

PERÚ



HAZ ESCUCHAR TU VOZ

Estudio sobre la participación de mujeres y trans
en los procesos del Fondo Mundial en Perú

Un trabajo del

observatorio latino

Un programa de



Con el apoyo técnico y financiero de:



Haz escuchar tu voz:**Estudio sobre la efectiva participación de las mujeres y trans en el MCP de El Salvador****AID FOR AIDS Perú**

Programa Observatorio Latino
Calle Túpac Amaru 698, Pueblo Libre
Lima – Perú
2010

Consultora:

Ximena Salazar

Revisión y edición:

Lídice López Tocón y Enrique Chavez
Departamento de Advocacy / AID FOR AIDS

Diseño y Diagramación:

Rommel Gonzales Cruz.

*Nuestro agradecimiento a **Alexandra Lamb Guevara** por la coordinación general del estudio para América Latina y El Caribe.*

Este estudio y su publicación ha sido posible gracias a la Cooperación Técnica y Financiera de ONUSIDA y la Alianza Internacional contra el VIH/SIDA.

Las imágenes usadas en este documento se han recopilado de distintas páginas de Internet. Foto de portada: Rommel Gonzales Cruz

Acrónimos

COREMUSAS	: Coordinadoras Regionales Multisectoriales de Salud
FM	: Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria
HSH	: Hombres que tienen sexo con otros hombres
IGV	: Impuesto General a las Ventas
ITS	: Infecciones de Transmisión Sexual
LGBT	: Población Lésbica, Gay, Bisexual y Trans
MCP	: Mecanismo Coordinador de País
MINSA	: Ministerio de Salud
MVVS	: Mujeres viviendo con VIH y Sida
ONUSIDA	: Programa de las Naciones Unidas para el Sida
PEM	: Plan Estratégico Multisectorial
PNUD	: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PROSA	: Programa de Soporte a la Autoayuda de Personas Viviendo con el VIH y Sida
PVVS	: Personas que viven con VIH o Sida
REDECOMS	: Red de Comunicación de Grupos de Ayuda Mutua
Sida	: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TS	: Trabajadoras Sexuales
UNFPA	: Fondo de Población de las Naciones Unidas
VIH	: Virus de Inmunodeficiencia Humana

Presentación

El financiamiento del Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (Fondo Mundial) ha modificado de manera sustantiva la articulación de la respuesta a estas tres enfermedades en muchos países del mundo, específicamente al plantear la creación de un Mecanismo de Coordinación de País (MCP) que articule a las autoridades del Estado y la sociedad civil con sus organizaciones de base, poblaciones afectadas y el sector privado.

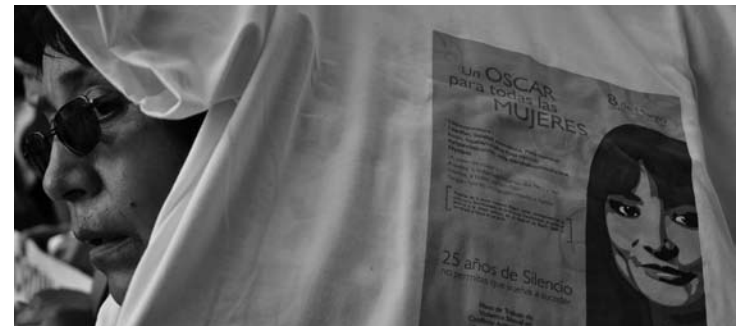
En el Perú, la sociedad civil y las poblaciones que viven con VIH formaron parte del MCP desde su conformación; sin embargo, otras poblaciones más expuestas o vulnerables al VIH participaban poco o nada de este mecanismo.

Con el apoyo técnico y financiero de ONUSIDA y la Alianza Internacional contra el VIH/SIDA, el Observatorio Latino ha colectado información a través de entrevistas a miembros del MCP y grupos focales con

mujeres que viven con VIH, Trabajadoras Sexuales y Trans sobre su participación en el MCP y otros procesos vinculados al Fondo Mundial (FM). El presente documento analiza aspectos de la representación, legitimidad, y rendición de cuentas de las/los representantes de estas poblaciones, así como la percepción de otros miembros del MCP sobre su participación en la construcción de propuestas e implementación de las actividades.

Este documento pretende motivar la reflexión respecto de la conformación del MCP en el Perú y la participación efectiva y legítima de las mujeres y Trans. A la vez, busca convertirse en una herramienta de abogacía para la obtención de recursos, asistencia técnica y capacitaciones para una efectiva participación y una mejor articulación entre representantes y representados, de tal manera que los primeros puedan hacer llegar las necesidades pendientes de su población representada.

Incorporar el género en las políticas públicas sobre VIH implica desarrollar un compromiso institucional para entender las condiciones y posiciones de las mujeres frente a la infección.



Rommel Gonzales Cruz

I. Introducción

Incorporar el enfoque de género no significa que el concepto “género” se agregue artificialmente en la planificación estratégica de instituciones, proyectos o políticas; más bien, este concepto debe integrarse en toda su estructura, permitiendo comprender la realidad de una manera diferente.

El análisis de género es una forma distinta de examinar la relación entre hombres y mujeres. Como punto de partida localizamos la forma en que las diferencias biológicas se transforman en desigualdades sociales, donde las mayores desventajas las llevan las mujeres; esto no quiere decir que el género sea sinónimo de “mujer”. El análisis de género es la reflexión respecto a las diferencias entre hombres y mujeres¹ con respecto a las condiciones, necesidades, intereses, acceso a la participación, a la

toma de decisiones, acceso a los servicios y al control de recursos, tomando siempre en cuenta las relaciones de poder y subordinación. El análisis de género, entonces, permite visualizar estas relaciones y encontrar mecanismos para superar las brechas existentes.

Incorporar el género en las políticas públicas sobre VIH implica desarrollar y motivar un compromiso institucional para entender las condiciones y posiciones de las mujeres frente a la infección, y luego contribuya a reducir su vulnerabilidad para fomentar su empoderamiento, y finalmente lograr que ellas tomen sus propias decisiones en el terreno social, sexual y afectivo.

El presente trabajo se centra en dos aspectos del análisis de género: el acceso a la participación y toma de decisiones, y el control de los recursos.



1. Queremos utilizar un concepto amplio de “mujer”, incorporando a las personas Trans en este concepto, ya que planteamos, como Josefina Fernández, que existen múltiples formas de ser mujer.

II. Contexto general

Legislación peruana a favor de las mujeres

El Perú ha firmado compromisos internacionales que protegen los derechos de las mujeres; y a nivel local, el Perú cuenta con políticas públicas, Leyes y Normas que promueven: la igualdad de oportunidades sin discriminación –fortaleciendo la participación de las mujeres como sujetos sociales y políticos que dialogan y deliberan con el Estado y la sociedad civil–; promueven el acceso universal a los servicios de salud y seguridad social; incentivan la evaluación de la incidencia de las políticas de equidad de género en la ejecución presupuestal; y promueven la eliminación de la violencia contra la mujer. Así mismo, existe legislación específica para promover la participación de las mujeres en los partidos políticos. Sin embargo, la implementación de estos compromisos y leyes no ha sido efectiva. Así por ejemplo, la participación de las mujeres no ha sido equitativa en el

Perú y sus ingresos son menores que los de los hombres por ocupaciones similares².

