



Diagnóstico rápido: Situación de los migrantes venezolanos con VIH en el Perú



Alfonso Silva Santisteban
Marzo 2019

Índice

Objetivos	3
Levantamiento de la información	3
Análisis de la información	3
Hallazgos	5
Contexto venezolano	5
Colapso del sistema de salud pública en Venezuela	5
Migración forzada	7
Necesidades sociales de los migrantes	9
Empleo	9
Vivienda e inseguridad alimentaria	10
Migrantes con VIH	11
Muertes de personas con enfermedad avanzada	11
Mecanismos de Respuesta	12
Sociedad civil	12
Sistema de salud pública	13
Marco legal de la respuesta al VIH	14
Carnet de extranjería para migrantes con VIH	15
Información programática	16
Impacto de la migración sobre el sistema de salud	17
Barreras al acceso al tratamiento	19
Gasto de bolsillo y barreras burocráticas	19
Ingreso al Seguro Integral de Salud (SIS)	19
Experiencias de estigma y discriminación.	21
Discursos discriminatorios: el migrante como competencia	21
El migrante con VIH como amenaza	21
Menosprecio al migrante pobre	22
Recursos existentes	22
Mecanismos de articulación	23
Conclusiones	25
Recomendaciones	27

Objetivos

Conocer la situación social de los migrantes de Venezuela con VIH en Lima, con respecto a la garantía de sus derechos fundamentales, su salud integral y el acceso a la atención y tratamiento. Analizar la respuesta del sistema de salud al fenómeno de inmigración de ciudadanos venezolanos con VIH.

Levantamiento de la información

La presente investigación ha consistido en el recojo de información cualitativa de fuentes primarias y el análisis de fuentes secundarias. El trabajo de campo fue planificado conjuntamente con el comité encargado de la supervisión del diagnóstico rápido.

Fuentes primarias

Las fuentes primarias consistieron en diez entrevistas semi estructuradas con funcionarios del estado (Dirección de Prevención y Control del VIH, Relaciones Exteriores, Hospital María Auxiliadora), agencias de cooperación (ONUSIDA Venezuela, Organización Internacional para las Migraciones, activistas locales (Foro Salud, Asociación Illary) y de Venezuela (Red de Venezolana de Gente Positiva).

Asimismo, se llevaron a cabo tres grupos de discusión: uno con activistas del Grupo Impulsor de Vigilancia en Abastecimiento de Medicamentos Antirretrovirales (GIVAR), y dos grupos de con migrantes venezolanos con VIH residentes en Lima. La convocatoria de los grupos se hizo en coordinación con la organización Sí, da Vida.

Fuentes secundarias

La revisión de fuentes secundarias incluyó la incorporación de documentos como informes programáticos de agencias de cooperación u organizaciones de la sociedad civil, informes temáticos, artículos periodísticos (incluyendo plataformas de información de activistas), directivas oficiales y datos programáticos del MINSA relacionados al tema de la investigación. La búsqueda se llevó a cabo a través de buscadores en línea (google, google scholar, pubmed) y a través de los informantes clave que recomendaron fuentes que debían ser consultadas.

Análisis de la información

La información será presentada contextualizando los datos encontrados y testimonios obtenidos, a la necesidad de una respuesta que siga el marco de acción propuesto por la Plataforma de Coordinación para Refugiados y Migrantes de Venezuela: i) respuesta directa de emergencia, ii) protección, iii) integración socioeconómica y cultural, iv)

fortalecimiento de la capacidad del gobierno receptor¹. Asimismo, el análisis de las estrategias relacionadas a la respuesta al VIH parte del marco de acción internacional vigente (metas 90-90-90 para detección, cobertura de atención y efectividad del tratamiento)². Por último, el análisis de la participación de los actores involucrados en la respuesta a la migración de ciudadanos venezolanos con VIH, se realiza considerando un sistema de salud donde confluyen los diversos intereses de actores políticos del sector público y de la sociedad civil³.

Los hallazgos preliminares de este informe fueron presentados a inicios de marzo, frente a representantes de instituciones del estado, la sociedad civil y agencia de cooperación. En dicha reunión, se discutió la información presentada y se recibieron comentarios y sugerencias, las cuales fueron incorporadas en una segunda versión. Posteriormente se presentó la siguiente versión a funcionarios del Ministerio de Salud, de quienes se incorporaron comentarios y sugerencias incluidas en el informe final.

¹ R4V. Regional Refugee and Migrant Response Plan for Refugees and Migrants from Venezuela. https://www.iom.int/sites/default/files/press_release/file/rmrp_venezuela_2019_onlineversion_final.pdf?fbclid=IwAR1mK7WoKga5nx7yjuuiM8LPYdenxAc_p9rQj06nooxy8fcjx8orJHc5m3l

² ONUSIDA. 90-90-90 Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia del SIDA. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90_90_90_es.pdf

³ Walt Gill. Health Policy, an introduction to process and power. Zed Books. London, 2006.

Hallazgos

Contexto venezolano

Existe un contexto actual de crisis humanitaria, económica, política y social en Venezuela que ha llevado al éxodo de alrededor del 10% de la población. La Plataforma de Coordinación para Refugiados y Migrantes de Venezuela estimaba en febrero de este año, que alrededor de 3.4 millones de personas han salido de Venezuela, de los cuales alrededor de 2.7 millones se encuentran en América Latina⁴. El Perú es, después de Colombia, el país que más migrantes ha recibido. En diciembre del 2018, la Superintendencia Nacional de Migraciones (SNM) reportó un ingreso neto de 635,000 ciudadanos venezolanos al país⁵. Según la información brindada por la OIM, alrededor de 1,000 ciudadanos venezolanos cruzan la frontera de Tumbes diariamente. La tendencia de inmigración reportada es hacia el aumento, por lo que se espera que en los siguientes meses continúe el flujo de migrantes hacia el país.

Por otro lado, en enero del 2019, el director de ONUSIDA, Michel Sidibé informó a la agencia EFE, que alrededor de 8,000 personas con VIH han emigrado de Venezuela, principalmente hacia otros países de América Latina⁶. No existen datos que den cuenta de la distribución de estos migrantes en los distintos países de América Latina.

Colapso del sistema de salud pública en Venezuela

Para entender la migración de personas con VIH de Venezuela a Perú, debemos entender el colapso de la salud pública en este país. El tratamiento antirretroviral en Venezuela está garantizado por el estado desde el año 1999, luego de una sentencia de la Corte Suprema de Justicia que reconoció la demanda por tratamiento de la sociedad civil organizada. Esta sentencia fue ratificada en el año 2001. Venezuela desarrolló un programa público que aseguró la atención integral de personas con VIH, con algunas de las fortalezas y limitaciones que puede tener todo sistema de salud.

No obstante, hacia la segunda década del siglo, los problemas del sistema público de salud fueron haciéndose más presentes. En el año 2012 la Organización Panamericana de la Salud reportó que entre los años 2010 y 2011, existieron en Venezuela 37 episodios

⁴ Plataforma de Coordinación para Refugiados y Migrantes de Venezuela. Febrero 2019. <https://r4v.info/es/situations/platform>

⁵ Información brindada por Roxana del Águila, Superintendente de la SNM para el diario El Comercio. En: Año 2018: los sucesos que marcaron la migración venezolana en el Perú. El Comercio. 31/12/18. <https://elcomercio.pe/peru/ano-2018-sucesos-marcaron-migracion-venezolana-peru-noticia-592229>

⁶ Agencia EFE. Cerca del 10% de venezolanos con VIH gan abandonado el país, según la ONU. 26/01/19. <https://www.efe.com/efe/america/sociedad/cerca-del-10-de-los-venezolanos-con-vih-han-abandonado-el-pais-segun-la-onu/20000013-3879409#>

de desabastecimiento de antirretrovirales, el mayor número en América Latina⁷. Otro informe de la Red Venezolana de Gente Positiva (RVG+) del año 2013⁸, sumado a la información proporcionada por los informantes clave, dan cuenta de los principales problemas del sistema de salud pública que fueron generando los episodios de desabastecimiento de medicamentos e insumos. Dentro de estos se mencionan: presupuestos insuficientes para la adquisición de medicamentos, insumos y equipos, así como problemas en la planificación y suministro, transporte y distribución de medicamentos a nivel nacional. Además problemas a nivel del tipo de cambio y disponibilidad de moneda extranjera (dólares), que dificultaban la importación de medicamentos por parte de las farmacéuticas. A eso se le suman episodios de licitaciones públicas sin postores del sector privado, que dificultaban la compra de medicamentos. Asimismo, los informantes clave describen un clima político de desconfianza entre las instituciones del estado y la sociedad civil que no permitía la planificación de acciones conjuntas, y el poder afrontar de forma oportuna los problemas que aparecían en la atención.

