado, lo que supondría mejoras en su calidad de vida y mayor empoderamiento.

Al respecto señala que culminó el 2006 con un balance positivo de gestión, superando las metas previstas para ese año en un sesenta y tres por ciento (63%). Para el 2006 se había estimado otorgar 7.600 créditos en todo el país, con una inversión estimada en 16 mil millones de bolívares, cuyos beneficios se extendieron a unas 195.000 personas. "Nuestro balance muestra ahora que, hasta el 14 de noviembre, se han otorgado unos 12.450 créditos, equivalentes aproximadamente a una inversión de 60 mil millones de bolívares, para beneficiar a más de 340 mil personas"(...). En los programas no financieros, de acompañamiento, asesoría y organización, se ha capacitado a un promedio de 108.706 personas, entre mujeres y hombres que han formado cooperativas, microempresas o `unidades económicas asociativas`, para desarrollar actividades socio-productivas y solidarias. Esta capacitación se ofrece a través de talleres gratuitos programados durante todo el año, sin interrupción"⁵⁷.

No se cuenta con informes de evaluación específicos de estos programas de empoderamiento a las mujeres vulnerables. Ni se obtuvo información sobre programas de empoderamiento en salud sexual y reproductiva y conducta sexual de riesgo que reduzcan la vulnerabilidad de la mujer ante el VIH/SIDA.

En el tema de tráfico de mujeres y niñas, la nueva Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, sanciona este delito, y señala la creación de planes y políticas de atención a las víctimas de este tipo de violencia sexual. Por su parte el Consejo Nacional de Derechos del Niño, Niña y Adolescente, creó la Comisión Intersectorial contra el Abuso y la explotación sexual de niñas y adolescentes, Comisión que para el año 2006 elaboró el Plan de

⁵⁷ www.banmujer.gov.ve

Acción a 5 años, en el que se priorizan las acciones de capacitación a los proveedores de servicios en atención y prevención. No se conocen los alcances de la ejecución de dicho plan.

Meta 63. *“Para 2003 establecer y/o reforzar estrategias, normas y programas que reconozcan la importancia de la familia para reducir la vulnerabilidad, entre otras cosas educando y orientando a los niños, y que tengan en cuenta los factores culturales, religiosos y éticos a fin de reducir la vulnerabilidad de niños y jóvenes mediante el acceso garantizado de las niñas y los niños a la enseñanza primaria y secundaria, con programas de estudios para adolescentes que incluyan el VIH/SIDA; entornos seguros y protegidos, especialmente para las niñas; ampliación de servicios de buena calidad para los jóvenes en materia de información, educación sobre salud sexual y apoyo psicológico; el fortalecimiento de los programas de salud sexual y reproductiva, y la incorporación, en la medida de lo posible, de las familias y los jóvenes en la planificación, la ejecución y la evaluación de los programas de atención y prevención del VIH/SIDA”.*

Se consideraron los indicadores:

- Alcance, adecuación y efectividad de programas que consideran a las culturas, religiones y contextos culturales en las estrategias de educación.
- Efectividad y cobertura de la implementación de entornos seguros y protegidos para niñas más vulnerables.
- Acceso a vivienda educación, alimentación para niñas afectadas o infectadas con el VIH.
- Alcance, adecuación y efectividad de los programas de salud integral para adolescentes.
- Alcance y adecuación de las acciones de consejería en Salud Sexual Reproductiva en los servicios de salud.
- Participación efectiva de jóvenes en el diseño, monitoreo y evaluación de los programas.
- Alcance, adecuación y efectividad de las acciones de capacitación para los maestros en cuestiones de Salud Sexual Reproductiva.

En el tema de Estrategias de Educación que consideren las culturas, religiones y contextos culturales, en el país se han desarrollado un conjunto de Misiones Educativas, cuyo objetivo es alfabetizar, brindar educación básica, diversificada y universitaria a población en situación de vulnerabilidad que ha estado excluida de la educación formal tradicional. Estas Misiones Educativas, brindan facilidades a los/as estudiantes en cuanto a horario de estudios, considerando sus contextos sociales y culturales. Existen misiones educativas en todo el país, sobre todo en las comunidades de menores recursos económicos, poblaciones alejadas de los grandes centros poblados, e incluso en poblaciones indígenas. Lamentablemente, para este

informe no se contó con información sobre los contenidos educativos a nivel general, ni específicos para el área de salud sexual y reproductiva, infecciones de transmisión sexual y VIH.

No se obtuvo información a través de fuentes documentales para el resto de los Indicadores para esta meta, ni de las organizaciones participantes en el proyecto.

Meta 64. *“Para 2003, elaborar y/o fortalecer estrategias, normas y programas nacionales, apoyados por iniciativas regionales e internacionales, según corresponda, aplicando un enfoque propicio a la participación, para promover y proteger la salud de los grupos identificables que actualmente tienen tasas elevadas o en aumento de la infección por el VIH o que, de conformidad con la información pública sobre salud, tienen el mayor riesgo o son más vulnerables a nuevas infecciones, según indican factores como la historia local de la epidemia, la pobreza, las prácticas sexuales, los hábitos de consumo de drogas, los medios de vida, la reclusión en instituciones, la alteración de las estructuras sociales y los movimientos de población, forzosos o no”*

Se consideraron los indicadores:

- Alcance y efectividad de las articulaciones desde el gobierno con socios regionales o internacionales, para fortalecer los programas y actividades específicas de atención a la Salud Sexual y Reproductiva para mujeres más vulnerables.
- Participación de mujeres más vulnerables en el proceso de articulaciones regionales o internacionales.