Si bien es importante la promulgación de una Ley de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, esta Ley no debe basar su existencia y aplicación en las elementales condiciones de desigualdad e inequidad de género de las mujeres frente a los hombres, sino que mire con mayor profundidad, ya que, como sabemos, aún existen bajas tasas de escolaridad femenina, mayor participación de las mujeres en el mercado laboral informal, altas tasas de mortalidad materna, mayor cantidad de mujeres jefas del hogar, etc. También es importante tomar en cuenta si esta Ley de igualdad de oportunidades ha sido asumida como propia por la sociedad civil, de manera que haya una real rendición de cuentas que pueda demostrar

la transversalización de su implementación³.

Por otro lado, es importante advertir que mucha de la legislación otorga derechos a las mujeres en situaciones de maternidad y crianza de los hijos, pero no incluyen en absoluto una igualdad de responsabilidades entre hombres y mujeres; es decir, se limita a ratificar la condición “femenina” de la maternidad y la crianza de los hijos.

Esta Ley de igualdad debe ver y resolver las bajas tasas de escolaridad femenina, la mayor participación de las mujeres en el mercado laboral informal, las altas tasas de mortalidad materna, la mayor cantidad de mujeres jefas del hogar, etc.

2. Ver: Bravo Rosa: Las metas del milenio y la igualdad de género: El caso del Perú. CEPAL – UNIFEM, Santiago de Chile, 2004.

3. Ver: Jennie Dador Tozzini: Construyendo la equidad de género: Propuestas de política. CIES, Lima 2004.

Contexto legal del trabajo sexual

Con respecto al trabajo sexual, El Perú ha asumido desde 1909 una política reglamentarista o regulacionista; ello quiere decir que este no es ilegal, que debe ser ejercido en lugares autorizados, y que las Trabajadoras Sexuales (TS) deben pasar exámenes periódicos (atención médica periódica) para descartar las ITS. Toda actividad de trabajo sexual que no cumpla estos requisitos es tratada como ilegal y perseguida, utilizando muchas veces, la violencia. Entonces, en la actualidad no existe una Ley que proteja y no criminalice el trabajo sexual. Los principales instrumentos que amparan a las Trabajadoras Sexuales son la Constitución Política del Estado, el Acuerdo Nacional y el Plan de Igualdad de Oportunidades.

El trabajo sexual debe ser ejercido en lugares autorizados, y las TS deben pasar exámenes médicos periódicos para descartar ITS. Toda actividad de trabajo sexual que no cumpla estos requisitos es tratada como ilegal y perseguida, utilizando muchas veces, la violencia.

El Estado en relación a la población Trans

En referencia a la población transgénero, travesti y transexual, en la actualidad no existen leyes, políticas, normas y/o reglamentaciones referentes a la inclusión política de la diversidad sexual o identidad de género; aunque en algunas políticas se alude, de manera general, a la no discriminación

por orientación sexual. La población Trans está, actualmente, ausente en la legislación peruana; sin embargo, todas las leyes que amparan a los/las ciudadanos/as peruanos/as debieran amparar a esta población, comenzando por la Constitución Política del Estado.



Legislación y políticas relativas al VIH

La Ley que enmarca la respuesta al VIH es la ley CONTRASIDA 26626 y su modificadora, la Ley 28243. Esta Ley contiene artículos que regulan la discriminación en los ambientes laborales y los derechos de atención médica integral. El Plan CONTRASIDA tiene cuatro grandes objetivos:

1. Disminución de la transmisión sexual de las ITS y el VIH.
2. Disminución de la transmisión sanguínea.
3. Reducción de la transmisión vertical (de madre a niño).
4. Disminución del impacto individual, social y económico en las personas que viven con VIH (PVVS).

Su implementación se operacionaliza a través de normas técnicas de tratamiento antirretroviral de gran actividad para adultos y a través de la

Profilaxis de la Transmisión Madre-Niño del VIH y Sífilis Congénita⁴.

Por otro lado, el país cuenta con el Plan Estratégico Multi-sectorial 2007-2011 (PEM) para la prevención y control de las ITS y VIH/SIDA, producto de un trabajo compartido y participativo entre el Ministerio de Salud, ONUSIDA y la Coordinadora Multisectorial en Salud (CONAMUSA), la cual ha representado una forma novedosa de trabajar, incluyendo, no solo a representantes de organizaciones no gubernamentales, sino ofreciendo también un lugar a las personas directamente afectadas⁵. El PEM reconoce las limitaciones de los estudios realizados en el país, algunos de los cuales no brinda un estimado correcto de todos los subgrupos de HSH (por ello no permite diferenciar entre HSH que desarrollan

comercio sexual del resto de HSH), ni se distinguen las distintas identidades de género inmersas, lo que dificulta la implementación más efectiva de las estrategias de prevención y tratamiento.

El PEM debe guiar las acciones de fortalecimiento de Respuesta Nacional, la cual se encuentra en un proceso de descentralización que ha involucrado a los gobiernos regionales y locales, la sociedad civil y las organizaciones de poblaciones vulnerables y afectadas en 14 regiones del interior del país.

De la misma manera reconoce que la participación de las organizaciones de las poblaciones consideradas como vulnerables aún es limitada, consecuencia de un proceso de organización aún progresivo. El PEM tampoco considera el enfoque de género.

limanorte.wordpress.com



Algunos estudios realizados en el país no brindan un estimado correcto de todos los subgrupos de HSH, ni se distinguen las distintas identidades de género inmersas. El PEM tampoco considera el enfoque de género.

4. La Norma Técnica de la Profilaxis de la Transmisión Madre-Niño del VIH y Sífilis Congénita busca promover una cultura de respeto a la dignidad de la persona a través de la incorporación de enfoques de género, derechos humanos e interculturalidad para eliminar el estigma y la discriminación asociados al VIH. Sin embargo, la aplicación de la prueba "a todas las gestantes" la convierten, en la práctica, en obligatoria. A este respecto, la Defensoría del Pueblo ha señalado que esta práctica podría conducir a las madres gestantes temerosas -si son forzadas a someterse a este tipo de prueba- a no acudir a los centros médicos.

5. La Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud (CONAMUSA) es el MCP para Perú.

III. Contexto epidemiológico

Desde 1983, año en que apareció el primer caso de Sida en el Perú, esta infección se ha incrementado de manera sostenida. Según datos oficiales de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud, hasta junio del 2008 se habían reportado 23293 casos de Sida y 35 362 casos de VIH⁶.

La epidemia en el Perú está caracterizada como una epidemia concentrada en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) con una prevalencia de 13,9%; mientras que la problemática del VIH para las mujeres se refleja

en el descenso de la razón hombre/mujer, que a junio de 2009, se registró en 2.97. Con respecto a la población Trans, no existen hasta el momento cifras oficiales de prevalencia e incidencia. El único dato publicado hasta la fecha proviene de un estudio en Lima Metropolitana entre la población Gay, transgénero y bisexual, que dio como resultado que el 33% de las personas Trans había contraído VIH, y el 51% había contraído sífilis⁷. Con respecto a población de Trabajadoras Sexuales, esta es considerada una población de alta prevalencia de ITS.



6. Boletín Epidemiológico. Situación del VIH/SIDA en el Perú. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/bol_epid/2009/30/30_3.pdf

7. Ver: Tabet S, Sánchez J, Lama J, Goicoechea P, Campos P, Rouillon M, Cairo JL, Ueda L, Watts D, Celum C, Holmes KK. HIV, syphilis and heterosexual bridging among Peruvian men who have sex with men. AIDS. 2002 Jun 14;16(9):1271

IV. La respuesta al VIH en el Perú

En el Perú existe un amplio mapa de actores que ha confluído para desarrollar una respuesta al VIH. Por parte del Ministerio de Salud está la Dirección de Salud de las Personas (DGSP), de quien depende la ahora llamada Estrategia Nacional de Control de ITS/VIH que fue creada el año 1996 y que lideró las acciones de prevención y atención en VIH.