Entre los años 2014 y 2018 el clima descrito continuó, aumentando los episodios de desabastecimiento de antirretrovirales. Es posible seguir de forma cronológica, el agravamiento de la situación del sistema de salud pública en la plataforma Corresponsales Clave⁹: problemas en el ámbito político, falta de información, fallas en la cadena de suministro, ausencia de insumos para el diagnóstico y el monitoreo de CD4 y carga viral, más la falta de medicamentos.

Entre los años 2011 y 2017, el Ministerio de Salud de Venezuela compró los antirretrovirales a través del Fondo Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud, el cual es un mecanismo regional para el abastecimiento de medicamentos. Sin embargo, el agravamiento de la crisis política y económica, conllevó al momento más grave de la crisis de salud pública en junio del 2017, con la suspensión de la compra de antirretrovirales por parte del gobierno y el desabastecimiento de casi el 100% en algunos centros de salud del país¹⁰. Es durante estos años (desde el 2017) que se intensifica la migración de personas con VIH desde Venezuela, ante la ausencia de medicamentos e insumos en los establecimientos de salud. Asimismo, los testimonios de los informantes clave dan cuenta de algunas medidas urgentes tomadas por el personal de salud y los usuarios, como el cambio de esquemas de tratamiento o la compra de medicamentos en la zona Colombiana de frontera, así como la consecuente generación de “mercados

⁷ Organización Panamericana de la Salud. Tratamiento bajo la lupa: un análisis de salud pública en Latinoamérica y el Caribe 2012. OPS. http://www.accsi.org.ve/accsi/wp-content/uploads/TAR_BajoLupa1.pdf

⁸ Red Venezolana de Gente Positiva. Situación del Acceso a la Atención y los Tratamientos en VIH en Venezuela, abril a enero 2013. RVG+ 2013.

⁹ Corresponsales clave. <http://www.corresponsalesclave.org/tag/venezuela>

¹⁰ Daniels JP. Drug supply crisis in Venezuela. *Lancet HIV*. 2018 Oct;5(10):e547-e548.

negros” para el abastecimiento de medicamentos.

Frente a esta situación de urgencia, la sociedad civil fue tomando diferentes acciones para poder asegurar la disponibilidad de medicamentos e insumos en los establecimientos de salud: coordinación para la entrega de medicamentos con organizaciones como AID for AIDS, donación de laboratorios, o compra de medicamentos. Paralelamente, las organizaciones de activistas del VIH en Venezuela, iniciaron una gesta diplomática internacional en el año 2016 para conseguir el apoyo del Fondo Mundial (FM) para la compra de medicamentos¹¹. Venezuela no ha sido elegible para el FM desde que este inició su actividad. Sin embargo, las organizaciones de la sociedad civil venezolana abogaron por el apoyo, dado el contexto de urgencia social. La iniciativa demandó casi dos años de presión política y negociaciones, hasta que se aprobó la ayuda por \$5 millones en setiembre del 2018, para la compra de antirretrovirales que cubrieran un año de provisión. La compra y distribución se está llevando a cabo en coordinación con la OPS y el ministerio de salud de Venezuela¹².

La comunicación con los informantes clave en Venezuela, permite entender que la actual crisis política genera un escenario de incertidumbre que asegura la provisión oportuna de antirretrovirales. En ese sentido, sumada a la crisis económica y social persistente, es de esperar que el flujo de migrantes con VIH va a continuar en aumento durante los siguientes meses.

Migración forzada

“No había tratamiento en el país. La alimentación ya era difícil, entonces era luchar para conseguir los alimentos y ahora también los antirretrovirales..” (Grupo focal 1)

“...nosotros no salimos porque quisimos. Yo digo que yo no salí, yo me escapé. Y me escapé porque quería vivir y aquí todos estamos porque queremos vivir.” (Grupo focal 2)

La ausencia de tratamiento antiretroviral, sumado a la grave situación económica y política ha forzado la salida del país de miles de personas. Es importante señalar que el inmigrante de Venezuela con VIH, además de tener la necesidad de tratamiento, es un migrante que está en una situación de carencia material, situación similar a la que atraviesan la gran mayoría de migrantes. Más adelante mostraremos los datos de la plataforma regional de migrantes y refugiados que dan cuenta de la situación de precariedad de las personas que llegan de Venezuela. A esa situación se añade la vulnerabilidad social de la persona con VIH, junto con las vulnerabilidades particulares de

¹¹ ver Corresponsales Clave (nota anterior).

¹² OPS Venezuela. Medicamentos antirretrovirales fueron distribuidos en los 24 estado Venezuela con el apoyo de OPS. Febrero 2019. En: https://www.paho.org/ven/index.php?option=com_content&view=article&id=503:medicamentos-antirretrovirales-fueron-distribuidos-en-los-24-estados-de-venezuela-con-el-apoyo-de-ops&Itemid=0

grupos específicos como hombres gays, mujeres, mujeres trans y menores de edad. La vulnerabilidad debe entenderse como capas que se van superponiendo.

Los y las participantes de los grupos focales relatan los motivos y las distintas estrategias implementadas para poder migrar. Aunque existen relatos variables, algunas personas reportan haber interrumpido el tratamiento hasta por un año, antes de retomarlo una vez llegados a Perú. Poco a poco las personas con VIH fueron tomando conciencia de la necesidad de salir de Venezuela. Algunos participantes narraron como luego de un diagnóstico reciente, fue el personal médico quien les indicó salir del país para poder asegurar el tratamiento. Esos testimonios dan cuenta de la situación de gravedad y urgencia que existe en las personas con VIH en Venezuela.

Al planificar la salida, algunas personas contactaron instituciones de la sociedad civil en Perú, para obtener información acerca del acceso al tratamiento previo a su salida. Otras se fueron informando a través de conocidos o familiares o a través de sus proveedores médicos, los cuales tenían contacto con colegas que habían migrado al país. Otras personas decidieron salir de Venezuela y llegar al Perú ya que tenían familiares o conocidos en el país, primando los motivos familiares y económicos sobre el acceso al tratamiento. En Venezuela, los informantes clave entrevistados corroboran que entre las personas con VIH la información va pasando de “boca a boca” y que Perú aparece como un país cuyo sistema de salud está abierto a la incorporación de extranjeros, a diferencia de por ejemplo Colombia cuyo sistema público es más cerrado a foráneos.

La salida de Venezuela requiere de dinero. El reporte del tercer monitoreo (DTM3) de la OIM estimó un gasto promedio de \$274, para la llegada a Perú¹³. Según los relatos en grupos focales, la ruta por tierra puede demorar entre siete a diez días. El paso por los múltiples controles policiales al salir de Venezuela, implicó en varios casos, la pérdida de parte del dinero que llevaban consigo. La entrada a Colombia se hace a través de Cúcuta, para luego pasar a Ecuador y llegar a Tumbes.

Debemos tomar en cuenta que, desde enero de este año, Ecuador ha implementado la necesidad de un certificado de antecedentes penales, como requisito para el ingreso al país¹⁴. Esta constituye una barrera muy grande para los migrantes, ya que como se ha descrito previamente, la situación de inestabilidad social en Venezuela dificulta el acceso a servicios de instituciones públicas. También constituye una barrera a la potencial conformación de un corredor humanitario (ver sección de recomendaciones), como lo reconocen los funcionarios de las agencias de Naciones Unidas entrevistados: si se identificara una persona de extrema vulnerabilidad en Venezuela o en Colombia, que podría ser acogida en Perú y no tuviera el documento mencionado, tendría que generarse

¹³ OIM. Monitoreo de Flujo de la Información Venezolana en el Perú. DTM Ronda 3. Julio 2018. En: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/DTM_R3_FlowMonitoring_OIMPeru.pdf

¹⁴ Diario El Comercio (Ecuador). Ecuador poner en vigencia requisito para el ingreso de ciudadanos venezolanos. 25/01/2019. <https://www.elcomercio.com/actualidad/ecuador-vigencia-antecedentes-penales-venezolanos.html>

una excepcionalidad legal en Ecuador para que pueda ingresar a este país, aún en situación de tránsito. Esta excepcionalidad, demandaría coordinaciones a nivel de estados, lo que dificulta una respuesta urgente.

Según lo informado por representantes de agencias de cooperación internacional, y a pesar de las limitaciones que describimos en este reporte, el Perú es uno de los países de la región que ha mostrado mayor disposición para la recepción de inmigrantes y la garantía de su derecho a la salud.

En resumen, se puede definir la migración de personas con VIH de Venezuela como una lucha por la vida. En el contexto actual, la garantía del acceso a la medicación para el VIH como derecho a la salud y como parte del derecho a la vida, se ha visto interrumpida por una crisis social. Esto ha obligado a miles de migrantes a salir en busca del tratamiento. Existen personas que salen de Venezuela sin mayor información y con muy escasos recursos económicos y pocas redes de soporte. Aquellos grupos de mayor vulnerabilidad, suelen quedar fuera de aquellas intervenciones de salud pública que se diseñan desde la operatividad de los servicios de salud, y que presentan mayor dificultad para llegar a población más excluida. Esta consideración debe de estar presente en la respuesta que los diversos estados y sistemas de salud diseñen en la región.