Venezuela tienen suscrito el Convenio Integral de Cooperación con la República de Cuba y en el Artículo IV, Disposición Especial, acuerda ofrecer “gratuitamente a la República Bolivariana de Venezuela los servicios médicos, especialistas y técnicos de la salud para prestar servicios en lugares donde no se disponga de ese personal. Los médicos especialistas y técnicos cubanos en la prestación de sus servicios en la República Bolivariana de Venezuela ofrecerán gratuitamente entrenamiento al personal venezolano de diversos niveles que las autoridades soliciten”⁵⁸. Se menciona el tema de salud en general, más no hay especificaciones sobre la salud sexual y reproductiva para mujeres en situación de vulnerabilidad.

No se encontraron datos sobre la participación de mujeres en situación de vulnerabilidad en el proceso de articulaciones regionales o internacionales.

⁵⁸ www.barrioadentro.gov.ve

2.5. HUÉRFANOS

Meta 65. *“Para 2003, elaborar y para 2005 poner en práctica, normas y estrategias nacionales a fin de establecer y fortalecer la capacidad de los gobiernos, las familias y las comunidades para dar un entorno que brinde apoyo a los huérfanos y las niñas y los niños infectados o afectados por el VIH/SIDA, entre otras cosas, dándoles asesoramiento y apoyo psicosocial adecuado, y asegurándoles escolarización y acceso a la vivienda, buena nutrición, y servicios sociales y de salud en pie de igualdad con otros niños y proteger a los huérfanos y a las niñas y los niños vulnerables de toda forma de maltrato, violencia, explotación, discriminación, tráfico y pérdida del derecho de sucesión”.*

Se consideraron los indicadores:

- Alcance, adecuación y efectividad de programas específicos de soporte a huérfanos y niños/as infectados y afectados por el VIH.
- Calidad de los albergues.

- Alcance, adecuación y efectividad de programas educativos para los niños/as huérfanos y en situación de vulnerabilidad a causa del VIH/Sida.

En informe de Provea del año 2005-2006, recoge una entrevista con Anna Lucia D'Emilio, para la época Representante de UNICEF en Venezuela, quien refiere: "hay 448 niños/as y adolescentes registrados que reciben tratamiento antirretroviral. Sin embargo, aclara que el estimado de población infantil y adolescente que vive con el VIH es mucho mayor (2.500)...De esta población registrada el 39% ha perdido a uno de los padres por causa del Sida, 17% es huérfano de padre y madre y 29% está institucionalizados. Para el 2004, una sexta parte de las muertes por Sida fue en población infantil menor a los 15 años" (pág.188)

No se conocen en Venezuela programas específicos para la atención a huérfanos y niños infectados y afectados por el VIH. En el ya referido Informe UNGASS 2005 realizado por LACCASO para Venezuela, se señala que todavía esta situación no es considerada problema social en el país. Por otra parte, han ocurrido situaciones de violación del derecho al acceso a la educación donde, las ONGs han intervenido para lograr la incorporación al sistema escolar⁵⁹

No se tiene información sobre la atención especializada para niños/as infectados/as en los principales Centros de Salud del país. En Caracas existe una asociación (ONG) que alberga unos 18 niños huérfanos a causa del Sida, pero no se pudo obtener información sobre los programas y la calidad de esta institución.

Según lo informaron las organizaciones consultadas, no existen programas educativos para los niños/as huérfanos y en situación de vulnerabilidad a causa del VIH/SIDA. El Ministerio del Poder Popular para la Educación ha creado una norma que prohíbe la exclusión del sistema escolar por condición de salud, lo cual incluiría a las personas PVV, pero no existe una política específica como tal para el tema. Aunque jurídicamente puede considerarse que el concepto de igualdad e inclusión de los instrumentos legales existentes y las estrategias de abordaje contemplados en los planes estratégicos estarían garantizando tal integración, en la práctica se han presentado casos de discriminación y exclusión de niños y niñas del sistema escolar, bien porque estén seropositivos/as al VIH o porque se conozca que sus padres son seropositivos/as o han fallecido por esta causa.

Es de destacar la observación del Comité de los Derechos del Niño, 46º período de sesiones (17 de septiembre al 5 de octubre de 2007), donde examinó el segundo informe periódico de la

⁵⁹ Informe anual de ACCSI, 2005

República Bolivariana de Venezuela⁶⁰ y recomendó al Estado Parte que vele porque se corrijan la discriminación y otros tratos inadmisibles a los niños que viven con el VIH/SIDA, y que preste servicios médicos adecuados a las mujeres embarazadas a fin de prevenir la transmisión de madres a hijos.

2.6. MITIGACIÓN DE LOS EFECTOS SOCIALES Y ECONÓMICOS

Meta 68. *“Para 2003, evaluar los efectos sociales y económicos de la epidemia del VIH/SIDA y elaborar estrategias multisectoriales para hacer frente a esos efectos en los planos individual, familiar, comunitario y nacional, elaborar y acelerar la ejecución de estrategias nacionales de erradicación de la pobreza para hacer frente a los efectos del VIH/SIDA en los ingresos de los hogares, los medios de vida y el acceso a los servicios sociales básicos, prestando especial atención a las personas, las familias y las comunidades más gravemente afectadas por la epidemia; estudiar los efectos sociales y económicos del VIH/SIDA en todos los planes de la sociedad, especialmente en las mujeres y personas de edad, particularmente en relación con su función de proporcionar cuidados y su función en las familias afectadas por el VIH/SIDA, y atender a sus necesidades especiales; ajustar y adaptar las políticas de desarrollo económico y social, incluida la política de protección social, para hacer frente a los efectos del VIH/SIDA en el crecimiento económico, la prestación de servicios económicos esenciales, la productividad laboral, los ingresos fiscales y las presiones que producen un déficit de los recursos públicos”.*

⁶⁰ CRC/C/VEN/2

Se consideraron los indicadores:

- Disponibilidad de datos o estudios sobre el impacto económico del VIH en las mujeres.