La Coordinadora Nacional Multisectorial de Salud (CONAMUSA)⁸, creada oficialmente con el Decreto Supremo 007-2007-SA, es un órgano que nació como Mecanismo Coordinador de País (MCP) para los proyectos del Fondo Mundial y que coordina la respuesta al VIH. En ella participan el Ministerio de Salud, la sociedad civil: ONGs y universidades, las Iglesias, las personas organizadas que viven con VIH, la cooperación internacional (PNUD, UNFPA, ONUSIDA), las organizaciones de poblaciones vulnerables (Gays, Trans y Trabajadoras Sexuales) y las de poblaciones afectadas por la tuberculosis.

Desde el año 2003 el Perú ha implementado tres proyectos en VIH, correspondientes a las Rondas 2, 5 y 6 del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, estando comprometidos en esta tarea hasta el año 2011 aproximadamente 70 millones de dólares⁹. Con los fondos otorgados se han implementado, con mayor o menor éxito, acciones de prevención y mejoramiento técnico y provisión de medicamentos ARV y para infecciones oportunistas. Para los tres proyectos aprobados por el Fondo Mundial el administrador de los fondos o Receptor Principal ha sido CARE-PERÚ.

Por su parte, las organizaciones de PVVS, las organizaciones de poblaciones vulnerables (Gay, Trans y Trabajadoras Sexuales), así como la sociedad civil y los grupos comunitarios de base, se encuentran en proceso de consolidación y están tendiendo una presencia gradual en los órganos de toma de decisiones, como la CONAMUSA, por ejemplo.

Las organizaciones de PVVS, de poblaciones vulnerables, así como la sociedad civil y los grupos comunitarios de base se encuentran en proceso de consolidación y están tendiendo una presencia gradual en los órganos de toma de decisiones.

V. Metodología

La recolección de Información se realizó durante el mes de agosto del 2009. Para la realización de entrevistas y el reclutamiento de participantes en los grupos focales se contó con el apoyo de una mujer que vive con VIH y una persona Trans.

Se entrevistó a 16 personas entre miembros y ex miembros del MCP, representantes de las poblaciones de mujeres (mujeres que viven con VIH y mujeres Trabajadoras Sexuales) y Trans, representantes del receptor principal y funcionarios del MCP¹⁰.

Se realizaron 2 (dos) grupos focales –uno con mujeres que viven con VIH (MVVS) y otro con Trans– y 2 (dos) entrevistas grupales –mujeres de población en general y Trabajadoras Sexuales¹¹–.

8. El Decreto Supremo 007-2007-SA crea la Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud (CONAMUSA), reconocida como el organismo de coordinación y constituido por representantes del gobierno, la cooperación internacional bilateral y multilateral, la sociedad civil y las organizaciones de personas afectadas por el VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria en el país, y presidida por el Ministerio de Salud.

9. En la Ronda 1, el Ministerio de Salud, sin la articulación con la sociedad civil, presentó un proyecto al Fondo Mundial. Este fue rechazado por no cumplir con el requerimiento del Mecanismo de Coordinación de País.

10. Puede acceder a la guía de entrevista en el informe regional.

11. Se realizaron entrevistas colectivas al no haber alcanzado el número requerido para hacer un grupo focal. A los grupos organizados para Trabajadoras Sexuales y para mujeres de la población general asistieron únicamente tres personas a cada grupo.

VI. Resultados

Via. Participación en el MCP

El Mecanismo Coordinador del País (CONAMUSA)

El Mecanismo Coordinador del País, denominado CONAMUSA, fue creado oficialmente en mayo del 2004 bajo la rectoría técnica del Ministerio de Salud¹².

En la nueva versión modificada (aún no implementada) del reglamento se amplía su finalidad a "institucionalizar un mecanismo eficiente, sostenido, descentralizado, controlado y participativo entre el Estado y la sociedad civil, que proponga y promueva programas de salud, desde una perspectiva de integralidad, en favor de la población, y en particular, de las poblaciones en situación de vulnerabilidad y exclusión en un ámbito local, provincial, regional y nacional". Esta definición extiende las funciones del

Mecanismo Coordinador de País más allá de los proyectos del Fondo Mundial, que fue lo originalmente pensado.

Cada estamento (ministerios, ONGs, personas afectadas, poblaciones vulnerables, agencias cooperantes, organizaciones religiosas y académicas) está representado por un número específico (1 o 2) de integrantes (su composición se verá más adelante).

La CONAMUSA tiene tres instancias: la asamblea general, la secretaría ejecutiva y los comités técnicos consultivos –comité de medicamentos, comité de comunicaciones, comité de vigilancia y comité del PEM–. Como nueva instancia se ha incluido un comité

de ética, que "es la instancia encargada de vigilar el correcto desempeño, integral, moral, decoroso y honorable de los/las representantes de las instituciones que forman parte de la CONAMUSA, funcionarios, servidores y trabajadores de la CONAMUSA, cuyo vínculo laboral sea permanente o temporal".

En su primera versión se planteó únicamente la participación de "organizaciones de las personas afectadas" y no se mencionó a "trabajadoras sexuales", "personas Trans"; tampoco "mujeres viviendo con VIH" y/o "mujeres de la población general". En la versión modificada se incluye 1 miembro de las poblaciones vulnerables de VIH" y 2 miembros de las COREMUSAS (Coordinadoras Regionales Multisectoriales en Salud)".

El Decreto Supremo y su nuevo reglamento no poseen un lenguaje inclusivo: los/las represen-

tantes están denominados en sexo masculino (el representante, el secretario ejecutivo, etc.). Tampoco hay mención referida a mantener un enfoque de género al interior de la CONAMUSA, ni a vigilar el enfoque de género en las propuestas presentadas al Fondo Global u otros proyectos. El reglamento no establece ninguna cuota correspondiente a hombres y mujeres, ni se menciona una cuota de TS, ni personas Trans.

No hay un enfoque de género al interior de la CONAMUSA, ni se vigila el enfoque de género en las propuestas presentadas al FM.



flickr.com [Fotógrafo: kudumomo]

12. La Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud se crea de manera informal desde finales del 2001 y se instala en agosto del 2002, cuando miembros de distintos sectores se articulan para preparar el proyecto que se presentaría en la Ronda 2.

Las necesidades de las mujeres (club de madres, vaso de leche o comedores populares) no están representadas dentro del MCP.

Participación en el MCP

CANTIDAD Y PORCENTAJE POR SECTOR (Miembros titulares)

Gobierno	12	42.9%
Universidades	2	7.1%
Cooperación internacional	3	10.7%
Organizaciones de iglesias	2	7.1%
ONG	4	14.3%
Organizaciones de poblaciones afectadas	4 (2 hombres, 2 mujeres)	14.3%
Organizaciones de poblaciones vulnerables	1 (representante trans)	3.6 %
TOTAL	28	100%

CANTIDAD Y PORCENTAJE DE MUJERES MIEMBROS DEL MCP

Hombres	15	53.6%
Mujeres	12	42.9%
Trans	1	3,6%

Representación

La CONAMUSA no tiene un mandato interno con respecto a la participación de mujeres y solo se les incluye como "poblaciones vulnerables". Sin embargo, las mujeres de la población general no se encuentran dentro del concepto de "población vulnerable", ni tampoco son consideradas como población que deba estar representada en el MCP; en este sentido, ninguna organización de mujeres (club de madres, vaso de leche o comedores populares) se encuentran representadas allí.