Necesidades sociales de los migrantes

La realización de este diagnóstico rápido no contempló la caracterización demográfica de la población de migrantes con VIH. Asimismo, los datos del MINSA no permiten generar esa información por el momento. Sin embargo, es posible contextualizar la información provista por los migrantes en los grupos focales, con los datos obtenidos por la OIM en la Tercera Ronda de Monitoreo de julio del 2018, la cual colectó información de 700 migrantes de Venezuela en Lima¹⁵. Es necesario remarcar que esta fue una encuesta no probabilística (representativa) y que la información recogida hace más de medio año puede haber variado. Sin embargo, es la única fuente disponible para cuantificar las necesidades sociales de población, a fin de entender el contexto de los migrantes en Lima.

La encuesta da cuenta que el 71% de la población alcanzada fue menor a 35 años, con un 60% de hombres y 40% de mujeres. Las principales motivaciones para dejar Venezuela fueron económicas y/o laborales, falta de acceso a alimentos, inseguridad y la reunificación familiar.

Empleo

La encuesta de OIM muestra que el 51% de participantes eran trabajadores

¹⁵ OIM. Monitoreo de Flujo de la Información Venezolana en el Perú. DTM Ronda 3. Julio 2018. En: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/DTM_R3_FlowMonitoring_OIMPeru.pdf

dependientes, el 20% independientes y el 29% se encontraba desempleado al momento de la encuesta. A nivel de ingresos, el 46% reportó un salario mensual entre 984 y 1,968 soles; el 34% entre 656 y 984 soles; y el 11% un ingreso menor de 656 soles al mes. El 85% reportó no haber firmado algún contrato laboral. El 20.2% recibió alguna vez menos de lo acordado con su empleador y el 8.5% no recibió en alguna ocasión un pago por el trabajo realizado. El 66% de participantes reportó el envío de remesas a Venezuela.

La información recogida en los grupos focales corrobora la situación de precariedad laboral de los migrantes de Venezuela, graficando situaciones de maltrato o de incluso explotación laboral. Un participante resume la situación, contando lo que solía escuchar de sus empleadores:

“bueno, usted verá si lo acepta o no acepta. Y uno por necesidad lo hace” (Grupo focal 1).

El fenómeno de migración masiva de ciudadanos venezolanos, se asienta sobre la propia precariedad del sistema laboral peruano, donde la informalidad es un problema manifiesto¹⁶. La entrada de miles de migrantes con necesidad de sobrevivir y trabajar, supone que los sistemas de explotación laboral existentes los absorban. Como menciona un participante de un grupo focal:

“aquí en Lima, algunos empresarios se aprovechan digamos, de la situación de los inmigrantes o de la situación educativa de las personas. Una persona que no tenga educación o este en necesidad, las tratan como su fueran.. pfff. Así sea venezolano o peruano” (GF 1)

Por otro lado, a nivel de empleo formal, algunos relatos dan cuenta de la poca información que existe en algunos empleadores en cuanto al uso del PTP o del carnet de extranjería para las contrataciones. En algunos casos los empleadores han pedido el primero, por sobre el carnet de extranjería que asegura plenos derechos laborales. Este dato puede servir de un indicador sobre la necesidad de difundir la información entre los distintos actores sociales, relacionada a las estrategias que se diseñan desde el sector público para mejorar la inclusión de los inmigrantes.

Vivienda e inseguridad alimentaria

En la encuesta de OIM, el 62% de participantes reporta vivir con su familia, el 36% con amigos y el 11% solo. El 95% indica que alquila el espacio donde vive. El 3% reportó vivir en un hogar temporal o albergue. El 70% tenía algún miembro de su núcleo familiar viviendo en otro lugar. Uno de cada 5 participantes reportó haberse quedado sin

¹⁶ Loayza Norman. Causas y consecuencias de la informalidad en el Perú. Revista de Estudios Económicos. Banco Central de Reserva del Perú. Lima, 2008.
<http://www.bcrp.gob.pe/docs/Publicaciones/Revista-Estudios-Economicos/15/Estudios-Economicos-15-3.pdf>

alimentos en al menos alguna ocasión.

Es importante considerar que este tipo de estudios tiende a sub representar a la gente en mayor situación de exclusión social, ya que es más difícil llegar a ellas al realizar el trabajo de campo. Por otro lado, aunque la muestra no es representativa, si se extrapolara el 3% de personas viviendo en un albergue a los 600,000 migrantes, la cifra de personas sin vivienda es bastante elevada.

Asimismo, los testimonios brindados en los grupos focales y la información reportada por activistas, dan cuenta de situaciones de pobreza extrema en algunos inmigrantes: personas en situación de calle o personas que narraron que si al asistir a los servicios de salud, se presentaba algún gasto extra, ya no podían comer ese día. El trabajo en la calle o el no tener hogar condiciona una mayor exposición a situaciones de violencia, delincuencia, explotación laboral o posibilidad de comercio sexual como fuente de ingreso económico. Asimismo, el vivir con VIH puede acentuar la situación de marginalización: uno de los migrantes asistidos por una organización de sociedad civil de personas con VIH, fue expulsado del albergue donde se quedaba al conocerse que era portador del VIH.

La información recogida, permite entender que miles de migrantes se encuentran en una situación de precariedad material, en algunos casos extrema, a la que se le añaden las necesidades de salud.

Migrantes con VIH

Desde el punto de vista de salud pública se puede clasificar a los migrantes según: i) las personas que conocen su diagnóstico y migran para el tratamiento; ii) personas que hacen el diagnóstico en Lima, ya sea través de campañas o en centros de salud. Pueden haber tenido la sospecha de diagnóstico y no haberse hecho la prueba por la falta de insumos en Venezuela o tener un diagnóstico sin sospecha previa; iii) personas que llegan a los establecimientos de salud con enfermedad avanzada.

Muertes de personas con enfermedad avanzada

La información proporcionada por proveedores de salud da cuenta de la hospitalización de personas en estadio SIDA, con infecciones oportunistas que no veían en hospitales desde hace muchos años. Hasta la fecha de realización de este informe, la Asociación Illary había documentado 16 muertes de migrantes venezolanos asociadas a enfermedad avanzada por VIH, en establecimientos de salud del país. Todas son muertes evitables.

Es posible reconocer que dentro de la población de migrantes con VIH existe un grupo de vulnerabilidad extrema, que debe ser priorizado al considerar las estrategias de respuesta. Se espera que a medida que lleguen más inmigrantes que no sean absorbidos por la población económicamente activa, aumente la pobreza extrema, lo que demanda la

planificación de una acción que contemplen mecanismos de protección directos.

Mecanismos de Respuesta

Sociedad civil

La primera línea de respuesta frente al fenómeno de migración desde Venezuela, de personas con VIH fue de la sociedad civil y el activismo. Desde el año 2016, organizaciones como el Grupo Impulsor de Vigilancia Sobre Abastecimiento de Medicamentos Antirretrovirales (GIVAR), empezaron a recibir comunicaciones de potenciales migrantes, indagando sobre el sistema de salud pública en Perú y sobre el acceso al tratamiento antirretroviral. Las personas solicitaban, además, información relacionada a la confidencialidad en centros de salud, a la situación del acceso al trabajo para personas con VIH y a la existencia de programas de apoyo social. A mediados del 2017, GIVAR reportaba el registro de 20 personas con VIH que habían llegado desde Venezuela¹⁷. Esta cifra puede dar cuenta de la forma exponencial como se ha desarrollado el fenómeno migratorio de personas con VIH, desde Venezuela.

Poco a poco, de la búsqueda de información se pasó a la presencia de ciudadanos venezolanos en el país, solicitando apoyo para el ingreso al tratamiento. La llegada de migrantes en situación de pobreza y desinformación, generó la urgencia de una respuesta coordinada.

Las organizaciones de activistas del país, tienen una experiencia de muchos años capaz de generar recursos, que permita compartir fuentes de información y de articular de forma no institucionalizada a través de redes paralelas a los mecanismos del estado. Dentro de las acciones que llevan a cabo activistas y organizaciones se encuentran: el acompañamiento para acceder a la documentación migratoria y para el ingreso al programa TARGA, coordinaciones en los centros hospitalarios para superar barreras burocráticas al acceso, apoyo económico para superar el gasto de bolsillo, soporte a personas en situación de calle. Organizaciones como AHF han implementado dentro su provisión de servicios de diagnóstico y tratamiento, estrategias destinadas a incorporar a la población migrante, como el trabajo con pares, o el apoyo económico para cubrir el gasto de bolsillo relacionado al pre TARGA (ver sección de respuesta del sistema de salud pública).