No se encontraron datos sobre el impacto económico de la epidemia del VIH en las mujeres venezolanas. No se conocieron investigaciones en esta área, en donde hubiesen participado organizaciones gubernamentales o no gubernamentales.

Algunos estudios han mostrado en las mujeres venezolanas situaciones de vulnerabilidad social, inequidad de género y privación económica, que se refleja en: sueldos y salarios inferiores al de los hombres en un 30 por ciento, mayor tasa de desempleo, cabeza de familia en hogares pobres, por supuesto sin que esto se asocie a la infección con el VIH. No se evidenció estudio de la relación infección por VIH y su impacto económico.

Específicamente, en la investigación sobre Vulnerabilidad de la Mujer Víctima de Violencia ante el VIH/Sida en Venezuela, realizado por AVESA, no se evidencian diferencias significativas en lo socio demográfico, entre mujeres que viven con VIH y mujeres víctimas de violencia.

2.7. INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO

Meta 72- "Establecer y evaluar métodos adecuados para vigilar la eficacia del tratamiento, la toxicidad, los efectos secundarios, la interacción entre los medicamentos y la resistencia a éstos; establecer metodologías para vigilar los efectos del tratamiento en la transmisión del VIH y en los comportamientos de riesgo"

Se consideraron los indicadores:

- Alcance y calidad de los sistemas de vigilancia de los efectos colaterales de los ARV, desagregados por sexo y género.
- Adecuación de las respuestas de los proveedores de los servicios de salud a los efectos de la resistencia efectos secundarios de los ARV en mujeres.

No se obtuvieron datos sobre el abordaje que se ha hecho en mujeres seropositivas al VIH en cuanto a toxicidad, resistencia, y tratamiento. No se conocen iniciativas de investigación. Algunas/os participantes del cuestionario, concretamente en los Estado Lara y Mérida, afirmaron la participación consentida y libre en cantidad suficiente de mujeres en investigaciones clínicas, pero no aportaron otros datos.

Por otra parte, las mujeres no forman parte de los comités de bioética, y no hubo respuesta a investigaciones sobre el impacto del VIH en el comportamiento de niñas y mujeres que viven con el VIH.

No hubo datos para determinar el alcance y la calidad de los sistemas de seguimiento a los efectos colaterales de los ARVs, desagregados por sexo, ni la adecuación de las respuestas de quienes prestan servicios de salud a los efectos de la resistencia.

En Venezuela, uno de los medicamentos de mayor prescripción médica para las mujeres con VIH es el VIRACEPT. Para el 2007 éste fue retirado del mercado y del protocolo de acceso público de tratamientos por contaminación tóxica. Por posibles daños a la salud de los/las consumidores/as ACCSI y la RVG+ denunciaron el caso ante el Instituto Nacional de Defensa del Consumidor y el Usuario (INDECU) organismo nacional con competencia en los derechos de los/as consumidores/as y usuarios/as, para solicitar a la empresa farmacéutica: amplia publicidad sobre la contaminación tóxica del producto que despeje incertidumbres sobre efectos adversos y consecuencias en el organismo humano; información sobre retiro del producto del mercado; asumir potenciales daños en los y las consumidores/as y asegurar abastecimiento del medicamento sustituto.

Si bien existen protocolos de atención para los proveedores de salud con respecto a los efectos adversos del tratamiento antirretroviral, no se obtuvo información sobre la adecuación de los mismos para este informe.

SECCION III CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1 Fortalezas para la promoción de los logros en salud sexual y reproductiva de las mujeres que viven con VIH/Sida. Avances de la prevención del VIH/SIDA en mujeres

- Los avances en materia constitucional y legislativa sobre los derechos de las mujeres y su protección, basados en principios de equidad y justicia de género, tales como: la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, la Ley sobre el Derecho de las

Mujeres a una Vida Libre de Violencia, brindan un marco legal favorable a las acciones de empoderamiento y participación de las mujeres.

- La ratificación por parte de la República Bolivariana de Venezuela a diversos tratados y compromisos internacionales en materia de derechos de la Mujer, Salud Sexual y Reproductiva y VIH /Sida, le obligan a ajustar sus políticas y programas de acuerdo a los avances universales en materia de derechos humanos fundamentales para las mujeres.
- La Resolución Ministerial orientada a la prevención vertical del VIH y al seguimiento clínico de las mujeres embarazadas y sus futuros hijos o hijas garantizan en el marco del derecho a la salud el suministro de tratamientos ARVs, sucedáneos de leche materna. Igualmente, promueven que las gestantes concurren con más regularidad a los servicios, en donde las que viven con VIH tendrán un marco de protección de la salud y de garantía de derechos.
- La existencia de un Plan Estratégico Nacional en ITS/VIH y SIDA, una Norma Oficial de Salud Sexual y Reproductiva, así como un Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres, muestra una guía o referencia para el desarrollo y evaluación de planes y programas.
- Favorable la presencia y participación de organizaciones de la sociedad civil, con trayectoria y capacidades demostradas en movilización de recursos, incidencia política y conocimientos para el abordaje de los asuntos en Salud Sexual y Reproductiva y VIH/Sida.
- Favorable la participación de la comunidad afectada a través de organizaciones de mujeres seropositivas como lo es "Mujeres en Positivo por Venezuela" y redes de personas que viven con VIH/Sida, tales como la Red Venezolana de Gente Positiva (RVG+)

3.2 Brechas y deficiencias respecto a la articulación Salud Sexual y Reproductiva y VIH/SIDA y recomendaciones para superarlas.