Internamente, las personas que viven con VIH (PVVS) han decidido balancear su representación con un representante hombre y una representante mujer, aunque no se llega a plasmar las necesidades específicas de las mujeres que viven con VIH en el MCP.

Los mecanismos de representación están en proceso de mejora: se ha recurrido a la elección de miembros con participación de la mayoría de organizaciones, aunque todavía el ejercicio democrático no es el ideal y se mantiene bastante centralista.

"...hubo unas elecciones el año pasado, que fue algo nuevo, donde se pedía que se presentaran para postular por nueve plazas, ...entonces decidimos formar una plancha y postulamos y fue la única lista que se presentó..."

(Representante mujer VVS. MCP)



Las mujeres Trabajadoras Sexuales y la población Trans lograron su representación como parte del grupo de “poblaciones vulnerables”, donde hombres gays, mujeres lesbianas, Trans y TS han acordado turnarse cada período para asumir la representación. Al momento de la recolección de datos, una persona Trans era miembro titular y una TS miembro alterna¹³. Un problema ya mencionado es el no tener representación de acuerdo a cada población específica, debido a que, como sabemos, las necesidades y planteamientos son específicos y distintos para cada población.

Muchas veces, representar a “poblaciones vulnerables” hace que algunas no se sientan representados por otros/as y ello dificulta la comunicación y los sistemas de información. Los miembros del MCP que representan a las ONGs y la Secretaría Ejecutiva entienden muy bien esta necesidad; sin embargo, argumentan que ello haría

poco viables las discusiones al interior de la asamblea porque la cantidad de participantes aumentaría. Por otra parte, los/las representantes de poblaciones vulnerables comentan que, con la intención de tener la representación única de las poblaciones vulnerables, existe más bien una intención de mantener el actual equilibrio de representación que favorece a unos sectores (ONGs y Estado) y desfavorece a otros (PVVS, TS, Trans y Gay)

“se ha acordado que la próxima sea una Trabajadora Sexual, y así rotar en el cargo de acuerdo a las identidades para nutrirnos de conocimiento y fortalecernos de esta articulación”

(Representante alterna Trans. MCP)

“Tenía que haber alternancia. El año pasado los Gays han tenido el titular ante la CONAMUSA. Y este año tenía que cambiar, tenía que ser una Trans o una TS, y fue una Trans, pero es rotatorio, un año ella y un año yo”.

(Representante alterna TS. MCP)

“Hay una representante que se puede quejar y hay que decirle a ella lo que está sucediendo”

(Representante alterna. MCP)

13. Cada una de las representantes, titular y alterna, tiene también una suplente, quien podrá asumir la representación en caso la titular o alterna no tengan posibilidades de asistir a las sesiones de asamblea de la CONAMUSA, cuando se utilizan citas de éstas, se señalan como segundas alternas. Es importante señalar que las Trabajadoras Sexuales, por ser las de menor número en el amplio conglomerado de organizaciones de HSH y Trans, realizaron una votación aparte para seleccionar a su representante alterna. Actualmente, para fomentar la discusión de temas comunes a las poblaciones vulnerables, se ha recurrido a las elecciones de miembros con participación de las organizaciones LGBT y TS para que se articule en un pequeño grupo conocido como el G8.

Participación

La percepción de las tres poblaciones sobre la calidad de la participación actual en el MCP coinciden en que esta está mejorando; aunque todavía se encuentra a nivel de denuncia y no de propuestas, como señalan las personas entrevistadas.

Las representantes de las poblaciones vulnerables y afectadas¹⁴ –y otros miembros del MCP– carecen de un sistema de inducción y capacitación que les permita acceder rápidamente a información y participar de manera más activa. Tampoco existen mecanismos de transferencia de conocimientos entre unos/as representantes y los/las siguientes, lo cual hace difícil el ingreso de nuevos/as representantes. Por otro lado, existen algunas dificultades para lograr la asistencia de las poblaciones a todas las sesiones de la asamblea, lo cual dificulta su representatividad.

Aunque la participación de las MVVS se da desde los inicios del MCP, tanto en la asamblea general como en la secretaría ejecutiva, la calidad de su participación depende directamente del tipo de li-

derazgo de la representante. Es importante señalar que las MVVS participan como “población afectada” en general y plantean la problemática de las PVVS (principalmente en temas de medicamentos) pero no hay planteamientos de la problemática específica de las mujeres viviendo con VIH, y generalmente no encuentran correspondencia del MCP en cuanto a este tema.

En las entrevistas sostenidas con ex representantes y con la representante actual —aunque tienen mucha mayor experiencia que las poblaciones vulnerables— podemos ver diferencias en la forma de participar y de su percepción con respecto a la calidad de la participación.

Tanto las personas Trans como las TS iniciaron su participación en el actual período y tienen muy poco tiempo de ejercicio. Las primeras como titulares y las segundas como alternas. Los 3 grupos participan –como bloque– únicamente en la asamblea y en los comités, más no en la secretaría ejecutiva, donde ellas mismas señalan que se

“En este caso, yo integro el comité de medicamentos y también estoy alternando un poco en las reuniones del PEM”

(Persona Trans, segunda alterna)

“Porque si tú no has estudiado o no sabes qué cosa es o cómo son las siglas que ellos emplean, porque emplean un montón de siglas...”

(TS. Representante alterna del MCP)

“No siempre, pero últimamente sí he estado metida en la agenda y de antemano pido que se hable de poblaciones de alto riesgo”.

“...ellos tienen su diplomado, su maestría. En cambio nosotros como poblaciones afectadas no tenemos ese mismo nivel”

(Representante mujer VVS. MCP)

“Tenemos que estar ahí, dar nuestro punto de vista como comunidad(...) Es toma de decisiones”

(Representante mujer VVS. MCP)

“Si tengo que tocar un tema, pues los medicamentos es lo primero que toco”

(Representante mujer VVS. MCP)

“Si no eres profesional no te van a tratar bien”

(Representante Trans. MCP)

“Voy a las visitas de supervisión al interior del país junto con los subreceptores para ver cómo se están cumpliendo los indicadores que se están trabajando, y ahí aprovecho para posicionar a la CONAMUSA, y aparte de ello, para compartir con mi comunidad”

(Representante mujer VVS. MCP)

¹⁴ Con poblaciones vulnerables nos referimos a la representación del bloque, que puede recaer en una persona Trans como miembro titular o en una Trabajadora Sexual como miembro alterna. Con población afectada nos referimos de manera específica en este contexto a la mujer que vive con VIH y que participa del MCP, tanto en la asamblea como en la secretaría ejecutiva.

toma la mayor parte de las decisiones. Aunque poco a poco están ganando espacios.

En cuanto a la efectividad de su participación, para las tres poblaciones se percibe que su voz es escuchada, aunque no necesariamente se toman en cuenta sus denuncias al momento de establecer cambios. Son conscientes de la necesidad de capacitarse más para mejorar su calidad de participación.

Las representantes entrevistadas reconocen que es muy importante su participación en este espacio, pero que a pesar de sus esfuerzos, su labor como vigilantes del cumplimiento de la respuesta al VIH y la atención de sus necesidades es aún débil.