A estas acciones se le suma la abogacía frente a autoridades del estado para que se diseñen estrategias específicas que garanticen el acceso al tratamiento de los migrantes. No obstante, a medida que el flujo de migrantes aumentó, la capacidad de respuesta de estas organizaciones fue sobrepasada. Como reconoció uno de los activistas en un grupo de discusión:

¹⁷ Torres Fabiola, Ciriaco Mayte. El éxodo de los venezolanos que buscan refugio para retomar sus terapias contra el VIH. Ojo Público. 6/7/2017. <https://bigpharma.ojo-publico.com/articulo/venezolanos-buscan-refugio-en-peru-para-recibir-tratamiento-contra-el-vih/>

“No estamos preparados para un hecho masivo”.

La documentación de muertes de migrantes por enfermedad avanzada y en situación de abandono en los hospitales de Lima, marcó un hito para las organizaciones. La gravedad de la situación requería de una respuesta coordinada de los sectores del estado competentes, que desde su percepción, no se estaba dando.

“El sistema está siendo cruel”. (activista)

Esta frase puede servir para marcar la pauta de como se ha enfocado la crisis humanitaria de los migrante. Frente a la necesidad de una respuesta urgente, la respuesta institucionalizada se presenta como poco flexible y no se adapta a las necesidades de la población, sino que espera que la población se adapte a sus necesidades. Por eso la percepción desde la sociedad civil es de una respuesta insuficiente. Una lucha por el derecho a la vida amerita estrategias enfocadas en los derechos fundamentales de las personas y confronta la urgencia en el terreno, con los mecanismos oficiales existentes (o no) de protección. Para las organizaciones de la sociedad civil contactadas, se debe empezar desde la urgencia y la necesidad, y desde ahí plantear las estrategias públicas.

Sistema de salud pública

Hoy en día, la respuesta de la salud pública al VIH se encuentra centralizada en los hospitales donde se otorga el tratamiento antirretroviral. Los programas de atención en estos centros, suelen tener una sobre carga de pacientes en relación al recurso humanos disponible. Por ejemplo, el hospital María Auxiliadora tiene alrededor de 2,500 pacientes activos por mes enrolados en el programa y cuenta con un equipo de 4 médicos encargados de la provisión de servicios¹⁸.

Para el aspecto de la detección de casos, el sistema se ha enfocado desde los últimos 3 o 4 años, en la detección a través de campañas o de equipos de salud itinerantes coordinadas por las jurisdicciones locales de salud (DIRIS), con la posterior vinculación a los hospitales. Estas labores se han llevado a cabo además en coordinación, o como parte de las actividades del actual proyecto del Fondo Mundial que se ejecuta en el país¹⁹.

Hasta la fecha, la incorporación al tratamiento de la población migrante ha continuado con los procedimientos estándar del sistema de salud. Según informaron los activistas consultados, la DPVIH envió un correo a mediados del 2018 que solicitaba a los centros de salud las facilidades del caso para la incorporación al tratamiento de ciudadanos venezolanos.

¹⁸ Información proporcionada por el programa de VIH del Hospital María Auxiliadora, a través de comunicación personal.

¹⁹ CONAMUSA. Proyecto país VIH. <http://conamusa.org.pe/proyecto-pais-vih/>

La DPVIH ha identificado la concentración de migrantes en Lima Norte y San Juan de Lurigancho. En algunos establecimientos de salud, la DPVIH informa que se ha incorporado al PpR (presupuesto por resultados), el costo de pruebas para facilitar el Pre TARGA (ver más adelante, en la sección de barreras al acceso y el gasto de bolsillo). En la encuesta de OIM DTM Ronda 3, el 34% de migrantes alcanzados vivía en estas dos zonas. Es por eso que el sector salud está planificando campañas de salud integral, junto con campañas de información para facilitar el acceso a los servicios.

El MINSA, a través de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas (DGIES) y la DPVIH ha establecido que su prioridad es el velar por el derecho a la salud de los migrantes. Al mismo tiempo, reconoce que existen limitaciones en la provisión de servicios en establecimientos y en la implementación de acciones que integren a los distintos sectores del estado. Más adelante describiremos los mecanismos de articulación intersectorial existentes.

Marco legal de la respuesta al VIH

La gratuidad de la atención en salud para las personas con VIH está garantizada en el marco jurídico del estado. La última norma técnica de atención integral del VIH del año 2018, establece que: *“la atención integral de las personas con infección por VIH es gratuita en los establecimientos de salud públicos”*, definiendo atención integral como *“la atención a las personas con infección por VIH de acuerdo a sus expectativas y necesidades de salud, para mejorar su calidad de vida”*²⁰.

Asimismo, la ley marco de aseguramiento universal en salud (SIS) reconoce el régimen subsidiado orientado a las poblaciones más vulnerables y de menores recursos económicos²¹. El reglamento de la Ley N° 30435, del Sistema Nacional de Focalización de Hogares (SINAFOH) define la vulnerabilidad como: *“la situación que denota desventaja o desigualdad en el acceso a los medios o recursos materiales y/o personales, oportunidades y condiciones sociales, económicas, políticas o culturales indispensables para alcanzar el pleno desarrollo personal y social y vivir una vida plena y digna, y que afecta de manera desproporcionada o especialmente intensa a determinadas personas, conjunto o grupo de personas..”*²².

La situación de las personas con VIH (peruana y extranjeras) encaja en este criterio de

²⁰ Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por VIH. NTS N° 097- MINSA/2018/DGIESP. ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2018/R.M_215-2018-MINSA.PDF

²¹ Ministerio de Salud. Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud. ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgain/web/decreto_supremo/DS_02_Texto_Unico.pdf

²² Diario El Peruano. Reglamento de la Ley N° 30435, ley que crea el Sistema Nacional de Focalización de Hogares (SINAFOH). 22/7/2016. <http://www.sisfoh.gob.pe/el-sisfoh/que-es-el-sisfoh/normativa/send/7-normatividad/99-decreto-supremo-n-007-2016-midis>

vulnerabilidad. Sin embargo, el reglamento de la ley de aseguramiento universal condiciona la afiliación al régimen subsidiado, solamente a la clasificación del Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH)²³. Este resume el acceso al SIS a una clasificación arbitraria de “pobre vs. no pobre”, que como veremos más adelante condiciona una de las principales barreras para el acceso al tratamiento.

Carnet de extranjería para migrantes con VIH

No ha sido posible encontrar una directiva desde el sector de Relaciones Exteriores y/o de Migraciones que explicita el acceso al carnet de extranjería de los migrantes con VIH. Algunos de los migrantes entrevistados habían accedido a este documento, mientras que otros habían tramitado el PTP. Sin embargo, de la información provista por los distintos actores entrevistados, se establece que en la práctica es posible el acceso al carnet de extranjería por parte de los migrantes que acrediten vivir con VIH.

La inclusión de vivir con VIH como criterio de vulnerabilidad para obtener el carnet de extranjería muestra que el estado peruano reconoce la necesidad de protección de esta población. Sin embargo, ese reconocimiento aún no se traduce plenamente en acciones coordinadas con otras instituciones del estado (como veremos más adelante).

Para poder acceder al carnet de extranjería, el inmigrante con VIH debe completar los siguientes pasos: acercarse a un hospital, sacar una cita, pedir un informe médico que acredite su condición, llevarlo a migraciones donde el informe será validado con la DPVIH, quien debe encargarse de determinar su veracidad. La duración del proceso es variable (según lo que tome cada paso). El trámite cuesta alrededor de 50 soles, más los gastos realizados en los servicios de salud. Las personas que tramitaron el PTP pueden anularlo para poder acceder al carnet de extranjería. De la información provista en los grupos focales, inferimos que esta información aún no está muy difundida entre los inmigrantes.

A fin de facilitar el proceso, las redes de profesionales médicos migrantes de Venezuela entregan el informe casi de forma automática, tras validar la información del solicitante con profesionales médicos en Venezuela. Sin embargo, por lo que reporta la DPVIH, los informes deben ser otorgados por los hospitales del MINSA. Aunque no existe una normativa explícita, la práctica se orientará hacia ese mecanismo de validación. Por un lado, esta práctica establece un mecanismo de coordinación directo entre el MINSA (DPVIH) y la el sector de migraciones. Sin embargo, esta medida, cuya racionalidad es la de evitar falsificaciones, grafica en cierta medida el enfoque de la respuesta estatal donde se prioriza la protección del sistema sobre la urgencia de la población. Si la prioridad fuera la urgencia, el sistema facilitaría el acceso a los informes médicos y en el camino identificaría posibles filtraciones. El mecanismo es análogo al problema actual con el SIS. Luego de descubrirse un problema de filtraciones, el estado impuso una normativa, cuya

²³ Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud.
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/274328/245511_DS008-2010-SA.pdf20190110-18386-o1liddt.pdf

rigidez y arbitrariedad ha dificultado el acceso a muchísimas personas y ha generado vacíos en un contexto de necesidad social urgente, como el del fenómeno de inmigración venezolana.