- En el Ministerio del Poder Popular para la Salud, los Programas de Salud Sexual y Reproductiva y de ITS y VIH /Sida, dependen de la Dirección General de Programas de Salud, la cual a su vez es una dependencia del Despacho del Viceministro de Redes de Salud Colectiva. Estos Programas son independientes y no está muy claro el mecanismo de articulación entre ambos. Una propuesta sería el desarrollo de líneas estratégicas y

proyectos conjuntos, con una visión compartida en los temas de salud sexual y reproductiva, mujer y VIH.

- El Plan Estratégico Nacional en VIH /Sida aún no ha sido presupuestado, tampoco posee indicadores, no considera los asuntos de género, y lo que es más grave aún nunca ha sido instrumento referencial para la planificación ni creación de programas o políticas para abordar el VIH /Sida o la Salud Sexual y Reproductiva (SSR). El Plan Estratégico Nacional en VIH/Sida no cuenta con un plan operativo.
- Existen muchas incógnitas en cuanto al presupuesto del Programa Nacional de ITS/VIH/Sida, que no permite conocer o medir si el monto de los recursos asignados a prevención, atención, asistencia e investigación son equitativos, adecuados y efectivos. Se sugiere emplear los mismos mecanismos de financiamiento utilizados para misiones como Barrio Adentro, Misión Milagro y Misión Madre, y hacer estimaciones de las necesidades nacionales para cada uno de los rubros señalados de la Respuesta Nacional, que permitan el monitoreo y evaluación.
- Es preocupante la escasez de datos actualizados, tanto de Salud Sexual y Reproductiva, como de VIH/Sida. Es urgente establecer mecanismos efectivos de vigilancia epidemiológica y notificación de datos y casos que reflejen la realidad de la epidemia en el país, lo que permitirá conocer mejor nuestra epidemia y afinar las estrategias de intervención, sobre todo por lo que a prevención se refiere. Una salida estratégica sería la alianza con el Instituto Nacional de Estadística (INE) para la incorporación del VIH/Sida y SSR en las encuestas que éste desarrolla, tal y como ha sido la iniciativa para obtener datos en materia de Mujer.
- El Programa Nacional de ITS/VIH/Sida cuenta con un limitado recurso humano, que le permita responder adecuada y efectivamente a la epidemia en el ámbito nacional. Es necesario desarrollar toda una estructura organizativa con presupuesto acorde, personal capacitado y autonomía programática, para cubrir todas las necesidades de la epidemia en el país, con énfasis en el tema de Mujer.
- En Venezuela no existe ninguna unidad, departamento o proyecto dentro del Programa Nacional de Sida que se ocupe de atender la problemática de la mujer y el VIH/SIDA. Las organizaciones participantes en esta investigación consideran que el PNS es consciente del problema, pero su capacidad estructural y organizacional no da la posibilidad de dedicar un trabajo efectivo a esta realidad.

- No se conoce la existencia en el MPPS de un espacio intra-ministerial u oficina formal de integración y enlace entre políticas públicas en Salud Sexual y Reproductiva e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH/SIDA

FUENTES BIBLIOGRAFICAS CONSULTADAS

- Alcaldía de Caracas, Secretaría de Salud del Distrito Metropolitano: **Informe de la Secretaría de Salud**. 2005
- AVESA (2007): **Vulnerabilidad de la mujer víctima de violencia ante el VIH/SIDA en Venezuela**. Auspicio de UNIFEM Región Andina.
- Barrios, L.: Uso del condón en población masculina adulta en Caracas.U.C.V. Comsalud, a.c. 2005. Mimeográfico
- Carvajal, A; Morillo, M.; López, M. y otros. **Congreso API**. Caracas 2005.
- CECODAP **SOMOS PANAS** INFORME 2004

- CECODAP: **INFORME SITUACIÓN DERECHOS HUMANOS DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA EN VENEZUELA** Septiembre 2002 – agosto 2003
- CENAMEC: **Cifras VIH/SIDA Año 2004 Y 2005**, Ministerio de Educación, Caracas, nov.2005
- Código Penal de Venezuela Gaceta Oficial No. 5.494 Extraordinario, 20 de octubre de 2000
- COMSALUD: **Informe final del Proyecto Fortalecimiento de la mujer ante la lucha contra el Vih/Sida y otras ITS: Incorporación del componente de VIH/SIDA y VPH a programas de atención dirigidos a mujeres en la región centro occidental de Venezuela.** Financiado por el PNS. 2005
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela
- Foro Social Mundial (Caracas-Enero 2006). Foro sobre el Aborto en Venezuela.
- Gacetas Oficiales de la República Bolivariana de Venezuela. www.tsj.gov.ve
- INE. **Boletín compendio de Información Social.** Escuela de Gerencia Social. 2004
- **Informe Sombra sobre Venezuela que se presenta al Comité de Seguimiento de la Aplicación de la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer – CEDAW.** Caracas. Febrero 2005
- Instituto Nacional de la Mujer: **Aplicación de la Plataforma de Acción de Beijing (1995) Políticas Para El Adelanto de la Mujer. Logros y Limitaciones.** República Bolivariana de Venezuela Caracas, Venezuela Junio, 2004.
- International Network for Economic, Social and Cultural Rights. www.escr_net.org
- LACCASO (2003): **Monitoreo y Evaluación de la Respuesta de Venezuela al compromiso de la Declaración de la UNGASS**
- Ley Orgánica de Protección al niño y al adolescente (LOPNA)
- Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social: **Plan Estratégico Nacional VIH/SIDA. Un enfoque para la Salud y calidad de Vida.** 2003.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social: **Lineamientos estratégicos para la promoción y el desarrollo de la salud integral de los y las adolescentes en Venezuela.** República Bolivariana de Venezuela OMS, OPS UNFPA. 2003
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social: “La verdad sobre la lucha contra el VIH/SIDA en Venezuela”. Publicidad. **Ultimas Noticias.** 14-07-2006. Pág. 32.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social, UNFPA, OPS: **Norma oficial para la atención integral de la salud sexual y reproductiva.** República Bolivariana de Venezuela, Noviembre 2003
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Instituto Nacional de la Mujer: **Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres.** Consulta Nacional Caracas, 2003
- Ministerio del Interior y Justicia: Situación Actual del Sistema Penitenciario Venezolano (Resultados del Diagnostico). Caracas 2005
- Molina, Luz Beltrán: **Violencia Contra la Mujer por la Pareja.** Fundación Escuela de Gerencia Social. Ministerio del Poder Popular para la Planificación y el Desarrollo. Caracas, 2006
- Nieves, Alberto: **Entrevista a la Jefa del Programa Nacional de Sida** para el Proyecto: Situación actual del acceso a tratamientos antirretrovirales y servicios de atención para personas viviendo con VIH en Latinoamérica (Fase Piloto 2005-2006) de la REDLA+
- Observatorio Venezolano de Prisiones: Situación Carcelaria en Venezuela. Informe a los Medios 1er Semestre 2007