“como TS todavía no tenemos un espacio en el MCP; pero ahora se hará un encuentro donde se llevará justamente este tema(...) Porque, ¿sabes qué pasa? que nuestras realidades en las comunidades son muy distintas”

(TS. Representante alterna. MCP)

“...hace poco tiempo que estoy asistiendo a las reuniones(...) prácticamente, la asamblea es para tomar decisiones sobre los acuerdos de la secretaría ejecutiva, y la asamblea tiene que decidir si votan a favor o en contra.”

(TS. Representante alterna de poblaciones vulnerables en el MCP)

“...participé en la comisión del IGV¹⁵ y ahí sí di mi opinión. Y bueno, a la estrategia sanitaria no le ha gustado, pero es mi opinión.

(TS. Representante alterna de poblaciones vulnerables en el MCP)

Comunicación

La comunicación hacia los grupos representados es la dificultad con menos avances. Las poblaciones no están informadas de lo que ocurre en el MCP con la frecuencia que deberían, y algunas no llegan a enterarse de nada.

No existen todavía los mecanismos efectivos para lograr un flujo de información permanente y eficaz, aún cuando todas las representantes señalan que el estar informadas, es decir, recibir la información de sus bases, contribuye a mejorar su participación en el MCP. Todas las poblaciones enfrentan dificultades para comunicar e informar a su población sobre las decisiones tomadas en el MCP y están constantemente buscando espacios de reunión o encuentros para llevar a cabo esta rendición de cuentas; sin embargo, señalan, resulta difícil debido a las limitaciones económicas.

La frecuencia del flujo de información puede ser una vez al mes o cada quince días, en asambleas o reuniones presenciales o “de vez en cuando” utilizando el correo electrónico.

“... yo me entero por las actas no más, porque la titular no comunica nada”

(TS. Representante alterna del MCP)

“...toda la comunicación e información la tienes por Internet. Yo no tengo Internet, entonces lo que tengo que hacer es ver las actas físicas, porque así yo no tengo que imprimirlas y no gastar mucho porque nadie me da dinero para ese tipo de gastos.(...) Tengo una computadora pero no tengo Internet...”

(TS. Representante alterna del MCP)

“[les informo] mandándoles por correos los informes”

(Representante mujer VVS. MCP)

15. El IGV es el Impuesto General a las Ventas, que por tratarse de donaciones, es reembolsado por el Estado. La CONAMUSA debe definir el uso de este dinero ya que no está previsto en el proyecto ni en el presupuesto.

Factores que facilitan la participación en el MCP

No existen reales factores que faciliten la participación de las mujeres (mujeres en general, mujeres viviendo con VIH, Trabajadoras Sexuales) a menos que se norme la Ley de igualdad de oportunidades en el MCP, se tome en cuenta los

problemas de cada una de las poblaciones mencionadas, se capaciten más y existan cuotas reales por población. Además de la necesidad de que la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva participe igualmente del MCP.



Factores que obstaculizan la participación en el MCP

Los principales obstáculos que perciben las mujeres Trabajadoras Sexuales y Trans son: que se les asuma como bloque "poblaciones vulnerables", que no estén representadas como población específica, la falta de capaci-

tación para su participación, que solamente participen en la asamblea general y no en la secretaría ejecutiva, que no exista un proceso de inducción normado en el MCP, y que no se trabaje con un sistema de cuotas.



Los principales obstáculos que se perciben son: que se les asuma como bloque, que no estén representadas como población específica, la falta de capacitación, que solamente participen en la asamblea general, etc.



Vlb. Participación en la construcción de propuestas

Desde la creación de la CONAMUSA, diferentes actores han participado en la construcción de las propuestas. Entre ellos tenemos al Ministerio de Salud, la cooperación internacional, las personas que viven con VIH, las “poblaciones vulnerables” y los/las consultores/as contratados/as para articular las ideas de los distintos actores y facilitar el proceso de construcción, adaptando la propuesta tanto técnica como económica. El o la consultor/a es quien redacta la propuesta en los formatos del Fondo Mundial.

En términos generales, es la CONAMUSA quien decide –en asamblea– si se postula a una Ronda, define la metodología para construir la propuesta a través de una sub comisión ad hoc y envía la propuesta al Fondo Mundial.

En la construcción de la propuesta de la Ronda 2 participaron casi todos los actores.

Sin embargo, tanto las mujeres de la población general como las Trabajadoras Sexuales y las personas Trans no participaron del proceso. Caso contrario al de las MVVS, cuyas líderes activistas sí participaron, aunque no por su condición de género, sino por ser PVVS.

En la Ronda 5 solo participaron los/las consultores/as y la CONAMUSA. Los/las consultores/as realizaron entrevistas a ONGs y líderes de las organizaciones de las comunidades (PVVS, TS, LGTB, entre otras), pero no hubo una participación real en la construcción de la propuesta ni tampoco una validación de la misma. Algunas personas, incluso, señalaron que sus aportes no se reflejaron en la propuesta.

Ese mismo año (2005) y el siguiente (2006), todos los actores involucrados en la respuesta al VIH en el Perú –incluyendo a MVVS, TS y Trans– participaron de los talleres de construcción

del Plan Estratégico Multisectorial 2007–2011 (PEM), que serviría de base para la propuesta de la Ronda 6. Los/las consultores/as evaluaron las metas propuestas en el PEM y las brechas existentes y determinaron los objetivos y actividades del proyecto.

Finalmente, para la Ronda 8 (propuesta no aprobada por el Fondo Mundial) algunas dirigentes de organizaciones de TS y Trans fueron entrevistadas por los/las consultores/as. No se tiene información sobre el caso de las MVVS.

“En la quinta ronda ya no hubo esas convocatorias abiertas como sí hubo antes donde se formaban las comisiones de trabajo. Si no se contrató consultores para qué vinieron a hacernos entrevistas...”

(TS. Delegada comunitaria¹⁶)

“Muchas veces los consultores o el Ministerio, u otros actores, terminan definiendo el detalle de la parte operativa, que es clave.”

(Miembro del MCP)



Rommel Gonzales Cruz

16. Los/las delegados/as comunitarios/as son personas de las comunidades: PVVS, TS, Gays o Trans que vigilan el cumplimiento de los proyectos del Fondo Mundial desde los organismos implementadores. Son empleados del receptor principal, aunque se estipuló que debían rendir cuentas a sus comunidades.

Mecanismos de participación de las comunidades

Las representantes de las tres poblaciones tienen pocos conocimientos sobre cómo funcionan los mecanismos de preparación de la propuesta, o si estas se han validado con las poblaciones o si se ha realizado retroalimentación con ellas. Hay poca referencia sobre la participación de las poblaciones—incluso algunos refieren de convocatorias de última hora—y aquellas líderes que logran participar no ven reflejados sus aportes en las propuestas.

La participación de las poblaciones vulnerables ha sido bastante irregular en la construcción de propuestas. La razón es que las propuestas, aunque exitosas, han estado basadas fundamentalmente en datos epidemiológicos y cuantitativos, y poco relacionadas sobre las necesidades de las poblaciones vulnerables y afectadas. Tal como lo refiere la representante de la población Trans, en la mayoría de las Rondas ha existido un sesgo al considerar a estas poblaciones como “beneficiarias” de los proyectos y no como actores principales. Ello ha impedido su capacita-

ción y su preparación para participar activamente en la construcción de las propuestas.

Las poblaciones reconocen que su participación es importante porque son ellas quienes conocen mejor su realidad, y técnicamente, también se necesitan sustentos epidemiológicos y económicos fuertes para plantear una buena propuesta.