Información programática

Hacia fines de diciembre del 2018, la DPVIH tenía un registro de 1338 ciudadanos venezolanos en TARGA, de los cuales 90% están en Lima/Callao. La tabla 1 y 2 muestra la distribución de migrantes en el programa por región y por DIRIS en Lima y Callao. El tratamiento en Lima/Callao se concentra en la DIRIS Centro que incluye establecimientos como el Hospital Loayza, y organizaciones de la sociedad civil como Vía Libre que también provee tratamiento antirretroviral en coordinación con la DPVIH.

Pacientes actualmente en TARV		
REGIONES	ANCASH	8
	AREQUIPA	22
	CAJAMARCA	2
	CUSCO	15
	HUÁNUCO	1
	ICA	25
	JUNIN	2
	LA LIBERTAD	4
	LAMBAYEQUE	18
	LIMA REGION	11
	LORETO	2
	PIURA	22
	PUNO	1
	SAN MARTIN	3
	TACNA	3
	TUMBES	4
TOTAL	143	

Tabla 1: Número total de migrantes venezolanos en el programa TARGA por región

Los hospitales reportan a la DPVIH el número total de pacientes en el programa TARGA, según los esquemas de tratamiento que reciben. La mayoría de hospitales reportan directamente a la DPVIH, mientras que algunos lo hacen a las DIRIS correspondientes. La información que manejan los hospitales puede permitir caracterizar a la población según edad, sexo, fecha de diagnóstico, carga viral, CD4 y en algunos casos según orientación sexual o identidad de género. Sin embargo, hoy en día el reporte se hace solo del número total de personas en el programa, lo que limita conocer mejor a la población enrolada en el programa.

	Pacientes actualmente en TARV	N
LIMA METROPOLITANA	DIRIS ESTE	59
	DIRIS CENTRO	587
	DIRIS NORTE	223
	DIRIS SUR	179
CALLAO	DIRIS CALLAO	147
	TOTAL	1195

Tabla 2: Migrantes venezolanos registrados en Lima y Callao según DIRIS

La figura 1 muestra el reporte de migrantes venezolanos enrolados al programa de tratamiento durante el 2018. En resumen, el gráfico muestra (al menos claramente desde agosto) una tendencia al incremento continuo de migrantes enrolados en el programa TARGA. Hacia la mitad del años pasado, la DPVIH empezó a llevar a cabo un recuento más activo y detallado de inmigrantes, a la vez que incrementaba la entrada y demanda de atención de migrantes con VIH.

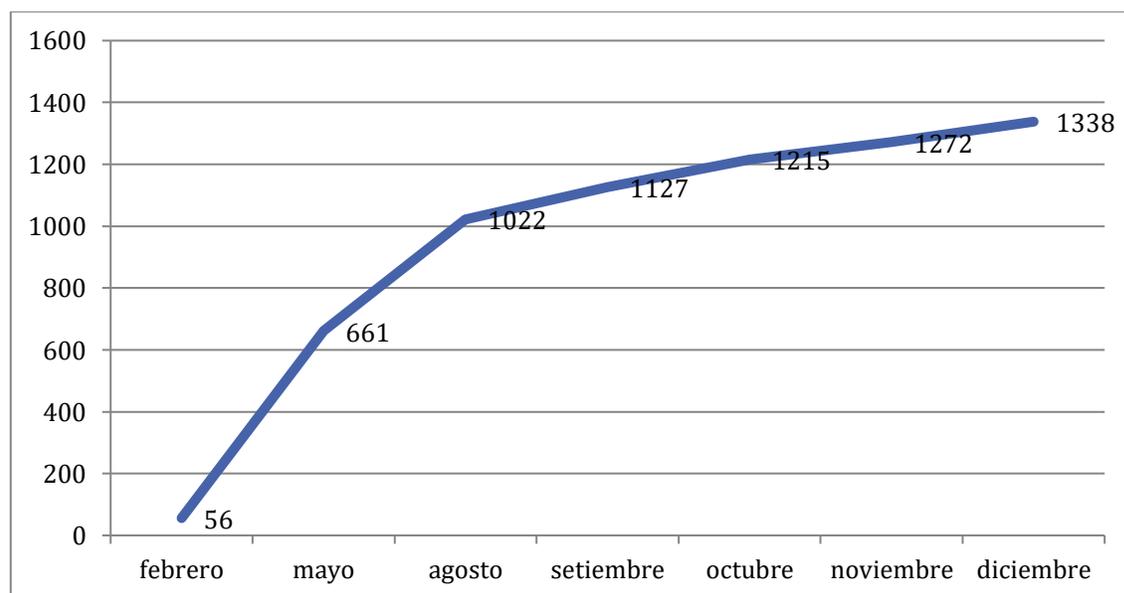


Figura 1: Número reportado de migrantes venezolanos en TARGA según mes (2018)

Impacto de la migración sobre el sistema de salud

La DPVIH maneja una cifra de alrededor de 50,000 personas en tratamiento antirretroviral, desde el inicio del programa en el año 2004. A este número hay que descontarle aquellas personas que han fallecido, dato que aún no ha sido completado. Si estimamos un número entre 40 y 45 mil personas en TARGA, los casi 1,400 representa

entre 3% y 4% del total de personas recibiendo tratamiento. La DPVIH reconoce que actualmente el fenómeno de migración venezolana no representa una sobrecarga que amenace la programación y suministro de medicamentos e insumos.

Sin embargo, la centralización de la atención en hospitales y la distribución no equitativa de migrantes en cada centro (el flujo depende de la accesibilidad geográfica, facilidad para acceder al programa en cada centro, costo, entre otros), puede generar un problema en la provisión de servicios. Por ejemplo, el hospital San José del Callao, fue uno de los primeros en dar facilidades para la inclusión de migrantes. Los activistas que coordinan acciones con este centro, reportan que el programa está operando a su máxima capacidad. En ese contexto, la continua llegada de pacientes sí puede desbalancear su oferta de servicios.

Entonces, a nivel programático y nacional, el fenómeno de inmigración no desestabiliza al sistema de salud pública. Este hecho contradice la narrativa de la “competencia por recursos” y la limitación del acceso a los nacionales, que como veremos más adelante es parte de los discursos sobre los que se basa la discriminación hacia los migrantes. Pero a nivel funcional, la concentración de la atención en hospitales convierte la demanda de atención de los migrantes en un problema para el funcionamiento de los servicios.

El fenómeno de inmigración se asienta sobre las debilidades del sistema de salud. Por ejemplo, el hospital María Auxiliadora ha duplicado en los últimos seis meses la oferta de atención para tratamiento del VIH (operando con turnos de mañana y tarde). Sin embargo, los servicios ya se encuentran casi saturados por la alta demanda de pacientes, sumada a las estrategias de búsqueda activa de casos en Lima Sur. Si la atención pudiera planificarse a nivel de la DIRIS, podría ampliarse la oferta de tratamiento a tres o cuatro centros de atención primaria de la jurisdicción y cubrir la demanda, con una menor sobrecarga del sistema de salud pública. Es posible aprovechar la coyuntura actual, para diseñar una respuesta que trascienda la centralización de la atención en hospitales que ya está llegando a su límite.

Al momento de elaborar este informe, la mejor ruta de acceso al tratamiento para un inmigrante de Venezuela con VIH que llega al país, consiste en la confirmación del diagnóstico en una campaña, donde recibiría el acompañamiento para acceder a un hospital público. La respuesta se ha enfocado en ese tipo de vinculación vs. la persona que conoce su diagnóstico y decide acercarse por su cuenta a un hospital para recibir el tratamiento. Para esa persona, existirán mayores barreras burocráticas y económicas que sortear.

Barreras al acceso al tratamiento

Gasto de bolsillo y barreras burocráticas

Una de las principales barreras para el acceso a tratamiento en los migrantes es el gasto de bolsillo de las citas y exámenes solicitados antes de iniciar los antirretrovirales (conocido como “pre TARGA”). El pre TARGA puede llegar a costar 300 soles. La atención en ese sentido es heterogénea y varía en los diferentes hospitales. En algunos, el personal médico pide una reconfirmación del diagnóstico de VIH, o el pasar por servicios como psicología o nutrición antes de empezar el tratamiento. En el hospital Cayetano Heredia por ejemplo, cada cita cuesta 25 soles. En otros hospitales el inicio al tratamiento ha sido casi directo. Esta es también una característica del sistema de salud: la heterogeneidad en la aplicación de las normativas de salud.