- Ocanto Laydes: **La Mortalidad Materna en Venezuela**. Fundación Escuela de Gerencia Social. Ministerio del Poder Popular para la Planificación y el Desarrollo. Caracas, 2006
- OPS División de Protección y Promoción de la salud: **Informe de Venezuela. Logros en promoción de la salud con respecto a los compromisos asumidos en la declaración de México**.
- Oropeza, Valentina: "Misión milagro atendió a 16.000 pacientes en Venezuela". **El Nacional** 19-05-06. b20)
- Programa Nacional de SIDA e ITS. (2005): **Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/Sida- UNGASS 2001. Informe del Gobierno de la República Bolivariana de Venezuela, Período 2003 – 2005** Ministerio de Salud
- Programa Nacional de ITS/SIDA. INFORME 2004. <http://neevia.com>
- PROVEA: INFORME Octubre 2005- Septiembre 2006
- Red por los Derechos Humanos de los niños, niñas y adolescentes en Venezuela **Informe alternativo ante el Comité de los Derechos del Niño**. Venezuela. 2007
- Red Venezolana de de Gente Positiva. **Estudio Diagnóstico Situacional de personas que viven con VIH/SIDA en Venezuela**. 2007. Auspicio de ACCSI, ONUSIDA, AID FOR AIDS
- República Bolivariana de Venezuela Ministerio de Salud Programa Nacional de Sida e ITS. **Declaración de Compromiso en la Lucha Contra el Vih/Sida, UNGASS 2001. Informe del Gobierno de la República Bolivariana de Venezuela, Período 2003-2005**. Caracas 2005
- República Bolivariana de Venezuela. Instituto Nacional de la Mujer. **Aplicación de La Plataforma de Acción de Beijing (1995) Políticas para el Adelanto de la Mujer**. Logros y Limitaciones. Caracas, Venezuela Junio, 2004.
- Salas Maronsky, Hans y José Miguel Campos Marrero. **Informe Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en Venezuela** Caracas, 2003-2004. Auspiciado por PNUD y MSDS y validado por el GTT sobre VIH/SIDA – ONUSIDA
- Salas Maronsky, Hans y José Miguel Campos Marre: **Estimación y proyección del VIH/SIDA en Venezuela: Cambio demográfico y desigualdad social al inicio del tercer milenio. II encuentro nacional de demógrafos y estudiosos de la población**. Sf
- Urdaneta C. María T. y Ramírez H. Liliana: **Calidad de vida y situación de salud de los jóvenes y adolescentes del Estado Mérida**. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría. Volumen 65, nº 4. octubre-diciembre 2002
- Villalobos, Norem en Carvajal Ana. Revista de Obstetricia y Ginecología. 2002. Servicio de Infectología HUC Caracas-Venezuela

- www.alcaldiamayor.gob.ve
- www.banmujer.gov.ve
- www.barrioadentro.gov.ve
- www.caracas.gob.ve
- www.inamujer.gov.ve
- www.ine.gov.ve
- www.mci.gov.ve
- www.mpd.gob.ve

- www.mpps.gob.ve/msds/modules
- www.msds.gov.ve
- www.observatoriodemujeres.org.ve
- www.ops.oms.org.ve
- www.sociedadanticancerosa.org/2006/web
- www.unesr.gob.ve
- www.venescopio.org.ve

ANEXO

El Instrumento de Investigación

SECCION I - Panorama general del sistema de salud del país y de las políticas de salud sexual y reproductiva y de VIH/SIDA

- Describa el sistema de salud del país, con énfasis en la delimitación de las acciones de salud que se obtienen desde el gobierno y aquellas que deben ser pagadas por el/la ciudadano/a;
- Describa la política de VIH/SIDA, incluyendo acceso a medicamentos;
- Describa la política de salud de salud sexual y reproductiva en el país.