Por lo expuesto en líneas anteriores, y de acuerdo a los testimonios recogidos de las poblaciones, no existen factores que faciliten la participación de las mujeres en la construcción de las propuestas, ya que su participación es tangencial. Por ello existe una tensión que debería resolverse con un trabajo verdaderamente participativo entre la población, el Estado y los consultores, que hasta ahora no ha existido.

Tampoco puede preverse una relación positiva entre estar representada en el MCP y la participación activa en el desarrollo de las propuestas, principalmente porque, por un

lado el desarrollo de propuestas es visto como una tarea que únicamente la pueden realizar los técnicos, tanto del MINSA, como consultores; y por otro lado, dos de las poblaciones estudiadas –Trabajadoras Sexuales y Trans– tienen muy poco tiempo en el MCP. Y las Mujeres Viviendo con VIH no participan en su condición de género, sino en su condición de PVVS.

Una de las principales barreras identificadas es la metodología empleada para la construcción de la propuesta: los consultores no implementan mecanismos realmente participativos y, de acuerdo a los testimonios de las representantes de las poblaciones, hasta el momento ha existido poca voluntad política para fomentar una amplia participación.

Debemos tener presente que la participación en el desarrollo de las propuestas tiene una relación positiva con las posibilidades de liderazgo de las representantes u otras líderes de sus organizaciones.

“Yo no tengo conocimiento, no he sido invitada a ninguna validación”

(Representante población Trans)

“Nos toman como ‘pobrecitos, hay que ayudarlos’”

(Representante Trans)

“El problema es que estos los/as consultores/as tienen un montón de prejuicios en su cabeza y quitan (de la propuesta) las cosas que son necesarias para la población”

(Trans. Representante poblaciones vulnerables en el MCP)

“...nosotras estuvimos en toda la construcción del PEM, aunque nos pareció bastante epidemiológico(...) Cuando hicieron la reunión para armar la propuesta se dijo que iba a estar basada en el seguimiento del PEM, pero cuando vi la propuesta, ni siquiera esbozaba nada de lo que nosotras habíamos solicitado”

(Líder de TS)



Vlc. Acceso a recursos del Fondo Mundial como sub receptoras

Desde el primer proyecto peruano aprobado por el Fondo Mundial (Ronda 2), la implementación se llevó a cabo a través de consorcios que agruparan a dos o más organizaciones con experiencia en trabajo en VIH. En la implementación de los proyectos de las Rondas 2 y 5 los consorcios postulantes recibían puntaje adicional si, dentro de su conformación, incluían, por lo menos, a una organización de PVVS; y en la Ronda 6, el puntaje adicional se brindaba por incluir a organizaciones de PVVS o de alguna de las poblaciones consideradas como vulnerables (HSH, TS o Trans). Esta condición ha promovido el involucramiento de organizaciones de base comunitaria en la implementación de los proyectos del

Fondo Mundial, aunque todavía con limitaciones.

En todos los casos, el receptor principal, Care Perú, abrió una licitación pública¹⁷ a través de la prensa escrita nacional y páginas web de organizaciones que trabajan en VIH. Care, en articulación con CONAMUSA, nombra un comité evaluador y establecen criterios y puntajes para la evaluación que son conocidos públicamente: “se ha propuesto una modalidad abierta que permita la participación de organizaciones individuales o consorcios, siempre que cumplan con las condiciones de elegibilidad establecidas en las bases”¹⁸.

En las Rondas 2 y 5, los consorcios fueron formados por organizaciones de la ciudad capital.

Para la Ronda 6 en cambio, se dividió el país en macro regiones —norte, sur y oriente¹⁹— y los postulantes debían articularse con organizaciones que tuvieran presencia física en el interior. También para la Ronda 6 se estableció un número máximo de consorcios a los que las organizaciones pueden postular para evitar que las actividades sean acumuladas en unas pocas organizaciones²⁰.

En ninguna de las licitaciones hay mención referida a que un requisito para ser sub receptor debe ser la incorporación del enfoque de género.

17. En la Ronda 2, una parte del proyecto orientada a fortalecer la articulación de la sociedad civil (en CONAMUSA) y las organizaciones de PVVS fue adjudicada a un grupo de organizaciones miembros de CONAMUSA sin que medie una licitación (finales de 2003). La implementación de las actividades tuvo que enfrentar muchos desafíos, y finalmente, en el año 2008, Care asumió la gestión del mismo.

18. Informe de la comisión de revisión de lineamientos de selección de sub receptores para la ejecución de proyecto de VIH aprobado al Perú en la Ronda 6 de licitaciones del Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

19. Las regiones se dividen como Macro Región Norte (MRN): Tumbes, Piura, Lambayeque, La Libertad, Ancash, Cajamarca y Amazonas; Macro Región Centro Sur (MRCS): Lima, Callao, Junín, Ica, Arequipa, Huanuco, Pasco, Huancavelica, Ayacucho, Cusco, Apurímac, Madre de Dios, Puno, Moquegua y Tacna; y la Macro Región Oriente (MRO): Loreto, Ucayali y San Martín.

20. Para su implementación, los proyectos peruanos son divididos por objetivos, y así se convoca la licitación. Así, una organización podrá presentarse en varios consorcios a varios objetivos, siempre y cuando su participación como administrador del objetivo no se plantee en más de un consorcio.

Acceso directo a los recursos del Fondo Mundial

A continuación se presentan las actividades donde hubo una asignación de recursos a organizaciones de base comunitarias, entre ellas las de mujeres que viven con VIH, Trabajadoras Sexuales y Trans. Las organizaciones de mujeres han estado presentes a través de Flora Tristán (organización feminista) que lideró las actividades orientadas a reducir la transmisión vertical; sin embargo, no se logró recoger información que detalle su intervención o el monto recibido.

Ronda 2: Fortalecimiento de la prevención y control del Sida en el Perú. En el quinto objetivo de esta propuesta se planteó fortalecer la respuesta de la sociedad civil y el Estado frente a la epidemia VIH/Sida, y una de sus actividades se orientó a promover la participación equitativa y activa de las organizaciones de personas afectadas que forman parte de la CONAMUSA. En este marco, se estableció que el 2%

del presupuesto ejecutado por cada consorcio debía ser asignado a la organización de la población afectada que formó parte del mismo para ejecutar actividades de fortalecimiento organizacional. Para beneficiarse de estos recursos, las organizaciones debían preparar una propuesta y enviarla al Receptor Principal. De todas las organizaciones beneficiadas, la única organización de mujeres que se favoreció de este presupuesto fue la Red Peruana de Mujeres Viviendo con VIH²¹.

Ronda 5: “Cerrando brechas: hacia el logro de los objetivos de desarrollo del milenio en Tuberculosis y VIH/Sida en el Perú. Propuesta con enfoque de descentralización multi-sectorial participativo”. Las organizaciones miembros del consorcio ejecutor del objetivo 1b (Prevenir la transmisión del VIH/Sida mediante la disminución de las ITS) recibieron,

durante la implementación de las actividades, 700 soles (equivalente a USD 230) cada dos o tres meses aproximadamente. Entre las beneficiadas estuvo la Asociación de Trabajadoras Sexuales Miluska Vida y Dignidad, y la Red Trans. (Información recogida por el testimonio de la representante de Miluska Vida y Dignidad).