“Si aquí todos estamos trabajando bien, que nos cueste 25 soles [la consulta]. Pero si no estamos trabajando, ¿de dónde vamos a sacar 25 soles? De paso que ven a esta consulta, ven a otra consulta, te empiezan a mandar a varias y tú no tienes. Y una de las trabajadoras [sociales] salió y me dijo, pero ¿por qué vienes tanto?” (Grupo focal 1)

“Yo deje correr tal como me mandaron en el hospital las citas y tardé como 6 a 7 semanas en comenzar a recibir el tratamiento.” (Grupo focal 1)

Estas dos citas sintetizan las barreras que hemos mencionado. El gasto de bolsillo y las consideraciones que se hacen en los centros de salud para empezar el tratamiento. Esa persona debió pasar por 3 citas de atención psicológica antes de iniciar el tratamiento, en un centro de salud que además había aumentado el costo de las atenciones.

Por otro lado, la referencia que se hace al trato de la trabajadora social es bastante significativa. Más allá de la necesidad de sensibilizar a esa funcionaria, el área de trabajo social del hospital, es el servicio que en teoría debe enlazar la atención de salud con otros sectores del estado. Si una persona estuviera en situación de pobreza extrema o de falta de vivienda o alimentos, o se diera algún caso de violencia, es el servicio de trabajo social quien debería conectar a la persona con aquellos servicios que pudieran cubrir esas necesidades (MIMP, MIDIS, servicios municipales, entre otros). Así como velar por que estos sean provistos. Sin embargo, los testimonios de migrantes evidencia que en el área de trabajo social es donde han tenido continuas experiencias de discriminación y maltrato. Un maltrato que además implica que el estado le estuviera haciendo un favor a la persona, en vez de garantizarle un derecho.

Ingreso al Seguro Integral de Salud (SIS)

“Yo pedí el SIS que es gratuito y luego de hacer colas, de ir y hacer la copia de dónde vives, tu carnet de extranjería, un croquis de donde tú vives, me rechazaron

porque... cosa que me parece absurdo, porque tenía cuenta en el banco. Pero mi cuenta está en cero. Hice mi trámite, y sencillamente, mira tú tienes una cuenta y ya pues ¿no? No tienes acceso. Por tener mi cuenta bancaria en cero (risas)".
(GF2)

El sistema de clasificación (SISFOH) para determinar los beneficiarios del régimen subsidiado del SIS es otra de las barreras al acceso al tratamiento por VIH. La cita presentada, muestra un caso que parece extremo, pero que según lo relatado por migrantes y activistas, es un constante para el aseguramiento de las personas. La clasificación se hace a nivel local, con criterios que resultan bastante arbitrarios. Por ejemplo, el lugar de vivienda puede determinar la exclusión del aseguramiento, así la persona esté siendo acogida por alguna familia.

Como hemos mencionado, esta sobre exigencia para ingresar al SIS partió de filtraciones identificadas y de un escándalo de corrupción, pero la medida correctiva no puede generar mayor sufrimiento social. Como menciona un funcionario de la DPVIH:

“algo tenemos que hacer con el SIS”.

Existe un régimen facultativo que permite acceder al SIS por 40 soles mensuales. Sin embargo, para personas en situación de pobreza extrema, el monto puede resultar inviable.

Al analizar las barreras presentes en el sistema de salud, debemos tener en cuenta que si una persona cuenta con recursos (económicos, de soporte familiar y social, de acceso a información), tendrá más facilidades para acceder al tratamiento. Pero existen migrantes con un alto nivel de desinformación, con un estrés constante por conseguir un lugar donde dormir, o dinero para que ellas o sus familias coman en un determinado día. El gasto de bolsillo puede generar que las personas no ingresen al tratamiento. Las situaciones de maltrato pueden alejar a la gente de los servicios de salud. La inseguridad alimentaria o de vivienda pueden afectar no solo el acceso, sino también la adherencia al tratamiento

Asimismo, la ausencia del SIS no solo afecta los gastos que significan el pre TARGA. GIVAR ha documentado diversas facturas de migrantes hospitalizados por enfermedades asociadas a infección avanzada por VIH, donde el principal costo corresponde a los medicamentos utilizados. Al no tener SIS, las personas han acumulado deudas que en uno de los casos asciende a alrededor de S/ 9,000 en gastos de farmacia. El sistema actual que restringe el SIS en personas con VIH, ignora lado las complicaciones que pueden presentarse como parte de la enfermedad y al mismo tiempo, desconoce la vulnerabilidad presente, contraviniendo el principio mismo para el que fue creado.

La documentación de muertes por enfermedad avanzada en personas de pobreza extrema y exclusión social, evidencia la existencia de grupos que han quedado de lado y deben de ser protegidos activando mecanismos para cubrir brechas de vulnerabilidad social urgentes. La respuesta nacional no ha estado enfocada en esto último. El reto hacia delante, consiste en adaptar las estrategias existentes a las necesidades de una

población en pobreza extrema e inestabilidad social, que pone a prueba la flexibilidad (o rigidez) de la respuesta nacional.

¿Cómo responde el sistema a la vulnerabilidad de una persona para las que un gasto extra de 12 o 15 soles puede significar el no acceder al servicio de salud o el pasar hambre ese día? ¿Cómo se activa la participación intersectorial? Las personas con VIH están consideradas en el Plan Nacional de Derechos Humanos como grupo de vulnerabilidad social. Existe un marco jurídico que en principio, garantiza la gratuidad de la atención integral. El principal reto está en la implementación de acciones diseñadas y coordinadas desde el terreno, que integren los servicios y programas del estado, con los recursos existentes de la sociedad civil para aquellas personas que necesitan asegurar su derecho a la vida.

Experiencias de estigma y discriminación.

La encuesta de OIM DTM Ronda 3 puede dar cuenta de la situación de discriminación existente, hacia los migrantes venezolanos. El 35% de las personas en Lima habían pasado por alguna experiencia de discriminación, donde casi el total (96%) lo atribuía al hecho de ser extranjeros. Asimismo, un 16% había sido víctima de violencia (66% verbal, 42% física y 13% sexual)²⁴. Aunque esta encuesta no es representativa, da cuenta del fenómeno de violencia y discriminación que debe ser considerado como potenciador de la vulnerabilidad de los migrantes.

Discursos discriminatorios: el migrante como competencia

De lo relatado en los grupos focales, es posible identificar discursos de discriminación que se repiten en distintos ámbitos sociales. Por un lado, existe un discurso xenofóbico que se asienta en la precariedad de sistema público, donde el migrante es visto como un competidor por los recursos existentes.²⁵ Por ejemplo, bajo esta lógica, los migrantes compiten con los ciudadanos peruanos con VIH por el tratamiento antiretroviral o por el aseguramiento en salud. Según lo relatado, este discurso de competencia por el acceso al tratamiento, ha estado presente tanto en otros pacientes (principalmente en redes sociales), como en parte del personal de salud en los hospitales. Esta información fue también corroborada por activistas y funcionarios de la DPVIH.

El migrante con VIH como amenaza

A estos discursos xenofóbicos se les superpone el estigma al VIH y a la desinformación

²⁴ OIM. Monitoreo de Flujo de la Información Venezolana en el Perú. DTM Ronda 3. Julio 2018. En: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/DTM_R3_FlowMonitoring_OIMPeru.pdf

²⁵ Un candidato a la alcaldía de Lima, tomó como una de sus banderas políticas (para ganar la atención de los medios) el denunciar la “amenaza” del migrante venezolano que venía a quitarle trabajo a los nacionales. Diario El Trome. 22/8/18 <https://trome.pe/actualidad/politica/ricardo-belmont-venezolanos-han-venido-peru-quitarle-peruanos-94328>

generalizada sobre las vías de transmisión del VIH, muy presente en nuestra sociedad²⁶. Cuando los medios de comunicación informaron sobre la realidad de los migrantes con VIH que llegaban a Perú, aparecieron en redes sociales discursos donde el migrante con VIH era percibido como una amenaza sanitaria. Una especie de portador de una plaga.

“Otro chamo me dijo, un peruano, me dijo: oye, tú por casualidad ¿no tendrás VIH? Le digo – oye, ¿por qué tú me dices eso a mí? Por qué la pregunta – No porque, muchos de tus paisanos vinieron acá a Perú porque tienen VIH. O sea habían tres peruanos y les dicen: hay que cuidarse de los venezolanos porque todos tienen VIH.” (GF2)

Menosprecio al migrante pobre

Otra forma de discriminación se da a través de los discursos que menosprecian la situación de carencia material de los migrantes. Estos discursos pueden producirse en algunos casos en las instituciones públicas. Por ejemplo, cuando se le remarca el *“siempre pides exoneración”*, a un migrante que acude al servicio de asistencia social de un hospital buscando apoyo. Son discursos que también forman parte del imaginario de la opinión pública.

“yo tengo un compañero que a él le dijeron... trabajaba en un hostel y el señor le dijo: deberías de comer una sola vez, vienes de Venezuela y estás acostumbrado a comer una sola vez al día”. (GF1)

Las experiencias de discriminación son parte de la cotidianeidad de los migrantes de Venezuela. En los migrantes con VIH se suma además el estigma hacia la epidemia. Este afecta las posibilidades de la persona para acceder a redes de apoyo en la medida en que la persona pueda sentir temor de revelar su diagnóstico a otros. Por ejemplo, limita sus posibilidades de pedir permiso en el trabajo para acceder a un control médico o buscar soporte emocional o material en familiares o allegados. A la situación de migración e inestabilidad se le agrega esta capa de vulnerabilidad. Esta situación nos obliga a pensar en campañas de sensibilización, que deben empezar por funcionarios y apuntar a la opinión pública. No solo relacionadas tema de VIH, sino sobre la realidad de las personas que migran forzadamente al país. El funcionario es un ciudadano como cualquiera, y muchas veces traslada sus prejuicios a su función pública.

Recursos existentes

Desde que se inició el fenómeno de inmigración de ciudadanos venezolanos, y en

²⁶ Consorcio de Organizaciones de Personas con VIH. Índice de estigma y discriminación hacia las personas con VIH en Perú. Lima, 2018.

especial el de ciudadanos con VIH, se ha evidenciado el trabajo de diferentes organizaciones de la sociedad civil para generar mecanismos de apoyo a los migrantes. En el 2018, el Foro Salud elaboró un informe sobre migrantes con VIH de Venezuela, que contiene un registro detallado de las organizaciones de la sociedad civil involucradas en la respuesta ²⁷.

Existen organizaciones que apoyan la vinculación e ingreso de migrantes al tratamiento, así como la obtención de carnet de extranjería. Asimismo, existen albergues que acogen a migrantes sin vivienda y ofrecen apoyo en la alimentación. Existen redes de migrantes, y gremios profesionales de migrantes. Por otro lado, el proyecto del Fondo Mundial, contempla un fondo destinado a cubrir gastos para el ingreso al tratamiento en hospitales (pre TARGA), que está disponible hasta junio del 2019.

Mecanismos de articulación

En la actualidad existen dos grandes grupos de trabajo relacionados al tema de migrantes de Venezuela. Desde el estado está la Mesa de Trabajo para la Gestión Intersectorial de Migrantes (MTGIM), la cual es una comisión multisectorial adscrita al Ministerio de Relaciones Exteriores, con presencia de ministerios como Salud, Trabajo, Interior, Educación, Desarrollo Social, Mujer y Poblaciones Vulnerables. Además, están presentes instituciones como el Ministerio Público, la Dirección de Migraciones, el SIS, ESSALUD entre otros ²⁸. Asimismo, instituciones como la Defensoría del Pueblo y la OIM atienden como oyentes. Según el decreto supremo que la creó, la finalidad de esta mesa es el: *“Proponer lineamientos de la política de la gestión integral migratoria en el Perú, así como de planes, programas y proyectos en dicha materia”*²⁹. Una de las acciones de esta mesa fue la generación de la política del Permiso Temporal de Permanencia (PTP) para los ciudadanos venezolanos.

Desde las agencias de Naciones Unidas se ha establecido el Grupo de Trabajo para Refugiados y Migrantes (GTRM) que agrupa además a agencias de cooperación internacional y ONGs locales. Los ejes de trabajo que plantea el GTRM son: i) respuesta directa de emergencia, ii) protección, iii) integración socioeconómica y cultural, iv) fortalecimiento capacidad gobierno receptor. Estos pueden ser aplicados para la respuesta al VIH en migrantes.

Es importante señalar, según lo reportado por informantes clave, que entre ambos espacios no existen aún mecanismos de comunicación continua que permitan integrar

²⁷: Foro Salud. Impacto de la migración forzada de las y los ciudadanos venezolanos que viven con el VIH/SIDA por el desabastecimiento de antiretrovirales. 2018. Lima, Perú.

²⁸ Decreto Supremo No. 067-2011-PCM. Comisión Multisectorial Permanente “Mesa de Trabajo Intersectorial para la Gestión Migratoria”. En: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/ACC2DD98FE3E157905257EB50051BD6E/\\$FILE/MesadeTrabajoIntersectorialGestionMigratoria.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/ACC2DD98FE3E157905257EB50051BD6E/$FILE/MesadeTrabajoIntersectorialGestionMigratoria.pdf)

²⁹ Ibid.

mejor los esfuerzos del estado y la sociedad civil, a nivel nacional. Otra brecha identificada, se da en la necesidad del diseño acciones intersectoriales concretas desde la MTGIM, especialmente para casos identificados de vulnerabilidad extrema. La DPVIH mencionó la necesidad de diseñar estrategias desde este espacio, que permitan enfocar el acceso al sistema de salud de migrantes venezolanos con VIH como acciones que garanticen la salud integral. Por otro lado, el representante de DGIES informó que el MINSA tiene previsto asumir el liderazgo de este espacio de trabajo. A nivel del GTRM se señala la necesidad de recomendaciones técnicas que apunten a resolver barreras puntuales y específicas por tema.

Un ejemplo de buena práctica de articulación, se da en la frontera norte donde se han generado rutas de protección al identificar situaciones de vulnerabilidad (como por ejemplo, un menor de edad en situación de trata). Estas rutas establecen pasos a seguir y delimitan responsabilidades y acciones entre instituciones del estado y la sociedad civil. Sin embargo, el generar rutas a nivel nacional demanda mayor complejidad y un nivel más alto para la toma de decisiones. A nivel de GTRM y MTGIM, aún no se han desarrollado estas rutas para los migrantes con VIH.

Son numerosas las instituciones que de alguna forma están involucradas en la respuesta hacia los migrantes con VIH de Venezuela. Sin embargo, existe una brecha en el diseño de estrategias intersectoriales, que además permitan la colaboración y participación de organizaciones de la sociedad civil. Estas últimas, por experiencia de trabajo, han generado redes de acción que permiten coordinar con organizaciones o personas desde Venezuela, compartir información sobre recursos disponibles y acompañar situaciones de urgencia. Este tipo de acciones ha facilitado, la comunicación entre sectores del estado. Pero la respuesta debe apuntar a que estos mecanismos y conocimiento generado puedan ser institucionalizados. A fin de priorizar a las poblaciones más vulnerables, además de optimizar recursos, sería recomendable que estas estrategias se diseñen desde el nivel local y permitan el poder compartir información, así como recursos humanos y materiales.

Conclusiones

La crisis social, económica y política en Venezuela ha llevado al colapso del sistema de salud pública de este país, lo que ha generado una crisis de desabastecimiento de medicamentos antiretrovirales e insumos para el tratamiento y la atención de personas con VIH. Esta situación ha llevado a la migración forzada de alrededor del 10% de las personas en tratamiento (aproximadamente 8,000 personas) hacia diferentes países de la región. Muchas de ellas han interrumpido el tratamiento antiretroviral por varios meses.

La migración forzada de ciudadanos venezolanos con VIH se produce en un entorno de inestabilidad económica y social, presentando además la urgencia de retomar el tratamiento. Esta situación ha condicionado la llegada de cientos de personas con VIH en una situación de inestabilidad migratoria, que dificulta el acceso a vivienda, alimentación y trabajo que aseguren condiciones de vida óptimas. A esa situación se le agrega la necesidad de información y recursos para ingresar a los programas de tratamiento en el sistema público de salud.

Desde el año 2016, las organizaciones de la sociedad civil han respondido a la demanda de los migrantes con VIH, generando redes de información, acompañamiento, coordinación en centros de salud, y apoyo material y económico para facilitar el acceso de migrantes al tratamiento. La organización de estas redes ha respondido a un aprendizaje colectivo basado en los años de activismo y abogacía de las organizaciones.

Algunos migrantes han accedido a estas organizaciones, lo que les ha facilitado el ingreso a los programas de tratamiento en hospitales. Otros han llegado directamente a los hospitales, y han sorteado el sistema de salud. Sin embargo, la documentación de muertes de migrantes por enfermedad avanzada en hospitales, evidencia la existencia de un grupo de extrema vulnerabilidad que no accede a los servicios, o lo hace en una situación de emergencia. Esta situación revela la necesidad de generar mecanismos que permitan la identificación de los grupos poblacionales de mayor vulnerabilidad, así como el diseño de rutas que permitan garantizar su derecho a la vida.

La respuesta del estado peruano frente a la problemática de los migrantes con VIH, ha consistido por un lado, en la facilitación del carnet de extranjería para estas personas reconociendo su situación de vulnerabilidad. Desde el sector salud, no se han dado aún directivas específicas o se han diseñado estrategias dirigidas a la población migrante. La atención a migrantes se ha dado como parte de los servicios de atención usuales. Actualmente se están planificando campañas de salud integral en la zona de Lima Norte y San Juan de Lurigancho, que permitan identificar migrantes en situación de vulnerabilidad para enlazarlos a los servicios de salud.

Hasta diciembre del 2018, la DPVIH reportó la inclusión de 1338 ciudadanos venezolanos en el programa TARGA. De estos, el 90% se concentra en establecimientos de salud de Lima y Callao. Este número representa entre el 3 y 4% del total de personas en el programa, lo que no significa un desbalance en la programación y provisión de medicamentos e insumos. Sin embargo, la concentración del tratamiento en hospitales genera servicios de atención funcionando en su máxima capacidad, donde el incremento

de la demanda de atención puede generar complicaciones en su operatividad. Esta situación escapa al fenómeno de la migración y genera un reto para la respuesta nacional, en un contexto donde se está buscando ampliar la detección y enlace al tratamiento (compromiso de las metas 90-90-90).

Las principales barreras identificadas para el acceso al tratamiento de los migrantes son similares a las barreras identificadas para las personas con VIH en el país y consisten en el gasto de bolsillo que suponen los requisitos previos al inicio del tratamiento (el llamado pre TARGA) y en la dificultad para ingresar al Seguro Integral de Salud (SIS). El pre TARGA puede llegar a costar hasta 300 soles, lo que para personas en situación de pobreza o sin trabajo, significa un problema mayor y retrasa el acceso.

El SIS tiene un régimen subsidiado que según ley se dirige a personas en situación de pobreza, o en condición de vulnerabilidad bajo la que podría considerarse a la población migrante con VIH. Sin embargo, actualmente el ingreso se basa en el sistema de focalización de hogares (SISFOH), el cual ha demostrado tener criterios arbitrarios que dejan de lado a personas que necesitan la subvención. Las autoridades de salud reconocen este problema y en la actualidad se están buscando alternativas para facilitar el ingreso de migrantes y nacionales con VIH. La situación descrita en este reporte demanda que estas alternativas sean generadas con urgencia.

Otra de las barreras identificadas para el acceso al tratamiento, consiste en la heterogeneidad en la aplicación de las normas técnicas en los distintos establecimientos de salud. En algunos hospitales se ha priorizado el ingreso directo para personas que han interrumpido el tratamiento, mientras que en otros se exige una nueva confirmación del diagnóstico y la atención previa por otros servicios, lo que retrasa el inicio de la terapia antiretroviral.

Las barreras descritas evidencian algunas de las debilidades del sistema de salud nacional y demandan acciones de corto y mediano plazo. Sin embargo, estas se originan una vez llegada la persona al sistema de salud. Es necesario enfatizar la existencia de un grupo de la población que se encuentra en una situación de exclusión social, que dificulta su acceso a las distintas instituciones del estado, para las que se necesitan rutas de protección multisectorial. En tal sentido, la respuesta de salud debe trascender al sector, y basarse en la garantía de los derechos fundamentales de las personas.

Este diagnóstico ha permitido describir algunas de las necesidades de los migrantes con VIH que han llegado al Perú desde Venezuela. Sin embargo, la investigación no ha permitido profundizar el entendimiento de aspectos que sabemos que están presentes por el conocimiento existente de dinámicas poblacionales y de la epidemia en la región. Nos referimos a la vulnerabilidad presente en personas de la diversidad sexual (hombres gays, bisexuales y mujeres trans), en adolescentes y jóvenes y en la población de mujeres. En un contexto de pobreza, necesidad de supervivencia y redes de apoyo inestables, aumenta el riesgo de situaciones de explotación sexual, violencia, entre otras. Este es un tema que debe considerarse en las acciones multisectoriales que se planteen en adelante.

Frente a la migración masiva de ciudadanos venezolanos al Perú, se han documentado experiencias de solidaridad y apoyo, pero también de discriminación y xenofobia. Existen discursos establecidos donde el migrante aparece como un competidor por el acceso a servicios y recursos del estado. Sumado el estigma hacia el VIH, se generan discursos donde el migrante aparece como una amenaza. En otros casos existe un menosprecio por la situación de pobreza en la que se encuentra una proporción de migrantes. Algunos de estas situaciones ocurren en instituciones públicas, incluyendo los servicios de salud y demandan las acciones correctivas y de sensibilización que garanticen un buen trato en los servicios.

La Mesa de Trabajo para la Gestión Intersectorial de Migrantes es un espacio donde están representados distintos sectores del estado. Depende del Ministerio de RREE y su función es generar políticas y programas de intervención. Desde el lado de las agencias de cooperación y las organizaciones de la sociedad civil, se ha establecido el Grupo de Trabajo para Refugiados y Migrantes. Es necesario reforzar el diálogo y coordinación entre ambos espacios, para la generación de acciones concretas para la protección de migrantes con VIH en situación de vulnerabilidad extrema, con acceso limitado a los servicios de salud.

Hoy en día las recomendaciones internacionales establecen que una persona con VIH debe recibir tratamiento inmediato. La evidencia científica demuestra que el tratamiento temprano aumenta la expectativa de vida. La interrupción del tratamiento es un riesgo para la salud de las personas. El estado peruano reconoce la vulnerabilidad de las personas con VIH y en principio garantiza la gratuidad de la atención. Las limitaciones en la implementación de estas políticas atenta contra la vida de las personas.

A pesar de las barreras y debilidades del sistema descritas, el Perú es uno de los países de la región que mayor facilidad ha dado a los migrantes con VIH para el acceso al tratamiento. Esto plantea por un lado, el reto de implementar una respuesta con enfoque de derechos, que cubra las brechas identificadas. Por otro, la necesidad de incidir regionalmente para que los distintos estados puedan acoger a los migrantes según lo establecido por el derecho internacional, hasta que se solucione la crisis por la que atraviesa Venezuela.

Recomendaciones

Establecer mecanismos de coordinación y articulación entre la Mesa de Trabajo para la Gestión Intersectorial de Migrantes del estado y el Grupo de Trabajo para Refugiados y Migrantes de la sociedad civil. Estos mecanismos deben contemplar la descripción de recursos disponibles (humanos y materiales) para la generación de rutas de protección, así como la distribución específica de responsabilidades. Asimismo, en ambos grupos debe realizarse la incidencia política que permita reconocer la situación de los migrantes con VIH como tema prioritario.

Generar rutas de protección nacionales para las personas con VIH, que inicien en la

frontera de Tumbes. Estas rutas deben tener directivas y protocolos claros para las instituciones de los distintos sectores del estado. Deben priorizar además la identificación de migrantes con VIH de gran vulnerabilidad, a fin de formalizar su estatus migratorio, garantizar el acceso a los servicios de salud y brindarles soporte social.

Procurar la conformación de un corredor humanitario desde la frontera con Colombia, que pueda garantizar la llegada al Perú u otros países de la región que puedan incluir a los migrantes con VIH en sus servicios de salud. Esta acción demanda el involucramiento y compromiso de las más altas instancias del gobierno.

Potenciar las redes de información, a través del trabajo de instituciones del estado con organizaciones de la sociedad civil, redes de migrantes y pares (migrantes con VIH), que permita distribuir la información sobre el acceso a servicios públicos a los migrantes con VIH, especialmente aquellos en situación de calle o pobreza extrema.

Realizar talleres de sensibilización dirigidos a los funcionarios de las distintas instituciones involucradas en la respuesta a la situación de los migrantes. Estos talleres deben abordar la situación social de los migrantes, las necesidades existentes y la vulnerabilidad especial en situaciones específicas (como la de migrantes con VIH). Los funcionarios como MIDIS, MIMP, MINEDU, deben conocer las necesidades y urgencias de las personas con VIH. Con estas capacitaciones se busca evitar situaciones de maltrato en instituciones del estado y mejorar la calidad de los servicios brindados.

Determinar e implementar los mecanismos administrativos y/o jurídicos que faciliten el ingreso al Seguro Integral de Salud para personas con VIH (tanto nacionales como migrantes), reconociendo que hoy en día, los problemas descritos sobre el sistema de clasificación para otorgar el régimen subsidiado son una de las principales barreras para el acceso al tratamiento antiretroviral.

Generar y difundir las directivas que prioricen el inicio de tratamiento ARV para los migrantes que llegan a los establecimientos de salud, considerando la necesidad de reiniciar la cobertura con antiretrovirales en personas que han interrumpido el tratamiento por varios meses y que están en situación de pobreza y exclusión.

Realizar talleres de sensibilización dirigidos al personal de salud, que se enfoquen en dar a conocer la situación social de los migrantes con VIH, su intersección con el estigma y la discriminación hacia la epidemia y los retos enfrentados para que esta población acceda a los servicios de salud. Estos talleres deben tener como objetivo, el reducir las situaciones de maltrato o discriminación que ocurren en algunas interacciones entre el personal de salud y los usuarios. La problemática de los inmigrantes debe ser descrita, entendida por los funcionarios y manejada en la práctica.

Solicitar a los hospitales y DIRIS información que permita caracterizar a la población con VIH, en base a variables como sexo, edad, orientación sexual, identidad de género, fecha de diagnóstico, datos de CD4 y carga viral, entre otros, a fin de tener un mejor monitoreo de las personas que ingresan a los servicios de tratamiento.