Preguntas

- *¿Hay algún comité o cuerpo dentro del Programa Nacional de SIDA que solamente se ocupe en atender asuntos de mujeres con respecto al VIH/SIDA? En caso de que así sea, ¿cuáles son algunas de las estrategias que el Programa ha adoptado para fortalecer a las mujeres?*
- *¿Existen espacios formales para la integración entre los programas de VIH/SIDA, SSR y control de las ITS?*
- *¿Existe alguna política definida para el control de las ITS?*

ESTADÍSTICAS BÁSICAS SOBRE LA EPIDEMIA Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA:

Cifras poblacionales y socio económicas básicas: población, % urbano x rural (cuando sea aplicable) distribución de la población por sexo y clase de edad, % analfabetas, % bajo la línea de pobreza; tasa de desempleo

- Valores de incidencia y predominio de VIH/SIDA por sexo y edad
- Cobertura de uso de ARV por sexo
- Valores de incidencia y predominio de otras ITS y de la sífilis congénita
- Tasa de Mortalidad por VIH/SIDA, por sexo
- Tasa de Mortalidad Materna
- Tasa de mortalidad por cáncer del cuello uterino
- Predominio del uso del condón
- Predominio del uso de anticoncepción por clase de método
- Tasa Global de Fecundidad
- Tasa de Mortalidad Infantil
- Tasa de transmisión vertical del VIH/SIDA
- % partos asistidos en hospital
- % partos en menores de 14 años y entre 15 y 18 años
- Edad de inicio de las relaciones sexuales discriminados por sexo
- Valores sobre abuso sexual, violencia contra las mujeres, explotación sexual.
- Valores sobre la incidencia de ITS producto de abuso sexual, violencia contra las mujeres y explotación sexual.
- Valores sobre la distribución gratuita de los condones femeninos y masculinos.
- Valores sobre la distribución gratuita de los métodos anticonceptivos excluyendo los condones.
- Valores sobre el acceso a los ARVs y anticoncepción de emergencia en aquellos casos de situación de violación.
- Cobertura de uso de ARV por sexo y edad.
- Tasa de mortalidad infantil por SIDA.

PREGUNTAS PARA CADA META

Meta 37 – Liderazgo de los gobiernos respecto a epidemia de VIH/SIDA

37.1 *¿Qué cantidad de Mujeres y jóvenes con VIH participan, de hecho, en los procesos de toma de decisión en el Programa Nacional de VIH/SIDA? Describa y analice*

37.2 *¿Las representantes del movimiento de mujeres y jóvenes, y de mujeres con VIH/SIDA participan en los procesos de toma de decisiones en el PNS, y en el planeamiento y monitoreo de acciones dirigidas para la reducción de su vulnerabilidad frente al HIV? Si es así, ¿de qué manera ocurre?*

37.3 *¿Las empresas participan en planes de financiamiento para luchar contra el VIH/SIDA? De ser así, ¿de qué manera lo hacen?*

Meta 52. Prevención:

52.1 *¿Cuáles son los elementos principales del componente de prevención de la política nacional de VIH/SIDA respecto a la salud sexual y reproductiva?*

52.2 *¿Cuáles son las estrategias implementadas para reducir la prevalencia del VIH para los(as) jóvenes de 15 a 18 años de edad y de 18 a 24 años? Su implementación está siendo efectiva? ¿Tiene buena cobertura? ¿Cómo se hace su evaluación?*

52.3 *¿Cuáles son las estrategias para garantizar que las mujeres de 15 a 18 años de edad y de 18 a 24 años tengan acceso a la información y educación sobre el VIH? ¿Existen campañas específicas con uso de distintos medios? Analice sus abordajes metodológicos, la adecuación de las mensajes para diferentes grupos; calidad, tipo y duración de las campañas y adecuación del contenido.*

52.4 *¿Cómo evalúa Ud. la efectividad de esas iniciativas? ¿Tienen buena cobertura?*

52.5 *¿Las mujeres, incluyendo las jóvenes, tienen facilidad para obtener, en cantidad suficiente y de modo gratuito, condones (masculino y femenino) y lubricantes?*

52.6 *¿Existen barreras formales o informales para proporcionar servicios y/o herramientas de prevención del VIH para mujeres/ niñas? Describa y comente*

52.7 *¿El diagnóstico y tratamiento de las ITS están disponibles y accesibles en los niveles básicos de atención a la salud? ¿Existen estadísticas y campañas nacionales respecto a las ITS?*

52.8 *¿Existe un monitoreo regular de las acciones de SSR, VIH/SIDA y control de las ITS por parte del gobierno? Si es así, ¿los datos son confiables y están disponibles?*

52.9 *¿Existe la detección voluntaria y confidencial? Si es así, ¿de qué manera se da?*

52.10 *Las entidades federales cuentan con apoyo psicológico en los programas de prevención del VIH/Sida e ITS?*

Meta 53. – Prevención

53.1 *¿Existen servicios especiales para mujeres jóvenes (por ejemplo, con horarios especiales o facilidades) que ofrezcan informaciones e insumos para prevención del VIH?*

53.2 *¿Existen barreras formales o informales para proporcionar servicios y/o herramientas de prevención del VIH para jóvenes menores de edad? Describa y comente*

53.3 *¿Se encuentra el personal de los servicios de salud preparado para proporcionar consejería de prevención específica para mujeres? ¿Existen iniciativas gubernamentales para capacitar sus equipos para esa tarea? Describa y Comente.*

53.4 *¿Está disponible y accesible la anticoncepción de emergencia y la profilaxis anti-HIV en los casos de exposición sexual sin protección?*

53.5 *¿Existen estrategias de divulgación de la profilaxis post exposición sexual sin protección?, ¿cuáles?*

Meta 54 – Prevención

54.1 *¿Los servicios (públicos y privados) que atienden mujeres embarazadas ofrecen información, consejería y pruebas anti HIV?*

54.2 *¿En caso de gestantes seropositivas/os, se ofrecen tratamientos eficaces para reducir la transmisión del VIH de madre a hijo, orientación nutricional para el alimento del recién nato, y soporte psicosocial?*

54.3 *¿Están disponibles, de forma gratuita, los sucedáneos de leche materna para la alimentación de los recién nacidos hijos de mujeres con VIH? Si es así, ¿en cantidad suficiente? ¿la prescripción es adecuada? Describa y comente*

54.4 *¿Están disponibles servicios de detección y acceso a tratamientos para sífilis e ITS?*

54.5 *¿Cuál ha sido la orientación anticonceptiva para las mujeres con HIV? ¿Existe alguna forma de inducir que ellas se esterilicen?*

54.6 *¿Cuál es la política de su país respecto al aborto? ¿Cómo considera la opinión pública el derecho de una mujer con VIH para interrumpir su gestación?*

54.7 *¿Están disponibles y operativos los servicios de detección del VIH para mujeres gestantes y mujeres en trabajo de parto que desconocen su estatus de VH?*

Meta 59. Derechos humanos

59.1 *¿Su gobierno ha desarrollado políticas y programas destinados a la promoción de los derechos de las mujeres? Si es afirmativo, ¿existe un organismo específico para coordinar las acciones? ¿Cuál es su evaluación sobre la efectividad de las acciones desarrolladas? ¿Cuáles son las principales fortalezas y debilidades en la implementación de estas políticas y programas?*

59.2 *¿Existen acciones de fortalecimiento de las mujeres desarrolladas en conjunto con el Programa de HIV/SIDA o con el Programa de Salud Sexual y Reproductiva? ¿Cuáles son los principales obstáculos o facilitadores para la implementación de un trabajo conjunto?*

59.3 *¿Existen estrategias para promover la responsabilidad compartida de hombres y mujeres respecto al sexo seguro? Si es así, ¿cómo UD. evalúa su cobertura, efectividad y adecuación al contexto de las relaciones de género en su país?*

59.4 *¿Existen estrategias gubernamentales específicas para fortalecer la capacidad de decisión de las mujeres en lo que respecta a asuntos de su sexualidad y prevención del VIH y otras ITS? Si es sí, ¿cómo evalúa UD su efectividad? ¿Cuáles son sus principales fortalezas y debilidades? Describa y comente*

59.5 *¿Existen estrategias gubernamentales específicas de protección de los derechos de las mujeres trabajadoras? ¿Y para las trabajadoras que viven con VIH? ¿Existen datos que apunten acosos laborales para las mujeres viviendo con VIH?*

59.6 *¿Existen servicios de reproducción asistida para la mujer? Si es así, comente sobre su disponibilidad y efectividad*

Meta 60 Derechos humanos

60.1 *¿Existen directivas gubernamentales para educación que busquen promover la igualdad entre los sexos? Si es así, ¿como evalúa Ud. su cobertura y efectividad?*

60.2 *¿Cómo se abordan las desigualdades de género en los programas educativos de prevención contra SIDA dirigidos por el gobierno?*

60.3 *¿Existen barreras legales o tradicionales (informales, socio culturales) que limiten a las mujeres jóvenes para obtener cuidados de salud sexual y reproductiva y tratamiento ARV, cuando sea necesario?*

Meta 61 Derechos Humanos

61.1 *¿Cómo analiza Ud. la cobertura y la efectividad de las iniciativas gubernamentales para impedir la violencia contra mujeres y niñas?*

61.2 *¿Existe un sistema de monitoreo efectivo de esas acciones desde el gobierno? ¿Y desde la sociedad civil?*

61.3 *¿Están disponibles antirretrovirales, profilaxis de ITS, anticoncepción de emergencia y consejería para las mujeres violentadas sexualmente? ¿Existen estadísticas nacionales sobre la violencia sexual contra mujeres y niñas?*

61.4 *¿Se realizan regularmente campañas nacionales de combate a la violencia contra las mujeres y exploración sexual de las niñas? Si es así, ¿cómo evalúa UD. la efectividad de esas iniciativas y la pertinencia de los contenidos de los mensajes?*

61.5 *¿Cuáles son las iniciativas gubernamentales para cohibir la exploración sexual de las niñas?*

61.6 *¿Cómo evalúa UD su cobertura y efectividad? ¿Existe un sistema de monitoreo efectivo de esas acciones desde el gobierno? ¿Y desde la sociedad civil?*

61.7 *¿Existen programas de promoción de los derechos de protección de la mujer?.*

61.8 *¿Existe y se aplica el marco legal relacionado con el castigo y la reparación del daño en relación a la violencia contra las mujeres?*

Meta 62 – Reducción de la vulnerabilidad

62.1 *¿Existen programas o acciones específicas de represión al tráfico de mujeres? Si es sí, ¿cómo usted evalúa su efectividad?*

62.2 *¿Las acciones del gobierno relacionadas con la inclusión de mujeres de grupos más vulnerables son monitoreadas de forma pública y transparente?*

62.3 *¿Hay representantes de mujeres en los comités de planeamiento/ evaluación de estas iniciativas?*

Meta 63 Reducción de la vulnerabilidad

63.1 *¿El concepto de familia que el gobierno reconoce y promueve en las estrategias de involucramiento familiar está adecuado a la realidad de las poblaciones más vulnerables?*

63.2 *¿El gobierno asume de hecho una perspectiva multicultural en la formulación de sus propuestas sociales?*

63.3 *¿La orientación y el enfoque de las actividades de educación sobre VIH en las escuelas están adecuados a una propuesta de educación inclusiva y de respeto a las diferencias?*

63.4 *¿Los contenidos en los libros de texto gratuito están adecuados a una propuesta de educación inclusiva y de respeto a las diferencias?*

Meta 64. Reducción de la vulnerabilidad

64.1 *¿Existen programas o acciones específicas de protección a la salud sexual y reproductiva de las mujeres viviendo con VIH/SIDA y/ o miembros de los grupos más vulnerables para la infección de VIH? Si es sí, ¿cómo evalúa usted su efectividad?*

64.2 *¿Existen programas o acciones específicas de protección a la salud sexual y reproductiva y prevención del VIH para mujeres de minorías étnicas?*

64.3 *¿Existen barreras legales o tradicionales (informales, socio culturales) que limiten las mujeres, trabajadoras sexuales y las mujeres privadas de libertad de obtener cuidados de salud sexual y reproductiva y tratamiento ARV, cuando sea necesario? Si es sí, describa dando ejemplos y sea lo más específico/a posible*

64.4 *¿Se han mantenido los aportes gubernamentales para el trabajo con las poblaciones más excluidas en los últimos 5 años? ¿Incrementados? ¿Reducidos? Comente*

Meta 65.- Huérfanos

65.1 *¿Su gobierno ha implementado estrategias de apoyo para niños/niñas con VIH/SIDA, asegurando acceso y apoyo psicosocial, educación, albergue, nutrición, servicios en salud, y garantizando la no-discriminación? Si es sí, ¿cómo evalúa UD la cobertura y efectividad de estas iniciativas?*

65.2 *¿Existen programas educativos para niñas y familias no infectadas con VIH que promuevan la integración de los niñas con VIH?*

Meta 68. Mitigación de los Efectos Sociales y Económicos

68.1 *¿El gobierno realiza estudios sobre el impacto socio económico de la epidemia del VIH?*

68.2 *¿Esos estudios están desglosados por sexo y edad?*

68.3 *¿La información sobre el impacto socio económico del VIH sobre las mujeres y niñas está difundida de forma clara y transparente?*

Meta 72- Investigación y Desarrollo

72.1 *¿Existen investigaciones específicas sobre la historia natural del HIV en las mujeres en su ciclo vida?*

72.2 *¿Son incluidas las mujeres en cantidad suficiente en las investigaciones clínicas para hacer análisis desagregado por sexo?*

72.3 *¿Existen incentivos para que las mujeres participen en ensayos clínicos (viáticos, guardería, búsqueda enfocada para participantes mujeres, difusión a mujeres)?*

72.4 *¿Se aplica el término de consentimiento libre y esclarecido para las mujeres que desean participar en investigaciones clínicas?*

72.5 *¿Existen mecanismos adecuados para la protección de los derechos de los sujetos?*

72.6 *¿Están incluidas las mujeres con VIH en los comités de bioética?*

72.7 *¿Están incluidas las mujeres que viven con VIH en los estudios comportamentales relacionados a la infección por el VIH?*

72.8 ¿Se realizan investigaciones sobre el impacto del VIH en el comportamiento de niñas y mujeres que padecen el virus?

72.9 ¿Se han realizado investigaciones sobre el impacto del VIH en el comportamiento de niñas, adolescentes y mujeres que viven con VIH?

Sección III - Por favor, remítase a los datos obtenidos arriba, y responda las preguntas:

- ¿Cuáles son las principales fortalezas (aliados, y ventanas de oportunidades) para la promoción de avances en la salud sexual mujeres viviendo con VIH/SIDA y para la prevención de la epidemia entre mujeres?
- ¿Cuáles son las principales brechas y deficiencias respecto a la articulación SSR/VIH/SIDA y recomendaciones para su superación?



ACCSI.
ACCION CIUDADANA
CONTRA EL SIDA

Premio Monseñor Romero 1998
Reconocimiento Trabajo Voluntario 2003
Secretariado Regional LACCASO
Miembro del Foro por la Vida

ACCSI nace como asociación civil sin fines de lucro el 06 de abril de 1987. Está registrada en la Oficina Subalterna de Registro del Primer Circuito del Municipio Sucre del Estado Miranda (N°49, Tomo 4, Protocolo 1). Durante 20 años de actividad ininterrumpida ha promovido, protegido y defendido los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA y poblaciones vulnerables.

Miembros fundadores de ACCSI:

Pedro Luis Paredes †, Alex González, Edgar Carrasco y Alfredo Andara †

Edgar Carrasco, Director Ejecutivo Derechos Humanos

ecarrasco@accsi.org.ve

Renate Koch, Directora Ejecutiva de Programas: rkoch@accsi.org.ve

Alberto Nieves, Director Ejecutivo MIPA: anieves@accsi.org.ve

Belkis Lugo, Administración de Proyectos y Área de Capacitación

blugo@accsi.org.ve

Herelys Leyva Área Asesoría DDHH: hleyva@accsi.org.ve



AVESA. ASOCIACION VENEZOLANA
PARA UNA EDUCACION SEXUAL
ALTERNATIVA

AVESA es una Organización No Gubernamental, sin fines de lucro, registrada el 10 de abril de 1984, bajo el número 47, Tomo 5, Folio SN, en el registro Oficina Subalterna del segundo municipio de la circunscripción judicial del distrito capital. Venezuela.

Fue creada por **Elisa Jiménez**, una de las pioneras en nuestro país en la promoción y defensa de lo que hoy llamamos Derechos Sexuales y Reproductivos y una gran luchadora por los derechos de la mujer.

Mandato: Promover el ejercicio responsable de la sexualidad y los derechos sexuales y reproductivos.

Misión

◊ Promover la reflexión y toma de conciencia sobre la sexualidad como aspecto trascendental en todo ámbito y etapa de la realidad humana, y sobre el impacto que ha tenido la concepción tradicional de la sexualidad a nivel individual y colectivo

◊ Ofrecer modelos alternativos de prevención. educación v