En esta Ronda, el consorcio “Fortaleza” que implementaría las actividades de “Fortalecimiento a las organizaciones de PVVS a nivel regional y nacional favoreciendo la gestión participativa en la respuesta integral del VIH” fue liderado por una organización de mujeres que viven con VIH y está conformado por organizaciones de PVVS en su mayoría –parte de las agrupaciones están conformadas por MVVS–. Desafortunadamente, no se conoce el monto total ejecutado por este consorcio; sin embargo, se conoce que se asignaron recursos de infraestructura (computadoras) a 32 organizaciones



Rommel Gonzales Cruz

21. Otras organizaciones que recibieron recursos fueron la REDECOMS, PROSA, Coordinadora Peruana de PVVS Peruanos Positivos, Asociación Civil Amistad y Respeto. La Asociación de Trabajadoras Sexuales “Esperanza” no pudo acceder a ese 2% porque no tuvo capacidad de plantear una propuesta.

de PVVS, no específicamente a organizaciones de mujeres y/o Trans. Asimismo, se asignaron recursos para el desarrollo de microempresas y fondos semilla, aunque no se cuenta con información sobre montos específicos asignados, ni a qué organizaciones de PVVS o MVVS específicamente se asignaron. La actividad, en su formulación inicial, no detallaba la participación de mujeres, MVVS o TS.

Ronda 6: “Planes nacionales multisectoriales: integrando recursos para la lucha contra el VIH/SIDA en el Perú”. En el marco del objetivo 1 (Prevención de la Transmisión de VIH e ITS a través la reducción de los casos nuevos de VIH e ITS en poblaciones vulnerables: HSH y TS) se convocó a concurso a las organizaciones o personas individuales de estos grupos poblacionales para la formación de microempresas, otorgándoles a cada una un monto revolvente de US\$ 2000.00. Sin

embargo, las poblaciones no recibieron el dinero, sino los materiales que necesitaban para iniciar su negocio. Esta actividad se ha realizado con numerosas dificultades, tanto por parte de los organizadores, como por parte de las poblaciones receptoras de los recursos. (Conclusiones obtenidas por los testimonio de personas Trans y TS de la región Callao).

En general, existe un predominio de ONGs “grandes” como líderes de consorcios, y en la mayoría de los casos, las organizaciones de base comunitaria que han formado parte de los consorcios sub receptores han jugado el rol de asesores/as comunitarios/as.

El acceso a recursos para las MVVS ha sido mínimo. Únicamente el consorcio “Fortaleza”, liderado por la Organización de MVVS “Solás y Unidas” gestiona directamente uno de los objetivos del proyecto aprobado en la Ronda 5. En el caso de las organizaciones de Trabajadoras Sexuales y Trans, el ac-

ceso a recursos es reducido, principalmente en calidad de beneficiarias y no a un nivel de gestión.

Actualmente no existen factores que faciliten el acceso directo de estas poblaciones a manejar recursos del Fondo Mundial. Las barreras se concentran principalmente en la falta de capacitación de las organizaciones en manejo de recursos y la carencia de una plataforma administrativo-contable que les permita gestionar los recursos. Otra barrera que impera es la desconfianza que la mayoría de sub receptores tiene de las capacidades de las organizaciones de la población, en este caso, de MVVS, TS y personas Trans; además que no existe una política evidente de favorecer a estas organizaciones.

Para actuar como sub receptoras y gestionar directamente recursos, las organizaciones necesitan capacitación en administración, informática y contabilidad; fortalecimiento y asesoría en infraestructura administrativa

y contable; y confianza por parte de otros actores en su desempeño y honradez.

Si bien el formato de consorcio podría haber sido un modelo inclusivo de participación de varios actores, incluidas las poblaciones vulnerables, este no ha funcionado de esa manera, y muchas veces se ha restringido la participación de las poblaciones vulnerables a labores bastante limitadas como las del “asesor comunitario”²² o a una mera representación “en el papel”. No creemos, sin embargo, que sea el modelo de consorcio, sino, lo que ha limitado la participación de las poblaciones es cómo se ha implementado.

22. El “asesor comunitario” era originalmente un/una representante de las poblaciones afectadas (PVVS) que conformaban los consorcios formados para postular a los objetivos en cada ronda del Fondo Mundial. Su rol principal debía ser el de realizar una vigilancia social a las actividades y participar activamente de ellas. Al ser pagados por el propio consorcio, el asesor comunitario muchas veces no ejercía esta labor y finalmente su rol se reducía a una figura de representación que muchas veces no cumplía una responsabilidad definida. Para la Ronda 6, esta figura se ha cambiado a la de “delegado comunitario”, ya no recibiendo un honorario del consorcio, sino del receptor principal, con características y responsabilidades definidas. Estos delegados/as comunitarios/as son adscritos a cada objetivo y en cada macroregión. Actualmente existen 10 delegados comunitarios, en su mayoría hombres. Está todavía por investigar si esta modalidad ha superado las dificultades de la modalidad anterior.

VII. Conclusiones

Se puede afirmar que, tanto el Mecanismo Coordinador País, como en general los proyectos del Fondo Mundial en el Perú no ha incorporado ningún enfoque, ni estrategia de género²³. Si bien la legislación peruana se encuentra bastante avanzada en este aspecto y existen normativas específicas en el Ministerio de Salud y otros estamentos estatales, estos no se han plasmado en los documentos ni prácticas, ni de la CONAMUSA, ni del Fondo Mundial en el Perú.

Se observa que no existe participación alguna por parte de las mujeres de la población general, probablemente debido a la caracterización de la epidemia que se encuentra

concentrada en determinadas poblaciones denominadas vulnerables. En este sentido, no se considera la participación de las mujeres, salvo aquellas que son gestantes y que participan en los proyectos del Fondo Mundial únicamente en calidad de beneficiarias.

No existen reales factores que faciliten la participación de las mujeres (mujeres en general, mujeres viviendo con VIH, Trabajadoras Sexuales), a menos que se norme la Ley de Igualdad de Oportunidades en el MCP, se tomen en cuenta los problemas particulares de cada una de las poblaciones mencionadas, sean capacitadas y existan cuotas reales por población.



flickr.com (Fotógrafo: alexandre severo)

23. Nos referimos a tomar en cuenta en documentos, estrategias y actividades, las diferentes vulnerabilidades de hombres y mujeres, sea cual sea su orientación sexual o su identidad de género; el acceso a la salud y la participación, además de los roles y relaciones de poder existentes que involucran las relaciones sexuales, la violencia de género, la igualdad de oportunidades y el acceso a derechos.

Participación en el MCP

La calidad de participación de las tres poblaciones (Mujeres Viviendo con VIH, Trabajadoras Sexuales y Población Trans) se encuentra en proceso de desarrollo.

Para el caso de las TS y de la población Trans, la participación está más referida a la denuncia que a la propuesta porque perciben que la labor de vigilancia está ausente en el MCP. Esto se produce, además, por la carencia de un sistema de inducción al MCP y capacitación que permita una participación más propositiva. Por otra parte, no existe participación de estas poblaciones en la Secretaría Ejecutiva del MCP que es el órgano donde se toman la mayor parte de las decisiones. Ello impide también un real planteamiento de sus propuestas. Recordemos que la Asamblea General es el órgano que ratifica las decisiones.

Si bien la participación de las Mujeres Viviendo con VIH se realiza desde el año 2002, esta ha estado siempre relacionada con el tipo de liderazgo que es el que determina su calidad. En este caso,

las mismas organizaciones de PVVS decidieron ser representados por un hombre y una mujer. No obstante, la problemática que se discute involucra a todas las PVVS, y como en muchos casos, no se llega a plasmar las necesidades específicas de las mujeres con respecto al VIH. Esta población tiene mucha más experiencia que las otras dos poblaciones, quienes aún se encuentran en un proceso de aprendizaje.

En cuanto a la participación efectiva, se percibe que su voz es escuchada, aunque no necesariamente sienten que sus denuncias u opiniones son tomadas en cuenta.

No existe ningún mandato en el MCP con respecto a la participación de mujeres. Salvo la representación de Mujeres Viviendo con VIH, los otros dos grupos están incluidos en el grupo de “poblaciones vulnerables” como bloque. Este problema de representación hace que unos no se sientan representados por otros/as y ello dificulta la comunicación y los sistemas de información.

Los mecanismos de representación están en proceso de avance. Sin embargo, en el Perú no existen todavía organizaciones representativas de movimientos específicos, sobre todo para el caso de TS y Trans. Es por eso que quien ha sido elegido para el MCP no representa necesariamente la postura de todo un movimiento, lo cual afecta la percepción de sentirse representado/a por quien en ese momento asiste al MCP y las representa.

La comunicación de las representantes hacia sus grupos todavía es bastante precaria, por lo tanto las poblaciones no están informadas de lo que ocurre en el MCP con la frecuencia que deberían, y algunas no llegan a enterarse de nada. No existen todavía los mecanismos indicados para lograr un flujo de información permanente y eficaz.

No existen reales factores que faciliten la participación de las mujeres (mujeres en general, mujeres viviendo con VIH, Trabajadoras Sexuales), a menos que se norme la Ley de Igualdad de Oportunidades en el MCP, se tomen en cuenta los problemas particulares de cada una de las poblaciones mencionadas, sean capacitadas y existan cuotas reales por población.

Participación en la construcción de propuestas al Fondo Mundial

La participación de las mujeres (Mujeres viviendo con VIH, Trabajadoras Sexuales y Trans) es bastante escasa en la construcción de propuestas.

La principal barrera es la metodología empleada a través de consultores que no implementan mecanismos participativos, y la inexistencia de voluntad política para fomentar una amplia participación.

La principal barrera es la metodología empleada a través de consultores que no implementan mecanismos participativos.

Acceso a recursos

El nivel de acceso a recursos del Fondo Mundial por parte de organizaciones de Mujeres de la población general y Mujeres Viviendo con VIH como sub receptoras ha sido reducido. Únicamente Flora Tristán y el consorcio "Fortaleza", liderado por la Organización de Mujeres Viviendo con VIH "Solasy Unidas" lleva directamente uno de los objetivos de la Ronda 5. La participación de las organizaciones de PVVS en general y de Mujeres Viviendo con VIH en particular, no ha sido en calidad de líderes de consorcios, sino como miembros de consorcio donde han participado en la implementación de actividades o como representantes comunitarias que no requirieron manejo de recursos (capacitadoras, por ejemplo).

El acceso a recursos de las or-

ganizaciones de Trabajadoras Sexuales y Trans ha sido mínimo y no existen factores que faciliten el acceso directo de estas poblaciones a manejar recursos del Fondo Mundial.

Las barreras que impiden que las organizaciones de mujeres y Trans accedan a recursos como sub receptoras se concentran principalmente en la falta de capacitación de las organizaciones en manejo de recursos y la carencia de una plataforma administrativo-contable que les permita responder a las exigencias de rendición de cuentas financiera que exige el Fondo Mundial. Son las ONGs quienes tienen la capacidad de desempeñar esta labor y por ello son, en su mayoría, líderes de consorcio. Otra barrera que opera es la desconfianza sobre las capacidades de las organizaciones.



Rommel Gonzales Cruz

VIII. Recomendaciones

- Incorporar, como política, un enfoque de género amplio en el MCP y en los proyectos del FM que se desarrollan en el país.
- Evaluar seriamente la importancia de involucrar a las mujeres de la población general en el MCP y en los proyectos del Fondo Mundial, no solamente como beneficiarias para la prevención de la transmisión vertical.
- Incorporar la implementación práctica de la Ley de Igualdad de Oportunidades en el MCP y en los proyectos del Fondo Mundial.
- Evaluar la participación, por lo menos, en la asamblea general del MCP, y de la Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA.
- Capacitar a las poblaciones (Mujeres Viviendo con VIH, Trabajadoras Sexuales y personas Trans) para mejorar la calidad de su participación en el MCP, en la construcción de propuestas y dotarlas de una plataforma administrativo-contable que les permita administrar recursos del Fondo Mundial directamente.
- El MCP debe implementar un proceso de inducción, con información y capacitación, a fin de que las nuevas representantes puedan integrarse más rápidamente a su funcionamiento.
- Desarrollar un sistema de información de las representantes hacia sus bases, a fin de que se pueda mejorar su representación y participación.
- Trabajar con las poblaciones (Mujeres Viviendo con VIH, Trabajadoras Sexuales y personas Trans) mecanismos de transferencia de conocimientos entre unos/as representantes y los/las siguientes para permitir que su ingreso al MCP sea más fluido.
- Permitir que, por lo menos, una representante de cada población (Trabajadoras Sexuales y población Trans) tenga acceso a la secretaría ejecutiva
- Considerar la diversidad de poblaciones en estado de vulnerabilidad (LGBT y TS) en la representación del MCP.
- Implementar un sistema de construcción y redacción de propuestas que sea participativo y que permita que todas las poblaciones y otros actores participen equitativamente y sientan que sus opiniones son tomadas en cuenta
- Construir una mayor confianza en las capacidades de las poblaciones (Mujeres Viviendo con VIH, Trabajadoras Sexuales y personas Trans) para administrar recursos y hacerse cargo de actividades del Fondo Mundial de manera directa.



Referencias bibliográficas

Bravo, R. Las metas del Milenio y la igualdad de género: el caso del Perú. Serie Mujer y Desarrollo. CEPAL- UNIFEM, 2004. Santiago de Chile, 2004. Disponible en:
<http://www.slideshare.net/guestc74c5d0/las-metas-del-milenio-y-la-igualdad-de-genero>

Dador, J. Construyendo la equidad de género: propuestas de política. CIES, 2004. Disponible en:
<http://www.cies.org.pe/files/active/0/Genero.pdf>

La Norma Técnica de la Profilaxis de la Transmisión Madre – Niño del VIH y Sífilis. Disponible en:
http://www.unicef.org/lac/Documento_Conceptual_-_Eliminacion_de_la_transmision_maternoinfantil_del_VIH_y_de_la_sifilis_congenita.pdf

Boletín Epidemiológico. Situación del VIH/Sida en el Perú. Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/bol_epid/2009/30/30_3.pdf

Requerimientos del MCP para presentar propuestas al Fondo Mundial.
Disponible en versión inglés:
<http://www.theglobalfund.org/documents/ccm/CCMRequirementsForGrantEligibility.pdf>

Tabet S, Sánchez J, Lama J, Goicoechea P, Campos P, Rouillon M, Cairo JL, Ueda L, Watts D, Celum C, Holmes KK. HIV, syphilis and heterosexual bridging among Peruvian men who have sex with men. AIDS. 2002 Jun 14;16(9):1271



Rommel Gonzales Cruz



HAZ ESCUCHAR TU VOZ

Estudio sobre la participación de mujeres y trans
en los procesos del Fondo Mundial en Perú

Un trabajo del

observatorio latino

Un programa de



Con el apoyo técnico y financiero de:

