



A B R I L 2 0 2 5

Informe Nacional Perú

Estudio sobre el derecho a la no discriminación, el derecho a la salud y el derecho a no sufrir detención y prisión arbitraria de personas con VIH que usan drogas (PvUD) en 10 países de latinoamérica.



ALEP+PC
Alianza Liderazgo en Positivo
y Poblaciones Clave



Bolivia, Costa Rica, El Salvador, Ecuador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay y **Perú**





Equipo de Investigación Regional

Rau Valencia – Coordinación Regional
Marvin Noel Quintanilla– Coordinación Regional
Irazú Esquivel – Oficial de Fortalecimiento de Capacidades HIVOS
Liria Morales – Oficial de Monitoreo y Evaluación por Lanpud
Verónica Russo – Coordinación por Lanpud para Alep+PC

Equipo de Investigación Perú

Ari Jáuregui- Coordinación Nacional
Sharon Cardenas Tohalino - Investigador Junior
Viento Izquierdo Ugaz - Investigador Junior

Equipo de apoyo de comunicación

Mariana Arce - Comunicadora área técnica HIVOS
John Arango - Project Manager de Perspectiva Casa Productora
Esteban Vallejo - Corrección de estilo de documentos
Alejandra Arango - Líder de diseño
Manuela Arboleda - Contact Manager
Estiven Taborda Moncada - Animación
Estiven Espinosa - Web Maste



Tabla de Contenido

1. Introducción	9
2. Resumen Ejecutivo	11
3. Metodología	16
3.1. Enfoque Metodológico	16
3.2. Estrategias de Recolección de Datos	16
3.3. Fuentes de Información	17
3.4. Contexto Demográfico de las Personas Participantes	17
3.5. Desafíos y Ajustes Metodológicos	18
4. Antecedentes	20
4.1. Visión General del País	20
4.2. Contexto General de las Políticas de Drogas	21
4.3. Datos Sobre el vih	22
4.4. Marco Legal e Institucional	22
4.5. Sociedad Civil y Sector Privado	23
5.1. Análisis de Jure	25
5.1.1. Marco Normativo Internacional	25
5.1.2. Derecho a la no Discriminación	25
i. Discriminación Legal y Normativa	26
<i>Legislación Antidiscriminatoria</i>	26
<i>Mecanismos de Protección</i>	26
<i>Brechas legislativas</i>	26
ii. Discriminación Institucional	27
<i>Acceso a Servicios</i>	27
<i>Discriminación Laboral</i>	28
<i>Sistema de Justicia</i>	28
iii. Discriminación Social y Comunitaria	29
<i>Estigma Social</i>	29
<i>Violencia Simbólica en Medios</i>	29
<i>Fortalecimiento Comunitario y Participación</i>	29
5.1.3. Derecho a la salud	30
i. Acceso a Tratamiento Antirretroviral para PvUD	30
<i>Cobertura Universal sin Restricción al Tratamiento Antirretroviral (TARV)</i>	30



<i>Asequibilidad y Accesibilidad de Medicamentos para PvUD</i>	31
<i>Información y Orientación</i>	31
ii. Acceso a Servicios de Atención Médica para el uso de Drogas Basados en Evidencia	32
<i>Cobertura Universal de Servicios de Atención Médica</i>	32
<i>Acceso a Servicios de Salud Sexual y Reproductiva</i>	32
<i>Entornos Amigables Libres de Estigma y Discriminación</i>	33
iii. Acceso a Servicios de Reducción de Daños para PvUD	33
<i>Disponibilidad de Servicios de Atención Basados en la Reducción de Daños</i>	33
<i>Programas de Prevención de Sobredosis</i>	34
<i>Servicios de Atención Psicosocial y Comunitaria Basados en Reducción de Daños</i>	35
5.1.4. Derecho a no sufrir detención ni encarcelamiento arbitrario	36
i. Penalización del uso Personal de Drogas	36
<i>Criminalización</i>	36
<i>Defensa Técnica</i>	36
<i>Portación Mínima</i>	37
ii. Abuso de Autoridad y Violencia Estatal	38
<i>Protección Legal</i>	38
<i>Mecanismos de Denuncia</i>	38
<i>Mecanismos de Reparación</i>	39
iii. Violencia en Centros de Detención	39
<i>Abusos de Poder</i>	39
<i>Abusos en Centros de Detención</i>	40
<i>Formación Antidiscriminatoria</i>	40
5.2. Análisis de Facto	40
5.2.1. Derecho a la no Discriminación	40
i. Discriminación Legal y Normativa	41
<i>Legislación Antidiscriminatoria</i>	41
<i>Las leyes y políticas antidiscriminatorias son eficaces y accesibles para todas las personas con vih que usan drogas.</i>	41
<i>Mecanismos de Protección</i>	42
<i>Efectividad de los mecanismos de protección contra la discriminación y la violencia para las PvUD</i>	43
<i>Brechas Legislativas</i>	43
<i>Brechas legislativas identificadas por los participantes del estudio</i>	44
ii. Discriminación Institucional	44
<i>Acceso a Servicios</i>	44
<i>Opiniones de los participantes respecto al acceso a servicios por parte de las PvUD</i>	44
<i>Discriminación Laboral</i>	46
<i>Percepción de discriminación laboral por parte de las PvUD</i>	46
<i>Sistema de Justicia</i>	47
<i>Percepción de discriminación en el sistema de justicia por parte de las PvUD.</i>	47

iii. Discriminación Social y Comunitaria	48
<i>Estigma Social</i>	48
<i>Percepción de estigma social de personas con vih</i>	48
<i>Violencia Simbólica en Medios</i>	49
<i>Percepción de estereotipos negativos en los medios de comunicación por parte de PvUD</i>	50
<i>Fortalecimiento Comunitario y Participación</i>	50
<i>Inclusión de las PvUD en procesos de toma de decisiones</i>	50
5.2.2. Derecho a la Salud	51
i. Acceso a Tratamiento Antirretroviral para PvUD	51
<i>Cobertura Universal sin Restricción al TARV</i>	51
<i>Percepción de disponibilidad y accesibilidad del tratamiento TARV para las PvUD</i>	52
<i>Asequibilidad y Accesibilidad de Medicamentos para PvUD</i>	53
<i>Percepción de acceso a medicamentos por parte de las PvUD</i>	53
<i>Información y Orientación</i>	54
<i>Percepción respecto a la orientación sobre el tratamiento antirretroviral</i>	55
ii. Acceso a Servicios de Atención Médica para el uso de Drogas Basados en Evidencia	55
<i>Cobertura Universal de Servicios de Atención Médica</i>	55
<i>Percepción de acceso real y sin restricciones a servicios médicos para el uso de drogas</i>	56
<i>Acceso a Servicios de Salud Sexual y Reproductiva</i>	56
<i>Percepción de acceso a servicios sin enfrentar experiencias negativas por parte de las PvUD</i>	56
<i>Entornos Amigables Libres de Estigma y Discriminación</i>	57
<i>Percepción de la atención en los servicios de salud por parte de las PvUD</i>	58
iii. Acceso a Servicios de Reducción de Daños para PvUD	58
<i>Disponibilidad de Servicios de Atención Basados en la Reducción de Daños</i>	58
<i>Percepción de servicios de reducción de daños accesibles y disponibles para las PvUD</i>	59
<i>Programas de Prevención de Sobredosis</i>	59
<i>Los programas de prevención de sobredosis son efectivos para reducir el riesgo de sobredosis en personas que usan drogas con vih</i>	60
<i>Servicios de Atención Psicosocial y Comunitaria Basados en Reducción de Daños</i>	60
<i>Percepción de acceso limitado a los servicios de atención psicosocial y comunitaria basados en reducción de daños</i>	61
5.2.3. Derecho a no Sufrir Detención o Prisión Arbitrario	61
i. Penalización del uso Personal de Drogas	61
<i>Criminalización</i>	61
<i>Percepción de los encuestados respecto al conocimiento sobre la despenalización del uso personal</i>	62
<i>Defensa Técnica</i>	62
<i>Portación Mínima</i>	63
<i>Percepción de los encuestados sobre los parámetros de portación mínima</i>	63
ii. Abuso de Autoridad y Violencia Estatal	64
<i>Protección Legal</i>	64



<i>Percepción de las personas encuestadas respecto a la criminalización y estigmatización de las PvUD</i>	64
<i>Mecanismos de Denuncia</i>	65
<i>Percepción respecto a los mecanismos de denuncia</i>	65
<i>Mecanismos de Reparación</i>	66
<i>Percepción sobre los mecanismos de reparación</i>	66
iii. Violencia en Centros de Detención	66
<i>Abusos de Poder</i>	66
<i>Percepción de los encuestados respecto al abuso de poder</i>	67
<i>Abusos en Centros de Detención</i>	67
<i>Percepción de los encuestados respecto al abuso de poder en centros de detención</i>	68
<i>Formación Antidiscriminatoria</i>	68
<i>Percepción de los encuestados respecto a los programas de capacitación antidiscriminatoria para el personal de los centros de detención</i>	68
5.3. Análisis Integrado: Técnica del Semáforo	69
<i>Análisis integrado y ponderado para todos los derechos objeto de estudio</i>	71
<i>Análisis de Jure y Facto</i>	71
6.1. Marco Legal y Normativo	74
6.2. Prácticas Institucionales y Experiencias de las PvUD	76
7. Recomendaciones	78
<i>Derecho a la no Discriminación</i>	78
<i>Derecho a la Salud</i>	80
<i>Derecho a no Sufrir Detención o Prisión Arbitraria</i>	81
8. Reflexiones de la Experiencia Individual del Equipo Nacional	83
Ari Jáuregui	83
Viento Izquierdo	85
<i>Dimensión personal</i>	85
<i>Dimensión Metodológica</i>	86
<i>Recomendaciones para Futuros Equipos</i>	87
Sharon Cárdenas	87
9. Lista de Acrónimos o Siglas	89
10. Lista de fichas, figuras, gráficas o tablas	90
Tabla 1. Existencia de Normativas Relacionadas al Derecho a la no Discriminación	90
Tabla 2. Existencia de Normativas Relacionadas al Derecho a la Salud	91



Tabla 4. Existencia de Normativas Relacionadas a los Derechos Objeto de Estudio	94
11. Anexos	95
Anexo 1. Revisión de normativas nacionales	95
Derecho a la no Discriminación	95
i. Discriminación Legal y Normativa	95
<i>Legislación Antidiscriminatoria</i>	95
<i>Mecanismos de Protección</i>	96
<i>Brechas Legislativas</i>	97
ii. Discriminación Institucional	98
<i>Acceso a Servicios</i>	98
<i>Discriminación Laboral</i>	99
<i>Sistema de Justicia</i>	101
iii. Discriminación Social y Comunitaria	101
<i>Estigma Social</i>	101
<i>Violencia Simbólica en Medios</i>	102
<i>Fortalecimiento Comunitario y Participación</i>	102
Derecho a la Salud	103
i. Acceso a Tratamiento Antirretroviral (TARV) para PvUD	103
<i>Cobertura Universal sin Restricción al TARV</i>	103
<i>Asequibilidad y Accesibilidad de Medicamentos para PvUD</i>	105
<i>Información y Orientación</i>	106
ii. Acceso a Servicios de Atención Médica para el uso de Drogas Basados en Evidencia	108
<i>Cobertura Universal de Servicios de Atención Médica</i>	108
<i>Acceso a Servicios de Salud Sexual y Reproductiva</i>	110
<i>Entornos Amigables Libres de Estigma y Discriminación</i>	111
iii. Acceso a Servicios de Reducción de Daños para PvUD	112
<i>Disponibilidad de Servicios de Atención Basados en la Reducción de Daños</i>	112
<i>Programas de Prevención de Sobredosis</i>	114
<i>Servicios de Atención Psicosocial y Comunitaria Basados en Reducción de Daños</i>	115
Derecho a no Sufrir Detención o Prisión Arbitraria	116
i. Penalización del uso Personal de Drogas	116
<i>Criminalización</i>	116
<i>Defensa Técnica</i>	117
<i>Portación Mínima</i>	117
ii. Abuso de Autoridad y Violencia Estatal	118
<i>Protección Legal</i>	118
<i>Mecanismos de Denuncia</i>	119
<i>Mecanismos de Reparación</i>	120
iii. Violencia en Centros de Detención	121
<i>Abusos de Poder</i>	121



<i>Abusos en Centros de Detención</i>	121
<i>Formación Antidiscriminatoria</i>	122
Anexo 2. Análisis Integrado de Jure y Facto	123
Derecho a la no Discriminación	123
i. Discriminación Legal y Normativa	123
<i>Legislación Antidiscriminatoria</i>	123
<i>Mecanismos de Protección</i>	123
<i>Brechas Legislativas</i>	124
ii. Discriminación Institucional	125
Acceso a Servicios	125
<i>Discriminación Laboral</i>	125
<i>Sistema de Justicia</i>	126
iii. Discriminación Social y Comunitaria	126
<i>Estigma Social</i>	126
<i>Violencia Simbólica en Medios</i>	127
<i>Fortalecimiento Comunitario y Participación</i>	128
Derecho a la Salud	128
i. Acceso a Tratamiento Antirretroviral para PvUD	128
<i>Cobertura Universal sin Restricción al TARV</i>	128
<i>Asequibilidad y Accesibilidad de Medicamentos para PvUD</i>	129
<i>Información y Orientación</i>	130
ii. Acceso a Servicios de Atención Médica para el uso de Drogas Basados en Evidencia	131
<i>Cobertura Universal de Servicios de Atención Médica</i>	131
<i>Acceso a Servicios de Salud Sexual y Reproductiva</i>	132
<i>Entornos Amigables Libres de Estigma y Discriminación</i>	132
iii. Acceso a Servicios de Reducción de Daños para PvUD	133
<i>Disponibilidad de Servicios de Atención Basados en la Reducción de Daños</i>	133
<i>Programas de Prevención de la Sobredosis</i>	134
<i>Servicios de Atención Psicosocial y Comunitaria Basados en Reducción de Daños</i>	135
Derecho a no Sufrir Detención o Prisión Arbitraria	136
i. Penalización del uso Personal de Drogas	136
<i>Criminalización</i>	136
<i>Defensa Técnica</i>	136
<i>Portación Mínima</i>	137
ii. Abuso de Autoridad y Violencia Estatal	138
<i>Protección Legal</i>	138
<i>Mecanismos de Denuncia</i>	139
<i>Mecanismos de Reparación</i>	140
iii. Violencia en Centros de Detención	140
<i>Abusos de Poder</i>	140
<i>Abusos en Centros de Detención</i>	141



	<i>Formación Antidiscriminatoria</i>	142
12.	Bibliografía	144
13.	Legislación	148



Índice de Tablas y Gráficos

Tabla 1.	17
Principales fuentes de información empleadas en el estudio	17
Gráfico 1.	41
Las leyes y políticas antidiscriminatorias son eficaces y accesibles para todas las personas con vih que usan drogas.	41
Gráfico 2.	43
Efectividad de los mecanismos de protección contra la discriminación y la violencia para las PvUD	43
Gráfico 3.	44
Brechas legislativas identificadas por los participantes del estudio	44
Gráfico 4.	44
Opiniones de los participantes respecto al acceso a servicios por parte de las PvUD	44
Gráfico 5.	46
Percepción de discriminación laboral por parte de las PvUD	46
Gráfico 6.	47
Percepción de discriminación en el sistema de justicia por parte de las PvUD.	47
Gráfico 7.	48
Percepción de estigma social de personas con vih	48
Gráfico 8.	50
Percepción de estereotipos negativos en los medios de comunicación por parte de PvUD	50
Gráfico 9.	50
Inclusión de las PvUD en procesos de toma de decisiones	50
Gráfico 10.	52
Percepción de disponibilidad y accesibilidad del tratamiento TARV para las PvUD	52
Gráfico 11.	53
Percepción de acceso a medicamentos por parte de las PvUD	53
Gráfico 12.	55
Percepción respecto a la orientación sobre el tratamiento antirretroviral	55
Gráfico 13.	56
Percepción de acceso real y sin restricciones a servicios médicos para el uso de drogas	56
Gráfico 14.	56
Percepción de acceso a servicios sin enfrentar experiencias negativas por parte de las PvUD	56
Gráfico 15.	58
Percepción de la atención en los servicios de salud por parte de las PvUD	58
Gráfico 16.	59
Percepción de servicios de reducción de daños accesibles y disponibles para las PvUD	59
Gráfico 17.	60
Los programas de prevención de sobredosis son efectivos para reducir el riesgo de sobredosis en personas que usan drogas con vih	60
Gráfico 18.	61



Percepción de acceso limitado a los servicios de atención psicosocial y comunitaria basados en reducción de daños	61
Gráfico 19.	62
Percepción de los encuestados respecto al conocimiento sobre la despenalización del uso personal	62
Gráfico 20.	63
Percepción de los encuestados sobre la efectividad de los servicios legales proporcionados por el Estado	63
Gráfico 21.	63
Percepción de los encuestados sobre los parámetros de portación mínima	63
Gráfico 22.	64
Percepción de las personas encuestadas respecto a la criminalización y estigmatización de las PvUD	64
Gráfico 23.	65
Percepción respecto a los mecanismos de denuncia	65
Gráfico 24.	66
Percepción sobre los mecanismos de reparación	66
Gráfico 25.	67
Percepción de los encuestados respecto al abuso de poder	67
Gráfico 26.	68
Percepción de los encuestados respecto al abuso de poder en centros de detención	68
Gráfico 27.	68
Percepción de los encuestados respecto a los programas de capacitación antidiscriminatoria para el personal de los centros de detención	68
Tabla 2.	69
Análisis Integrado: Técnica del Semáforo	69
Gráfico 28.	71
Análisis integrado y ponderado para todos los derechos objeto de estudio	71
Gráfico 29.	71
Análisis de Jure y Facto	71



1. Introducción

Este estudio tiene como objetivo analizar el acceso y aplicabilidad de los derechos a la no discriminación, a la salud y a no sufrir detención y encarcelamiento arbitrario de las personas con vih que usan drogas (PvUD) en el Perú, como parte de una investigación regional en diez países. Este estudio busca documentar el marco legal y normativo vigente e identificar brechas entre las prácticas institucionales y las experiencias vividas por las PvUD. A través de un enfoque integral, se pretende resaltar las barreras existentes y las buenas prácticas que podrían servir como modelos para mejorar la protección de estos derechos.

La metodología utilizada para este estudio combina un enfoque mixto que integra análisis documental y de campo. Se realizó un análisis normativo, consistente en una revisión exhaustiva de la legislación nacional relacionada con la no discriminación, el acceso a la salud y la protección contra la detención arbitraria. Simultáneamente, se llevó a cabo un análisis empírico enfocado en la recolección de datos primarios. Este enfoque permitió obtener una comprensión más completa sobre las experiencias de las PvUD y las prácticas discriminatorias que enfrentan en su vida cotidiana.

La población objeto de estudio estuvo compuesta por personas con vih que usan drogas (PvUD), empleándose diversas técnicas de recolección de datos. Para ello, se realizó una revisión documental, se emplearon cuestionarios autoadministrados y entrevistas semiestructuradas tanto a referentes clave en el ámbito de la salud y las políticas de drogas, así como a las propias personas usuarias de drogas (PvUD).

Este estudio no habría sido posible sin el acompañamiento y liderazgo de la Red LANPUD y el apoyo administrativo de RedLAC+. Asimismo, extendemos nuestra gratitud a cada una de las personas con vih que usan drogas en nuestra comunidad por su testimonio, tiempo y disposición para ser parte de este proyecto. Finalmente, agradecemos a todas las organizaciones y entidades públicas que participaron en las entrevistas o en la difusión del estudio.

1. Resumen Ejecutivo

En relación con el derecho a la no discriminación, la protección de las personas con vih que usan drogas (PvUD) está fundamentada principalmente en el Código Penal, el cual reconoce la discriminación como un acto que afecta los derechos de una persona por diversas razones. La ausencia de una legislación integral que contemple específicamente a las PvUD dificulta su protección efectiva en distintos ámbitos.

A nivel comunitario, organizaciones como GIVAR, Positivo Corazón y RedLAC+ han establecido canales de denuncia a través de la plataforma SIREN+, debido a que muchas personas desconfían de las instituciones oficiales y temen posibles represalias.

Por otro lado, diversas disposiciones señalan la prohibición de la discriminación en el acceso a servicios básicos para asegurar que ninguna persona sea excluida de la atención. Sin embargo, los testimonios revelan un contexto de precariedad estructural, caracterizado por la inseguridad en la vivienda y la prestación inadecuada de los servicios de salud. La discriminación laboral, específicamente, está contemplada en múltiples normas que prohíben el despido basado en el diagnóstico de vih y establecen que dicho diagnóstico no puede ser un requisito para la contratación. A pesar de estas garantías, se siguen reportando casos en los que se exige la realización de pruebas de vih al momento de ser contratadas, se descalifica a candidatos en procesos de contratación y se efectúan despidos tras la revelación del diagnóstico. La falta de conocimiento sobre los canales de denuncia de la discriminación laboral, especialmente en el trabajo informal, lleva a muchas personas a optar por el trabajo independiente como estrategia de supervivencia.

En cuanto a la discriminación comunitaria, se puede observar una percepción social que asocia a las personas con vih que usan drogas (PvUD) con conductas de riesgo y un estilo de vida moralmente inaceptable, lo que genera un autoestigma significativo y lleva a ocultar el consumo por vergüenza y temor a ser etiquetadas como adictas. Este estigma no solo afecta la autoimagen, sino que también dificulta la búsqueda de redes de apoyo. Esto se relaciona con la limitada participación de PvUD en los procesos de toma de decisiones. A su vez, se subraya que existe un silencio generalizado sobre el uso de drogas en espacios de apoyo y activismo, debido a que el miedo a la estigmatización conduce a ocultar o ignorar esta realidad, impidiendo así el desarrollo de una agenda política para la desestigmatización y la provisión de servicios para personas que usan drogas. Por ello, las personas entrevistadas sugieren crear mesas de trabajo y proyectos de activismo que involucren directamente a PvUD para reducir el estigma y promover la reducción de daños.

En relación con el derecho a la salud, el tratamiento antirretroviral (TARV) es accesible y gratuito en todos los establecimientos de salud públicos, siguiendo protocolos para mujeres trans, niños/as/es, adolescentes, madres gestantes y población indígena. También se llevan a cabo estrategias de prevención combinada para poblaciones de alto riesgo, como la distribución de la profilaxis preexposición (PrEP) y la profilaxis post exposición (PEP). No obstante, las personas que usan drogas no están específicamente reconocidas como una población clave y, aunque su acceso a TARV, PrEP y PEP no es limitado, no existen políticas específicas diseñadas para su atención.

Aunque los medicamentos son gratuitos, múltiples factores limitan la adherencia al tratamiento del VIH, como los costos de transporte, la inestabilidad habitacional y problemas de salud mental. Además, el desabastecimiento de antirretrovirales ha llevado a cambiar tratamientos sin consentimiento y a reducir los tiempos de entrega a un mes. Esto obliga a las personas a comprar medicinas por canales no oficiales a precios considerablemente más altos.

Ahora bien, el ordenamiento jurídico del Perú respecto al uso de drogas se enfoca en programas de rehabilitación y prevención del consumo. Por su parte, la **Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas (DEVIDA)** promueve la prevención y el tratamiento de adicciones, especialmente en poblaciones vulnerables. Sin embargo, las personas entrevistadas señalan que los servicios de salud mental para el tratamiento del uso de drogas son principalmente privados, costosos, carecen de un enfoque de reducción de daños y, en ocasiones, implican tratos inadecuados. Por ello, suelen recurrir a organizaciones comunitarias para obtener apoyo.

Respecto a la prevención de sobredosis, no existen normativas específicas y vigentes que aborden directamente esta problemática. El único programa de prevención es gestionado por una organización sin fines de lucro, la cual realiza pruebas de composición de drogas, brinda información y asesorías, principalmente en festivales de música. Además, cuenta con un espacio de atención mensual en Lima, aunque su alcance es limitado debido a la falta de difusión y accesibilidad.

A su vez, se observa un marco normativo escaso en relación con el derecho a no sufrir detención ni encarcelamiento arbitrario. El **Código Penal (Decreto Legislativo N.º 635)** considera la posesión de drogas para uso personal, según las cantidades y el tipo de sustancia, como un hecho no punible. Asimismo, existen mecanismos de defensa técnica que garantizan los derechos de los detenidos y la posibilidad de reducción de pena para quienes colaboren con las autoridades. No obstante, persiste una fuerte criminalización por el uso de drogas, centrada en la lucha contra el tráfico ilícito y la destrucción de cultivos.

De otro lado, la protección legal contra el abuso de autoridad y la violencia estatal en Perú está respaldada por normativas que garantizan los derechos fundamentales durante las detenciones, como la prohibición de la tortura y la presunción de inocencia. Sin embargo, en la práctica, persiste un perfilamiento hacia las personas que usan drogas, evidenciado en el uso de grilletes y en prácticas que pueden vulnerar sus derechos. Se han documentado graves situaciones de abuso de poder en centros de detención policial, incluyendo acoso sexual hacia mujeres y extorsión sistemática. Personas detenidas por el uso de drogas y alcohol reportan robos y solicitudes de sobornos con sumas exorbitantes por parte de



los policías. Ante esto, los mecanismos de denuncia por abusos policiales son limitados y tienden a favorecer a las fuerzas de seguridad.

Además, la violencia en los centros de detención se intensifica debido a un régimen disciplinario estricto que sanciona severamente la posesión y el consumo de drogas. Aunque la **Política Nacional Penitenciaria** busca mejorar las condiciones de vida y promover la reinserción social, no establece medidas efectivas para prevenir los abusos de poder. Se han documentado situaciones de abuso en centros de detención, particularmente hacia mujeres y personas trans.

Finalmente, es importante destacar que la realización de este estudio generó diversos aprendizajes metodológicos. Uno de los principales fue que la mayoría de las personas participantes no se identifican con el término "persona que usa drogas", especialmente quienes consumen sustancias menos estigmatizadas como marihuana o los *poppers*¹. Así mismo, la falta de organizaciones enfocadas en el uso de drogas desde una perspectiva de derechos humanos y reducción de daños dificultó la convocatoria. Además, la ausencia de incentivos y las barreras tecnológicas, como la falta de acceso a internet o dispositivos adecuados, afectaron especialmente a poblaciones vulnerables, como las mujeres trans y personas mayores.

¹ Nitritos en forma líquida que al ser inhalados dilatan los vasos sanguíneos y generan una sensación de placer.



METODOLOGÍA





2. Metodología

3.1. Enfoque Metodológico

El estudio adopta un enfoque metodológico mixto, que combina análisis documental y de campo, con el fin de evaluar la situación de los derechos desde dos perspectivas: la formal (existencia o inexistencia de normativas) y la sustantivo (implementación o ineficacia en la práctica). En ese sentido, el análisis se desarrolló en tres niveles:

- **Análisis *de Jure*:** Consistió en una revisión documental exhaustiva de la legislación nacional.
- **Análisis *de Facto*:** Se recolectaron datos primarios para comprender las experiencias y percepciones de las personas directamente afectadas.
- **Técnica del Semáforo:** Esta herramienta de evaluación se utilizó para evaluar los resultados, aplicándola por cada tipo de análisis, con criterios y variables específicas para cada uno.

3.2. Estrategias de Recolección de Datos

Para la recolección de datos se emplearon cuatro técnicas principales. En primer lugar, la **revisión documental** sirvió como base para el análisis *de jure*, en el cual se examinaron sistemáticamente leyes, normativas y políticas públicas que garantizan o violan los derechos objeto de estudio. En segundo lugar, se utilizaron dos instrumentos dirigidos a PvUD y referentes clave. Por un lado, se aplicaron los **cuestionarios autoadministrados** de manera virtual, los cuales recopilaron datos cuantitativos sobre las experiencias y percepciones de las PvUD mediante una escala de Likert. Estos cuestionarios se completaron de manera anónima o confidencial. Por otro lado, se realizaron **entrevistas semiestructuradas a profundidad** en modalidad virtual. Para ello, participaron referentes claves con roles estratégicos en la atención al vih o con conocimiento sobre políticas de drogas, así como PvUD, con el fin de profundizar en sus experiencias, percepciones y desafíos en relación con los derechos delimitados para el estudio.

La estrategia para contactar a las personas participantes se desarrolló a través de diversos canales, tanto formales como informales. Inicialmente, se creó una lista de contactos conocidos por el equipo de trabajo, priorizando a referentes clave en el ámbito nacional. Este mapeo incluyó a más de 20 organizaciones relacionadas con el vih, instituciones públicas y actores estratégicos. Se observó una

escasez de organizaciones enfocadas en el uso de drogas, especialmente desde una perspectiva política. Una vez priorizado un grupo de referentes claves, se les invitó a participar mediante el envío de oficios.

Otra estrategia consistió en la difusión a través de las redes sociales de LANPUD. Para ello, el equipo elaboró gráficas informativas sobre el cuestionario, las cuales se publicaron en un carrusel en redes sociales, invitando a las PvUD a participar. Para ampliar el número de participantes, se implementó una estrategia de difusión mediante el método de bola de nieve. Este método consistió en que los contactos iniciales recomendaran a otras personas dentro de sus círculos, lo que permitió llegar a más individuos interesados en participar. Esta metodología demostró ser efectiva, ampliando significativamente la red de participantes tanto para el cuestionario como para las entrevistas grupales.

3.3. Fuentes de Información

El recojo de información se realizó entre el 20 de setiembre y 21 de octubre, alcanzando una revisión de 76 normativas nacionales, 27 participantes del cuestionario autoadministrado y 12 personas entrevistadas. Para la revisión documental jure se consultaron repositorios de información clave como el Diario el Peruano y el sitio LP Derecho, que alberga documentos normativos a nivel nacional.

Tabla 1.
Principales fuentes de información empleadas en el estudio

Análisis	Técnicas	Instrumentos	Participantes / Fuentes	Alcance
Jure	Revisión documental		Normativa	76
	Penta Semáforo			
Facto	Investigación de Campo	Cuestionarios	PvUD	22
			Referentes clave	5
	Penta Semáforo	Entrevistas	PvUD	7
			Referentes clave	5

3.4. Contexto Demográfico de las Personas Participantes

La población objeto de este estudio estuvo conformada por personas con vih que usan drogas y residentes en el Perú. La mayoría de los participantes residía en la capital o en la Provincia Constitucional del Callao, esta última perteneciente al Área Metropolitana de Lima (AML). Las personas entrevistadas



tenían edades comprendidas entre los 28 y 60 años. La mitad de los participantes eran hombres que tienen sexo con hombres (HSH), una era una mujer trans, y el resto personas heterosexuales cisgénero. Además, entre los participantes se encontraban una persona migrante de Venezuela y dos personas que ejercen el trabajo sexual.

Por otro lado, los participantes del cuestionario fueron principalmente hombres cisgénero **(44.4%)** y mujeres cisgénero **(25.9%)**, mientras que el resto se identificó como no binarias **(22.2%)** y mujeres trans **(7.4%)**. La mayoría se encontraba en el grupo etario de 25 a 34 años **(55.6%)** y de 35 a 44 años **(29.6%)**. Finalmente, el **51.9%** de los participantes contaba con formación universitaria completa, y la mayoría trabajaban por cuenta propia **(40.7%)** o como empleados a tiempo completo **(37%)**.

3.5. Desafíos y Ajustes Metodológicos

El estudio se enfrentó varios obstáculos que dificultaron la participación de ciertos grupos, como la falta de identificación de muchos con el término "personas que usan drogas", especialmente aquellos que consumen sustancias como marihuana o *poppers*. Esto, sumado al estigma asociado al consumo de drogas y la ausencia de organizaciones de base en el Perú, contribuyó a una autoexclusión de posibles participantes. Además, la virtualidad fue un impedimento para quienes carecían de acceso a medios tecnológicos. Para superar estas dificultades, se adoptaron estrategias como personalizar la comunicación, aclarar el enfoque de reducción de daños del estudio y aplicar el método bola de nieve para aumentar la participación.

Del mismo modo, pese a que la metodología inicial proponía la realización de entrevistas grupales a PvUD, con el fin de optimizar la coordinación de agendas y teniendo en cuenta la naturaleza voluntaria de su participación, se determinó, con la autorización de la coordinación del estudio, llevar a cabo dichas entrevistas de forma individual.



ANTECEDENTES





3. Antecedentes

4.1. Visión General del País

Según el **Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2024a)**, el Perú cuenta con una población estimada de **34,038,500** personas. La estructura demográfica muestra una población predominantemente joven, donde el **23.9%** corresponde a niños y niñas de hasta 14 años, el **62.1%** tienen entre 15 y 59 años, y el **13.9%** a adultos de 60 años o más. En términos del sexo asignado al nacer, el 50.4% son mujeres y el 49.6% hombres.

A nivel socioeconómico, el Banco Mundial (2024) reportó que el Producto Interno Bruto (PIB) *per cápita* en 2023 fue de \$7,790, lo que representa un incremento significativo en comparación con hace 20 años, cuando el PIB *per cápita* era de \$2,126. El ingreso mensual promedio *per cápita* a nivel nacional fue de S/. 1,148, mientras que en Lima y la provincia constitucional del Callao fue de S/. 1,332. Por otro lado, el gasto mensual *per cápita* a nivel nacional fue de S/. 866 y en el Área Metropolitana de Lima fue de S/. 968 (INEI, 2024b). Desde el 2022, el sueldo mínimo mensual en el Perú es de S/. 1,025, tras la aprobación del **Decreto Supremo N.º 0003-2022-TR**.

Para 2023, el INEI (2024b) estableció la línea de pobreza extrema en S/. 251 *per cápita* mensual y la línea de pobreza en S/. 446. Ese año, la pobreza monetaria afectó al **29%** de la población (5.7% en pobreza extrema y 23.3% en pobreza no extrema), lo que representa un incremento del **1.5%** en comparación con el año anterior y del **8.8%** en relación con 2019, antes de la pandemia por COVID-19 (INEI, 2024b). La pobreza fue significativamente más alta en las zonas rurales de la Sierra (**43.1%**) y la Selva (**36.3%**). Un informe de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO, 2024) reveló que el Perú tiene los porcentajes más altos de inseguridad alimentaria en Sudamérica, donde el **51%** de la población no tiene recursos para acceder a una dieta saludable, experimenta incertidumbre sobre su acceso a alimentos o ha pasado un día entero sin comer en varias ocasiones durante el año. Aproximadamente, 1 de cada 5 personas (**20.3%**) se encuentra en situación de inseguridad alimentaria grave. A pesar de esta realidad, el Índice de Desarrollo Humano (IDH) del país en 2023 fue de **0.762**, lo que lo ubica en la categoría de desarrollo humano alto (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD], 2024).

La herencia de la colonización ha dado como resultado una composición étnica y cultural diversa en el Perú, considerado uno de los países con mayor diversidad étnica y lingüística del mundo. Existen 55 pueblos indígenas, de los cuales 51 son amazónicos y 4 andinos, además de la presencia de población

afroperuana (INEI, 2024a). Las identidades más predominantes son mestiza **(60.2%)**, quechua **(22.3%)**, blanca **(5.9%)** y afroperuana **(3.6%)**, según el último censo nacional realizado en 2017 (INEI, 2024a).

4.2. Contexto General de las Políticas de Drogas

Perú es uno de los principales productores de cocaína a nivel mundial y, recientemente, se ha posicionado como productor de cannabis, opio y suministros para la fabricación de drogas sintéticas en la región sudamericana (Organización de los Estados Americanos-Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas [OEA-CICAD], 2022; Índice Global de Crimen Organizado, 2023). La mayoría de estas drogas se producen con fines de exportación, mientras que un porcentaje reducido se destina al consumo interno. A diferencia de otras regiones, en el Perú y en América Latina en general, el consumo de drogas inyectables es poco común. Un estudio publicado por DEVIDA (2019) reveló que, entre estudiantes de secundaria, el **11.4%** había usado una droga ilegal al menos una vez en su vida, el **4.6%** en el último año y el **2.1%** en los últimos treinta días. Entre las drogas más consumidas alguna vez en la vida se encuentran la marihuana **(5.6%)**, los inhalantes **(3.2%)**, la cocaína **(2.6%)**, la PBC **(2.3%)** y el éxtasis **(2.3%)**. Asimismo, se observó una mayor prevalencia de consumo en el último año entre hombres **(5.3%)** que entre mujeres **(3.9%)**.

En este contexto, las políticas de drogas en el Perú se han caracterizado por un enfoque prohibicionista que busca, por un lado, reducir la demanda de las drogas a nivel interno y, por otro, erradicar los cultivos ilegales, principalmente de cocaína. La entidad encargada de liderar estas acciones es la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas (DEVIDA), cuyas funciones incluyen la prevención del consumo de drogas, la creación y fortalecimiento de programas de rehabilitación y tratamiento de las adicciones, la sustitución de los cultivos de coca y otros sembradíos ilegales, y la sensibilización a la población sobre las consecuencias del uso de drogas.

Actualmente, la **Política Nacional Contra Drogas al 2030** es el principal instrumento que establece, entre sus objetivos prioritarios, reducir el consumo de drogas en poblaciones en situación de vulnerabilidad. Sin embargo, los enfoques de reducción de daños no han sido incorporados. De acuerdo con el **Índice de Reducción de Daños de Harm Reduction International (2023)**, el Perú se encuentra entre los países que no han desarrollado un enfoque, política o práctica basada en la reducción de daños. Entre los criterios evaluados se incluyen acciones como i) la distribución de naloxona jeringas y otros instrumentos; ii) las terapias con antagonistas de opioides; y iii) las referencias explícitas a la reducción de daños en políticas y documentos oficiales, entre otros.



4.3. Datos Sobre el vih

De acuerdo con los datos del **Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud (CNEPCE, 2024a)**, para 2023 se estimaba que 110,000 personas vivían vih en el Perú, lo que representaba una prevalencia del **0.39%** en adultos de 15 a 49 años. Esta prevalencia es mayor en personas asignadas como hombres al nacer (afectadas 3.7 veces más que las mujeres) y en grupos específicos, como hombres que tienen sexo con hombres (**10.6%**) y en mujeres trans (**32.8%**). Los casos suelen concentrarse en los departamentos de la costa, como la capital y ciudades del norte, y en los de la Amazonía, particularmente en Lima (**41%**), Loreto (**8%**), Ucayali (**5%**), La Libertad (**5%**) y Callao (**5%**).

Entre los casos notificados en el segundo trimestre de 2024, el 0.24% correspondía a usuarios de drogas inyectables (**8 personas**) y el **0.69%** a usuarios de drogas no inyectables (**23 personas**), lo que representa un aumento en comparación con las cifras del último trimestre de 2023, que fueron del **0.09%** y **0.54%**, respectivamente (CNEPCE, 2023). No obstante, las entrevistas sugieren que estas cifras podrían ser significativamente mayores, llegando incluso al 50%. Esta discrepancia se atribuye a varios factores, como el temor a la discriminación y el estigma asociado a reconocerse como personas que usan drogas (PUD), así como la falta de confianza en el conocimiento del personal médico sobre las interacciones entre sustancias psicoactivas y medicamentos antirretrovirales. De acuerdo con la **II Encuesta Nacional de Derechos Humanos (2020)**, el 70% de la población peruana considera que las personas con vih son el segundo grupo más discriminado en el país, después de las personas que se identifican como LGBTIQ+.

4.4. Marco Legal e Institucional

En el ordenamiento jurídico peruano, Ley N.º 26626 de 1996, es la base del marco legal peruano para la prevención y control del vih. Esta ley protege los derechos de las personas con vih y garantiza el acceso gratuito a medicamentos antirretrovirales, además de establecer mecanismos para la prevención, diagnóstico y monitoreo del virus.

Las instituciones clave en la respuesta al vih en el Perú incluyen al Ministerio de Salud (MINSA), que lidera la implementación de políticas públicas a través de la Dirección de Prevención y Control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis (DPVIH). Además, la Coordinadora Nacional Multisectorial de Salud (CONAMUSA) reúne representantes del gobierno, sociedad civil, organizaciones de base, cooperación internacional y academia para coordinar una respuesta integral al vih/sida, tuberculosis y malaria. Su principal función es gestionar estrategias nacionales de prevención y control,



administrar recursos de fondos internacionales como el Fondo Mundial, facilitar la participación comunitaria en políticas de salud y monitorear programas dirigidos a poblaciones vulnerables.

Por otro lado, la Defensoría del Pueblo supervisa el cumplimiento de normas que brindan protección a las personas con vih y atiende denuncias de discriminación en ámbitos laborales, educativos, de salud y otros. También hace recomendaciones a las instituciones públicas y genera información sobre la situación de los derechos de las personas con vih en el Perú.

4.5. Sociedad Civil y Sector Privado

Las organizaciones de la sociedad civil desempeñan un papel fundamental en la respuesta al vih en el Perú. Estas organizaciones realizan trabajo comunitario directo, ofreciendo servicios de consejería, apoyo psicológico, acompañamiento legal y promoción de derechos. Además, desarrollan campañas de prevención y tamizajes, combaten el estigma y representan los intereses de las personas que viven con vih en espacios de decisión, como la CONAMUSA. Entre las organizaciones identificadas se encuentran RedLAC+, Positivo de Corazón, PROSA, CCEFIRO, Sero Estigma, Jóvenes Cambiando VIHdas, Radio Conexión Vida, Sí da Vida, el Grupo de Vigilancia de Abastecimiento de Medicamentos para el VIH (GIVAR) y la Asociación Illari Amanecer.

Por otro lado, las organizaciones no gubernamentales (ONG) también cumplen un rol fundamental, al proveer servicios, liderar investigaciones y brindar financiamiento para el desarrollo de estrategias. Algunas de estas son AHF Perú, *AID for AIDS*, INPPARES, Socios en Salud y Vía Libre. Asimismo, la Universidad Peruana Cayetano Heredia cuenta con un Centro de Investigación Interdisciplinaria en Sexualidad, Sida y Sociedad, que genera evidencia científica sobre el vih desde enfoques médicos y sociales. Por lo general, estas organizaciones están vinculadas a la cooperación internacional, como ONUSIDA y el Fondo Mundial, lo que les permite tener incidencia política dentro del gobierno. De esta manera, el sector privado aporta recursos técnicos y económicos, complementando los esfuerzos gubernamentales para una respuesta integral al vih.



RESULTADOS





4. Resultados

5.1. Análisis de Jure

En este apartado se analizan las normativas desarrolladas por el Estado en relación con los derechos priorizados para el estudio. Estos incluyen normas que protegen a la población en general, a las personas con vih, a las personas que usan drogas y a la intersección de personas con vih que usan drogas (PvUD). Un análisis más detallado de cada normativa se encuentra en el anexo 1 de este informe. Asimismo, las Tablas 1 a 4 resumen los hallazgos correspondientes a cada una de las subcategorías analizadas para los derechos.

5.1.1. Marco Normativo Internacional

El Estado peruano ha ratificado instrumentos internacionales de derechos humanos que abordan los derechos a la no discriminación, a la salud y a la no detención ni encarcelamiento arbitrario. Por su parte, la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH), ratificada en 1948, sentó las bases para el reconocimiento universal de la dignidad humana, influyendo en la legislación peruana en esta materia. De otro lado, instrumentos como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), ratificados por el Perú el 28 de abril de 1978, representaron un hito crucial en la protección de derechos humanos.

El derecho a la no discriminación está claramente protegido tanto en el PIDCP (artículo 26) como en la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH, artículo 1). Para el Perú, esto implica la obligación de garantizar que ninguna persona sea discriminada por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social. El derecho a la salud, reconocido en el PIDESC (artículo 12), compromete al Estado peruano a desarrollar políticas que mejoren la atención médica, prevengan y traten enfermedades, y creen condiciones que aseguren servicios médicos integrales. Finalmente, el PIDCP (artículo 9) y la CADH (artículo 7) establecen protecciones contra la detención y encarcelamiento arbitrario.

5.1.2. Derecho a la no Discriminación

El derecho a la no discriminación se analizó a través de tres categorías: i) la discriminación legal y normativa, ii) la discriminación institucional y iii) la discriminación social y comunitaria. Un resumen gráfico de estas normativas se encuentra disponible en la Tabla 1 al final del documento.



i. Discriminación Legal y Normativa

Legislación Antidiscriminatoria

El principal instrumento que prohíbe la discriminación en el Perú es el Código Penal. En particular, el artículo 323² define que la discriminación como cualquier acto de distinción, exclusión, restricción o preferencia que interfiere con la garantía de los derechos de una persona, basado en alguna característica de esta. Aunque artículo no menciona explícitamente la discriminación basada en el uso de drogas o el estado serológico, se incluyen términos como “condición de salud” y “cualquier otro motivo”. Por su parte, la Constitución Política³ también protege la dignidad y los derechos fundamentales de todas las personas, mientras que el Código de Protección y Defensa del Consumidor⁴ prohíbe la discriminación en la prestación de servicios y en la venta productos. Sin embargo, no existen leyes específicas que protejan directamente a las personas que viven con vih y usan drogas (PvUD) contra la discriminación.

Mecanismos de Protección

Existen mecanismos para denunciar la discriminación en el acceso a diferentes servicios. Para los derechos vinculados al consumo, el Código de Protección y Defensa del Consumidor⁵ designó como autoridad al Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (INDECOPI). De acuerdo con la Ley que crea la Superintendencia Nacional de Fiscalización Laboral (SUNAFIL)⁶, esta entidad es responsable de vigilar el cumplimiento de normas laborales y cuenta con un canal para recibir denuncias. En el sector salud, el Reglamento de la Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud⁷ designó a la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) como entidad encargada de velar por los derechos de los usuarios de salud. Si bien no existe un mecanismo específico para denunciar la discriminación de forma general en contextos no relacionados al acceso a servicios, es posible presentar denuncias a través de los mecanismos comunes, como comisarías, fiscalías o la Defensoría del Pueblo.

Brechas legislativas

² El artículo 323 fue incorporado al Código Penal en el año 2000, con la aprobación de la Ley N° 27270, Ley Contra Actos de Discriminación.

³ Constitución Política del Perú, 29 de diciembre de 1993, Presidencia de la República.

⁴ Código de Protección y Defensa del Consumidor, Ley N° 29571, 1 de septiembre del 2010, Congreso de la República.

⁵ Código de Protección y Defensa del Consumidor, Ley N° 29571, 1 de septiembre del 2010, Congreso de la República.

⁶ Ley que crea la Superintendencia Nacional de Fiscalización Laboral (SUNAFIL), modifica la Ley 28806, Ley General de Inspección de Trabajo y la Ley 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, Ley N° 29981, 19 de diciembre del 2012, Presidencia del Consejo de Ministros.

⁷ Ley que establece los derechos de las personas usuarias de servicios de salud, Ley N° 29414, 2 de octubre del 2009, Congreso de la República.



En cuanto a esto, existen dos leyes cuya interpretación puede socavar el derecho a la no discriminación para PvUD. En primer lugar, el artículo 289 del Código Penal⁸ establece una pena privativa de libertad de hasta 10 años para quienes "propaguen enfermedades peligrosas o contagiosas", disposición que se ha utilizado para denunciar a personas con vih. En segundo lugar, el Reglamento de la Ley N° 26626, conocida como Ley Contrásida⁹, establece que es obligatorio realizarse una prueba de vih para quienes desean contraer matrimonio civil. Esta práctica ha sido cuestionada por la Defensoría del Pueblo, que en 2012 solicitó su derogación por considerar que viola derechos fundamentales.

ii. Discriminación Institucional

Acceso a Servicios

La legislación peruana establece múltiples protecciones contra la discriminación en servicios básicos para PvUD. En el ámbito de la salud, leyes como la N.º 29414¹⁰ y el Decreto Legislativo N.º 1158¹¹ garantizan la equidad y justicia en la atención médica, mientras que la Ley N.º 28243¹² sanciona específicamente a profesionales o instituciones que impidan la atención integral a personas con vih. Los Planes Estratégicos Multisectoriales (PEM) para la Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH¹³, aprobados en 2007 y en 2015 respectivamente, refuerzan estos objetivos al promover la vigilancia de leyes antidiscriminatorias y reducir las barreras para el ejercicio de derechos.

Estas garantías se extienden más allá del sector salud, abarcando ámbitos como el empleo y la educación. Por su parte, la Ley N.º 26772¹⁴ prohíbe cualquier forma de discriminación en ofertas de empleo o acceso a formación educativa, incluyendo tratos diferenciados por condiciones como el estado de salud. El PEM 2015-2019 profundizó estos esfuerzos, buscando reducir el estigma y la discriminación en múltiples sectores, con un enfoque especial en poblaciones clave y vulnerables, y promoviendo la inclusión laboral y social de las personas con vih.

⁸ Código Penal, Decreto Legislativo N° 635, 3 de abril de 1991, Poder Ejecutivo.

⁹ Aprueban el Reglamento de la Ley N° 26626, referido al logro de objetivos del Plan Nacional CONTRASIDA, Decreto Supremo N° 004-97-SA, 7 de junio de 1997, Ministerio de Salud.

¹⁰ Ley que establece los derechos de las personas usuarias de servicios de salud, Ley N° 29414, 2 de octubre de 2009, Congreso de la República.

¹¹ Decreto Legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de la denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, 06 de diciembre de 2023, Presidencia del Consejo de Ministros.

¹² Ley que amplía y modifica la Ley N° 26626 sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las Infecciones de Transmisión Sexual, Ley N° 28243, 31 de mayo de 2004, Congreso de la República.

¹³ Plan estratégico Multisectorial 2007-2011 para la Prevención y Control de la ITS y VIH/SIDA en el Perú, Decreto Supremo N° 005-2007-SA, 03 de mayo de 2007, Ministerio de Salud; Plan estratégico Multisectorial para la Prevención y Control de las ITS y VIH 2015-2019, Decreto Supremo N° 035-2015-SA, 21 de octubre de 2015, Ministerio de Salud.

¹⁴ Disponen que las ofertas de empleo y acceso a medios de formación educativa no podrán contener requisitos que constituyan discriminación, anulación o alteración de igualdad de oportunidades o de trato, Ley N° 26772, 14 de abril de 1997, Congreso de la República.



Discriminación Laboral

En la Constitución Peruana, especialmente en sus artículos 23 al 28, establece una sólida protección de los derechos laborales, promoviendo la prioridad del trabajo y garantizando principios fundamentales como la remuneración equitativa, la igualdad de oportunidades y la protección contra el despido arbitrario. Además, reconoce los derechos colectivos de las personas trabajadoras, incluyendo la libertad sindical, la negociación colectiva y el derecho a huelga, asegurando su ejercicio democrático.

En relación específica con la discriminación laboral, la Ley de Productividad y Competitividad Laboral¹⁵ prohíbe los despidos o actos de hostilidad basados en características como el sexo, la raza, la religión o el estado de salud. Para las personas con vih, las normativas establecen que el diagnóstico no puede ser impedimento para desempeñar labores y está prohibido solicitar pruebas de vih como condición para la contratación o el mantenimiento del empleo. El Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo tiene la responsabilidad de desarrollar e implementar políticas que garanticen los derechos laborales y combatan el estigma, correspondiendo a las empresas facilitar su implementación y proteger la salud y dignidad de los trabajadores.

En cuanto al uso de drogas, los protocolos contemplan Fichas Médico Ocupacionales y Fichas Psicológicas Ocupacionales, en las cuales un especialista en salud reporta sobre los hábitos de los trabajadores, como el consumo de drogas, incluyendo la cantidad y frecuencia. Además, la Ley de Productividad y Competitividad Laboral reconoce como una falta grave el consumo de alcohol o drogas en el lugar de trabajo, lo que puede llevar a la terminación de la relación laboral.

Sistema de Justicia

Pocas normativas abordan la discriminación en el sistema de justicia para PvUD. Únicamente el Plan estratégico Multisectorial para la Prevención y Control de las ITS y VIH 2015-2019¹⁶ buscó capacitar a jueces, juezas y operadores de justicia para eliminar la discriminación y reducir la impunidad en los crímenes de odio y actos discriminatorios hacia las personas con vih y poblaciones clave. A pesar de su enfoque integral, este plan no fue renovado después de 2019, y no se cuenta con información oficial disponible sobre su implementación.

¹⁵ Decreto Supremo N° 003-97-TR, 27 de marzo de 1997, Ministerio de Trabajo y Promoción Social.

¹⁶ Plan estratégico Multisectorial para la Prevención y Control de las ITS y VIH 2015-2019, Decreto Supremo N° 035-2015-SA, 21 de octubre del 2015, Ministerio de Salud.

iii. Discriminación Social y Comunitaria

Estigma Social

Existen dos leyes en el sector salud que buscan reducir el estigma hacia las personas con vih, a través de mensajes educativos y capacitación a personal de salud. Sin embargo, estas leyes no abordan específicamente cómo el estigma del vih se relaciona con el uso de drogas.

Violencia Simbólica en Medios

La legislación sobre radio y televisión¹⁷ aborda indirectamente el tema de la no discriminación al establecer un sistema de autorregulación en el que los medios deben desarrollar sus propios códigos de ética, ya sea de manera individual o colectiva. Este sistema incluye un proceso para que la ciudadanía pueda presentar sus quejas. Sin embargo, la implementación de esta normativa ha sido deficiente, ya que más de la mitad de medios no ha presentado un código de ética (Ministerio de Cultura, 2017).

Fortalecimiento Comunitario y Participación

Las disposiciones del Ministerio de Salud buscan fortalecer la participación comunitaria de poblaciones vulnerables frente al vih, con especial énfasis en grupos como hombres que tienen sexo con hombres (HSH), personas que ejercen el trabajo sexual, adolescentes y personas privadas de la libertad. Estas normativas promueven su empoderamiento para responder a la epidemia y defender sus derechos, incluyendo su participación en organismos de toma de decisiones como la Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud (CONAMUSA) y las Coordinadoras Regionales Multisectoriales en Salud (COREMUSAS).

Un aspecto central es el enfoque intercultural, especialmente en comunidades indígenas amazónicas, al promover la participación de líderes, educadores de pares y practicantes de medicina tradicional en estrategias de prevención y atención. Sin embargo, una limitación importante es que las normativas no incluyen explícitamente a las personas que usan drogas, lo que limita su participación comunitaria.

¹⁷ Ley Radio y Televisión, Ley N° 28278, Artículo II.- Principios para la prestación de los servicios de radiodifusión, Artículo 34º.- Código de Ética, 16 de julio de 2004.



5.1.3. Derecho a la salud

El derecho a la salud se analizó a través de tres categorías: i) el acceso a tratamiento antirretroviral, ii) el acceso a servicios de atención médica para el uso de drogas basados en evidencia y iii) el acceso a servicios de reducción de daños para PvUD. Un resumen gráfico de estas normativas se puede encontrar en la Tabla 2.

i. Acceso a Tratamiento Antirretroviral para PvUD

Cobertura Universal sin Restricción al Tratamiento Antirretroviral (TARV)

En el Perú, el tratamiento antirretroviral para personas con vih es universal y gratuito en todos los establecimientos de salud públicos del país, según la normativa vigente. Esta cobertura se implementó tras la aprobación de la Ley N.º 26626¹⁸ en 1996. Actualmente, el acceso al tratamiento antirretroviral está regulado por la Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), aprobada por primera vez en 2014 y actualizada en 2018 y 2020¹⁹, la cual garantiza el diagnóstico, tratamiento y atención integral para las personas con vih. Además, se han desarrollado protocolos específicos para la atención integral de mujeres trans, niños, niñas y adolescentes, y gestantes y recién nacidos expuestos al vih²⁰.

El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)²¹ garantiza cobertura para condiciones relacionadas con el vih, como la atención a personas con vih, sida, gestantes con vih y recién nacidos expuestos al virus. Asimismo, se han implementado estrategias de prevención combinada, como la distribución de la Profilaxis Preexposición (PrEP) para personas en alto riesgo de adquirir vih, incluyendo hombres que tienen sexo con hombres, mujeres trans, trabajadores/as sexuales y parejas serodiscordantes. La PrEP se ofrece a mayores de 18 años sin vih y que no presenten contraindicaciones. Por otro lado, la Profilaxis Post Exposición (PEP) está disponible para personas que han tenido exposición

¹⁸ Ley N.º 26626, Plan Nacional de Lucha contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana, el SIDA y las enfermedades de transmisión sexual, modificada por la Ley N.º 28243, Ley que amplía y modifica la Ley N.º 26626 sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las Infecciones de Transmisión Sexual, 31 de mayo del 2004, Congreso de la República.

¹⁹ Norma Técnica de Salud N.º 097-MINSA-DGSP-V02, aprobada por el Ministerio de Salud mediante la Resolución Ministerial N.º 962-2014-MINSA el 11 de diciembre de 2014 y actualizada en 2018 por Resolución Ministerial N.º 215-2018-MINSA y en 2020 por Resolución Ministerial N.º 1024-2020-MINSA, que cambia su nomenclatura a Norma Técnica de Salud N.º 169-MINSA-2020-DGIESP.

²⁰ Norma Técnica de Salud de Atención Integral de la Población Trans Femenina para la Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/SIDA, Resolución Ministerial N.º 980-2016-MINSA, Norma Técnica de Salud N.º 126-MINSA-2016-DGIESP, 21 de diciembre del 2016, Ministerio de Salud; Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de la Niñas, Niños y Adolescentes infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), Resolución Ministerial N.º 882-2020-MINSA, Norma Técnica de Salud N.º 167-MINSA-2020-DGIESP, 23 de octubre de 2020, Ministerio de Salud; Norma técnica de salud para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH, sífilis y hepatitis B, Resolución Ministerial N.º 1138-2019-MINSA, Norma Técnica de Salud N.º 159-2019-DGIESP, 11 de diciembre de 2019, Ministerio de salud.

²¹ Decreto Supremo que aprueba la actualización del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, Decreto Supremo N.º 023-2021-SA, 24 de julio del 2021, Ministerio de Salud.



al vih, incluyendo casos de violencia sexual o exposición ocupacional, y debe administrarse dentro de las 72 horas siguientes a la exposición. Si bien no existe una normativa específica para personas que usan drogas, su atención está contemplada de manera transversal. El consumo de drogas no se menciona como criterio de exclusión para el acceso a los servicios de prevención y tratamiento del vih.

Asequibilidad y Accesibilidad de Medicamentos para PvUD

Para garantizar el acceso al tratamiento antirretroviral (TARV) y la prevención combinada para personas con vih y población vulnerable, existen establecimientos especializados como los Centros Especializados de Referencia de ITS (CERITS), las Unidades de Atención Médica Periódica (UAMP)²² y las áreas de infectología en centros de salud y hospitales. El Ministerio de Salud debe asegurar el abastecimiento de medicamentos, pruebas de diagnóstico y la infraestructura necesaria, a través de la asignación presupuestaria y la adquisición centralizada por el Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES)²³. A nivel local, las Direcciones Integradas de Salud (DIRIS), las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) y las Gerencias Regionales de Salud (GERESA) se encargan de evaluar las necesidades y garantizar la distribución oportuna a los establecimientos de salud. Además, la PrEP debe estar disponible en establecimientos públicos y privados y ser gratuita en los establecimientos públicos a cargo del Ministerio de Salud y gobiernos regionales.

Información y Orientación

El acceso a la información y orientación es fundamental para garantizar el acceso y la adherencia al tratamiento. La Ley N.º 29414²⁴ establece el derecho de las personas usuarias de servicios de salud a recibir información clara, oportuna y completa sobre sus derechos, los servicios disponibles, su condición médica, los tratamientos, los costos y las características del servicio.

Para el TARV, la persona debe recibir consejería detallada sobre los riesgos y beneficios del tratamiento, así como de sus derechos y obligaciones, firmando un consentimiento informado. En el caso de poblaciones indígenas, se debe contar con un intérprete. Para niños, niñas y adolescentes, el ingreso al TARV implica informar a padres, madres, tutores o cuidadores, lo cual puede ser problemático por

²² Directiva Sanitaria para la Distribución del Condón Masculino a usuarios/as en Servicios de Salud, Resolución Ministerial N° 242-2009-MINSA, Directiva Sanitaria N° 022-MINSA-DGPS-V01, 20 de abril del 2009, Ministerio de Salud

²³ Ley que amplía y modifica la Ley N° 26626 sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las Infecciones de Transmisión Sexual, 31 de mayo del 2004, Congreso de la República.

²⁴ Ley que establece los derechos de las personas usuarias de servicios de salud, 2 de octubre del 2009, Congreso de la República. Modifica la Ley General de Salud, aprobada el 15 de julio de 1997.



posibles actitudes serofóbicas. En cuanto a la PrEP, también se indica que es fundamental brindar consejería sobre el tratamiento, la salud sexual, la adherencia, los efectos secundarios, el consumo de sustancias y la salud mental.

ii. Acceso a Servicios de Atención Médica para el uso de Drogas Basados en Evidencia

Cobertura Universal de Servicios de Atención Médica

El acceso a servicios de salud en el Perú está garantizado por distintas leyes y normativas. La Constitución Política²⁵ y la Ley de Aseguramiento Universal en Salud²⁶ establecen el derecho a acceder a prestaciones de salud de manera universal, solidaria y equitativa. La Ley General de Salud²⁷ y la Ley de Derechos de las Personas Usuarias²⁸ reconocen derechos específicos, como la atención de emergencia, la libertad de elección de centro de salud y el acceso a servicios, medicamentos y productos sanitarios. Para las personas con vih, la Ley N.º 26626 garantiza el derecho a una atención integral de salud, incluyendo prevención, diagnóstico, tratamiento y otros servicios. Otras normas abordan la atención integral para poblaciones vulnerables, como mujeres trans²⁹ y niños, niñas y adolescentes³⁰. Adicionalmente, se contempla la cobertura de salud para personas privadas de la libertad, según lo establecido en el Código de Ejecución Penal³¹ y el Reglamento la Ley de Salud Mental³².

Acceso a Servicios de Salud Sexual y Reproductiva

Existe un sólido marco normativo en salud sexual y reproductiva, orientado a garantizar servicios integrales de prevención, diagnóstico y tratamiento para infecciones de transmisión sexual (ITS) y vih. Desde el Reglamento de la Ley N.º 26626³³ hasta resoluciones más recientes, las políticas han evolucionado para ampliar la cobertura, promover la educación sexual y atender de manera prioritaria a poblaciones vulnerables, como personas que ejercen el trabajo sexual, mujeres en edad reproductiva, personas trans y hombres que tienen sexo con hombres.

²⁵ Constitución Política, 29 de diciembre de 1993, Presidencia de la República.

²⁶ Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, 9 de abril del 2000, Congreso de la República

²⁷ Ley General de Salud, 15 de julio de 1997, Congreso de la República.

²⁸ Ley que establece los derechos de las personas usuarias de servicios de salud, 2 de octubre del 2009, Congreso de la República.

²⁹ Norma Técnica de Salud de Atención Integral de la Población Trans Femenina para la Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/SIDA, Resolución Ministerial N° 980-2016-MINSA, Norma Técnica de Salud N° 126-MINSA-2016-DGIESP, 21 de diciembre del 2016, Ministerio de Salud.

³⁰ Norma Técnica de Salud para el Atención Integral de la Niñas, Niños y Adolescentes infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), Resolución Ministerial N° 882-2020-MINSA, Norma Técnica de Salud N° 167-MINSA-2020-DGIESP, 23 de octubre del 2020, Ministerio de Salud.

³¹ Decreto Legislativo N° 654, 31 de julio de 1991, Ministerio de Justicia.

³² Reglamento de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, Decreto Supremo N° 007-2020-SA, 5 de marzo del 2020, Ministerio de Salud.

³³ Aprueban el Reglamento de la Ley N° 26626, referido al logro de objetivos del Plan Nacional CONTRASIDA, Decreto Supremo N° 004-97-SA, 17 de junio de 1997, Ministerio de Salud.

En el ámbito materno infantil, normativas como la Norma técnica de Salud para la Prevención de la Transmisión Materno Infantil del vih, Sífilis y Hepatitis B³⁴ establecen tamizajes gratuitos para vih, sífilis y hepatitis B durante el embarazo, con seguimiento postnatal. La Norma Técnica de Salud para la Prevención y Eliminación de la Violencia de Género en los Establecimientos de Salud que Brinden Servicios de Salud Sexual y Reproductiva³⁵ consolida un enfoque de derechos humanos que promueve una atención respetuosa, libre de discriminación y centrada en la diversidad cultural y sexual, garantizando servicios inclusivos para pueblos indígenas, migrantes y la comunidad LGBTIQ+.

Entornos Amigables Libres de Estigma y Discriminación

Para crear entornos libres de estigma y discriminación en los servicios de salud, se han establecido parámetros a través de diferentes leyes y normas técnicas. La Ley N.º 29414³⁶ reconoce cuatro derechos clave para las personas usuarias de servicios de salud: acceso a servicios, acceso a información, atención y recuperación de la salud, y consentimiento informado. El Reglamento de la ley³⁷ contempla el derecho a la atención y recuperación de la salud, estableciendo que las personas deben ser atendidas con pleno respeto a su dignidad e intimidad, sin discriminación por motivos de origen, etnia, sexo, género, idioma, religión, condición económica, orientación sexual, discapacidad, entre otros.

Para las personas con vih, las normas técnicas de salud³⁸ reafirman este derecho, indicando que los establecimientos deben promover el respeto a los derechos humanos y eliminar el estigma y la discriminación. Adicionalmente, el derecho al consentimiento informado ha sido clave para prevenir la discriminación, ya que establece que las pruebas de vih deben ser voluntarias y que se debe proteger la confidencialidad de los resultados.

iii. Acceso a Servicios de Reducción de Daños para PvUD

Disponibilidad de Servicios de Atención Basados en la Reducción de Daños

La normativa peruana sobre uso de drogas se ha enfocado principalmente en la prevención del consumo y la rehabilitación. Estos objetivos se establecieron con la Ley de Lucha Contra el tráfico ilícito

³⁴ Resolución Ministerial N° 1138-2019-MINSA, Norma Técnica de Salud N° 159-2019-DGIESP, 11 de diciembre de 2019, Ministerio de Salud.

³⁵ Resolución Ministerial N° 031-2022-MINSA, Norma Técnica de Salud N° 180-MINSA-DGIESP-2021, 28 de enero de 2022, Ministerio de Salud.

³⁶ Ley que establece los derechos de las personas usuarias de servicios de salud, 2 de octubre del 2009, Congreso de la República.

³⁷ Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, Decreto Supremo N° 027-2015-SA, 13 de agosto del 2015, Ministerio de Salud.

³⁸ Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), Resolución Ministerial N° 1024-2020-MINSA, Norma Técnica de Salud N° 169-MINSA-2020-DGIESP, 10 de diciembre del 2020, Ministerio de Salud.

de drogas³⁹, que busca prevenir el consumo de drogas mediante acciones de prevención desde la educación e información, así como contribuir a la creación y/o fortalecimiento de programas de rehabilitación para personas que usan drogas. Se creó la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas (DEVIDA)⁴⁰ como el órgano competente para liderar este objetivo.

Actualmente, la Ley General de Salud⁴¹ reconoce el derecho a la rehabilitación y promoción de la salud mental, identificando el alcoholismo y la farmacodependencia como problemas de salud mental (artículo 2). En la misma línea, el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)⁴² incluye entre sus condiciones asegurables la cobertura de salud para el abuso de sustancias que no producen dependencia y los “problemas de salud mental”, que abarcan los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, opiáceos, cannabinoides, sedantes, hipnóticos, cocaína, estimulantes, alucinógenos, tabaco, disolventes volátiles y otras sustancias.

Por otro lado, la Política Nacional Contra Drogas al 2030⁴³ prioriza objetivos de reducción de la demanda a través de la prevención y tratamiento, incrementando la oferta de servicios de tratamiento de adicciones para toda la población. Anteriormente, la Estrategia Nacional de Lucha contra las Drogas 2017-2021⁴⁴ incluía objetivos de reducción de daños y el abordaje de poblaciones vulnerables como niños, niñas y adolescentes en situación de calle o de desprotección, personas afectadas por violencia familiar y sexual, adolescentes infractores, personas que ejercen el trabajo sexual y personas LGBTIQ+. Estos objetivos reflejaban un enfoque más orientado a la reducción de daños, en contraste con el enfoque prohibicionista de la política actual. Sin embargo, esta política no fue renovada.

Por su parte, los protocolos de atención a personas con VIH⁴⁵ que usan drogas (PvUD) se enfocan más en identificar el consumo como un factor de riesgo que puede afectar la adherencia al tratamiento antirretroviral, priorizando la derivación a programas de rehabilitación, sin un enfoque integral de reducción de daños.

Programas de Prevención de Sobredosis

³⁹ Ley de Lucha contra el tráfico ilícito de drogas, Decreto Legislativo N° 824, 24 de abril de 1996, Congreso de la República.

⁴⁰ Decreto Legislativo que fortalece la lucha contra el tráfico ilícito de drogas, Decreto Legislativo N° 1241, 26 de septiembre del 2015, Congreso de la República.

⁴¹ Ley N° 26842, 15 de julio de 1997, Congreso de la República.

⁴² Decreto Supremo que aprueba la actualización del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, Decreto Supremo N° 023-2021-SA, 24 de julio del 2021, Ministerio de Salud.

⁴³ Política Nacional Contra Drogas al 2030, Decreto Supremo N° 192-2020-PCM, 6 de diciembre del 2019, Presidencia del Consejo de Ministros.

⁴⁴ Estrategia Nacional de Lucha contra las Drogas 2017 - 2021, Decreto Supremo N° 061-2017-PCM, 1 de junio del 2017, Presidencia del Consejo de Ministros.

⁴⁵ Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en el Perú, Resolución Ministerial N° 117-2015-MINSA, Norma Técnica de Salud N° 115-MINSA-DGE-V01, 25 de febrero del 2015, Ministerio de Salud; Documento Técnico: Consejería en ITS/VIH y Sida, Resolución Ministerial N° 264-2009-MINSA, 23 de abril del 2009, Ministerio de Salud.

La normativa peruana sobre la prevención de sobredosis por uso de drogas es limitada. La Estrategia Nacional de Lucha Contra las Drogas 2017-2021⁴⁶ incluía entre sus objetivos mitigar los riesgos y daños asociados al uso de drogas, a través del manejo y prevención de intoxicaciones y sobredosis por drogas. Una normativa vigente es el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)⁴⁷, que contempla la atención de situaciones de envenenamiento autoinfligido por uso de drogas. Esto implica que, ante una situación de sobredosis, existe la garantía de que la persona asegurada será atendida y que estas atenciones serán cubiertas, tanto en establecimientos de salud públicos como privados. Por último, en 2020 se desarrolló una Guía Técnica para la Atención de Salud Mental de personas con Intoxicación Alcohólica⁴⁸, que incluye los procedimientos de evaluación, diagnóstico y manejo en cada nivel de atención. Aunque esta guía no menciona específicamente las situaciones de sobredosis por uso de drogas, puede tomarse como referencia al atender la salud mental de personas que están siendo atendidas por este motivo.

Servicios de Atención Psicosocial y Comunitaria Basados en Reducción de Daños

Según el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2017-2021⁴⁹, los servicios de atención psicosocial y comunitaria en el Perú se estructuran en tres niveles: i) Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC), que brindan atención ambulatoria especializada, incluyendo un servicio de adicciones; ii) Unidades de Hospitalización (UHSM), para casos que requieren internamiento de hasta 60 días; y iii) Hospitales de Día (UHD-SM), que ofrecen atención parcial de 6 a 8 horas diarias durante 6 días a la semana. Según este plan, los Centros de Salud Mental Comunitarios cuentan con cuatro programas, entre los cuales se incluye un servicio de adicciones.

Estos servicios tienen funciones amplias, como la atención directa a pacientes, el desarrollo de programas de rehabilitación psicosocial, la implementación de programas de continuidad de cuidados, la supervisión de programas preventivos y la atención especializada para diferentes tipos de adicciones. Además, realizan visitas domiciliarias especializadas, promueven grupos de autoayuda, participan en la capacitación de personal y desarrollan actividades de investigación y docencia. Un aspecto destacable es

⁴⁶ Estrategia Nacional de Lucha contra las Drogas 2017 - 2021, Decreto Supremo N° 061-2017-PCM, 1 de junio del 2017, Presidencia del Consejo de Ministros.

⁴⁷ Decreto Supremo que aprueba la actualización del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, Decreto Supremo N° 023-2021-SA, 24 de julio del 2021, Ministerio de Salud.

⁴⁸ Guía Técnica para la atención de salud mental de personas con intoxicación alcohólica, Resolución Ministerial N° 247-2020-MINSA, 30 de abril del 2020, Ministerio de Salud.

⁴⁹ Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2017 – 2021, Resolución Ministerial N° 356-2018-MINSA, 20 de abril del 2028, Ministerio de Salud.

que la atención prioriza el tratamiento ambulatorio sobre la hospitalización, requiriendo consentimiento informado para los internamientos, lo que evita la internación involuntaria por uso de drogas.

5.1.4. Derecho a no sufrir detención ni encarcelamiento arbitrario

El derecho a no ser sometido a detención ni prisión arbitraria se analizó mediante tres categorías: i) la penalización del uso personal de drogas, ii) el abuso de autoridad y la violencia estatal, y iii) la violencia en centros de detención. Un resumen gráfico de estas normativas se encuentra disponible en la Tabla 3.

i. Penalización del uso Personal de Drogas

Criminalización

La criminalización en relación con la penalización del uso personal de drogas hace se refiere principalmente a la destrucción de cultivos y a las medidas para prevenir el tráfico ilícito de drogas. El Código Penal, en sus artículos 296 y 298⁵⁰, establece que quienes fabriquen, promuevan, faciliten, posean o transporten drogas serán sancionados con penas privativas de la libertad. Con la aprobación en 2015 del Decreto Legislativo N.º 1241, que fortalece la lucha contra el tráfico ilícito de drogas, y su Reglamento⁵¹, se prohibió el cultivo de amapola, utilizada para la producción de heroína y marihuana. En el caso de la cocaína, solo una entidad está autorizada para comercializar e industrializar las hojas de coca: la Empresa Nacional de la Coca (ENACO). Por lo tanto, la coca no empadronada o de resiembra se considerada ilegal y está sujeta a incautación.

Finalmente, con la aprobación de la Ley N.º 30681, que regula el uso medicinal y terapéutico del cánnabis y sus derivados⁵², se establecieron requisitos para el trabajo cultivos de amapola y marihuana, exentos de la prohibición general. Así, el cultivo se permite únicamente para fines medicinales y terapéuticos; de lo contrario, será destruido. Consumidores, distribuidores, productores e incluso investigadores deben estar debidamente empadronados para evitar que su cultivo criminalice, transporte o posesión sea criminalizado.

Defensa Técnica

⁵⁰ Código Penal, Decreto Legislativo N.º 635, 3 de abril de 1991, Poder Ejecutivo.

⁵¹ Decreto Legislativo que fortalece la lucha contra el tráfico ilícito de drogas, 25 de setiembre del 2015, Congreso de la República, Reglamento del Decreto Legislativo N.º 1241, Decreto Legislativo que fortalece la lucha contra el tráfico ilícito de drogas, Decreto Supremo N.º 006-2016-IN, 24 de junio del 2016, Ministerio del Interior.

⁵² Ley que regula el uso medicinal y terapéutico del cánnabis y sus derivados, 17 de noviembre del 2017, Congreso de la República.

A propósito de la defensa técnica, las normativas abordan tanto los derechos de las personas detenidas por tráfico ilícito de drogas como la exención, remisión de pena e indulto para quienes han sido sentenciados por este delito. El Decreto Legislativo N.º 1241, aprobado en 2015, que fortalece la lucha contra el tráfico ilícito de drogas⁵³, establece los derechos que le asisten a las personas detenidas por este delito. A su vez, señala que las personas detenidas tienen derecho a asesoría legal, incluso durante el periodo de incomunicación y que la incomunicación requiere resolución judicial motivada.

Respecto a los beneficios para las personas juzgadas o sentenciadas por el delito de tráfico ilícito de drogas, la Ley de Lucha contra el tráfico ilícito de Drogas⁵⁴ establece que una persona bajo investigación o proceso judicial puede quedar exenta de pena si proporciona información útil que contribuya a identificar y detener a líderes de organizaciones de tráfico de drogas o que permita el decomiso de drogas y materiales relacionados. En el caso de las personas privadas de la libertad que cumplen condenas por tráfico de drogas, pueden solicitar la remisión de su pena si cumplen ciertos requisitos relacionados con la provisión de información. Además, si han cumplido al menos un tercio de su condena, pueden solicitar un indulto una sola vez. Sin embargo, estos beneficios no son aplicables a los líderes de organizaciones criminales ni a los funcionarios involucrados en la prevención y enjuiciamiento de estos delitos.

Portación Mínima

Referente a la portación mínima, el artículo 299 del Código Penal⁵⁵ establece que la posesión de drogas no es punible si está destinada al consumo personal inmediato y no supera ciertas cantidades, como: hasta cinco gramos de pasta básica de cocaína, dos gramos de clorhidrato de cocaína, ocho gramos de marihuana, dos gramos de sus derivados, un gramo de látex de opio, doscientos miligramos de sus derivados o doscientos cincuenta miligramos de éxtasis, que incluye metilendioxianfetamina (MDA), metilendioximetanfetamina (MDMA) y metanfetamina. Sin embargo, si una persona posee dos o más tipos de sustancias, esta excepción no aplica. La posesión de cánnabis y sus derivados con fines medicinales y terapéuticos no será punible si la cantidad es necesaria para el tratamiento de un paciente debidamente registrado en el Ministerio de Salud. Asimismo, la Ley N.º 31312⁵⁶ permite a las asociaciones de pacientes registradas ante el Ministerio de Salud el autocultivo de cánnabis con fines medicinales, bajo supervisión de la Policía Nacional.

⁵³ Decreto Legislativo que fortalece la lucha contra el tráfico ilícito de drogas, Decreto Legislativo N° 1241, 26 de septiembre del 2015, Congreso de la República.

⁵⁴ Ley de Lucha contra el tráfico ilícito de drogas, Decreto Legislativo N° 824, 24 de abril de 1996, Congreso de la República.

⁵⁵ Código Penal, Decreto Legislativo N° 635, 3 de abril de 1991, Poder Ejecutivo.

⁵⁶ Ley que incorpora y modifica artículos de la Ley 30681 ley que regula el uso medicinal y terapéutico del cannabis y sus derivados, 25 de julio del 2021, Congreso de la República.

ii. Abuso de Autoridad y Violencia Estatal

Protección Legal

Existen normas y reglamentos que buscan proteger los derechos de las personas durante detenciones y arrestos, aunque también se evidencian excepciones y prácticas que pueden vulnerar estos derechos, especialmente en el caso de quienes consumen drogas. La Constitución Política⁵⁷ establece garantías como la presunción de inocencia y la prohibición de tortura, requiriendo que las detenciones se realicen únicamente con orden judicial o en casos de delito flagrante. Sin embargo, el *Manual de Derechos Humanos Aplicados a la Función Policial*⁵⁸ enfatiza el uso de grilletes incluso para personas bajo los efectos de drogas, lo que sugiere un posible trato diferenciado. Los plazos de detención son normalmente de 72 horas, pero se extienden a 15 días para casos relacionados con drogas, terrorismo y espionaje. Además, se detallan múltiples derechos de las personas detenidas, como el acceso a un abogado, la comunicación con familiares y la asistencia médica. En el caso específico de las personas con vih, se establece que se debe proteger su confidencialidad y estado de salud durante las detenciones, prohibiendo la exigencia de pruebas obligatorias.

Mecanismos de Denuncia

En cuanto a este tema, el Código Penal, en su artículo 376,⁵⁹ sanciona con pena privativa de la libertad el abuso de autoridad por parte de cualquier funcionario público. Para denunciar conductas indebidas del personal policial, el Ministerio del Interior tiene una Central de Denuncias Únicas (CUD)⁶⁰, donde se pueden presentar denuncias y quejas las 24 horas, los 365 días. Estas denuncias pueden realizarse de forma anónima y por vía telefónica, a través de un portal web, correo electrónico o un aplicativo móvil.

Por otro lado, el Código Penal protege a los efectivos policiales cuando una persona intente resistirse durante una detención. En particular, en los artículos 365 al 368, se establece que impedir que un funcionario realice su trabajo puede conllevar penas de hasta dos años, mientras que usar intimidación para interferir en sus funciones puede resultar en penas de hasta cuatro años. Las sanciones aumentan si

⁵⁷ Constitución Política, 29 de diciembre de 1993, Presidencia de la República.

⁵⁸ Manual de Derechos Humanos aplicados a la función policial, Resolución Ministerial N° 952-2018-IN, 14 de agosto del 2018, Ministerio del Interior.

⁵⁹ Código Penal, Decreto Legislativo N° 635, 3 de abril de 1991, Poder Ejecutivo.

⁶⁰ Aprobar la Directiva N° 001-2024-IN-VSP-DGIS, denominada "Lineamientos para la gestión de denuncias y quejas en la Central Única de Denuncias del Ministerio del interior", Resolución Directoral N° 001-2024-IN-VSP-DGIS, 16 de enero de 2024, Ministerio del Interior.

el delito es cometido por varias personas o si hay lesiones graves, pudiendo llegar hasta quince años en casos extremos. Además, el artículo 368 indica que negarse a un análisis de sangre o de otros fluidos para determinar el nivel, porcentaje o ingesta de alcohol, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas o sintéticas conlleva una pena privativa de la libertad será de cuatro a siete años.

Mecanismos de Reparación

La Ley que regula el Régimen Disciplinario de la Policía Nacional del Perú⁶¹, establece normas de conducta para el personal policial, exigiendo un trato cortés y respetuoso hacia la ciudadanía. Aunque no contempla mecanismos de reparación para las víctimas de abuso policial, sí establece un sistema de infracciones clasificadas en leves, graves y muy graves, con sanciones específicas. Las infracciones graves, como la discriminación, se sancionan con 11 a 15 días de rigor; mientras que las muy graves, que incluyen maltrato a detenidos, uso desproporcionado de la fuerza, sobornos y manipulación de drogas incautadas, pueden resultar en sanciones que van desde 6 meses de disponibilidad hasta el retiro definitivo de la institución.

iii. Violencia en Centros de Detención

Abusos de Poder

El régimen disciplinario en establecimientos penitenciarios busca mantener el orden y la convivencia pacífica, siendo más estricto en los centros cerrados y más flexible en los regímenes semiabiertos y abiertos. Para Personas con vih que Usan Drogas (PvUD), el Código de Ejecución Penal⁶² establece condiciones más rigurosas, considerando como falta grave la posesión o consumo de drogas y alcohol, con sanciones que van desde amonestaciones hasta aislamiento por 30 días. Por otro lado, para acceder a beneficios penitenciarios como la semilibertad o la libertad condicional, el juez puede imponer tratamientos de desintoxicación obligatorios. La *Política Nacional Penitenciaria al 2030*⁶³ establece objetivos como reducir el hacinamiento, mejorar las condiciones de vida, asegurar la convivencia, fortalecer la reinserción y mejorar la gestión del sistema. No obstante, la normativa no contempla medidas específicas para prevenir o atender casos de abuso de poder, ya sea por parte de autoridades o de otras personas privadas de la libertad.

⁶¹ Ley que regula el Régimen Disciplinario de la Policía Nacional del Perú, 30 de diciembre del 2017, Congreso de la República.

⁶² Reglamento del Código de Ejecución Penal, Decreto Supremo N° 015-2003-JUS, 9 de setiembre del 2003, Ministerio de Justicia.

⁶³ Política Nacional Penitenciaria al 2030, Decreto Supremo N° 011-2020-JUS, 25 de setiembre del 2020, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

Abusos en Centros de Detención

El Estado peruano ratificó el *Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes* (OPCAT)⁶⁴ que tiene como objetivo prevenir estos actos mediante el establecimiento de un sistema de visitas periódicas a los lugares donde se encuentran personas privadas de la libertad. Para su cumplimiento, la Defensoría del Pueblo⁶⁵ se encarga de implementar los Mecanismos Nacionales de Prevención de Tortura, los cuales protegen a las personas privadas de la libertad de malos tratos, promueven actividades de capacitación y comunican presuntos delitos u otras irregularidades que requieran investigación penal o administrativa dentro de los centros penitenciarios.

Formación Antidiscriminatoria

El *Plan Estratégico Multisectorial para la Prevención y Control de las ITS y VIH 2015-2019*⁶⁶ propuso incluir contenidos sobre prevención de violencia contra poblaciones clave y respeto a la diversidad en la formación del personal de las Fuerzas Armadas, la Policía Nacional, el Instituto Penitenciario (INPE) y los cuerpos de seguridad local. A pesar de los esfuerzos de este plan para incorporar la formación antidiscriminatoria como una prioridad, no existe información oficial sobre su ejecución, y no fue renovado después de 2019. En particular, no hay evidencia en los canales oficiales de que en los centros de detención gestionados tanto por la Policía como por el INPE se haya capacitado al personal para respetar a PvUD.

5.2. Análisis de *Facto*

5.2.1. Derecho a la no Discriminación

El análisis del derecho a la no discriminación se efectuó a través de tres categorías: i) la discriminación legal y normativa, ii) la discriminación institucional, y iii) la discriminación social y comunitaria.

⁶⁴ Ratifican el Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, Decreto Supremo N° 044-2006-RE, 26 de julio de 2006, Ministerio de Relaciones Exteriores.

⁶⁵ Ley que amplía las funciones de la Defensoría del Pueblo como órgano encargado del mecanismo nacional de prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Ley N° 30394, 22 de diciembre de 2015, Congreso de la República.

⁶⁶ Plan estratégico Multisectorial para la Prevención y Control de las ITS y VIH 2015-2019, Decreto Supremo N° 035-2015-SA, 21 de octubre del 2015, Ministerio de Salud.

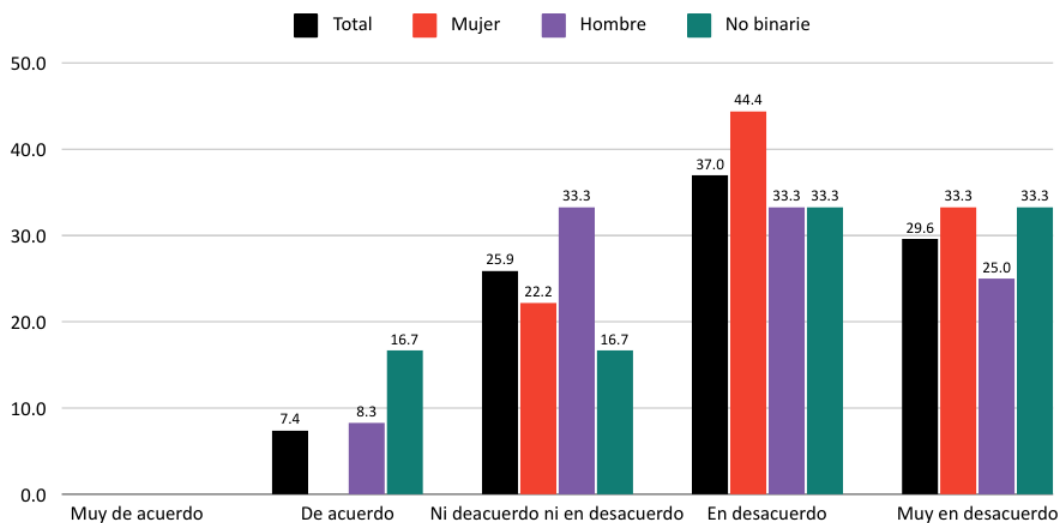
personas con vih. Además, se menciona la importancia de incluir protecciones para las poblaciones clave, como personas LGBTQ+, trabajadores/as sexuales y personas que usan drogas.

Mecanismos de Protección

Además de los mecanismos de protección oficiales, como la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (Indecopi), la Superintendencia Nacional de Fiscalización Laboral (SUNAFIL) y la Defensoría del Pueblo, organizaciones comunitarias como el Grupo de Intervención y Vigilancia de los Derechos Humanos (GIVAR), Positivo Corazón y la Red Latinoamericana y del Caribe de Personas con VIH (RedLAC+) han establecido canales de denuncia. A través de estos, las personas con vih pueden reportar directamente situaciones de discriminación en servicios de salud o en centros laborales. Estos reportes sirven como una forma de cuidado comunitario para alertar a otras personas sobre centros específicos que tienen prácticas discriminatorias. Además, activan una red de apoyo y comunicación informal con proveedores de salud, facilitando la resolución de casos individuales de discriminación o problemas de acceso a tratamiento.

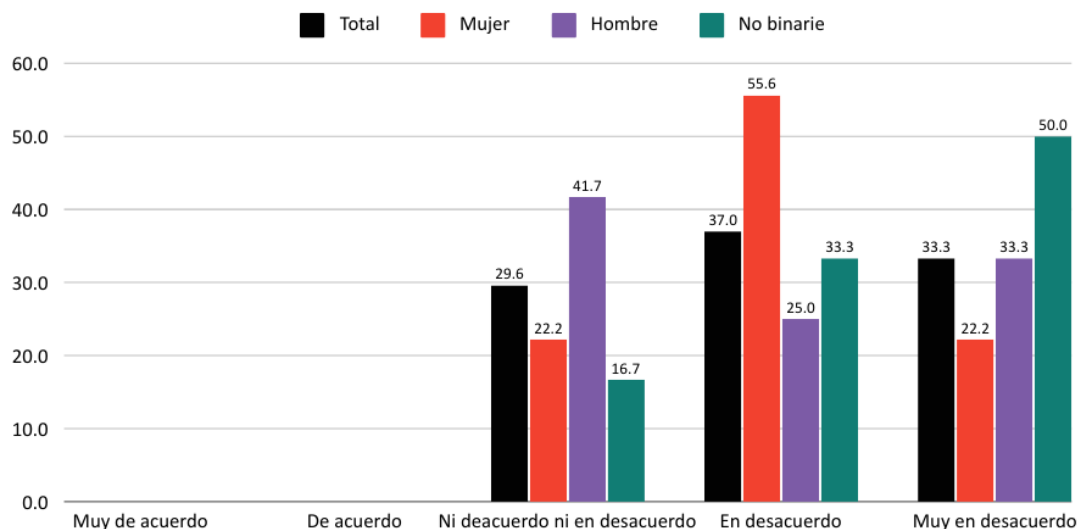
Sin embargo, estas denuncias no llegan a canales oficiales donde puedan investigarse los hechos, ya sea por desconfianza en las instituciones de justicia o por desconocimiento del proceso. Esto es especialmente relevante para personas que trabajan en el mercado informal, como personas trans, migrantes y otros grupos marginados, ya que los mecanismos de supervisión y sanción oficiales no pueden brindarles el apoyo adecuado. Además, muchas personas temen hacer denuncias públicas por miedo a revelar su diagnóstico, lo que podría exponerlas a una doble discriminación o represalias, lo que implica que deben estar "fuera del clóset seropositivo". Como resultado, muchas denuncias se limitan a quejas anónimas en redes sociales.

Para las Personas con vih que Usan Drogas (PvUD), se percibe que no tienen derecho a presentar reclamos, ya que se considera que, por usar drogas, están cometiendo una falta. Esto las hace más reticentes a acudir a servicios de protección y reparación ante situaciones discriminatorias. De esta manera, estos mecanismos de protección contra la discriminación y la violencia no fueron evaluados como efectivos o accesibles por parte de los participantes, incluyendo a las personas encuestadas (Gráfico 2). En general, estuvieron en desacuerdo con que estos mecanismos protegieran realmente a las PUD (66.7 %).

**Gráfico 2.***Efectividad de los mecanismos de protección contra la discriminación y la violencia para las PvUD*

Brechas Legislativas

Las personas encuestadas también identificaron las brechas legislativas en la protección de las PvUD (Gráfico 3). Dos de cada tres participantes (70.4 %) opinaron que las leyes actuales no cubren adecuadamente todos los casos de discriminación que enfrentan las PvUD. De manera similar, las personas entrevistadas relataron que no existe una intersección que considere a las Personas que Usan Drogas (PUD) como una población clave para las políticas relacionadas con el vih. Esto limita la priorización de estrategias diferenciadas y protecciones específicas para las PvUD, como una legislación que prohíba la discriminación.

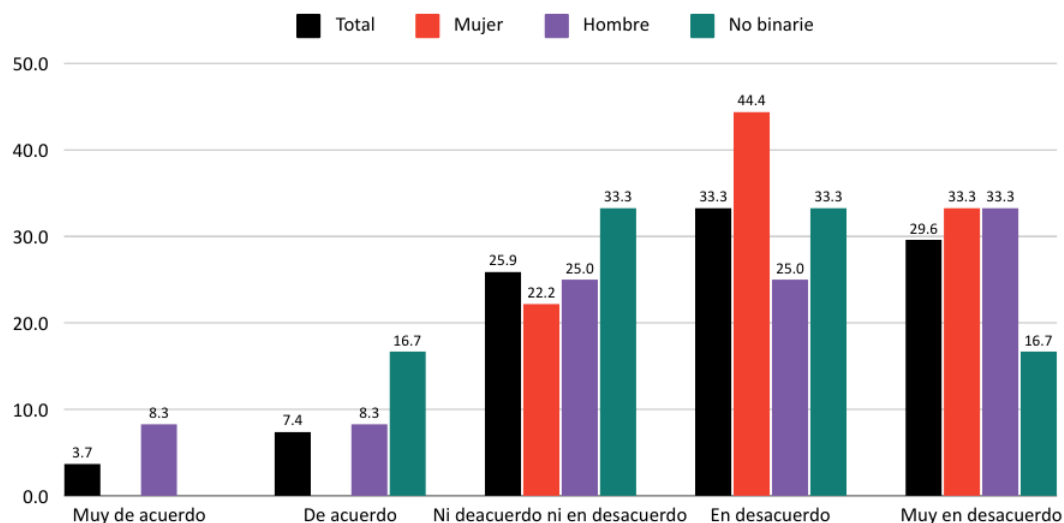
**Gráfico 3.***Brechas legislativas identificadas por los participantes del estudio*

ii. Discriminación Institucional

Acceso a Servicios

Las personas encuestadas mostraron opiniones diversas sobre el acceso a servicios por parte de las PvUD (Gráfico 4). Si bien la mayoría (63%) opinó que no hay un acceso real a servicios básicos como vivienda, salud y servicios financieros, también se mantuvieron neutrales (25.9%) o evaluaron su acceso positivamente (11.1%). Sin embargo, a través de testimonios de personas entrevistadas, se encontraron desafíos significativos en el acceso a servicios básicos para las PvUD, en especial quienes se encuentran en una situación de inestabilidad económica.

Gráfico 4.*Opiniones de los participantes respecto al acceso a servicios por parte de las PvUD*



Uno de los entrevistados reportó que, en un distrito de Lima Metropolitana, se realizó un proyecto con adolescentes en situación de calle que usaban drogas, el cual evidenció la precariedad a la que se enfrentan estas poblaciones. Aunque el proyecto ya no está en funcionamiento, se identificaron problemas estructurales como la falta de vivienda, servicios de salud inadecuados, intercambio de sexo por supervivencia y altos niveles de inseguridad por situaciones de violencia policial y delincuencia.

Otro entrevistado señaló que es difícil tener un acceso permanente a la vivienda o por períodos prolongados. Usualmente, las personas transitan de un lugar a otro e incluso hay quienes no tienen dónde quedarse. Esto, a su vez, influye en que no puedan priorizar la continuidad de su tratamiento, debido a la dificultad de recoger su medicación en los centros de salud. Otra situación que afecta el acceso a la vivienda es el estigma por parte de familiares y convivientes en relación con el diagnóstico de vih. Muchas personas que no están fuera del clóset seropositivo viven con temor de que sus familiares o parejas se enteren de su diagnóstico. Esto representa un estrés constante ante la necesidad de esconder los medicamentos que toman diariamente y sus resultados de análisis médicos. En ocasiones, el rechazo familiar al descubrir su diagnóstico ha resultado en la expulsión de la vivienda, dejando a las personas en situación de inseguridad habitacional.

Un factor adicional que influye en el acceso a servicios es la interpretación que tienen los proveedores de servicios y bienes sobre la apariencia de las personas. En el caso del vih, al no ser un diagnóstico visible físicamente, puede reducir la exposición a situaciones de discriminación, ya que las personas no están obligadas a declarar que son seropositivas al acceder a un servicio. Por otro lado, un entrevistado señaló haber visto cómo rechazaban a un usuario de servicios de salud al asumir que no estaba sobrio, pidiéndole que se retire y que "regrese cuando esté sano". Por este motivo, las PvUD se

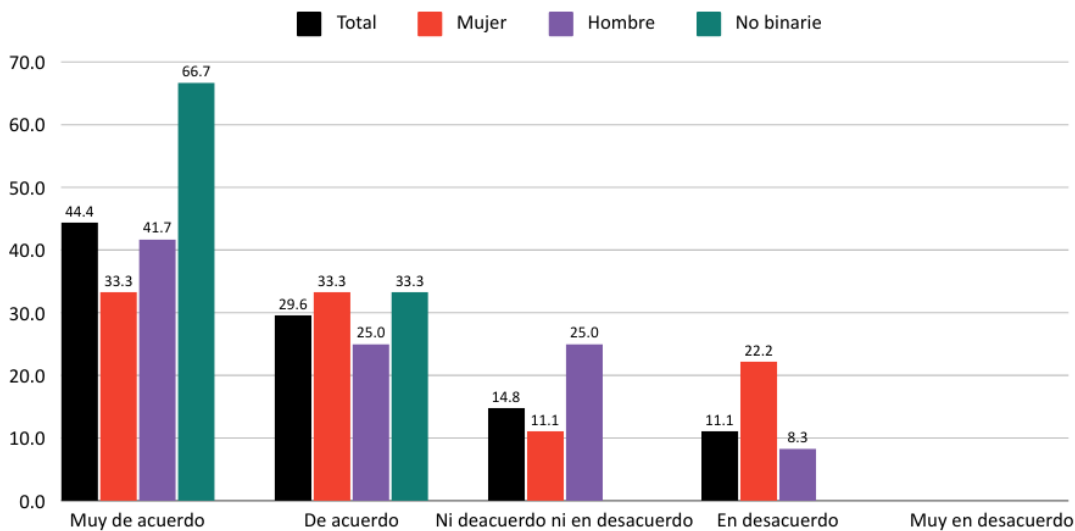
preocupan porque su apariencia no revele que usan drogas, como una forma de protegerse frente a experiencias de discriminación.

Discriminación Laboral

A pesar de las garantías establecidas en las normas peruanas, la discriminación laboral sigue siendo una realidad para las PvUD, tal como manifestaron las personas encuestadas (ver Gráfico 5). Tres de cada cuatro participantes afirmaron esta situación (74.1 %). Algunos casos concretos se han dado a conocer a través de grupos de apoyo mutuo, donde se han reportado situaciones de discriminación en el lugar de trabajo y en los procesos de contratación. Un problema recurrente es la exigencia de pruebas de vih por parte de algunas empresas. Cuando los resultados son positivos, se notifica a la empresa, la cual decide no proceder con la contratación. En la práctica, tanto la exigencia de la prueba como la publicación del resultado sin el consentimiento de la persona van en contra de los protocolos estipulados en la normativa vigente.

Gráfico 5.

Percepción de discriminación laboral por parte de las PvUD



Incluso, algunas personas temen realizarse los exámenes médicos ocupacionales al ingresar a un trabajo por miedo a que otros resultados de laboratorio, como hemogramas y exámenes bioquímicos, salgan alterados, independientemente de que se solicite o no la prueba de vih. En otros casos, cuando la persona es abierta sobre su diagnóstico y uso de medicamentos antirretrovirales en redes sociales, se



cuestionan si fueron excluidas en el proceso de selección y contratación debido a ello, sin poder confirmarlo con certeza.

Asimismo, los entrevistados consideran que el estigma y la desinformación continúan siendo obstáculos significativos para la inclusión laboral de las personas con vih. Entre los empleadores persisten mitos sobre la transmisión del virus en entornos laborales, como la creencia de que el vih puede transmitirse a través del contacto casual o la manipulación de alimentos. En este último, en particular, una de las entrevistadas reportó haber sido despedida después de informar a su jefe sobre su diagnóstico. Esta situación se agravó al tener que solicitar permisos para recoger su medicación durante el horario laboral.

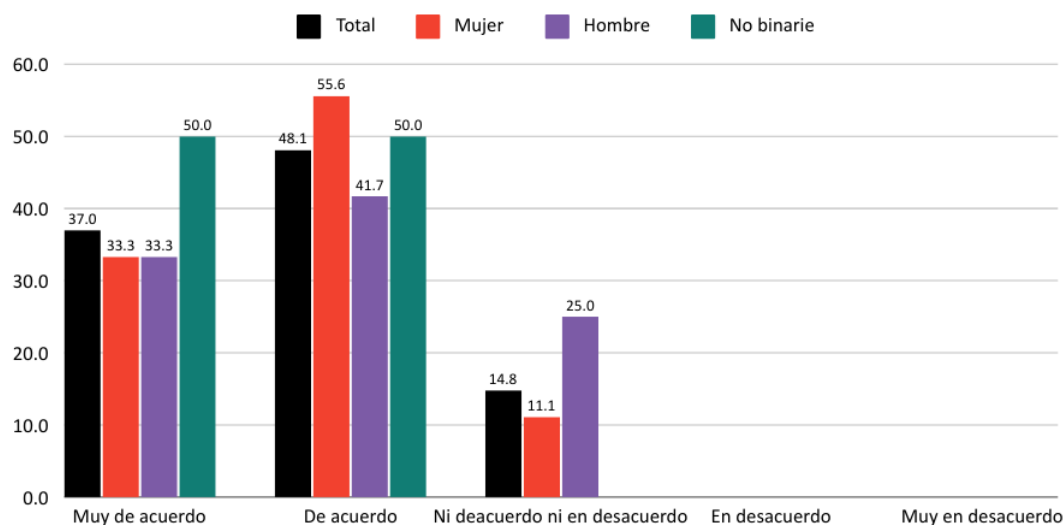
Esta problemática se ve exacerbada por la falta de conocimiento sobre los canales adecuados para denunciar actos discriminatorios por parte de las empresas y empleadores, como las líneas de atención de la Superintendencia Nacional de Fiscalización Laboral (SUNAFIL). Además, estos canales no son aplicables para quienes desempeñan el trabajo informal. Como respuesta, muchas personas optan trabajar de manera independiente.

Sistema de Justicia

La escasa normativa para el acceso no discriminatorio al sistema de justicia coincidió con una opinión marcada entre los encuestados (ver Gráfico 6). El 85 % consideró que las PvUD se enfrentan a discriminación en el sistema judicial, siendo una de las afirmaciones con mayor consenso. En esta línea, múltiples testimonios evidenciaron situaciones de violencia contra personas que usan drogas al interactuar con autoridades policiales, especialmente mujeres trans y trabajadoras sexuales. Asimismo, se identificó que factores como la ascendencia afrodescendiente o la nacionalidad venezolana aumentaban el riesgo de perfilamiento policial. En consecuencia, las situaciones de discriminación al interactuar con el sistema de justicia se relacionaban con referentes visuales empleados por la policía para justificar el perfilamiento.

Gráfico 6.

Percepción de discriminación en el sistema de justicia por parte de las PvUD.



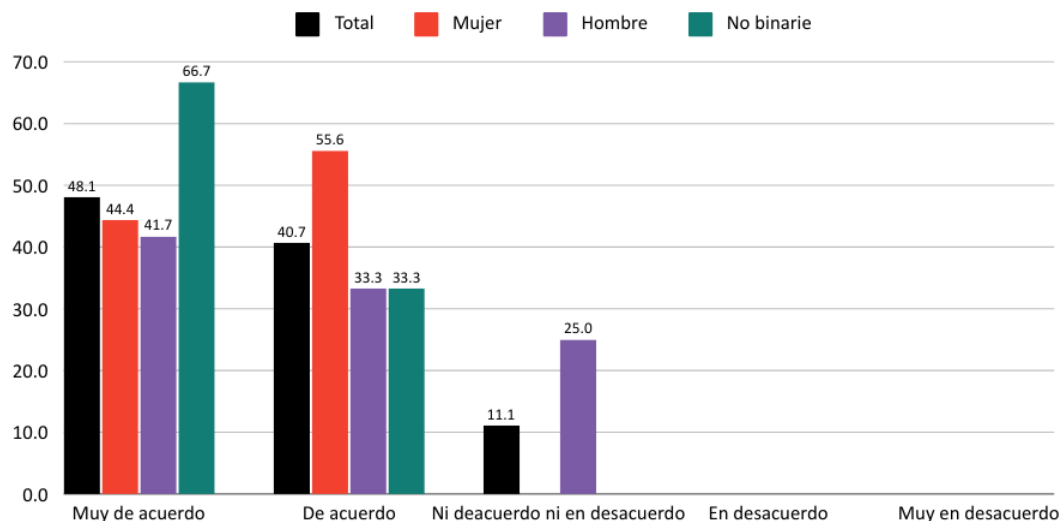
iii. Discriminación Social y Comunitaria

Estigma Social

Tal como reportaron los entrevistados, el estigma asociado al vih está fuertemente ligado al uso de drogas, lo que crea una percepción negativa que sugiere que el vih es una consecuencia directa del consumo de sustancias. Según los participantes, existe la percepción de que el uso de drogas está asociado con conductas de riesgo, como no utilizar protección durante las relaciones sexuales, tener múltiples parejas y ejercer el trabajo sexual. Esta información fue corroborada por los participantes (Gráfico 7).

Gráfico 7.

Percepción de estigma social de personas con vih



Aproximadamente nueve de cada diez participantes (88.9 %) opinaron que el estigma social asociado con el uso de drogas afecta negativamente la vida cotidiana de las PvUD. Esta fue la opinión más marcada de los participantes sobre el derecho a la no discriminación, en comparación con el resto de las categorías.

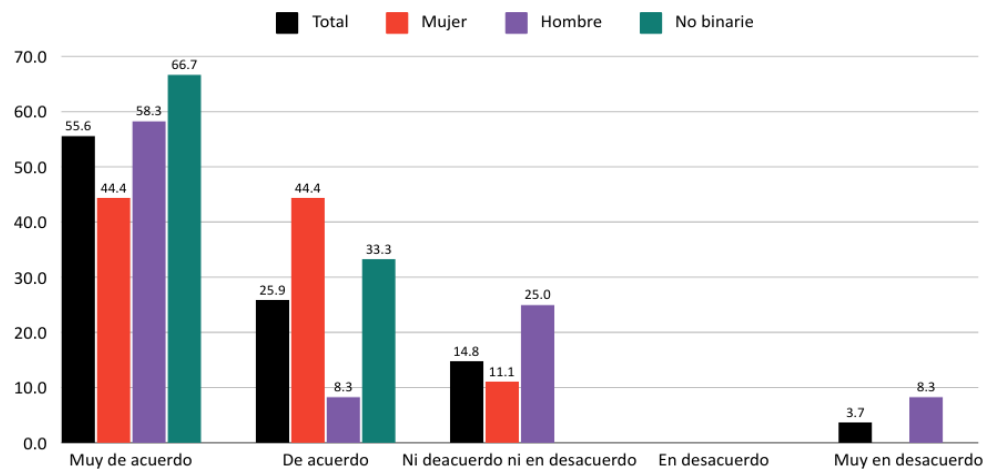
El estigma social contribuye al autoestigma que las PvUD tienen sobre sí mismas y sobre otras personas que usan drogas. Algunas prefieren distanciarse de la idea de que usan drogas, ya sea porque no consideran algunas sustancias en particular como “drogas” o porque quieren diferenciarse de grupos que clasifican como “drogadictos”. Incluso, existe un sentido de culpa y de que están haciendo algo prohibido de lo que no pueden hablar. Para quienes han intentado buscar ayuda para reducir su uso de drogas, esto ha sido un factor que disminuyó su capacidad de acercarse a sus redes de apoyo y que contribuyó a su dependencia. A esto se suma una norma tácita entre quienes usan drogas, de no cuestionar el consumo de otros y asumir que pueden regularse por su cuenta.

Violencia Simbólica en Medios

Si bien las entrevistas no revelaron una situación marcada en la que los medios de comunicación perpetúen estereotipos negativos sobre las PvUD, las encuestas sí lo corroboraron (Gráfico 8). Aproximadamente cuatro de cada cinco personas (81.5%) afirmaron esta declaración, resaltando que las encuestadas que respondieron estar muy de acuerdo fueron significativamente más numerosas que en las demás categorías relacionadas con la discriminación de PvUD (55.6%).

Gráfico 8.

Percepción de estereotipos negativos en los medios de comunicación por parte de PvUD



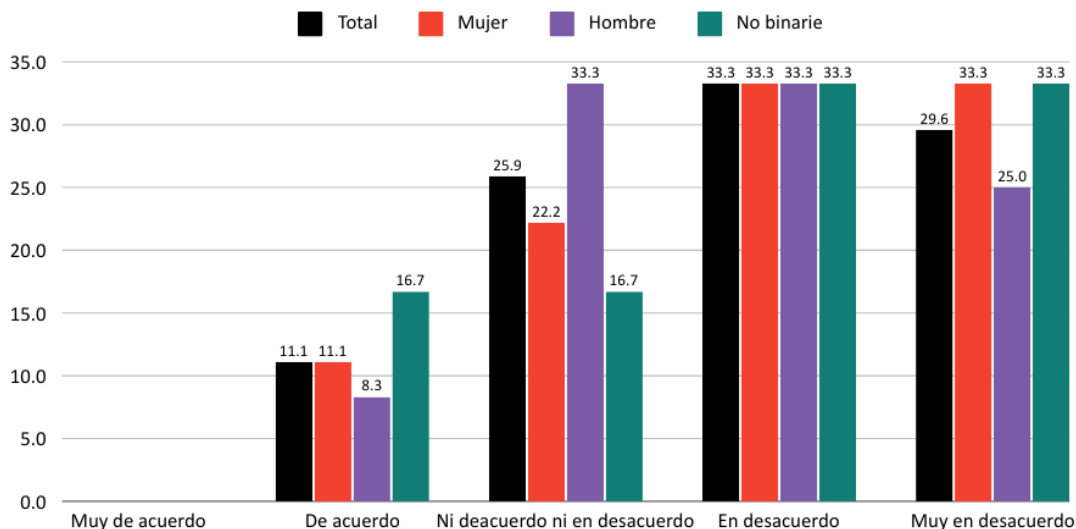
Fortalecimiento Comunitario y Participación

La participación de las PvUD en procesos de toma de decisión se consideró muy limitada, debido a la falta de espacios donde se pueda conversar abiertamente sobre el uso de drogas. En la mayoría de los grupos de apoyo mutuo o espacios de activismo en torno al vih, se sabe que muchas personas usan drogas, pero, de acuerdo con los participantes, no existe una conversación libre de estigmas sobre este tema. En algunas organizaciones, incluso se ignora intencionalmente el uso de drogas para evitar que las personas se sientan juzgadas y continúen participando en los espacios, reconociendo que el apoyo de su comunidad es un aspecto importante en sus vidas. Además, algunos líderes consideran que revelar que usan drogas podría llevar a que sus organizaciones cuestionen su capacidad para liderar.

Así pues, aunque las PvUD puedan participar en estos espacios, su capacidad para tomar decisiones resulta compleja en un entorno donde no se habla directamente sobre el uso de drogas. Esto se refleja en el cuestionario, donde hubo respuestas diversas sobre la inclusión de las PvUD en procesos de toma de decisiones (Gráfico 9). Si bien la mayoría negó que las PvUD estén efectivamente incluidas (63%), un cuarto se mantuvo neutral (25.9%) y una pequeña proporción estuvo de acuerdo (11.1%).

Gráfico 9.

Inclusión de las PvUD en procesos de toma de decisiones



Es importante resaltar que, en parte, este silencio sobre las drogas ha llevado a que no exista una agenda política centrada en la descriminalización y desestigmatización. Hasta 2017, existió una experiencia de asociación de consumidores de marihuana, como el Movimiento Cannábico Peruano. Este movimiento organizó en la capital la Marcha Mundial de la Marihuana e impulsó la aprobación de leyes para el uso medicinal del cánnabis en el Perú. Sin embargo, este movimiento se desactivó y estuvo más enfocado en aspectos culturales que en objetivos políticos concretos. Ante esto, las personas entrevistadas consideran que, para disminuir el estigma, es clave la creación de mesas de trabajo y proyectos de activismo que involucren directamente a personas que usan drogas, aprovechando la experiencia de quienes practican un consumo responsable y promueven acciones de reducción de daños.

5.2.2. Derecho a la Salud

El derecho a la salud se analizó a través de tres categorías: i) el acceso a tratamiento antirretroviral, ii) el acceso a servicios de atención médica para el uso de drogas basados en evidencia y iii) el acceso a servicios de reducción de daños para PvUD.

i. Acceso a Tratamiento Antirretroviral para PvUD

Cobertura Universal sin Restricción al TARV

La regulación del acceso gratuito y universal al tratamiento para el vih ha permitido que la mayoría de las personas tengan experiencias positivas al buscar su medicación. Comentan que deben pasar por un



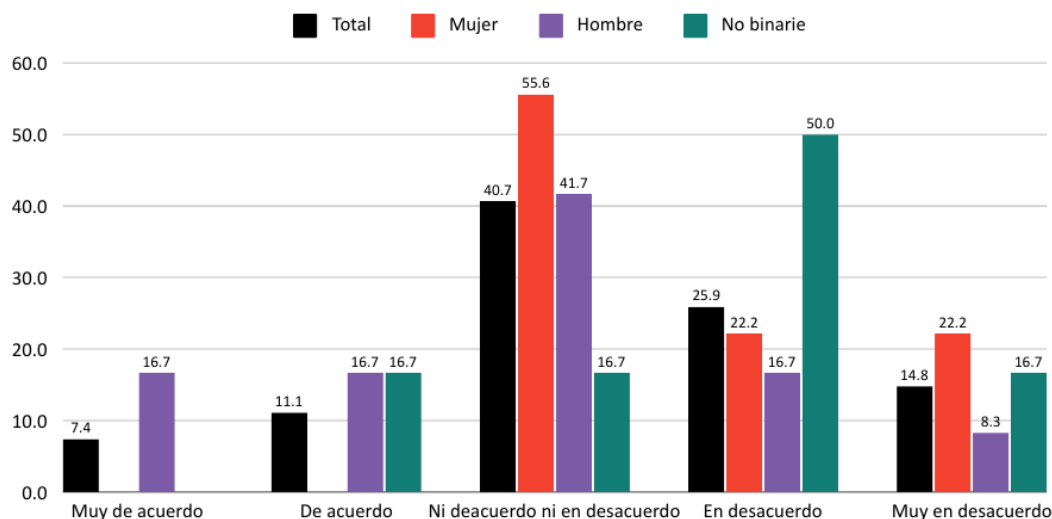
proceso que toma alrededor de dos meses, en el que se les realizan evaluaciones físicas y psicológicas, y reciben consejería para facilitar la adherencia al tratamiento. Sin embargo, una de las dificultades es que no todos los centros de salud ofrecen la misma calidad de atención, infraestructura y recursos. Por ello, las experiencias pueden variar significativamente entre una sede y otra. Para contrarrestar esto, existen grupos de apoyo mutuo donde las personas con vih que usan drogas (PvUD) dan consejo sobre los centros de salud donde han recibido una mejor atención, lo que termina siendo una solución paliativa a la precariedad institucional. Además, muchas personas deciden afiliarse a un centro de salud lejano a su vivienda para evitar encontrarse con personas de su barrio que las conozcan mientras están en el área de infectología. Esto implica que deban recorrer trayectos más largos, ya sea para acceder a un mejor centro de salud o para proteger la confidencialidad de su diagnóstico, invirtiendo más tiempo y recursos en transporte.

El aseguramiento en salud también puede ser una limitante para obtener tratamiento en centros de salud privados. Si bien el vih está incluido en el listado de diagnósticos que deben ser cubiertos por el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), los seguros de salud privados a menudo incluyen cláusulas con períodos de carencia que los usuarios deben esperar para que ese diagnóstico sea cubierto. En el análisis, se encontraron periodos de carencia de hasta tres años, un plazo mayor al de cualquier otro diagnóstico cubierto por el PEAS.

Otro inconveniente para obtener el tratamiento es la falta de capacidad técnica por parte del personal de salud para comprender la intersección del vih con otras enfermedades crónicas. Uno de los participantes se vio obligado a suspender su tratamiento antirretroviral al iniciar la quimioterapia y en dos ocasiones se consignaron diagnósticos erróneos en su historia clínica, como sida y cáncer causado por el vih, a pesar de que este no fuera el origen de dichas enfermedades. Debido a estas dificultades, los encuestados tuvieron opiniones divididas sobre la disponibilidad y accesibilidad del tratamiento para todas las PvUD (Gráfico 10), solo el 18.5 % afirmó que este era accesible, mientras que el 40.7 % afirmó lo contrario, y un gran porcentaje prefirió mantenerse neutral (40.7%).

Gráfico 10.

Percepción de disponibilidad y accesibilidad del tratamiento TARV para las PvUD



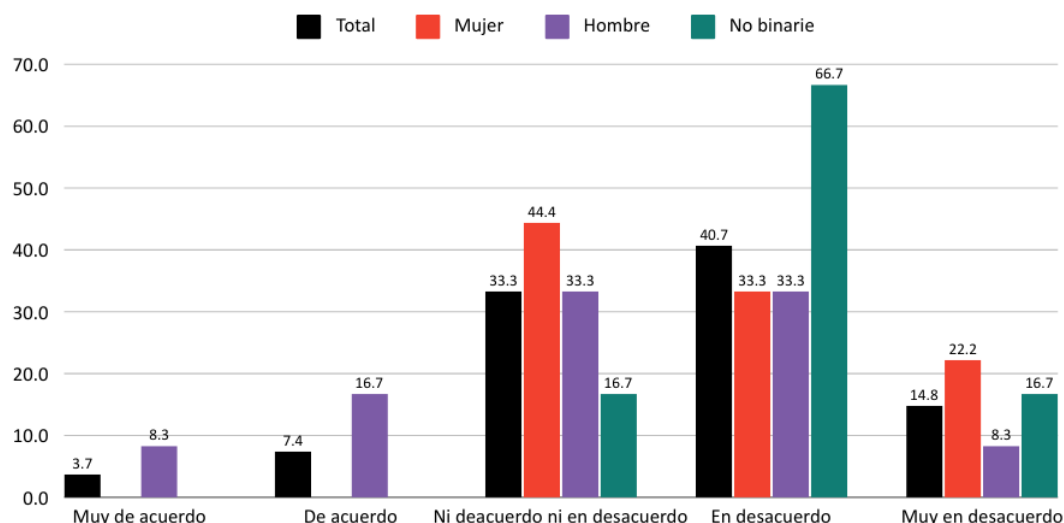
En cuanto a la profilaxis preexposición (PrEP), su distribución en centros de salud públicos es reciente y pasa por un proceso de descarte de vih y consejería. Sin embargo, para la profilaxis post exposición (PEP), los criterios para su distribución han cambiado en la última década. En principio, se entregaba solo a sobrevivientes de violencia sexual que hayan judicializado su caso o en casos de exposiciones ocupacionales, ahora se entrega a cualquier persona que lo solicite al comunicar que ha estado en posible exposición al vih. No obstante, queda a criterio del personal de salud decidir si es aplicable o no.

Asequibilidad y Accesibilidad de Medicamentos para PvUD

A pesar del acceso gratuito al tratamiento, existen factores que limitan la adherencia al tratamiento y que deben abordarse de manera integral. Muchas personas dejan de recoger sus medicamentos debido a la incapacidad de costear el transporte, encontrarse en un contexto de inestabilidad habitacional, atravesar problemas de salud mental, sentirse mejor físicamente o tener que elegir entre trabajar o ir a recoger sus medicamentos. Ante esta dificultad, cuando finalmente acuden al centro de salud, suelen recibir malos tratos y ser culpabilizadas por parte del personal de salud. Las personas encuestadas tuvieron una percepción similar (Gráfico 11), al negar que las PvUD pudieran acceder a medicamentos sin enfrentar barreras o condiciones adicionales (55.5%).

Gráfico 11.

Percepción de acceso a medicamentos por parte de las PvUD



Un problema actual es el desabastecimiento de medicamentos a nivel nacional, debido a una mala gestión administrativa por parte de las áreas responsables en el Ministerio de Salud, como el Centro Nacional de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES). Esta entidad no habría adquirido antirretrovirales en cantidades suficientes, lo que ha limitado la disponibilidad del Tratamiento Antirretroviral (TARV), la profilaxis preexposición (PrEP) y la profilaxis post exposición (PEP) a nivel nacional. En respuesta a ello, el Ministerio de Salud aprobó en agosto de 2024 el cambio de esquemas de primera línea, que anteriormente se basaban en una combinación de Tenofovir, Lamivudina y Dolutegravir (TLD). Estos medicamentos han sido reemplazados por esquemas antiguos, como el Abacavir y el Efavirenz, sin una evaluación previa ni el consentimiento por parte de los pacientes, lo que pone a las personas en riesgo de desarrollar resistencia o sufrir efectos secundarios debido a la nueva medicación.

Además, el desabastecimiento ha generado que se entregue el tratamiento para un plazo menor al usual, proporcionando dosis para un mes en lugar de tres. Ante esto, las personas deben compartir medicación, adquirirla por canales no oficiales como Facebook o comprarla de forma privada, pagando un monto promedio de S/. 200, lo que representa un quinto del salario mínimo mensual. En respuesta al desabastecimiento, la sociedad civil organizó una manifestación frente al Ministerio de Salud el 27 de agosto de 2024; sin embargo, no se han observado cambios significativos.

Información y Orientación

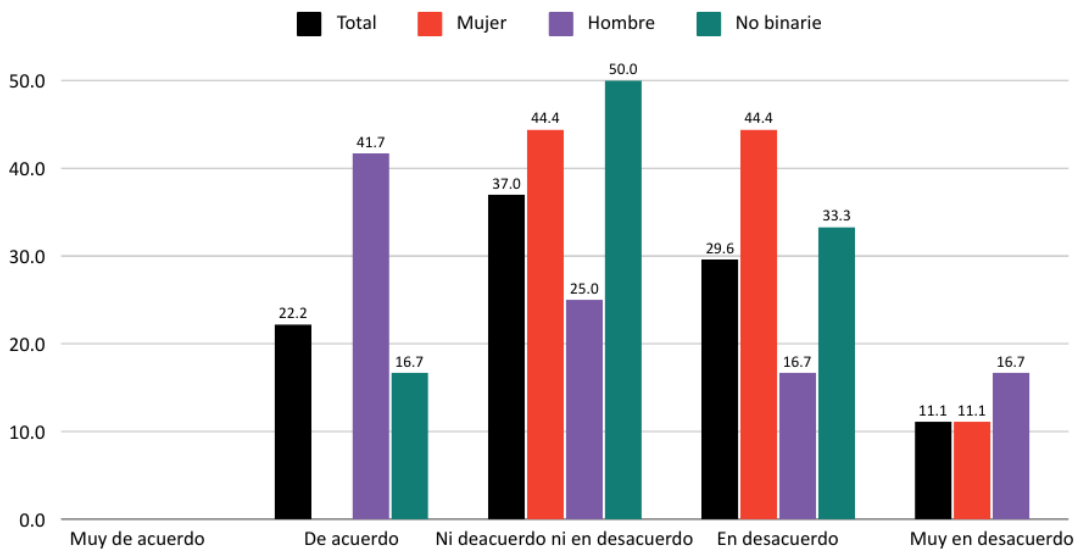
Al acceder al tratamiento, las PvUD consideran que se brinda suficiente información sobre el diagnóstico de VIH y la medicación. Sin embargo, no encuentran en el personal de salud la capacidad

técnica para aconsejarles sobre cómo consumir drogas de forma más segura. La única respuesta de sus proveedores es que traten de no hacerlo, pero no hay un conocimiento específico sobre qué drogas pueden interactuar con esquemas particulares de tratamiento del VIH. Por esto, muchas personas prefieren omitir que usan drogas en las evaluaciones iniciales, como una forma de protegerse frente a un trato diferenciado. En cuanto a la profilaxis preexposición (PrEP) y la profilaxis post exposición (PEP), consideran que, en general, no hay suficiente información que promocióne su acceso.

Esta dualidad de tener información de calidad sobre el vih, pero no sobre el uso de drogas, se refleja en una percepción dividida por parte de las personas encuestadas sobre qué tan adecuada es la orientación sobre el tratamiento antirretroviral (Gráfico 12). Una parte rechazó esta afirmación (40.7 %), otra se mantuvo neutral (37 %) y, en menor proporción, estuvieron de acuerdo (22.2 %). La mayoría complementa la información que recibe en los centros de salud con consejos de su comunidad y otras organizaciones. Existen grupos de apoyo mutuo donde se comparte información sobre proveedores de salud, experiencias de discriminación y otros consejos para recibir una mejor atención. Las organizaciones no gubernamentales (ONG) también son lugares de confianza, donde son atendidos por pares e incluso pueden obtener segundas opiniones médicas sobre sus diagnósticos.

Gráfico 12.

Percepción respecto a la orientación sobre el tratamiento antirretroviral



ii. Acceso a Servicios de Atención Médica para el uso de Drogas Basados en Evidencia

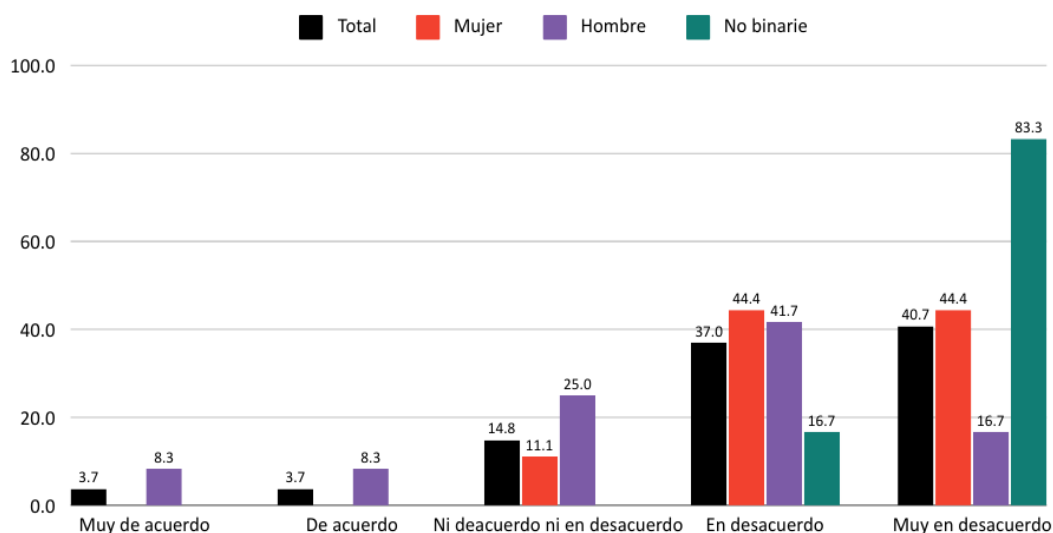
Cobertura Universal de Servicios de Atención Médica



Las personas con vih tienen acceso al Seguro Integral de Salud (SIS) subsidiado, lo que les permite ser atendidos en cualquier establecimiento de salud público de forma gratuita. A pesar de ello, navegar el sistema de salud y comprender las rutas de atención suele ser un obstáculo que aleja a muchas personas de recibir atención integral. En general, las personas encuestadas (Gráfica 13) no creen que las PvUD tengan un acceso real y sin restricciones a servicios médicos para el uso de drogas (77.7%).

Gráfico 13.

Percepción de acceso real y sin restricciones a servicios médicos para el uso de drogas

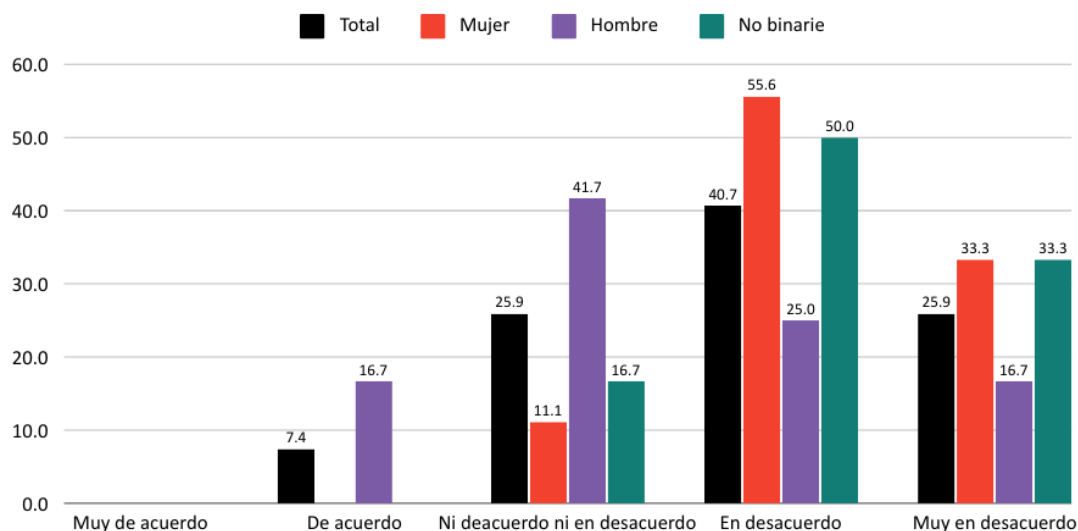


Acceso a Servicios de Salud Sexual y Reproductiva

En los centros de salud existen algunas estrategias para promover la salud sexual y reproductiva, centradas principalmente en el uso de anticonceptivos, métodos de barrera y en el diagnóstico de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) o vih. Entre los encuestados (Gráfico 14), dos de cada tres personas consideraron que las PvUD no pueden acceder a estos servicios sin enfrentar experiencias negativas (66.7%).

Gráfico 14.

Percepción de acceso a servicios sin enfrentar experiencias negativas por parte de las PvUD



Para las PvUD, aprender sobre el *chemsex*⁶⁷ es fundamental, ya que muchas personas han usado drogas por primera vez durante encuentros sexuales. Los participantes manifestaron que es indispensable aprender sobre qué drogas se suelen utilizar durante el *chemsex*, qué pueden hacer para sentirse más seguros antes, durante y después, y cómo navegar las dinámicas de poder en cada situación.

Además, entre quienes realizan trabajo sexual, el uso de drogas es un medio para mantenerse despiertos durante varias horas, tener resistencia cuando atienden a varios clientes al día e incluso poder trabajar con personas con los que no sienten atracción física. Muchos clientes, además, llevan consigo diversas sustancias y exigen que se usen como parte del servicio. Dado que las drogas están presentes durante su trabajo, estas personas están más expuestas a sufrir intervenciones policiales. En ese sentido, la educación que aborde la intersección entre el trabajo sexual y el uso de drogas, para saber cómo mantenerse más seguros, resulta fundamental.

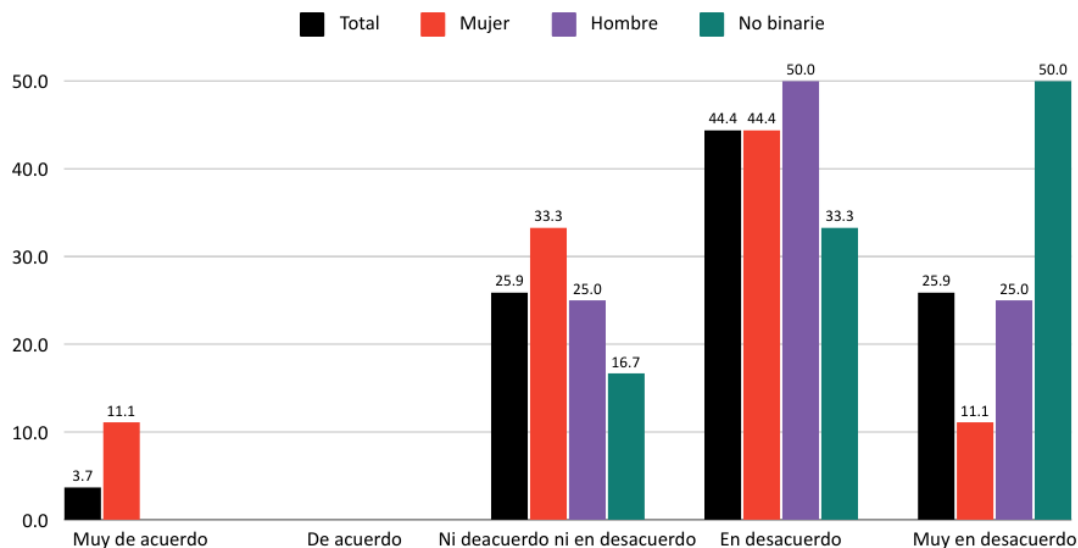
Entornos Amigables Libres de Estigma y Discriminación

Alrededor de tres de cada cuatro participantes (Gráfico 15) consideraron que los servicios de salud no brindan servicios amigables y libres de estigma y discriminación para las PvUD (70.3 %), como lo confirmaron múltiples testimonios. Principalmente, se percibe que el personal de salud está agotado por su trabajo, lo que resulta en un trato deshumanizante para los usuarios de los servicios. Sin embargo, los malos tratos no se consideraron exclusivos contra las PvUD, sino contra cualquier paciente en el centro de salud. Algunos proveedores, incluso, han sido denunciados ante mecanismos oficiales por malos tratos.

⁶⁷ Chemsex es el consumo de drogas para facilitar o intensificar las actividades sexuales.

Gráfico 15.

Percepción de la atención en los servicios de salud por parte de las PvUD



Un factor que contribuye al entorno hostil es el mal estado de la infraestructura. Las personas tienen que esperar en lugares sin asientos o sin acceso a sombra. Incluso, la organización Positivos de Corazón realizó incidencia con una congresista para que se arregle la infraestructura básica, como los baños del área de infectología de un hospital. Finalmente, la alta rotación del personal impide que la generación de capacidades sea consistente. Por ejemplo, a pesar de haberse implementado como protocolo el uso del nombre social o del apellido para las personas trans, en algunos centros no se aplica porque el personal de salud nuevo no ha recibido la información y el entrenamiento necesario para hacerlo.

iii. Acceso a Servicios de Reducción de Daños para PvUD

Disponibilidad de Servicios de Atención Basados en la Reducción de Daños

La Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA) gestiona los programas públicos dirigidos a personas que usan drogas. Su principal enfoque es la prevención del consumo, por lo que, en coordinación con las Direcciones Regionales de Educación, realiza talleres en instituciones educativas dirigidos a estudiantes de secundaria. Además, cuenta con la línea gratuita “Habla Franco”, que brinda orientación sobre drogas, consejería e intervención breve. En colaboración con el Ministerio de Salud, también interviene a través de los Centros de Salud Mental Comunitarios y los centros de

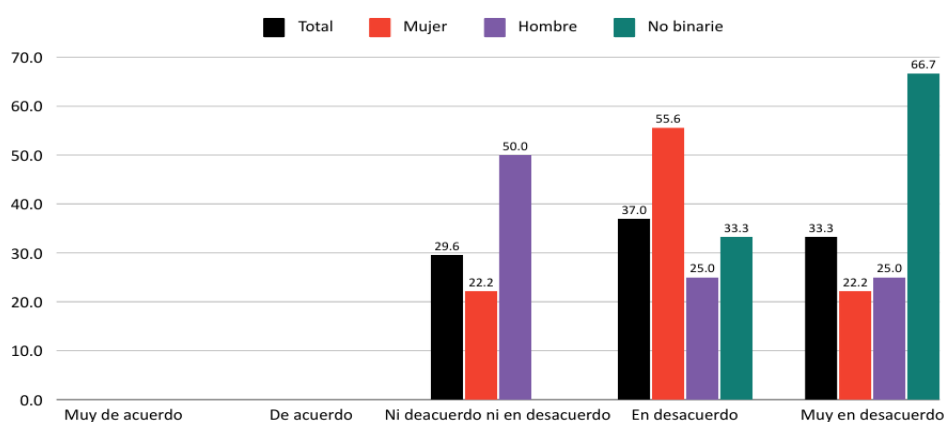


atención residencial. En estos últimos, se han identificado casos específicos de personas con vih que estaban recibiendo tratamiento antirretroviral. Sin embargo, el enfoque de DEVIDA no se centra en la reducción de daños, y no se prevé la incorporación de actividades bajo este enfoque en el corto plazo.

Ante este escenario, dos de cada tres personas encuestadas (70.3 %) opinaron que no hay servicios de reducción de daños accesibles y disponibles para las PvUD (Gráfico 16). Los servicios que existen son privados y no tienen un enfoque de reducción de daños ni están diferenciados para personas con vih. Cuatro personas entrevistadas mencionaron haber buscado o conocer a alguien que buscó acompañamiento psicológico o psiquiátrico para disminuir su uso de drogas, y que debieron asumir los costos de forma privada. Uno de ellos manifestó que, en un centro de internamiento, recibían malos tratos por parte del director, quien los utilizaba para realizar trabajo manual y ser sus asistentes personales. A pesar de ello, existen también soportes comunitarios importantes, como los grupos de Narcóticos Anónimos o los espacios de organizaciones de base. Una lideresa comentó que la sede de la organización de personas con vih que dirige abre sus puertas a todas las personas sin juzgarlas ni exigirles sobriedad.

Gráfico 16.

Percepción de servicios de reducción de daños accesibles y disponibles para las PvUD



Programas de Prevención de Sobredosis

De acuerdo con los datos de DEVIDA, en el Perú no hay una presencia significativa de opioides, a diferencia de la mayoría de los países del Norte, donde el fentanilo es la principal causa de muertes por sobredosis. Este escenario ha justificado que la prevención se oriente a limitar el consumo, en lugar de brindar información clave para prevenir sobredosis durante el uso de drogas. DEVIDA menciona que el único caso de uso de opioides identificado fue el de una persona extranjera que vivía en Perú. De manera similar, una de las personas entrevistadas comentó que, hace un par de años, su amigo tuvo una

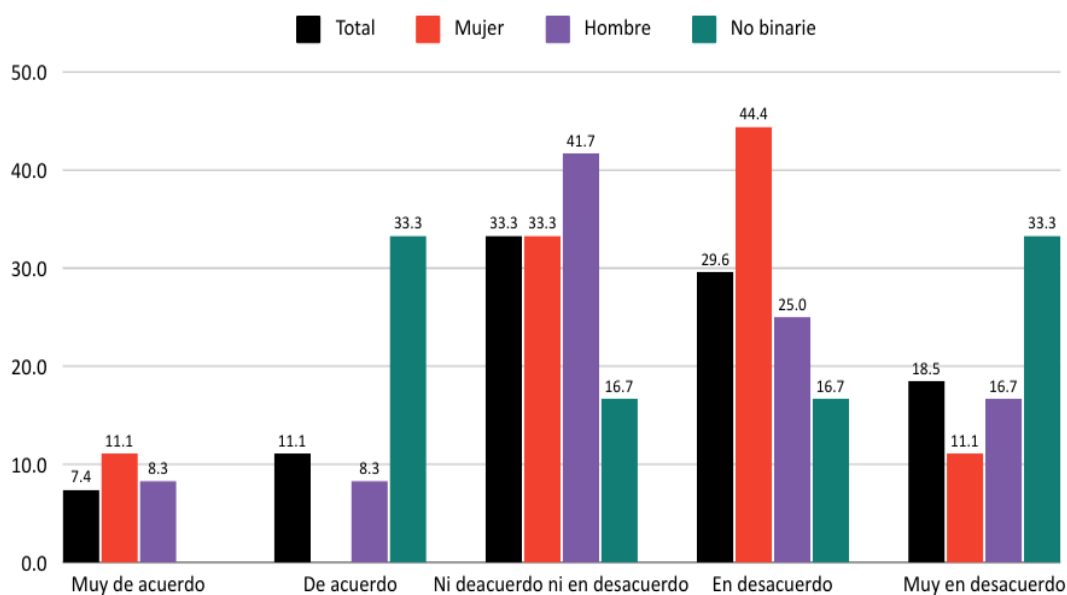


sobredosis fatal por heroína en Lima, después de comenzar a consumirla mientras vivía en Brasil. En ambos casos, el consumo había iniciado en otros países.

De esta manera, el único programa de prevención de sobredosis es gestionado por el Proyecto Soma, una organización sin fines de lucro peruana. Sus actividades consisten en analizar drogas para verificar su composición, brindar material informativo y ofrecer asesorías personalizadas. Este trabajo se realiza durante festivales de música, y recientemente han inaugurado un espacio de atención en Lima, que abre una vez al mes. Este tipo de actividades es fundamental, pero su alcance puede ser limitado debido a la falta de difusión, financiamiento y accesibilidad.

Gráfico 17.

Los programas de prevención de sobredosis son efectivos para reducir el riesgo de sobredosis en personas que usan drogas con vih



Servicios de Atención Psicosocial y Comunitaria Basados en Reducción de Daños

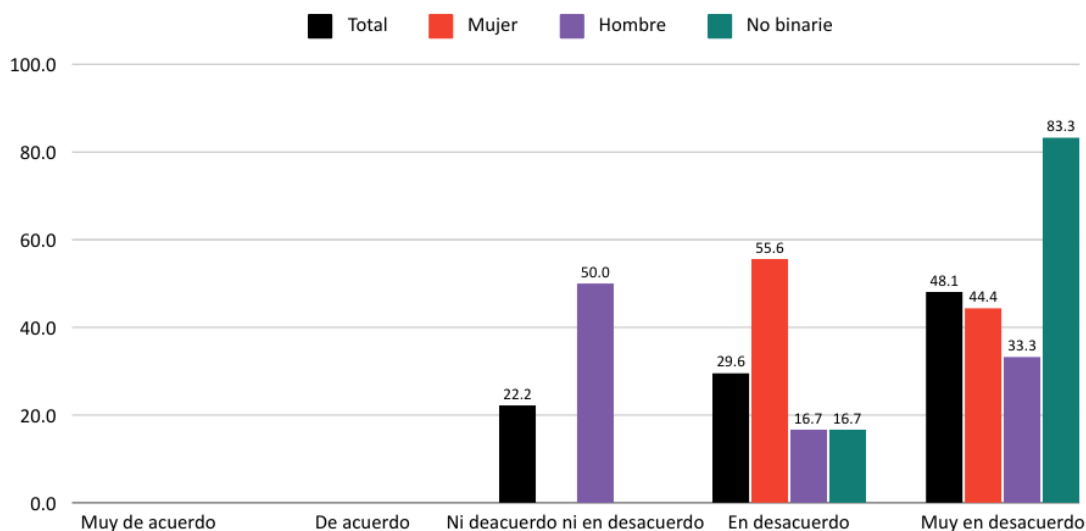
Parte del protocolo para ingresar al tratamiento antirretroviral es tener una sesión con un profesional de psicología, la cual debe repetirse una vez al año. A pesar de valorar este espacio, los participantes lo consideraron insuficiente y protocolar, ya que no pueden abordar la complejidad de temas que desean en el tiempo reducido y esporádico de las sesiones. Por ello, la mayoría accede a servicios de salud mental de forma privada. Además, consideraron que debería haber mayor acceso a servicios psiquiátricos en los centros de salud. El limitado acceso a estos servicios se reflejó en la



percepción de las personas encuestadas (Gráfico 18), quienes consideraron que las PvUD no tenían acceso a servicios de atención psicosocial y comunitaria basados en la reducción de daños (77.8%).

Gráfico 18.

Percepción de acceso limitado a los servicios de atención psicosocial y comunitaria basados en reducción de daños



5.2.3. Derecho a no Sufrir Detención o Prisión Arbitrario

Este derecho se analizó a través de tres categorías: i) la penalización del uso personal de drogas, ii) el abuso de autoridad y violencia estatal, y iii) la violencia en centros de detención.

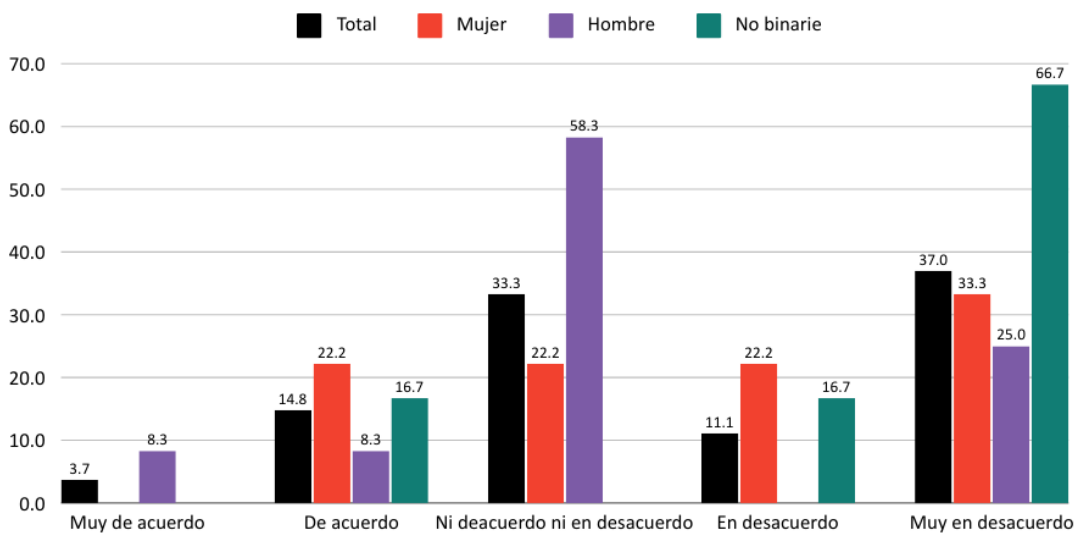
i. Penalización del uso Personal de Drogas

Criminalización

Aunque la posesión no punible está reconocida, con cantidades límite establecidas para cada sustancia, existe una ambigüedad legal que permite a la policía detener a las personas con vih que usan de drogas (PvUD). Siempre que una persona posee drogas, incluso si está dentro de las cantidades límite, puede interpretarse que es con fines de microcomercialización o tráfico ilícito de drogas (TID). Uno de los entrevistados ha presenciado cómo la policía reporta un caso como sospechoso de TID con la justificación de que la persona llevaba consigo efectivo y un celular. Esto les permite detener a más usuarios de drogas, y no aplicar los criterios de posesión no punible. Por esto, aunque la posesión esté descriminalizada,

muchos encuestados (Gráfico 19) consideran que el uso personal no está despenalizado realmente (48.1%). Además, considerando la generalización de las extorsiones por parte de la policía en el país, esta interpretación les permite solicitar sumas mayores de dinero a los usuarios de drogas, con la promesa de no detenerlos. Un entrevistado comenta que en una ocasión lo encontraron fumando marihuana y la misma policía le robó el celular.

Gráfico 19.
Percepción de los encuestados respecto al conocimiento sobre la despenalización del uso personal



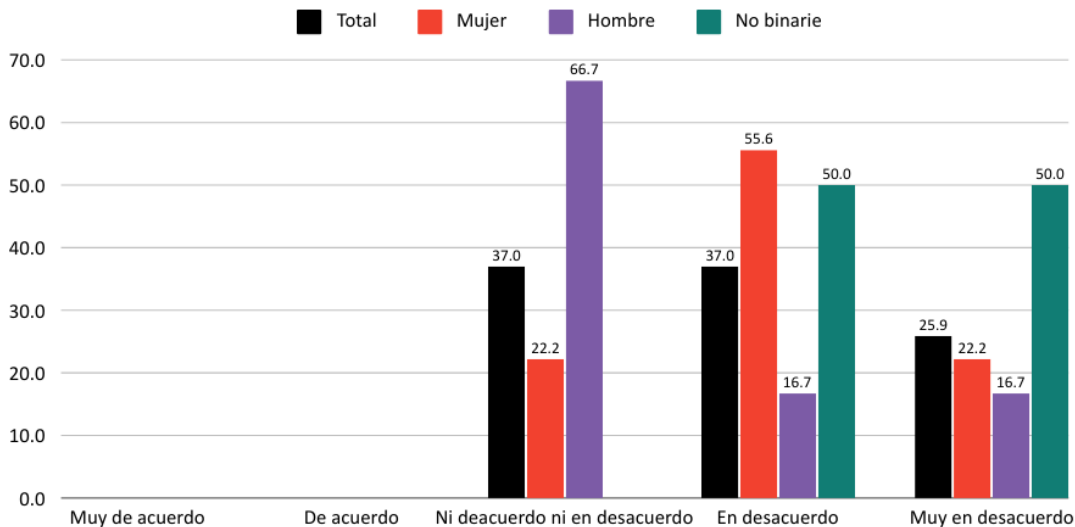
Defensa Técnica

Aproximadamente dos tercios (62.9%) de los encuestados consideraron que los servicios legales de defensa técnica proporcionados por el Estado no son efectivos para las PvUD (Gráfico 20). No existen programas de defensa técnica que aborden específicamente los cargos por drogas, ni en el ámbito privado ni en el público. Por ello, ninguno de los participantes sabría a dónde acudir si enfrentara algún cargo relacionado con las drogas. En el pasado, específicamente hasta 2017, existió una Línea Verde gestionada por el Centro de Investigación “Drogas y Derechos Humanos” (CIDDH), que atendía a usuarios de cánnabis detenidos por la policía. Llegaron a atender a 150 personas de forma individualizada y a brindar más de 400 atenciones telefónicas. Un patrón que identificaron fue que los efectivos policiales aprovechaban el desconocimiento de los usuarios sobre sus derechos para intimidarlos y solicitarles un soborno. En

muchas ocasiones, bastaba con que un abogado de la línea se identificara ante el efectivo para que dejaran libre al usuario durante la detención o ya en la comisaría.

Gráfico 20.

Percepción de los encuestados sobre la efectividad de los servicios legales proporcionados por el Estado

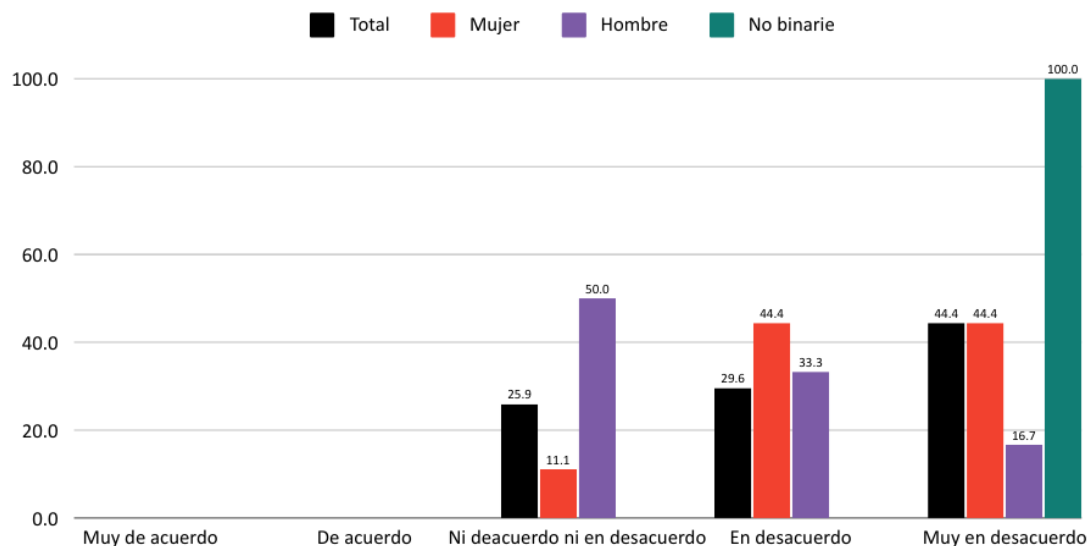


Portación Mínima

Ninguna de las PvUD que participaron en el estudio conocía los límites de portación permitidos para cada sustancia. Algunos sabían que podían portar hasta cierta cantidad, mientras que otros desconocían que las cantidades estaban reguladas. Este desconocimiento se debe, en parte, a que se sienten seguros al consumir en espacios privados cerrados, como discotecas o sus propias viviendas. Además, algunos mencionaron que no suelen ser quienes compran las drogas directamente al proveedor, sino que, dentro de su grupo de amigos, les invitan o compran por ellos. Así, la gran mayoría de los encuestados (74.1%) consideró que los parámetros de portación permitida no se aplican de manera justa y consistente (Gráfico 21).

Gráfico 21.

Percepción de los encuestados sobre los parámetros de portación mínima



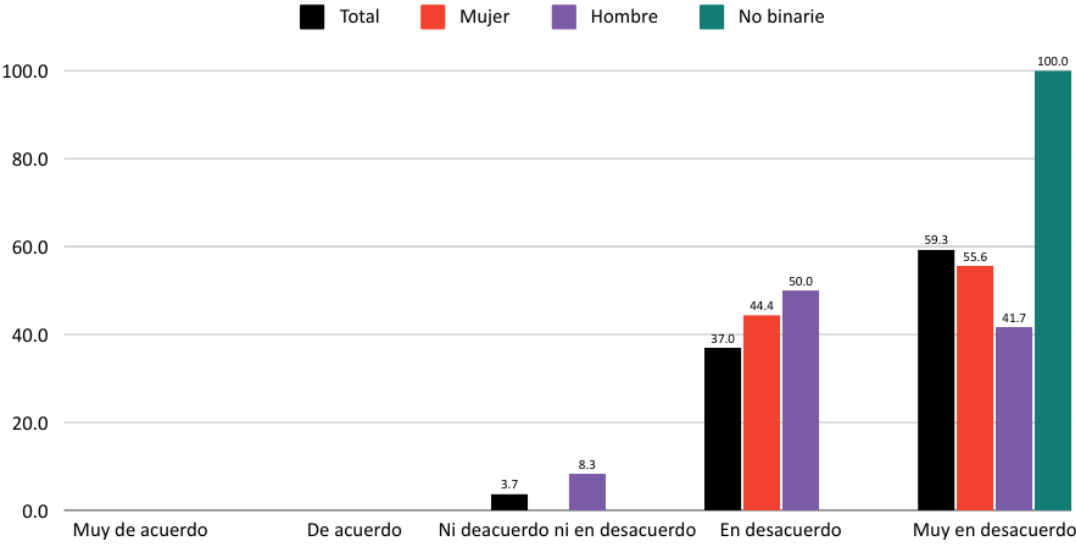
ii. Abuso de Autoridad y Violencia Estatal

Protección Legal

Los participantes consideraron que no tenían ninguna protección legal contra el abuso de autoridad y la violencia estatal. Alegaron que, por usar drogas, los efectivos policiales consideran que no merecen el respeto de sus derechos y que la policía es la institución que más los socava. Se identificaron casos de abuso policial hacia personas afrodescendientes, mujeres trans y trabajadoras sexuales, incluyendo un caso en el que estas últimas fueron violentadas físicamente por la policía y luego abandonadas en una zona desolada. Ante estos abusos, los participantes consideran que su única forma de protección legal contra el abuso policial es el dinero. Perciben que no hay una intención real de investigar y sancionar casos relacionados con el uso de drogas, sino que utilizan la criminalización como medio para la extorsión. Debido a estas situaciones, casi todas las personas encuestadas (Gráfico 22) consideraron que las PvUD enfrentan criminalización y estigmatización en su comunidad (96.3%).

Gráfico 22.

Percepción de las personas encuestadas respecto a la criminalización y estigmatización de las PvUD

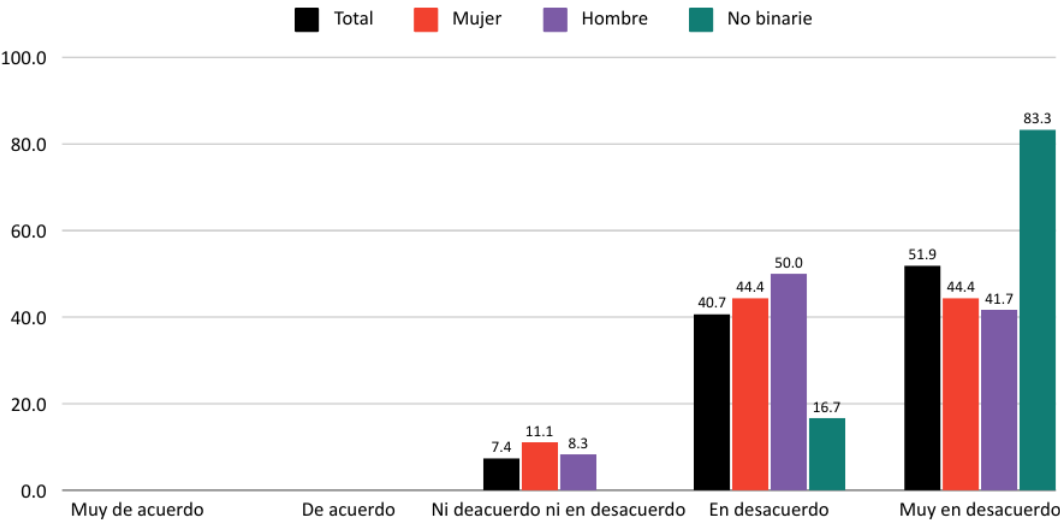


Mecanismos de Denuncia

Casi la totalidad de personas encuestadas (92.7%) opinó que no existen mecanismos efectivos para denunciar abusos policiales, como el uso excesivo de la fuerza o el acecho policial hacia las PvUD (Gráfico 23). Esta fue una de las opiniones más marcadas de los encuestados a lo largo de toda la investigación.

Gráfico 23.

Percepción respecto a los mecanismos de denuncia

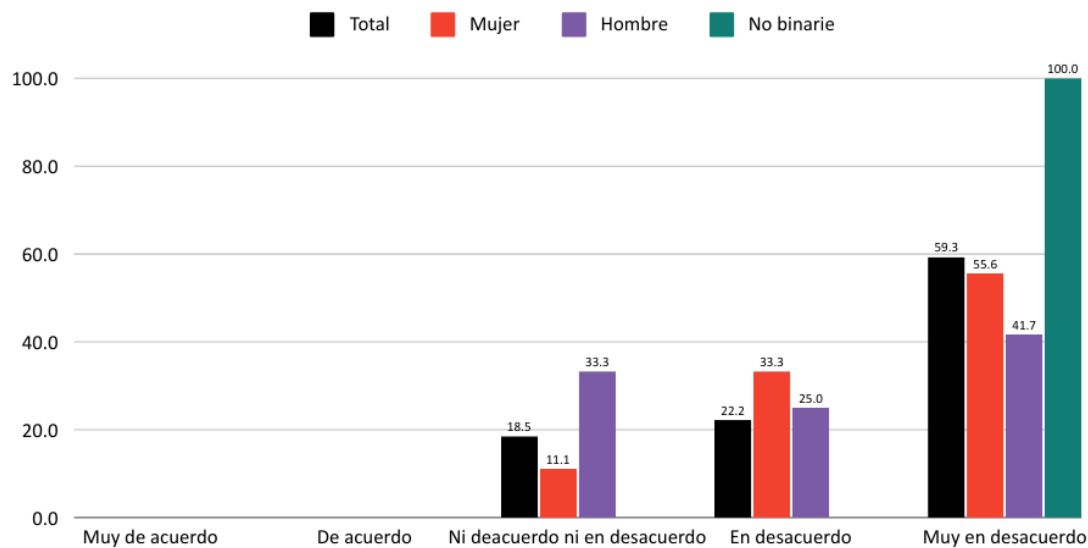


Mecanismos de Reparación

Respecto a este tema, los participantes no conocían la existencia de mecanismos de reparación para las víctimas de abusos policiales. En esa misma línea, la gran mayoría (81.5%) señaló que estos mecanismos no son accesibles ni efectivos para las PvUD (Gráfico 24).

Gráfico 24.

Percepción sobre los mecanismos de reparación



iii. Violencia en Centros de Detención

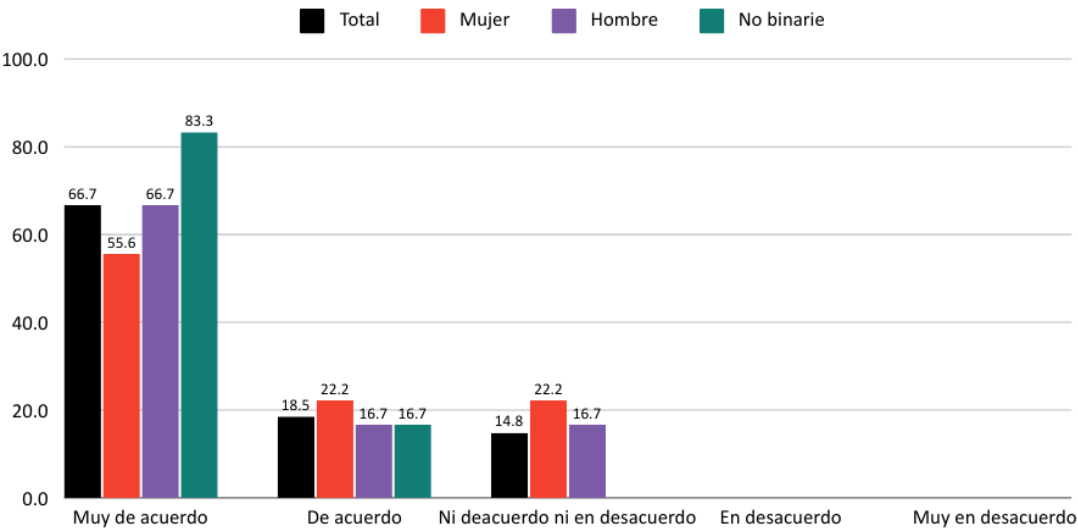
Abusos de Poder

Los centros de detención pueden entenderse como los espacios en los que una persona detenida debe permanecer, ya sea un patrullero, una celda en una comisaría o un centro penitenciario, encontrándose evidencia de abusos en los dos primeros. Se reportaron casos de mujeres que, al estar bajo custodia policial, recibieron ofrecimientos sexuales indebidos por parte de los policías a cambio de dejarlas en libertad. Otro participante comentó que, tras ser detenido por ingesta de alcohol, fue llevado a la comisaría del distrito, donde se encontraban otras 15 personas detenidas por la misma situación. A todas les ofrecieron borrar de su historial el proceso a cambio de un pago de S/. 3,000 (alrededor de \$790, equivalente a tres salarios mínimos mensuales en el Perú). De todo el grupo, fue la única persona que se

rehusó a pagar y decidió seguir el proceso de investigación y sanción, mientras que los demás optaron resolver por vías extralegales. Solo en una noche en esa comisaría, los policías recolectaron S/. 45,000 (casi \$12,000) en coimas. Por situaciones conocidas similares, casi la totalidad de encuestados (85.2%) considera que los abusos de poder en los centros de detención son un problema común (Gráfico 25).

Gráfico 25.

Percepción de los encuestados respecto al abuso de poder

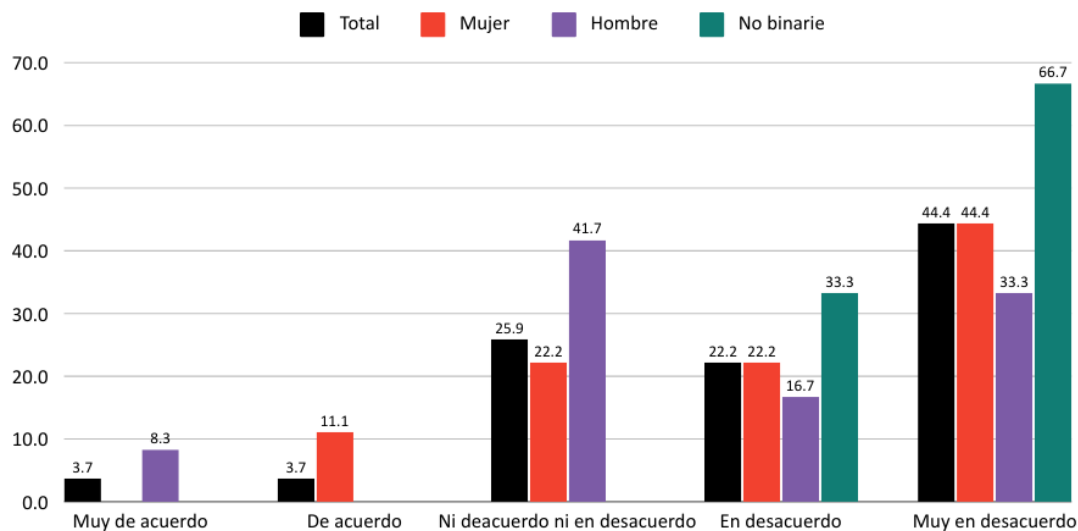


Abusos en Centros de Detención

A propósito de este apartado, se reportaron situaciones de abuso en centros de detención cometidos por otras personas detenidas o privadas de libertad. Se identificaron casos de mujeres bajo custodia policial que debían compartir celda con hombres durante múltiples noches, sintiéndose inseguras y desprotegidas. De manera similar, una participante comentó que dos de sus compañeras, mujeres trans, estuvieron privadas de libertad hace algunos años por posesión de drogas. Durante ese tiempo, las obligaron a permanecer en los pabellones de hombres, transgrediendo su derecho a la identidad de género. Su única forma de protección fue conseguir una pareja que las hiciera sentir seguras. Ante este escenario de abusos, la gran mayoría de las personas encuestadas (66.7%) considera que no existen mecanismos efectivos para denunciarlos (Gráfico 26).

**Gráfico 26.**

Percepción de los encuestados respecto al abuso de poder en centros de detención

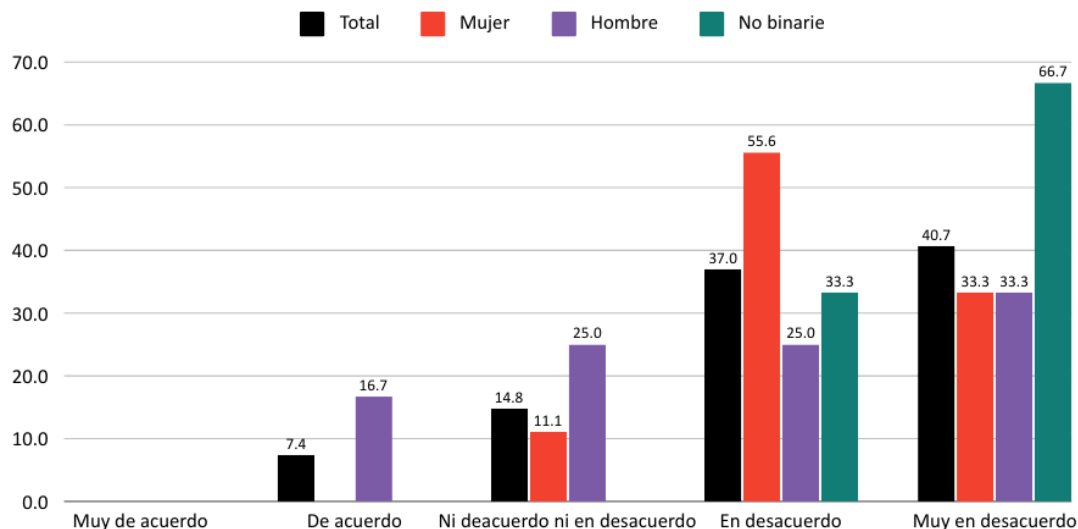


Formación Antidiscriminatoria

Existe una gran deficiencia en los procesos formativos del personal policial y penitenciario en relación con los derechos humanos y la prevención de la violencia. Las personas encuestadas (77.7%) notaron que los programas de capacitación antidiscriminatoria para el personal de los centros de detención no son efectivos para prevenir abusos (Gráfico 27).

Gráfico 27.

Percepción de los encuestados respecto a los programas de capacitación antidiscriminatoria para el personal de los centros de detención



5.3. Análisis Integrado: Técnica del Semáforo

La Técnica del Semáforo es una herramienta de evaluación que utiliza cinco colores para ilustrar el cumplimiento de cada derecho. Esta técnica asigna un puntaje a cada derecho, primero para cada tipo de análisis y luego de forma integrada a través de una ponderación. En la ponderación, el análisis *de jure* representó el 40 % del puntaje total, y el análisis *de facto*, el 60 %. Al examinar la implementación y el impacto real de estas leyes en la vida de las personas, se le asignó un mayor peso en la ponderación, debido a que evalúa la eficacia y el impacto directo en las PvUD. Un análisis integrado detallado por cada subcategoría se puede encontrar en el anexo 2. Cada color representa lo siguiente en esta técnica:

Tabla 2.

Análisis Integrado: Técnica del Semáforo

Puntaje	Análisis De Jure	Análisis De Facto
Deficiente, color rojo (0-20%)	Ausencia de leyes o políticas que protejan los derechos de las PvUD, o leyes que los vulneran abiertamente. Incumplimiento de los estándares internacionales de derechos humanos.	Violaciones graves y sistemáticas de los derechos, como la negación del acceso a servicios de salud, discriminación institucionalizada, violencia policial y detenciones arbitrarias.



Limitado, color naranja (21-40%)	protección legal limitada o políticas con deficiencias significativas en su implementación. Las leyes existentes pueden ser ambiguas, incompletas o no abordar adecuadamente las necesidades específicas de las PvUD.	Limitaciones significativas en el ejercicio de los derechos, como barreras de acceso a servicios de salud, discriminación en el empleo, estigma social y prácticas policiales discriminatorias.
Puede mejorar, color amarillo (41-60%)	Protección legal adecuada en términos generales, pero con margen de mejora en su implementación. Pueden existir vacíos legales, leyes que no se aplican de manera consistente o falta de mecanismos de cumplimiento efectivos.	Desafíos moderados en el ejercicio de los derechos, como demoras en el acceso a servicios de salud, discriminación ocasional, o aplicación discrecional de las leyes por parte de las autoridades.
Aceptable, color verde claro (61-80%)	Protección legal adecuada y en cumplimiento de los estándares internacionales, pero con posibles desafíos en su aplicación. Las leyes y políticas son generalmente sólidas, pero pueden requerir ajustes o mejoras para garantizar su plena efectividad.	Ejercicio adecuado de los derechos en la mayoría de los casos, pero con algunos desafíos puntuales. Puede haber demoras ocasionales en el acceso a servicios, discriminación esporádica o falta de sensibilización en algunos sectores
Óptimo, color verde (81-100%)	Protección legal óptima y en pleno cumplimiento de los estándares internacionales. Las leyes y políticas son claras, exhaustivas y no discriminatorias, y existen mecanismos efectivos para su implementación y cumplimiento.	Ejercicio pleno de los derechos humanos. Las PvUD tienen acceso equitativo a servicios de salud, no enfrentan discriminación y sus derechos son respetados y garantizados en todos los ámbitos.

Al realizar el análisis integrado y ponderado para todos los derechos y el puntaje global, se observó una diferencia entre los puntajes del análisis *de jure* y el análisis *de facto*. En todos los casos, los puntajes *de facto* fueron menores, en algunos casos significativamente inferiores a los *de jure*, lo que llevó a cambios de categoría y color. A nivel global, el puntaje integrado fue de 41.85 % (puede mejorar), lo que representa una diferencia de más del 122 % entre el puntaje *de jure* de 49.07 % (puede mejorar) y el *de facto* de 37.04 % (limitado).

En cuanto al derecho a la no discriminación, el puntaje *de jure* fue de 46.11 % (puede mejorar) y el *de facto*, de 31.67 % (limitado). Esta diferencia de 14.44 % ilustra las brechas entre la normativa, que propone un panorama favorable para la protección contra la discriminación, y la práctica, que refleja testimonios constantes de violencia y exclusión. El puntaje integrado fue de 37.04 % (limitado).



Para el derecho a la salud, el puntaje varió de 60.56 % (aceptable) en lo *de jure*, a 46.67 % (puede mejorar) en lo *de facto*. Aunque este fue el derecho con los mejores puntajes, se observa una brecha del 13.86 %. En ambos casos, lo que redujo el puntaje fue la categoría que abordaba el acceso a servicios de reducción de daños. El puntaje integrado fue de 52.22 % (puede mejorar).

Finalmente, para el derecho a no sufrir detención ni prisión arbitraria, los puntajes se mantuvieron similares en ambos análisis, variando de 40.56 % (limitado) para *de jure* a 32.78 % (limitado) para *de facto*, manteniendo la tendencia de que este último es menor. Así, el puntaje integrado fue de 35.89 % (limitado).

Gráfico 28.

Análisis integrado y ponderado para todos los derechos objeto de estudio

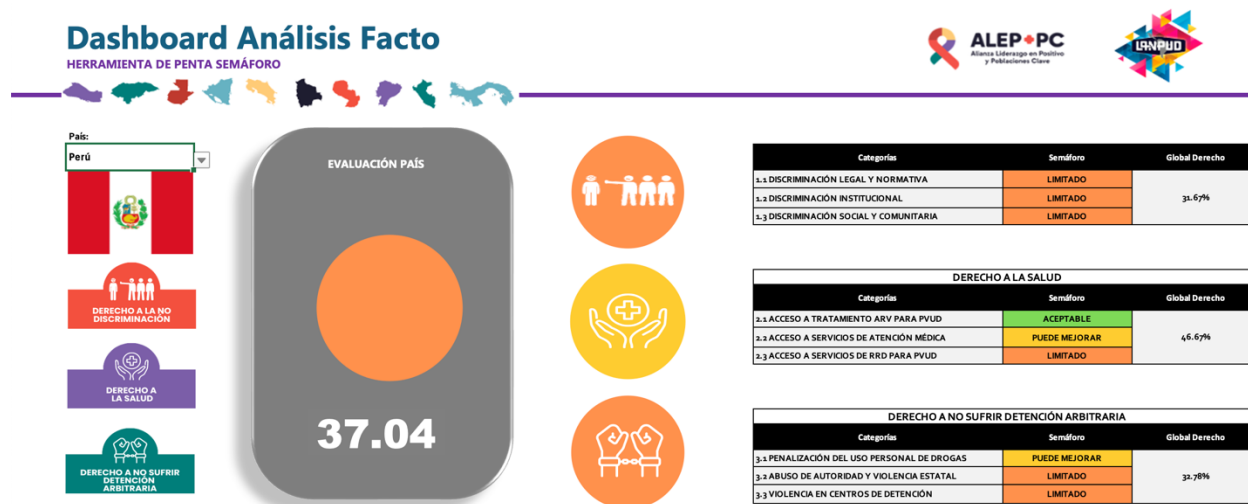


Gráfico 29.

Análisis de Jure y Facto



**DERECHO A NO SUFRIR
DETENCION
ARBITRARIA**



DERECHO A NO SUFRIR DETENCIÓN ARBITRARIA			
Categorías	Puntaje Promediado	Semifaro	Global Derecho
3.1 PENALIZACIÓN DEL USO PERSONAL DE DROGAS	52.00%	PUEDO MEJORAR	35.89%
3.2 ABUSO DE AUTORIDAD Y VIOLENCIA ESTATAL	26.00%	LIMITADO	
3.3 VIOLENCIA EN CENTROS DE DETENCIÓN	29.67%	LIMITADO	

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



5. Conclusiones

6.1. Marco Legal y Normativo

El panorama normativo en el Perú muestra una complejidad en la forma de abordar los derechos para las personas con vih que usan drogas. Por un lado, se evidencia la conformidad con instrumentos internacionales que reconocen los derechos a la no discriminación, a la salud y a no sufrir detención ni prisión arbitrarias. Por otro lado, es común que la mayoría de las normativas nacionales tengan un alcance dirigido a la población en general o que mencionen solo a una de las poblaciones (personas con vih o personas que usan drogas), sin considerar la intersección de estas identidades. En general, las normativas para estos derechos deben incorporar un enfoque más interseccional e integral, que aborde de manera efectiva los problemas estructurales que afectan a las PvUD, y proponer mejores mecanismos de supervisión y denuncia para su cumplimiento.

Es evidente que, aunque existe un reconocimiento básico de la discriminación en el marco legal, se requieren reformas significativas para proporcionar una protección efectiva a las personas con vih que usan drogas. La propuesta de una nueva ley sobre el vih es un paso crucial para abordar estas deficiencias y garantizar un enfoque interseccional que considere a las poblaciones clave, incluyendo a las personas que usan drogas. Además, es fundamental fortalecer y difundir los canales de denuncia, así como promover la confianza en las instituciones para que las personas se sientan seguras al reportar situaciones de discriminación sin temor a represalias ni estigma. De igual manera, es necesario derogar las leyes que, en sí mismas, pueden representar una forma de discriminación contra las PvUD.

Existen varias protecciones contra la discriminación en servicios básicos para la población en general, tanto en el ámbito de la salud, el trabajo, el consumo y la educación. Sin embargo, hacen falta estrategias que respondan de manera integral a las barreras estructurales que enfrentan las PvUD para acceder a estos servicios. En el ámbito laboral, aunque existen normativas que protegen a la población en general y a las personas con vih, su implementación y cumplimiento son insuficientes y no protegen a las personas que usan drogas. La realidad muestra que la discriminación persiste debido a la desinformación y los mitos sobre la transmisión del virus en el entorno laboral. Es fundamental fortalecer la supervisión del cumplimiento de estas protecciones laborales y difundir los canales de denuncia, haciendo énfasis en el ámbito laboral. Asimismo, se deben establecer protocolos que regulen la exigencia de pruebas toxicológicas como requisito para la contratación o permanencia en el empleo.

El estigma social hacia las PvUD sigue siendo un obstáculo significativo. Existen leyes, principalmente en el ámbito de la salud, que buscan reducir el estigma hacia las personas con vih a través de mensajes educativos y capacitación al personal de salud. Sin embargo, estas leyes no abordan específicamente cómo el estigma del vih se relaciona con el uso de drogas. La participación de las personas que usan drogas en la formulación de políticas y en la promoción de prácticas de reducción de daños es crucial para combatir el estigma social.

A pesar de la sólida base normativa que garantiza el acceso universal al tratamiento antirretroviral (TARV) y a tratamientos preventivos como la profilaxis preexposición (PrEP) y la profilaxis post exposición (PEP), persisten vacíos para garantizar la atención a las personas que usan drogas. La falta de reconocimiento explícito de estas personas como población clave limita el desarrollo de protocolos específicos para abordar sus necesidades y guiar a los proveedores de salud sobre cómo brindar una atención de calidad, informada y libre de estigmas. Estos protocolos son indispensables para fomentar la confianza en el sistema de salud y deben realizarse con la participación de las PvUD.

Las normativas para el acceso a servicios de salud destacan la importancia de la atención integral y equitativa para todas las personas, incluidas las PvUD. Sin embargo, es necesario realizar un mejor seguimiento a las aseguradoras privadas para garantizar el cumplimiento del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), en especial para la cobertura inmediata del tratamiento antirretroviral (TARV) y los tratamientos preventivos. Asimismo, incluir en este plan a las personas que usan drogas bajo el diagnóstico de “problemas de salud mental” resulta patologizante e insuficiente. La cobertura de salud para personas que usan drogas debe estar considerada de manera transversal y desde un enfoque de reducción de daños. De igual manera, las normativas abordan el uso de drogas desde la prevención y la rehabilitación, y tienden a adoptar enfoques prohibicionistas. A pesar de los esfuerzos realizados en el pasado, las estrategias públicas que incluían entre sus objetivos la reducción de daños y la prevención de sobredosis no han tenido continuidad.

Por otro lado, la criminalización de las drogas en el Perú ha creado una fuerte lucha contra el narcotráfico, dificultando la regulación adecuada del uso personal y medicinal. El Código Penal establece de manera efectiva las cantidades máximas que se consideran como posesión no punible. Sin embargo, la ambigüedad en la distinción con el delito de microcomercialización genera casos de arrestos injustificados. A pesar de que existen disposiciones que permiten la defensa legal de los detenidos y beneficios para quienes colaboran con las autoridades, esta continua penalización puede resultar en abusos de autoridad, violencia policial y extorsiones, particularmente en un contexto de perfilamiento hacia usuarios de drogas.

Las directrices policiales para el respeto de los derechos humanos durante el arresto a menudo no se implementan de manera efectiva, y los limitados mecanismos de denuncia y reparación para las víctimas son insuficientes. Esto genera un entorno en el que las personas afectadas por el abuso no cuentan con suficientes recursos para buscar justicia y reparación, lo que refuerza la impunidad en las fuerzas del orden.

Finalmente, el sistema penitenciario en el Perú enfrenta serios desafíos en la protección de los derechos de las personas privadas de libertad, particularmente para las PvUD. Se incluyen como sanciones el aislamiento de hasta treinta días por posesión y uso de drogas, y se condicionan los beneficios penitenciarios a la desintoxicación. El trabajo de los Mecanismos Nacionales de Prevención de Tortura dentro de los centros penitenciarios debe promoverse y difundirse, ya que cuentan con medios de denuncia para los abusos que experimentan las personas privadas de libertad. La formación adecuada para el personal penitenciario sobre el respeto a los derechos humanos debe ser una prioridad, incluyendo los derechos de las PvUD.

6.2. Prácticas Institucionales y Experiencias de las PvUD

Las PvUD enfrentan un panorama de discriminación sistémica profundamente arraigada en múltiples dimensiones de la sociedad. El estigma social permea todos los ámbitos de la vida de las PvUD, con todos los participantes reconociendo el impacto negativo en su vida cotidiana. Las personas no se sienten protegidas por la legislación antidiscriminatoria, ya que esta no aborda la interseccionalidad de ser una persona con vih que usa drogas. La desconfianza en las instituciones alimenta el temor a reportar cualquier vulneración de sus derechos a través de canales oficiales, por lo que recurren a mecanismos de denuncia comunitarios.

En el acceso a servicios, particularmente, experimentan inseguridad en la vivienda, servicios de salud inadecuados y discriminación laboral. A pesar de estar prohibido, algunos empleadores siguen solicitando pruebas de vih para la contratación y despiden arbitrariamente a trabajadores tras revelar su diagnóstico. Especialmente en el trabajo informal, los mecanismos de protección no responden a la realidad. En el ámbito de la justicia, los testimonios revelan situaciones de violencia policial, especialmente contra mujeres trans, trabajadoras sexuales, personas afrodescendientes y migrantes venezolanos.

De otro lado, existe una percepción social que vincula el vih directamente con conductas de riesgo, generando un fuerte autoestigma que lleva a las personas a ocultar su uso de drogas por vergüenza



y miedo a ser etiquetadas como adictas. Este estigma no solo daña la autoimagen, sino que también obstaculiza la búsqueda de apoyo. Esto se relaciona con la limitada participación de las PvUD en procesos de toma de decisiones. Existe un silencio generalizado sobre el uso de drogas en espacios de apoyo y activismo, lo que ha impedido desarrollar una agenda política para la desestigmatización y la provisión de servicios para el uso de drogas. Las personas entrevistadas sugieren crear mesas de trabajo y proyectos de activismo que involucren directamente a las PvUD para reducir el estigma y promover la reducción de daños.

En cuanto al derecho a la salud, a pesar de la estructura normativa que respalda el acceso a tratamientos antirretrovirales y la prevención combinada, existen desafíos urgentes que superar en torno a la asequibilidad y accesibilidad. Garantizar el abastecimiento de medicación para el tratamiento, la profilaxis preexposición (PrEP) y la profilaxis post exposición (PEP) debe ser una prioridad para el sector salud. Además, la adherencia al tratamiento del vih se ve limitada por múltiples factores, como los costos de transporte, la inestabilidad habitacional y los problemas de salud mental. Otras deficiencias en estos servicios incluyen la variabilidad en la calidad de atención entre centros de salud, las limitaciones en el aseguramiento de salud, los períodos de carencia de hasta tres años en seguros privados y la falta de capacidad técnica del personal de salud para comprender la intersección del vih con otras enfermedades crónicas.

En ese sentido, muchas personas omiten su uso de drogas durante las evaluaciones médicas por miedo al trato prejuicioso y complementan la información oficial con consejos de grupos de apoyo mutuo y organizaciones no gubernamentales, donde son atendidos por pares. En particular, los participantes consideran crucial aprender sobre el *chemsex* (uso de drogas en contextos sexuales), sus dinámicas y riesgos, especialmente para quienes realizan trabajo sexual, donde las drogas son frecuentemente utilizadas como herramienta para mantener la resistencia física y trabajar con clientes no deseados, y son quienes pueden enfrentar mayores riesgos de intervención policial. Esto hace indispensable una educación que aborde la intersección entre trabajo sexual y uso de drogas.

A pesar de la posesión no punible de drogas, existe una ambigüedad legal que permite a la policía detener a las PvUD, interpretando la posesión incluso de cantidades no penalizadas como posible microcomercialización o tráfico ilícito de drogas. Esta situación facilita detenciones arbitrarias y extorsiones policiales, aprovechándose del desconocimiento de los usuarios, quienes frecuentemente son amenazados con cargos legales a cambio de dinero. Los participantes del estudio revelaron una profunda desprotección legal frente al abuso policial, destacando que los efectivos policiales consideran a las

personas que usan drogas como ciudadanos sin derechos, con especial vulneración hacia personas afrodescendientes, mujeres trans y trabajadoras sexuales, revelando casos extremos de violencia física.

Esto se agrava considerando que ninguna de las personas entrevistadas conocía los límites legales de portación para diferentes sustancias, con algunos sabiendo que podían portar cierta cantidad y otros desconociendo completamente la regulación. Además, no existen programas de defensa específicos para cargos relacionados con drogas, ni públicos ni privados, y los participantes desconocen dónde buscar ayuda legal en tales situaciones. Ante un contexto de extorsiones generalizadas, sentían que tener dinero era su única aparente defensa contra los abusos policiales. Por último, esta situación evidenció la gran deficiencia en los procesos formativos del personal policial y penitenciario en relación con los derechos humanos y la prevención de la violencia.

6. Recomendaciones

A la luz de las conclusiones derivadas del análisis, se formularon algunas recomendaciones para fortalecer el cumplimiento de las obligaciones y compromisos internacionales de derechos humanos en el Perú. A continuación, se presentan estas recomendaciones, las cuales están dirigidas a los actores específicos, con el fin de promover la garantía de los derechos a la no discriminación, a la salud y a la no detención ni prisión arbitrarias.

Derecho a la no Discriminación

- **A los congresistas y la CONAMUSA:** Presentar y discutir una propuesta de actualización de la Ley de VIH ante el Congreso de la República, que incluya de manera transversal a las poblaciones clave, como personas LGBTIQ+, personas que ejercen el trabajo sexual, personas trans y personas que usan drogas. Esta propuesta deberá abordar medidas antidiscriminatorias necesarias en todos los sectores, con mecanismos de supervisión y cumplimiento accesibles para las personas con vih que usan drogas (PvUD).
- **A la Defensoría del Pueblo:** Difundir los canales de denuncia oficiales existentes entre las PvUD, articulando directamente con organizaciones de la sociedad civil que ya recopilan estas denuncias a través de mecanismos comunitarios. Es fundamental reducir la impunidad ante las vulneraciones de derechos, partiendo desde el primer paso, que es familiarizarse y confiar en los mecanismos de denuncia. Se sugiere complementariamente designar un punto focal para recibir



denuncias por parte de las personas con vih, que esté capacitado en brindar una atención libre de estigmas y valide las necesidades y experiencias de las PvUD.

- **A los municipios:** Derogar los requerimientos de pruebas de vih obligatorias para personas que desean casarse, ya que este no es un impedimento para contraer matrimonio y se deben seguir los protocolos de salud que establecen que las pruebas se realizan voluntariamente.
- **Al Tribunal Constitucional:** Realizar una interpretación del artículo 289, que penaliza la propagación de enfermedades peligrosas o contagiosas, para clarificar su alcance en relación con la transmisión del vih. Esto permitirá prevenir que se utilice como una herramienta normativa discriminatoria en contra de las PvUD.
- **A la CONAMUSA:** Liderar la actualización del Plan Estratégico Multisectorial que involucre a múltiples actores en acciones para superar las barreras estructurales que afectan a las personas con vih en el acceso a servicios de salud, educación, justicia y consumo, además de promover la inclusión laboral, financiera y habitacional. Este plan deberá realizarse con la participación de las PvUD y deberá involucrar a las organizaciones comunitarias.
- **A la SUNAFIL:** Fortalecer y difundir los mecanismos de denuncia ante discriminación laboral, especialmente entre las PvUD, incluyendo protecciones para quienes se desempeñan en el mercado informal. Además, realizar actividades de sensibilización con empleadores de pequeñas empresas sobre los mitos asociados a la transmisión del vih en entornos laborales.
- **Al Ministerio de Trabajo:** Especificar en sus protocolos la prohibición de la discriminación contra personas que usan drogas y la exigencia de pruebas toxicológicas como requisito para la contratación, salvo para empleos en los que sea indispensable, para evitar que quede a discreción de los empleadores someter a los aplicantes a dichas pruebas.
- **Al Ministerio Público y al Ministerio del Interior:** Seguir fortaleciendo las capacidades de los operadores de justicia y las fuerzas del orden para la atención de las PvUD, con énfasis en personas LGBTQ+, personas que ejercen el trabajo sexual y personas racializadas.
- **A las organizaciones de la sociedad civil:** Priorizar entre sus actividades las conversaciones sobre el uso de drogas y cómo impacta su experiencia como personas con vih, con el fin de iniciar diálogos que fomenten la desestigmatización y la transmisión de información clave.
- **Al Consejo Consultivo de Radio y Televisión:** Realizar un seguimiento efectivo de la presentación de códigos de ética por parte de los medios de comunicación, difundir entre la población general y las PvUD los mecanismos para presentar reclamos y garantizar que estos sigan un proceso de investigación, sanción y reparación.

- **A las organizaciones de la sociedad civil:** Crear mesas de trabajo dentro de su estructura que estén centradas en las PvUD, como mecanismo para politizar las necesidades de estas personas en relación con el uso de drogas y fomentar su participación en espacios de toma de decisiones.

Derecho a la Salud

- **Al Ministerio de Salud:** Trabajar articuladamente con otros sectores para desarrollar protocolos de atención que busquen superar las barreras estructurales que impiden a las PvUD de acceder a tratamiento. Por ejemplo, articular con los programas sociales del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social para incluir de forma prioritaria a las PvUD.
- **Al Ministerio de Salud:** Incorporar a las personas que usan drogas como una población clave para todas las estrategias de prevención y atención del vih a nivel nacional.
- **Al CENARES:** Priorizar con urgencia el abastecimiento oportuno de medicación para el tratamiento, la profilaxis preexposición (PrEP) y la profilaxis post exposición (PEP) a nivel nacional, siguiendo los esquemas combinados de Tenofovir, Lamivudina y Dolutegravir (TLD).
- **A las áreas de infectología de los centros de salud:** Capacitarse técnicamente sobre la interacción entre las drogas, el vih, el tratamiento y la reducción de daños, para poder brindar información adecuada, suficiente y libre de estigmas a las PvUD que la soliciten.
- **A los proveedores de salud en general:** Orientar a las PvUD sobre cómo acceder de forma integral a los servicios dentro y fuera del centro, informándoles de la cobertura del Seguro de Salud Integral subsidiado.
- **A los programas de salud sexual y reproductiva:** Incorporar sesiones informativas específicas para las PvUD, con énfasis en personas trans y personas que ejercen el trabajo sexual, para conocer sus necesidades en términos de servicios y brindarles la información que requieren.
- **A SUSALUD:** Promover la denuncia ciudadana en casos de discriminación en el entorno de salud, y hacer seguimiento a la investigación y sanción de esos casos.
- **A DEVIDA:** Generar reportes periódicos sobre el acceso de las PvUD a sus servicios, e incorporar en sus programas sesiones informativas sobre el uso de drogas más seguro, coordinando con organizaciones de la sociedad civil donde participen las PvUD.
- **A la Dirección de Salud Mental:** Desarrollar protocolos de atención para casos de sobredosis por uso de drogas, con un enfoque holístico que no solo busque la recuperación física de la persona, sino que promueva sus conocimientos para el uso de drogas más seguro.

- **A las áreas de infectología:** Derivar a las PvUD a los servicios de salud mental y acompañamiento psicosocial disponibles dentro de los centros de salud o en los Centros de Salud Mental Comunitarios.

Derecho a no Sufrir Detención o Prisión Arbitraria

- **Al Ministerio del Interior:** Desarrollar protocolos que permitan esclarecer los criterios de interpretación de los delitos de microcomercialización y su diferencia con los criterios para la posesión no punible. El protocolo deberá presentar alternativas a la detención durante el momento de la intervención policial y plantear la detención preliminar judicial como un último recurso.
- **Al Ministerio de Justicia:** Habilitar defensores públicos que se especialicen en cargos relacionados con las drogas, para brindar un acompañamiento de calidad a las PvUD que enfrentan detenciones o que han sido sentenciadas.
- **A las organizaciones de la sociedad civil:** Organizar eventos o diseñar recursos informativos donde las PvUD puedan conocer los parámetros de portación mínima para que se considere como posesión no punible, además de conocer sus derechos como personas que usan drogas ante una posible intervención o detención policial.
- **A la Defensoría del Pueblo, el Ministerio del Interior y el Instituto Penitenciario:** Investigar y sancionar las situaciones de violencia cometidas por parte de las fuerzas del orden contra personas detenidas o privadas de libertad.
- **A la Defensoría del Pueblo, el Ministerio del Interior y el Instituto Penitenciario:** Implementar programas formativos en derechos humanos para las fuerzas del orden, que incluyan en sus temas la prevención de la violencia y el respeto a la diversidad. Se deberá asegurar su continuidad y obligatoriedad para todos los agentes.



REFLEXIONES DEL EQUIPO REGIONAL Y ANEXOS





7. Reflexiones de la Experiencia Individual del Equipo Nacional

Ari Jáuregui

Comencé a trabajar en la reducción de daños en 2023, cuando mi madre trans, Cecilia Gentili, me pidió ayuda con un proyecto para crear una caja de herramientas de reducción de daños para personas trans. Ella estaba en Nueva York, donde no solo existe una situación crítica de sobredosis y criminalización de las drogas, sino que también hay servicios y capacitaciones liderados por el municipio para quienes las consumen. Aprendí sobre iniciativas que me parecían impensables en un país como el Perú, como la distribución de naloxona, jeringas, tiras para el testeo de drogas y kits de *sniffing*. Además, aprendí sobre el papel de las personas LGBTIQ+, y en particular de las personas trans, en la creación de estrategias comunitarias de reducción de daños como una forma de cuidarse mutuamente. Tuve que terminar de trabajar en esta caja de herramientas sin ella, tras su muerte repentina por una sobredosis. Esta ha sido una de las pérdidas más dolorosas que he tenido que enfrentar.

A raíz de esto, entendí que tenía una responsabilidad con la reducción de daños para cuidar a mi comunidad, lo que comenzaba por conocer cuál era la situación en el Perú para las personas que usan drogas, tanto a nivel comunitario como normativo. Comprendí que era un privilegio aprender sobre las iniciativas en otros países y que esta información era indispensable para mi comunidad. Así fue como me encontré con el trabajo de la Red LANPUD, que desafió mis expectativas de que “nadie estaba haciendo nada”. He sentido mucho orgullo y gratitud de ser parte del primer estudio latinoamericano sobre personas con VIH que usan drogas, una experiencia que marca un hito para la reducción de daños en nuestro país. Durante este proceso, he sentido frustración al escuchar testimonios de abuso policial y discriminación en el acceso a servicios, especialmente de salud. Y también me he inspirado en las iniciativas comunitarias que siempre autogestionamos en un contexto donde el Estado no nos protege realmente.

He tenido la suerte de liderar un equipo comprometido y con ganas de aprender constantemente, que analiza críticamente los testimonios de los participantes y las supuestas protecciones legales que nos ofrece este país. Sin su perspectiva y perseverancia, este estudio no hubiera sido posible. Sin duda, encontramos algunas limitaciones en la implementación de la metodología que no nos permitieron alcanzar a la cantidad de personas que hubiéramos querido, y que aprendimos a superar en conjunto. Desde residir fuera de la capital hasta la falta de incentivos de participación, lamentablemente, estos



factores influyeron en nuestra capacidad de llegar a los participantes. Sin ser abogados, todos en el equipo tuvimos que aprender a analizar críticamente protocolos y leyes que hablaban sobre personas en nuestra comunidad. Tuvimos que realizar una revisión exhaustiva y enfrentar, en muchas ocasiones, la presión y la desesperanza cuando parecía que no íbamos a terminar.

Uno de mis momentos favoritos fue cuando, en las entrevistas, diferentes personas nos contaron por qué les parecía importante hablar sobre el uso de drogas. Muchas de ellas compartieron con creatividad e inspiración los proyectos que querían realizar para que más personas tuvieran información fundamental sobre el uso de drogas. Mientras terminábamos este estudio, uno de los participantes llevó a cabo el primer conversatorio sobre *chemsex* en el Perú. Otra experiencia similar fue que, como parte de esta investigación, nos sugirieron facilitar talleres para quienes participaron sobre reducción de daños en el Perú. Lo vimos como una forma de politizar el uso de drogas y comenzar a organizarnos para establecer agendas políticas sobre nuestras necesidades. Sé que iniciar estas conversaciones será transformador para muchas personas, y eventos como estos seguirán surgiendo. Porque la realidad es que nuestras comunidades necesitan información y estrategias de reducción de daños con urgencia.

A futuros equipos les recomendaría priorizar que entre sus miembros haya personas con VIH que usan drogas, ya que pueden aportar una mirada crítica a la metodología y la forma de recopilar datos. Es importante darse espacio para proponer estrategias innovadoras que acompañen la recolección de información con intervenciones comunitarias, además de considerar suficientes recursos para llegar a la mayor cantidad de personas posible. Una prioridad debe ser seguir indagando exhaustivamente sobre las PvUD que son personas trans, trabajadores/as sexuales y que viven en regiones del país fuera de la capital. Estas acciones deben ir acompañadas de un plan posterior para socializar los resultados y realizar una incidencia directa en las instituciones del Estado responsables de garantizar nuestros derechos.

Por último, liderar este estudio ha traído transformaciones significativas para mi práctica sociológica. Siempre he procurado investigar sobre vivencias que afectan a las comunidades a las que pertenezco, principalmente personas LGBTQ+. Por esto, muchas de mis amistades han sido parte de estos proyectos. Esta vez, al no ser una persona con VIH, sentí una gran responsabilidad de representar las vivencias de personas en mi comunidad en formatos que no siempre nos son accesibles, como la investigación y la generación de conocimiento académico. Esta vez sentí que partí desde el desconocimiento de muchas situaciones que atraviesan personas en mi comunidad, lo que me hizo reconfirmar la importancia de involucrar a las personas en sus propios procesos de generación de conocimiento. Estas investigaciones suelen culminar en documentos extensos que muy pocas personas van a leer. Y reafirmé lo que ya sabía: que deben ser construidas por las mismas personas de las que se



está hablando e ir de la mano con intervenciones concretas que transformen el día a día de las personas. Cecilia siempre decía que no aceptáramos reconocimientos simbólicos si no incluyen un reconocimiento material y tangible para nuestra comunidad. Y esta es la consigna bajo la que quiero seguir pensando mi práctica sociológica.

Viento Izquierdo

Dimensión personal

Este proceso ha tenido un impacto profundo en mi vida, tanto a nivel personal como profesional. Participar en la elaboración del estudio y la coordinación de entrevistas me permitió conectarme con una realidad de mi comunidad que permanece invisibilizada y estigmatizada. Fue especialmente significativo reconocer la necesidad de construir espacios seguros y libres de juicio, donde las personas con vih que usan drogas puedan compartir sus experiencias sin miedo a ser malinterpretadas.

Durante estas semanas, pasé por una montaña rusa emocional. Desde la frustración por los retrasos en la logística hasta la satisfacción de ver cómo el enfoque de reducción de daños (RDD) marcaba una diferencia en la receptividad de las personas. Reflexioné mucho sobre cómo el estigma asociado al uso de drogas afecta no solo a quienes participan en el estudio, sino también a quienes intentamos llevarlo a cabo. Este estigma se presenta de manera sutil y, a veces, directa, influyendo profundamente en cómo las personas perciben la invitación a participar y, en última instancia, si deciden involucrarse. Me encontré con muchos casos en los que las personas, al ser invitadas a participar, simplemente no respondían o evitaban el tema por completo.

Este rechazo me llevó a reflexionar sobre la importancia de trabajar desde una comunicación más empática, ajustando el lenguaje y los enfoques utilizados para invitar a los participantes. Aprendí que, para muchas personas, simplemente mencionar el uso de drogas puede ser una barrera inmediata, ya sea por el temor a ser etiquetadas o porque no se reconocen dentro de las categorías que estábamos utilizando. Por ejemplo, la asociación predominante entre el término usuarias de drogas y el consumo de sustancias inyectables en el contexto peruano generó una desconexión significativa con personas que consumen marihuana, poppers u otras sustancias de manera recreativa o no inyectable.

Este fenómeno también me impactó personalmente, pues en varios momentos sentí frustración al ver que la falta de respuestas o la negativa a participar no era necesariamente una falta de interés en el tema, sino una manifestación de años de prejuicio, miedo y autorepresión. Más allá de los datos recolectados, este proceso dejó claro que dismantelar el estigma asociado al uso de drogas es un desafío



continuo que requiere trabajo colectivo, paciencia y empatía, tanto en la investigación como en la intervención social.

Uno de los momentos más significativos para mí fue conversar con Ann Claudet, una mujer trans que conocí hace algún tiempo durante una feria en mi casa donde repartíamos cosas gratuitas a personas trans. En esa ocasión, Ann llegó a la casa, se llevó muchas cosas y se fue feliz. Desde entonces, habíamos mantenido contacto. Cuando Ann participó en el estudio, se abrió conmigo de una manera nueva que me conmovió profundamente. Al final de la entrevista, me agradeció y me dijo que era la primera vez que hablaba sobre su consumo con alguien que no la juzgara ni reprochara. Sentí que este fue un momento crucial de reducción de daños, al haber logrado crear ese primer espacio seguro en su vida. Espero que este tipo de experiencias puedan replicarse y abrir caminos hacia un mayor apoyo y comprensión para personas como Ann.

Además, fue importante para mí hacer conexiones dentro de mi propia comunidad y con personas que ya eran cercanas a mí. Estas interacciones me permitieron generar espacios de vulnerabilidad donde las personas se sintieran cómodas hablando sobre el impacto real y cotidiano de sus vivencias. Esto no solo enriqueció mi perspectiva, sino que fortaleció los lazos dentro de nuestra red comunitaria y me reafirmó en la importancia de este trabajo.

En febrero de este año mi madre trans, Cecilia Gentili falleció por una sobredosis asociado con el fentanilo. Su partida ha sido un motor para mí y sus otros hijos para hacer este tipo de trabajo con mucha convicción y amor. El propio trabajo de RDD de Cecilia me guiará por siempre.

Dimensión Metodológica

El proceso metodológico fue un camino lleno de aprendizajes. Una de las estrategias más útiles fue el uso del mapeo de referentes clave y el análisis de redes de apoyo, que nos permitió ampliar nuestra base de participantes. También descubrí el valor de las invitaciones personalizadas, no solo para generar interés, sino para explicar de manera clara a quiénes queríamos llegar y por qué.

A pesar de ello, enfrentamos varias dificultades. La falta de una cuenta de Zoom Premium y la necesidad de improvisar con herramientas gratuitas para transcripción destacaron la importancia de una mejor planificación presupuestal en futuras investigaciones. Gestionamos estas limitaciones con creatividad, pero quedó claro que contar con los recursos adecuados desde el principio habría facilitado mucho el trabajo.

Aprendí a valorar la adaptabilidad como una herramienta metodológica clave. Cuando las entrevistas grupales planeadas no pudieron realizarse como esperábamos, optamos por entrevistas individuales más flexibles, lo cual resultó ser efectivo para recopilar información valiosa. Esto me enseñó que, aunque los planes iniciales son importantes, la capacidad de ajustarlos según las circunstancias puede ser igual o más relevante.

Recomendaciones para Futuros Equipos

1. Incluir un presupuesto detallado para herramientas tecnológicas, como *Zoom* en su versión de pago o aplicaciones de transcripción, y también para la retribución de los participantes.
2. Diseñar materiales visuales más inclusivos y claros desde el inicio.
3. Fomentar la flexibilidad metodológica, adaptando las estrategias a las realidades cambiantes del contexto y de los participantes.
4. Establecer alianzas más sólidas con instituciones y redes locales, lo que puede facilitar la convocatoria y el acceso a participantes clave.

En resumen, esta experiencia no solo me permitió crecer como investigador, sino también como persona. Comprender las realidades de las PvUD en el Perú desde un enfoque de reducción de daños me inspiró a seguir trabajando en la construcción de espacios inclusivos y respetuosos, donde todas las voces puedan ser escuchadas.

Sharon Cárdenas

Cuando comencé este proceso de investigación, mi perspectiva y conocimiento sobre las personas que viven con vih y que son usuarias de drogas eran limitados. El trabajo me permitió descubrir una realidad mucho más compleja y profunda de lo que inicialmente imaginaba.

Lo más impactante fue comprender las múltiples dificultades que enfrentan estas personas en nuestra sociedad. No solo se enfrentan a una constante estigmatización, sino que también carecen del apoyo gubernamental necesario. Mientras el sistema tiende a criminalizarlas, su principal red de apoyo son sus propios pares y organizaciones sociales que trabajan en estos temas.

Pude observar cómo las leyes y normativas en el Perú frecuentemente quedan solo en documentos, sin una implementación efectiva. El trato que reciben las personas varía significativamente dependiendo de su clase social, estado de salud o preferencia sexual, lo que resalta una profunda inequidad sistémica.



Durante el proceso, me di cuenta de la importancia de mantener una mente abierta. Descubrí que todas las personas tenemos creencias preconcebidas sobre temas que desconocemos, y que es fundamental aprender a conocer sin juzgar. Este fue quizás mi mayor aprendizaje personal.

En cuanto a la metodología, el trabajo comenzó con reuniones virtuales donde nos presentamos, recibimos capacitación y aclaramos el protocolo del estudio. Trabajamos como un equipo armónico, respetando los tiempos y las habilidades de cada integrante, lo que facilitó un ambiente de colaboración y aprendizaje continuo.

La recopilación de información para el análisis *de jure* fue uno de mis mayores desafíos metodológicos. Buscar normativas sobre vih y uso de drogas a nivel nacional resultó particularmente complejo. Los documentos gubernamentales estaban desorganizados, muchos desactualizados, con información dispersa sobre cambios administrativos. Frecuentemente me vi en la necesidad de transcribir documentos en formato de imagen, interpretando términos técnicos complejos. Desarrollé estrategias para manejar esta dificultad, como buscar información desde lo esencial hacia lo general, relacionando normativas y destacando lo más relevante.

En esta investigación, destaco haber descubierto una herramienta metodológica particularmente útil: la técnica del semáforo. Esta estrategia me permitió obtener una visión más panorámica de la situación de las leyes y normativas en el Perú, identificando claramente lo que falta y en qué podemos mejorar. Mi experiencia previa en búsqueda y recolección de información, manejo de herramientas digitales y metodológicas, se enriqueció con esta nueva herramienta, la cual fue fundamental para complementar este enfoque.

Como recomendación metodológica para futuros equipos, sería mejorar la comunicación entre coordinaciones. Es importante tener todos los puntos claros desde el inicio para evitar confusiones y realizar un trabajo exitoso en los tiempos determinados. Las indicaciones deben ser transparentes para evitar retrasos o la necesidad de rehacer el trabajo.

Para finalizar, considero que esta investigación fue un proceso de transformación personal y profesional que me permitió comprender la complejidad de los sistemas sociales, legales y de salud en relación con las personas que viven con vih y son usuarias de drogas. Aprendí la importancia de mantener una mirada crítica, empática y rigurosa. Comprendí que detrás de cada documento, cada normativa y cada estadística, hay historias humanas complejas que merecen ser escuchadas y comprendidas.



8. Lista de Acrónimos o Siglas

CP – Código Penal

CONAMUSA – Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud

DEMUNA – Defensoría Municipal del Niño y del Adolescente

DEVIDA – Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas

DGIESP – Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

DNI – Documento Nacional de Identidad

GIVAR – Grupo de Intervención y Vigilancia de la Atención en Salud

INDECOPI – Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual

ITS – Infecciones de Transmisión Sexual

LANPUD – Red Latinoamericana y del Caribe de Personas que Usan Drogas

MINSA – Ministerio de Salud

ONG – Organizaciones No Gubernamentales

PEAS – Plan de Aseguramiento Esencial en Salud

PEM – Plan Estratégico Multisectorial

PEP – Profilaxis Post-Exposición

PPL – Personas privadas de la libertad

PrEP – Profilaxis Pre-Exposición

PvUD – Personas con vih que usan drogas

RDD – Reducción de Daños

SUSALUD – Superintendencia Nacional de Salud

SUNAFIL – Superintendencia Nacional de Fiscalización Laboral

TARV – Tratamiento Antirretroviral

TID – Tráfico Ilícito de Drogas

VIH – Virus de Inmunodeficiencia Humana



9. Lista de fichas, figuras, gráficas o tablas

Tabla 1. Existencia de Normativas Relacionadas al Derecho a la no Discriminación

PERÚ								
Derechos	Categorías	PVIH	PUD	Intersección	Genérico	Marco Internacional	Jurisprudencia	Otros grupos
1.1. Discriminación legal y normativa	1.1.1 Legislación antidiscriminatoria				X	X	X	
	1.1.2 Mecanismos de protección				X			
	1.1.3 Brechas legislativas	X	X	X				
1.2. Discriminación institucional	1.2.1 Acceso a servicios				X	X	X	
	1.2.2 Discriminación laboral	X			X	X	X	
	1.2.3 Interacción con la justicia				X	X		
1.3. Discriminación social y comunitaria	1.3.1 Estigma social	X			X			X
	1.3.2 Violencia simbólica en medios				X			
	1.3.3 Fortalecimiento comunitario y participación	X						X



Tabla 2. Existencia de Normativas Relacionadas al Derecho a la Salud

PERÚ								
Derechos	Categorías	PVIH	PUD	Intersección	Genérico	Marco Internacional	Jurisprudencia	Otros grupos
2.1. Acceso a tratamiento antirretroviral para PvUD (incluye PEP y PrEP)	2.1.1. Cobertura universal sin restricción al TARV	X	X	X	X	X		X
	2.1.2. Asequibilidad y accesibilidad de medicamentos	X	X	X	X	X		X
	2.1.3. Información y orientación	X	X	X	X	X		X
2.2. Acceso a servicios de atención médica para el uso de drogas basados en evidencia	2.2.1. Cobertura universal de servicios de atención médica sin restricciones	X			X	X		X
	2.2.2. Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva	X			X			X
	2.2.3. Entornos amigables libres de estigma y discriminación.	X			X			X
2.3. Acceso a servicios de reducción de daños para PvUD.	2.3.1. Disponibilidad de servicios de atención basados en RD				X			
	2.3.2. Programas de prevención de sobredosis				X			
	2.3.3. Servicios de atención psicosocial y comunitaria basados en RD		X		X			





Tabla 3. Existencia de Normativas Relacionadas al Derecho a la no Detención ni Prisión Arbitraria

PERÚ								
Derechos	Categorías	PVIH	PUD	Intersección	Genérico	Marco Internacional	Jurisprudencia	Otros grupos
3.1 Penalización del uso personal de drogas	3.1.1 Criminalización		X		X		X	
	3.1.2 Defensa técnica		X		X			
	3.1.3 Portación mínima		X		X		X	
3.2 Abuso de autoridad y violencia estatal	3.2.1 Protección legal							
	3.2.2 Mecanismos de denuncia							
	3.2.3 Mecanismos de reparación							
3.3 Violencia en centros de detención	3.3.1 Abusos de poder							
	3.3.2 Abusos en centros de detención				X	X		
	3.3.3 Formación antidiscriminatoria	X	X					



Tabla 4. Existencia de Normativas Relacionadas a los Derechos Objeto de Estudio

PERÚ								
Derechos	Categorías	PVIH	PUD	Intersección	Genérico	Marco Internacional	Jurisprudencia	Otros grupos
No discriminación	1.1. Discriminación legal y normativa				X	X	X	
	1.2. Discriminación institucional	X			X	X		X
	1.3. Discriminación social y comunitaria	X			X			X
Salud	2.1. Acceso a tratamiento antirretroviral para PvUD (incluye PrEP y PEP)	X	X	X	X	X		X
	2.2 Acceso a servicios de atención médica para el uso de drogas basados en evidencia	X	X		X	X		X
	2.3 Acceso a servicios de reducción de daños para PvUD		X		X			
No detención ni prisión arbitraria	3.1 Penalización del uso personal de drogas		X		X		X	
	3.2 Abuso de autoridad y violencia estatal							
	3.3 Violencia en centros de detención	X	X					

10. Anexos

Anexo 1. Revisión de normativas nacionales

Derecho a la no Discriminación

i. Discriminación Legal y Normativa

Legislación Antidiscriminatoria

En relación con la existencia de leyes y políticas que prohíben explícitamente la discriminación hacia personas con vih que usan drogas (PvUD), el instrumento principal que aborda esta prohibición es el **Código Penal**. En su **artículo 323**⁶⁸, se define la discriminación como cualquier acto de distinción, exclusión, restricción o preferencia que interfiera con la garantía de los derechos de una persona, basándose en alguna característica de esta. Aunque este artículo no menciona explícitamente la discriminación por el uso de drogas o el estado serológico, se incluyen términos como “condición de salud” y “cualquier otro motivo”. Además, establece una pena privativa de la libertad para que quienes cometan actos discriminatorios. Este artículo fue incorporado al Código Penal en el año 2000, con la aprobación de la **Ley N.º 27270**, conocida como Ley Contra Actos de Discriminación.

Por otro lado, la **Constitución Política** establece que la dignidad humana y la protección de los derechos humanos son principios fundamentales. El **artículo 1** subraya que la defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad es el fin supremo tanto de la sociedad como del Estado. En el **artículo 2**, se reconocen diversos derechos esenciales, como el derecho a la vida, a la identidad, a la integridad física, psíquica y moral, así como al libre desarrollo y bienestar. Además, se garantiza la igualdad ante la ley, prohibiendo cualquier tipo de discriminación por motivos de origen, raza, sexo, religión, entre otros. Finalmente, reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación, asegurando el derecho de las personas a mantener y desarrollar su identidad cultural. Es importante destacar que tanto el **Código de Ejecución Penal** como su reglamento establecen que las personas privadas de la libertad gozan de los mismos derechos.

El **Código de Protección y Defensa del Consumidor** también prohíbe la discriminación entre los derechos de los consumidores. En su **artículo 1**, se reconoce que los consumidores tienen derecho a un

⁶⁸ Código Penal, Modifica el Código Penal para incorporar el artículo 323. Modifica la Ley N° 26772 por la Ley N° 27270, 26 de mayo del 2000.

trato justo y a no ser discriminados por razones de origen, raza, sexo, idioma, religión, opinión, condición económica o de cualquier otra índole. El **artículo 13** establece que la protección del consumidor frente a la publicidad busca evitar la asimetría informativa y la publicidad engañosa, que pueda inducir a error sobre características o condiciones de los productos, servicios o transacciones. Asimismo, se prevé que la publicidad no fomente comportamientos ilegales o antisociales. Por último, el **artículo 38** refuerza la prohibición de cualquier tipo de discriminación en las relaciones de consumo, asegurando que los proveedores no puedan discriminar a los consumidores por motivos de origen, raza, sexo, religión, o cualquier otra característica personal o social.

Mecanismos de Protección

En cuanto a los mecanismos de protección, la normativa peruana dispone de múltiples vías para denunciar casos de discriminación en el acceso a diversos servicios. Para los derechos vinculados al consumo, el **Código de Protección y Defensa del Consumidor (Ley N.º 29571)**, designó como autoridad al **Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (Indecopi)**, encargado de gestionar estos casos. Indecopi tiene la facultad de investigar, imponer sanciones y aplicar medidas correctivas en situaciones donde se vulneren los derechos de los consumidores, entre los cuales se incluye la prohibición de la discriminación (art. 38). Asimismo, esta ley establece que los establecimientos comerciales deben contar con un libro de reclamaciones, ya sea físico o virtual, el cual debe estar visible para los consumidores y puede ser solicitado en cualquier momento (art. 150 y 151).

Respecto a la discriminación laboral, la Ley N.º 29981, que crea la Superintendencia Nacional de Fiscalización Laboral (SUNAFIL), dispuso que esta entidad, adscrita al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, sea la responsable de promover, supervisar y fiscalizar el cumplimiento de las normas laborales. En este sentido, SUNAFIL debe garantizar el cumplimiento de las normativas que protegen a las personas que usan drogas (PvUD), las cuales se analizan con mayor profundidad en el siguiente capítulo. Esta entidad cumple su rol brindando orientación a la ciudadanía, habilitando un canal para recibir denuncias por incumplimiento de las leyes laborales e imponiendo sanciones a las empresas que incurran en estas prácticas.

En el ámbito de la salud, el **Reglamento de la Ley N.º 29414**, conocida como la **Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud**, designa a la **Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD)** como la entidad encargada de velar por los derechos de los usuarios de los servicios

de salud. Además, este reglamento establece que las personas que se encuentren disconformes con la atención recibida tienen derecho a ser escuchadas y a recibir una respuesta, ya sea presentando un reclamo directamente en el centro de salud o una queja ante SUSALUD para iniciar un procedimiento administrativo. De esta manera, SUSALUD promueve mecanismos de acceso a la justicia para las personas que consideren haber sido vulneradas en sus derechos (art. 28 y 29).

Si bien no existe un mecanismo específico para denunciar casos de discriminación de forma general en contextos no relacionados con el acceso a servicios, es posible realizar denuncias a través de diversas instituciones. Algunas de estas incluyen las comisarías de la **Policía Nacional del Perú**, las sedes de la **Fiscalía o el Ministerio Público**, o ante la **Defensoría del Pueblo**, la cual cuenta con una línea de atención gratuita y oficinas defensoriales a nivel nacional.

Brechas Legislativas

Además de las prohibiciones contra la discriminación y los mecanismos de protección, se identificaron normativas que, en su interpretación, pueden ser utilizadas en contra de estos propósitos. Si bien no buscan promover directamente la discriminación contra las personas con vih que usan drogas (PvUD), su existencia puede crear una base legal para justificar ciertos tipos de discriminación contra esta población.

En primer lugar, el **Código Penal** establece en su **artículo 289** que quien propague una enfermedad peligrosa o contagiosa para la salud de las personas puede enfrentar una pena privativa de libertad de hasta 10 años. Si como consecuencia de ello resultan lesiones graves o la muerte, la pena puede extenderse hasta 20 años. Este artículo ha sido utilizado en numerosas ocasiones en contra de personas con vih por parte de sus parejas sexuales, argumentando que es responsabilidad de estas personas cualquier transmisión que pueda resultar de sus interacciones sexuales.

Esto resulta especialmente problemático porque responsabiliza únicamente a las personas con vih de la transmisión del virus, en lugar de enfatizar la responsabilidad compartida de cada persona al decidir mantener relaciones sexuales. Por ejemplo, existen prácticas preventivas que pueden reducir el riesgo de transmisión, como el uso de preservativos, la ingesta regular de la profilaxis preexposición (PrEP), la administración de la profilaxis post exposición (PEP) después de una relación sexual si se desconoce el estado serológico de la pareja o si no se utilizó protección, y el fomento de conversaciones abiertas y sin prejuicios entre las parejas sexuales. Además, al realizar estas denuncias, se expone el diagnóstico de las personas sin su consentimiento, especialmente cuando estas denuncias se hacen en

canales informales, como las redes sociales. Finalmente, está comprobado que los diagnósticos de vih pueden tardar varios meses en confirmarse, lo que dificulta determinar con exactitud cuál de las parejas sexuales que se han tenido durante ese período es portadora del virus.

Por otro lado, un artículo del **Reglamento de la Ley N.º 26626**, conocida como “**Ley Contrasida**”, establece que es obligatorio para quienes desean contraer matrimonio civil realizarse una prueba de vih, además de recibir consejería proporcionada por el municipio respectivo o el centro de salud más cercano. A raíz de este artículo, la **Defensoría del Pueblo** identificó que aproximadamente una de cada cuatro municipalidades a nivel nacional había incluido las pruebas de vih como un requisito para el matrimonio civil. Asimismo, encontró que más de la mitad de los establecimientos de salud que emitían certificados médicos para matrimonio incluían la prueba de vih como obligatoria. Además de la falta de una regulación que estandarice los costos y procedimientos para estos certificados, estas exigencias vulneran el derecho a la confidencialidad y al diagnóstico voluntario. Por ello, la Defensoría insta a los municipios a eliminar esta exigencia, ya que ser una persona con vih no debería limitar la posibilidad de contraer matrimonio, y las estrategias de prevención deben enfocarse en la educación y la consejería (Defensoría del Pueblo, 2012).

ii. Discriminación Institucional

Acceso a Servicios

La prohibición de la discriminación en los servicios básicos se encuentra regulada en diversas normas. En el ámbito de la salud, la **Ley N.º 29414**, ley que establece los derechos de las personas usuarias de servicios de salud, señala que los centros de salud deben garantizar equidad y justicia en la protección de los derechos de los usuarios. Asimismo, el **Decreto Legislativo N.º 1158** dispone que la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) tiene la responsabilidad de promover, proteger y defender estos derechos, así como sancionar cualquier infracción a los estándares de acceso, calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad de las prestaciones.

Existe también legislación específica que protege el acceso a servicios para personas con vih. Por ejemplo, la **Ley N.º 28243** establece que los profesionales, trabajadores e instituciones vinculados al ámbito de la salud que impidan el ejercicio del derecho a la atención integral en salud serán sancionados. Además, los **Planes Estratégicos Multisectoriales (PEM) para la Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH**, aprobados en 2007 y 2015, incluyen entre sus objetivos la promoción de normativas para vigilar el cumplimiento de leyes antidiscriminatorias y la reducción de barreras para el ejercicio de los derechos de las personas con vih y poblaciones clave.

Por otro lado, diversas normas técnicas de salud para la atención integral del vih promueven una cultura de respeto a los derechos humanos, con el fin de eliminar el estigma y la discriminación asociados a esta condición. Estas normas aseguran que ninguna persona sea excluida de la atención en ningún servicio de salud. Estas protecciones se extienden a poblaciones específicas, como mujeres trans y niños, niñas y adolescentes con vih.

En el ámbito de la salud mental, se especifica que los servicios de internamiento y hospitalización deben brindarse sin discriminación o estigmatización hacia las personas con problemas de salud mental. Según el **Plan de Aseguramiento Esencial en Salud (PEAS)**, este grupo incluye a personas que usan drogas.

En cuanto a otros derechos, como el acceso al empleo y a servicios educativos, también existen protecciones para la población en general. La **Ley N.º 26772** establece que las ofertas de empleo y el acceso a medios de formación educativa no pueden contener requisitos que constituyan discriminación, anulación o alteración de la igualdad de oportunidades o de trato. Esta ley define la discriminación como un trato diferenciado basado en motivos de raza, sexo, religión, opinión, origen social, condición económica, estado civil, edad o cualquier otro criterio (artículos 1 y 2). Asimismo, se establecen sanciones para las entidades y personas que incurran en actos discriminatorios. Los medios de comunicación que difunden ofertas de empleo o acceso a centros de formación educativa también están sujetos a estas sanciones, según lo indica el **Decreto Supremo N.º 002-98-TR**.

En el caso específico de las personas con vih, el **PEM 2015-2019** se enfocó en promover el acceso a servicios desde una perspectiva multisectorial. En su objetivo estratégico 3, se planteó reducir las barreras para el acceso a servicios de salud, educación, oportunidades laborales y servicios públicos en general. Para lograr este objetivo, el PEM propuso actividades orientadas a reducir el estigma y la discriminación en los ámbitos educativo, laboral y de justicia. Además, se buscó desarrollar programas sectoriales que fomentaran la inclusión laboral y la eliminación de estigmas relacionados con el vih en diversos contextos sociales. Estos esfuerzos no solo estaban dirigidos a personas con vih, sino que también hacían énfasis en poblaciones clave y vulnerables.

Discriminación Laboral

La legislación peruana incluye diversas disposiciones que reconocen el derecho al trabajo. La **Constitución Política del Perú** reconoce y protege varios derechos fundamentales relacionados con el trabajo y el bienestar de los trabajadores. El Estado prioriza el trabajo, promoviendo políticas que fomenten el empleo y la educación laboral, y garantiza que las relaciones laborales respeten los derechos

constitucionales y la dignidad de los trabajadores (artículos 23 y 26). Estos derechos incluyen una remuneración equitativa, el respeto a la igualdad de oportunidades y la protección frente al despido arbitrario (artículos 24 y 27). Además, el Estado reconoce los derechos colectivos de los trabajadores, como la sindicación, la negociación colectiva y el derecho a la huelga, asegurando su ejercicio democrático (artículo 28).

Además de la prohibición de la discriminación en ofertas laborales establecida por la **Ley N.º 26772, la Ley de Productividad y Competitividad** establece que el despido por motivos de discriminación, como sexo, raza, religión, opinión, idioma o discapacidad, es nulo. Asimismo, los actos de hostilidad, como la discriminación, se consideran equivalentes al despido, y el trabajador debe notificar por escrito a su empleador antes de iniciar acciones judiciales. Si un trabajador sufre hostilidad, puede demandar el cese de dicha conducta o la terminación del contrato con derecho a indemnización y beneficios sociales. Esta ley también reconoce como falta grave el consumo de alcohol o drogas en el lugar de trabajo, lo que puede dar lugar a la terminación de la relación laboral.

En cuanto a la discriminación laboral hacia personas con vih, las normativas específicas establecen que su diagnóstico no es un impedimento para desempeñar labores, por lo que despedir a una persona por este motivo se considera un despido nulo o prohibido en el ordenamiento jurídico, al basarse en la discriminación. A su vez, constituye una infracción muy grave que un empleador discrimine a sus trabajadores por su estado serológico, ya sea en la contratación, retribución, jornada, formación, promoción, oferta de empleo u otros aspectos.

En este sentido, la prueba de diagnóstico de vih no puede ser solicitada como condición para iniciar o mantener una relación laboral. Está prohibido solicitar esta prueba y exhibir sus resultados; es decir, la prueba debe realizarse de manera voluntaria y los resultados deben ser confidenciales. La única excepción a esta regla se aplica en algunos sectores donde existe exposición ocupacional, como en el caso de trabajadores del sector salud, segregadores y recicladores de residuos sólidos, y trabajadores de centros penitenciarios. En estos casos, las pruebas deben ser realizadas por un tercero y no por el empleador, para garantizar la confidencialidad de los resultados.

Las disposiciones normativas también establecen que es responsabilidad del **Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo** desarrollar e implementar políticas sobre vih en el lugar de trabajo, así como fiscalizar su cumplimiento por parte de las empresas. Por su parte, las empresas tienen la obligación de facilitar la implementación de estas políticas, con el fin de garantizar la salud de las personas con vih, proteger sus derechos laborales y contribuir a la erradicación del rechazo, el estigma y la discriminación.

En relación con el uso de drogas, las únicas menciones se encuentran en las **Fichas Médico Ocupacionales** y **Fichas Psicológicas Ocupacionales**, las cuales deben ser completadas por un especialista en salud. En estas fichas se solicita información sobre los hábitos de los trabajadores, como el consumo de drogas, incluyendo la cantidad y frecuencia.

Sistema de Justicia

Las normativas que buscan garantizar el acceso al sistema de justicia sin discriminación para personas con vih que usan drogas (PvUD) son muy limitadas. Únicamente el **Plan Estratégico Multisectorial para la Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH 2015-2019** incluyó actividades orientadas al sistema de justicia. En el marco de su objetivo estratégico 3, se propuso desarrollar programas de formación y capacitación para operadores de justicia, con el fin de reducir la impunidad en los crímenes de odio y los actos discriminatorios hacia personas con vih, poblaciones clave y grupos vulnerables. Asimismo, se planteó comprometer a los tomadores de decisiones para eliminar las barreras de acceso a la justicia que enfrentan estas poblaciones.

A pesar de su enfoque integral, este plan no fue renovado después de 2019, y no se cuenta con información oficial disponible sobre su implementación.

iii. Discriminación Social y Comunitaria

Estigma Social

En el sector salud se identificaron dos normas que mencionan la importancia de abordar el estigma social relacionado con el vih. Para modificar el imaginario que las comunidades tienen sobre el vih, se designa a la **Dirección de Promoción de la Salud**, dependiente de la **Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP)**⁶⁹, la responsabilidad de elaborar mensajes educativos e informativos sobre salud sexual y vih, con un enfoque de género e interculturalidad. Estos mensajes deben abordar aspectos cruciales, como medidas preventivas, acceso voluntario al tamizaje, la importancia de evitar el estigma y la discriminación, el acceso oportuno al tratamiento y la adherencia al mismo.

⁶⁹ Norma Técnica de Salud para la Prevención y el Control de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana en Pueblos Indígenas Amazónicos, con pertinencia intercultural, Resolución Ministerial N° 1012-2016-MINSA, Norma Técnica de Salud N° 129-MINSA-2016-DGIESP, 29 de diciembre del 2016 - Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), Resolución Ministerial N° 1024-2020-MINSA, Norma Técnica de Salud N° 169-MINSA-2020-DGIESP, 10 de diciembre del 2020, Ministerio de Salud.

En el ordenamiento jurídico peruano, las leyes también buscan reducir el estigma social entre los proveedores de salud, ya que este puede afectar la prevención del vih. En el marco del enfoque combinado del vih, se reconoce la importancia de tres tipos de medidas complementarias: biomédicas, conductuales y socioculturales o estructurales. Estas últimas son particularmente relevantes para abordar el estigma social, ya que se centran en las condiciones socioculturales que influyen en la vulnerabilidad frente al vih. Entre las acciones específicas se incluyen la reducción del estigma y la discriminación en los servicios de salud, la sensibilización sobre la atención a poblaciones clave y la protección de los derechos de estas poblaciones y de las personas que viven con vih en la sociedad. Si bien estas normativas destacan la importancia de trabajar en la reducción del estigma hacia las personas con vih, no mencionan cómo este estigma puede estar relacionado con el uso de drogas.

Violencia Simbólica en Medios

Los medios de comunicación en radiodifusión deben operar bajo principios fundamentales que promueven la inclusión y el respeto, enfatizando la defensa de la dignidad humana y el pluralismo en todos sus aspectos (informativo, político, religioso, social y cultural). La legislación sobre radio y televisión aborda indirectamente el tema de la no discriminación, particularmente en sus artículos 2 y 34. La ley establece un sistema de autorregulación en el que los medios deben desarrollar sus propios códigos de ética, ya sea de manera individual o colectiva. A su vez, este sistema contempla un proceso para que los ciudadanos presenten sus quejas. Sin embargo, la implementación de esta normativa ha sido deficiente, ya que más de la mitad de los medios no ha presentado un código de ética, y aquellos que sí lo han hecho no los han difundido adecuadamente, lo que limita significativamente la participación ciudadana.

Fortalecimiento Comunitario y Participación

Respecto a este apartado, existen normativas que buscan fortalecer la participación comunitaria de personas con vih, enfocándose específicamente en poblaciones consideradas de mayor vulnerabilidad y promulgadas por el **Ministerio de Salud (MINSA)**. Un aspecto central de estas regulaciones es el fortalecimiento de las organizaciones que representan a grupos clave, como hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y trabajadores sexuales (TS). Estas normativas tienen como objetivo empoderar a estas comunidades para que puedan responder de manera efectiva a la epidemia y defender sus derechos. Además, se promueve la participación de adolescentes y personas privadas de la libertad en diversos

niveles de toma de decisiones, incluyendo organismos como la **Comisión Nacional Multisectorial de Salud (CONAMUSA)** y las **Comisiones Regionales Multisectoriales de Salud (COREMUSAS)**.⁷⁰

Otro aspecto relevante de estas normativas es su énfasis en el enfoque intercultural, considerando la incidencia del vih en comunidades indígenas amazónicas⁷¹. Con ello se promueve la participación comunitaria, incluyendo a líderes indígenas, educadores de pares y practicantes de medicina tradicional en las estrategias de prevención y atención. Se enfatiza la importancia de identificar y colaborar con autoridades y líderes indígenas en la construcción y difusión de mensajes de prevención. Asimismo, se insta a las autoridades del sector salud a coordinar con organizaciones indígenas y de base social para promover prácticas de autocuidado y prevención, siempre con un enfoque de género, derechos humanos e interculturalidad.

De esta manera, las normativas reconocen la necesidad de desarrollar estrategias específicas para atender las necesidades de planificación familiar de grupos particulares, como varones, adolescentes, población migrante e indígena. Se sugiere la realización de estudios antropológicos o investigaciones sobre conocimientos, actitudes y prácticas para informar estas estrategias, garantizando que las intervenciones sean culturalmente apropiadas y efectivas.

Sin embargo, estas normativas no mencionan como población clave a las personas que usan drogas, ni existen políticas específicas para reducir el estigma contra esta población, como se señaló anteriormente. Frente a este escenario, se reconoce como una necesidad prioritaria incluir a las personas que usan drogas en los procesos de toma de decisiones y en las iniciativas comunitarias relacionadas con el vih.

Derecho a la Salud

i. Acceso a Tratamiento Antirretroviral (TARV) para PvUD

Cobertura Universal sin Restricción al TARV

A nivel nacional, la cobertura para el tratamiento antirretroviral es universal, según los protocolos de atención del Ministerio de Salud. La atención médica integral para personas con vih es provista en el

⁷⁰ Plan estratégico Multisectorial 2007-2011 para la Prevención y Control de la ITS y VIH/SIDA en el Perú, Decreto Supremo N° 005-2007-SA, 3 de mayo del 2007, Ministerio de Salud.

⁷¹ Norma Técnica de Salud para la Prevención y el Control de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana en Pueblos Indígenas Amazónicos, con pertinencia intercultural, Resolución Ministerial N° 1012-2016-MINSA, Norma Técnica de Salud N° 129-MINSA-2016-DGIESP, 29 de diciembre del 2016, Ministerio de Salud.

Perú desde la aprobación de la Ley N.º 26626 en 1996⁷², que encarga al Ministerio de Salud la elaboración del Plan Nacional de Lucha contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana, el SIDA y las enfermedades de transmisión sexual. Esta ley indicaba en su artículo 7 que “toda persona con VIH/SIDA tiene derecho a la atención médica integral y a la prestación previsional que el caso requiera”.

Actualmente, el acceso al tratamiento antirretroviral está regulado por la *Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)*, aprobada por primera vez en 2014 y actualizada en 2018 y 2020⁷³. La última versión de esta normativa indica que el diagnóstico y tratamiento del vih es gratuito para los pacientes en todos los establecimientos de salud públicos del país y que el Estado debe garantizar el ejercicio de este derecho (acápito 5.3). Las normas técnicas de salud desarrolladas para poblaciones específicas con vih también mencionan la cobertura del diagnóstico y tratamiento, como es el caso de las mujeres trans, niños, niñas y adolescentes, y gestantes y recién nacidos expuestos al vih.

A través del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS se garantiza que los establecimientos de salud públicos y privados ofrezcan cobertura a enfermedades específicas, que deben cumplirse de forma obligatoria para las entidades aseguradoras en salud. La versión más actualizada de esta lista, aprobada en 2021⁷⁴, incluye como condiciones asegurables a recién nacidos expuestos al vih, gestantes con embarazo en mujeres con infección por vih, personas con infección por vih, personas con sida y personas con problemas de salud mental, dentro de lo cual se considera a quienes han desarrollado demencia a raíz del vih.

Además del diagnóstico y tratamiento, existen estrategias de prevención combinada para reducir la transmisión del vih, establecidas en la *Norma Técnica de Salud para la Prevención Combinada del Virus de la Inmunodeficiencia Humana para Poblaciones en Alto Riesgo*⁷⁵. Estas estrategias se enfocan en las poblaciones en alto riesgo de adquirir vih, como hombres que tienen sexo con hombres, mujeres trans, trabajadores/as sexuales y parejas serodiscordantes. Entre estas estrategias, se ha implementado la distribución de la profilaxis preexposición (PrEP). Esta medicación se ofrece a personas de 18 años o más que pertenecen a estos grupos de alto riesgo, siempre que cumplan ciertos criterios. Entre los criterios

⁷² Ley N.º 26626, Plan Nacional de Lucha contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana, el SIDA y las enfermedades de transmisión sexual, modificada por la Ley N.º 28243, Ley que amplía y modifica la Ley N.º 26626 sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las Infecciones de Transmisión Sexual, 31 de mayo del 2004, Congreso de la República.

⁷³ Norma Técnica de Salud N.º 097-MINSA-DGSP-V02, aprobada por el Ministerio de Salud mediante la Resolución Ministerial N.º 962-2014-MINSA el 11 de diciembre de 2014 y actualizada en 2018 por Resolución Ministerial N.º 215-2018-MINSA y en 2020 por Resolución Ministerial N.º 1024-2020-MINSA, que cambia su nomenclatura a Norma Técnica de Salud N.º 169-MINSA-2020-DGIESP.

⁷⁴ Decreto Supremo que aprueba la actualización del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, Decreto Supremo N.º 023-2021-SA, 24 de julio del 2021, Ministerio de Salud.

⁷⁵ Norma Técnica De Salud: Prevención Combinada Del Virus De La Inmunodeficiencia Humana Para Poblaciones En Alto Riesgo, Resolución Ministerial N.º 576-2023-MINSA, Norma Técnica de Salud N.º 204-MINSA-DGIESP-2023, 16 de junio del 2023, Ministerio de Salud.



que menciona esta norma técnica para el inicio de la PrEP, es necesario que quienes la soliciten no estén infectados con el vih, que no presenten signos de infección aguda, que no hayan tenido una exposición de riesgo en las últimas 72 horas y que no tengan contraindicaciones para recibir el tratamiento. Además, deben decidir usar la PrEP de manera voluntaria.

La norma técnica también menciona que la PrEP no interactúa con el alcohol ni con sustancias psicoactivas, que el consumo de estas no afecta la eficacia del tratamiento ni provoca efectos secundarios en la medicación. Esto es particularmente relevante, ya que las personas que usan drogas no deberían tener ningún impedimento para acceder a esta medicación, y el personal de salud debe estar informado sobre la ausencia de riesgos de interacción con el tratamiento.

También se considera la distribución de la profilaxis post exposición (PEP) para personas que han tenido exposición al vih. Entre las personas que pueden acceder a este esquema de medicación se menciona a casos de violencia y exposición sexuales de alto riesgo, como el sexo sin preservativos o sexo con trabajadores/as sexuales, así como quienes han tenido una exposición ocupacional. Para los casos de violencia sexual, es importante resaltar que la norma técnica menciona que no es un requisito que la persona haya puesto una denuncia o que haya pasado por atención medicolegal o ginecológica como parte de este proceso, enfatizando que la atención debe ser inmediata. Para todos los casos, se indica que se debe ofrecer la PEP lo antes posible y dentro de las 72 horas posteriores a la exposición.

Cabe mencionar que, si bien no se menciona a las personas que usan drogas como una población de alto riesgo ni se ha diseñado una normativa específica que regule su acceso al tratamiento antirretroviral (TARV), la PrEP o la PEP, su atención está contemplada de forma transversal a través del marco normativo, y no se menciona como un criterio de exclusión para el acceso. Más bien, se mencionan protocolos a seguir PvUD en la atención de servicios de salud, que incluyen consultar a personas con vih sobre su uso de drogas, lo cual se desarrollará con más detalle en la tercera sección de este capítulo. Además, el *Plan Estratégico Multisectorial para la Prevención y Control de las ITS y VIH 2015-2019* incluyó en sus definiciones de población clave a personas que usan drogas inyectables, tomando como referencia la Declaración Política de VIH y SIDA de ONUSIDA en 2011. Sin embargo, este plan no incluye acciones específicas vinculadas a personas que usan drogas, y en las actividades para población clave tampoco son mencionadas. Además, este plan no fue renovado después del término de su aplicación en 2019.

Asequibilidad y Accesibilidad de Medicamentos para PvUD

Para garantizar el acceso al tratamiento, existen establecimientos especializados que brindan el tratamiento antirretroviral, como los Centros Especializados de Referencia de ITS (CERITS), las Unidades de Atención Médica Periódica (UAMP)⁷⁶ y las áreas de infectología en centros de salud y hospitales. Los hospitales de primer nivel de atención también pueden ofrecer el tratamiento antirretroviral si cuentan con el recurso humano capacitado, la infraestructura necesaria, los medicamentos y otros insumos requeridos.

Para que esto se cumpla, el Ministerio de Salud debe asegurar el abastecimiento de los medicamentos, así como la infraestructura adecuada. Desde 1996, la Ley N.º 26626⁷⁷ dispuso que se debe asignar parte del presupuesto del sector salud a la atención de personas con VIH. En 2004, la Ley N.º 28243⁷⁸ indicó que los antirretrovirales deben incluirse en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME). A través del Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES), se deben adquirir las pruebas rápidas de VIH, sífilis, hepatitis B y los antirretrovirales para todo el país. A nivel local, las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS), Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) y Gerencias Regionales de Salud (GERESA) se encargan de evaluar las necesidades, programar los requerimientos y garantizar la distribución oportuna de estos productos a los establecimientos de salud bajo su jurisdicción.

En cuanto a la dispensación y seguimiento, en cada centro de salud los químicos farmacéuticos son los responsables de asegurar el uso adecuado de los medicamentos y promover la adherencia al tratamiento. Los establecimientos de salud deben gestionar sus inventarios, elaborar requerimientos oportunos y garantizar el almacenamiento adecuado de los productos, mientras que CENARES se encarga de los procesos de adquisición, almacenamiento y distribución a nivel nacional, asegurando la calidad y los precios adecuados de los medicamentos.

En el caso de la prevención combinada, la PrEP debe estar disponible en establecimientos de salud públicos y privados, desde el nivel I-3, especialmente en servicios de atención integral de infecciones de transmisión sexual. Además, esta debe ser gratuita en los establecimientos de salud públicos a cargo del Ministerio de Salud y los Gobiernos Regionales, y debe integrarse al PEAS para que se entregue en establecimientos privados.

Información y Orientación

⁷⁶ Directiva Sanitaria para la Distribución del Condón Masculino a usuarios/as en Servicios de Salud, Resolución Ministerial N° 242-2009-MINSA, Directiva Sanitaria N° 022-MINSA-DGPS-V01, 20 de abril del 2009, Ministerio de Salud.

⁷⁷ Encargan al Ministerio de Salud la elaboración del Plan Nacional de Lucha contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana, el SIDA y las enfermedades de transmisión sexual, 20 de junio de 1996, Congreso de la República.

⁷⁸ Ley que amplía y modifica la Ley N° 26626 sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las Infecciones de Transmisión Sexual, 31 de mayo del 2004, Congreso de la República.

Al acceder al tratamiento antirretroviral, la PrEP o la PEP, es fundamental que las personas cuenten con información y orientación de calidad sobre estos tratamientos. En el Perú, el derecho a acceder a información para personas usuarias de servicios de salud está regulada por la Ley N.º 29414⁷⁹, que establece los derechos de las personas usuarias de servicios de salud, aprobada en 2009. Esta ley modificó el artículo 15 de la Ley N.º 26842⁸⁰, Ley General de Salud, estableciendo que toda persona tiene derecho al acceso a los servicios de salud, a la información, a la atención y recuperación de la salud, y al consentimiento informado.

En cuanto al acceso a la información para los usuarios, como se detalla a continuación, incluye recibir información clara, oportuna y completa sobre sus derechos, los servicios de salud disponibles, su condición médica, los tratamientos, los costos y las características del servicio, considerando sus circunstancias particulares, idioma y cultura. El Reglamento de dicha ley, además, establece en su artículo 11 que las personas deben saber cómo ejercer estos derechos sin ser discriminadas por ninguna índole.

Para las PvUD, las normas técnicas de salud establecen procedimientos para garantizar la información y orientación completa para quienes inician el tratamiento antirretroviral. En ese sentido, la persona debe recibir consejería, que incluya una explicación detallada de los riesgos y beneficios del tratamiento, así como de los derechos y obligaciones del paciente. Así, el inicio del tratamiento se realiza tras la firma de un consentimiento informado, para lo cual el personal de salud debe asegurarse que el paciente comprenda lo que contiene el documento. En el caso de poblaciones indígenas que tengan una lengua materna diferente al Castellano, se debe contar con un intérprete, a menos que el paciente exprese lo contrario.

Para los niños, niñas y adolescentes, el ingreso al tratamiento antirretroviral se realiza después de informar a sus padres, tutores o cuidadores, quienes también estarán involucrados en las acciones de consejería y educación para la adherencia al tratamiento. Esta disposición puede ser problemática en hogares con actitudes serofóbicas. Por un lado, puede exponer a la infancia con vih a violencia por parte de sus familiares. En algunos casos, incluso puede exponer su orientación sexual, identidad de género o que realizan trabajo sexual. Por otro lado, también desincentiva a los menores a acceder al tratamiento, por el temor que implica involucrar a sus familiares en el proceso de inserción en el programa.

En el caso de la PrEP, se menciona que es fundamental brindar consejería a quienes deseen comenzar o ya estén en tratamiento. Esta consejería debe incluir información sobre el tratamiento, salud

⁷⁹ Ley que establece los derechos de las personas usuarias de servicios de salud, 2 de octubre del 2009, Congreso de la República.

⁸⁰ Ley General de Salud, 15 de julio de 1997, Congreso de la República.



sexual, estrategias de adherencia y efectos secundarios. Además, se indica que se debe abordar con el paciente temas como el consumo de sustancias psicoactivas y problemas de salud mental.

ii. Acceso a Servicios de Atención Médica para el uso de Drogas Basados en Evidencia

Cobertura Universal de Servicios de Atención Médica

El acceso a servicios de salud es reconocido por el Estado peruano a través de instrumentos como la Constitución Política (1993)⁸¹, la Ley General de Salud (Ley N.º 26842) y Ley de Aseguramiento Universal en Salud (Ley N.º 29344)⁸². En su artículo 11, la Constitución establece que “el Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas”.

El acceso a servicios de salud es desarrollado más adelante con la Ley N.º 29344, Ley de Aseguramiento Universal en Salud, publicada en el 2009. Dicha Ley busca garantizar que toda la población residente en el territorio nacional tenga acceso a un seguro de salud que cubra servicios preventivos, promocionales, recuperativos y de rehabilitación, basándose en la creación de un Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)⁸³. Esta Ley considera como principios del aseguramiento la universalidad, solidaridad, unidad, integralidad, equidad, irreversibilidad y participación ciudadana, que en conjunto buscan asegurar el acceso a servicios de salud de calidad sin discriminación.

Además de un aseguramiento universal, la cobertura de servicios de atención médica es abordada en la Ley N.º 26842, Ley General de Salud, cuyo artículo 15 fue modificado por la Ley N.º 29414⁸⁴, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de servicios de salud, en 2009. Esta modificación estableció que toda persona pueda recibir atención de emergencia médica, quirúrgica y psiquiátrica en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, la libertad de elegir su médico o centro de salud, y el acceso oportuno y equitativo a servicios, medicamentos y productos sanitarios necesarios para prevenir, promover, conservar o restablecer su salud según sus necesidades específicas.

15.1. Acceso a los servicios de salud

- a) A recibir atención de emergencia médica quirúrgica y psiquiátrica en cualquier establecimiento de salud público o privado (...)

⁸¹ Constitución Política, 29 de diciembre de 1993, Presidencia de la República.

⁸² Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, 9 de abril del 2000, Congreso de la República

⁸³ Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, Artículo 13°. - Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, Decreto Supremo que aprueba la actualización del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, Decreto Supremo N° 023-2021-SA, 24 de julio del 2021, Ministerio de Salud.

⁸⁴ Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, Decreto Supremo N° 027-2015-SA, 13 de agosto del 2015, Ministerio de Salud.

b) A elegir libremente al médico o establecimiento de salud, según disponibilidad y estructura de este, con excepción de los servicios de emergencia.

e) A obtener servicios, medicamentos y productos sanitarios adecuados y necesarios para prevenir, promover, conservar o restablecer su salud, según lo requiera la salud del usuario, garantizando su acceso en forma oportuna y equitativa.

(Ley N° 26842)

Además de las normativas que establecen la cobertura en salud para la población en general, para PvUD y, en particular, para quienes viven con vih, existen leyes específicas que abordan el derecho a la atención integral en salud. El instrumento central es la Ley N.º 26626, *Ley que encarga al Ministerio de Salud la elaboración del Plan Nacional de Lucha contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana, el SIDA y las enfermedades de transmisión sexual*, aprobada en 1996 y ampliada por la Ley N.º 28243 en 2004. Tras su modificación, el artículo 7 indica que las personas con vih tienen derecho a una atención integral de salud, más allá del tratamiento antirretroviral. Esto incluye servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento, monitoreo, consejería, entre otros, así como atención ambulatoria, hospitalaria, domiciliaria y comunitaria.

A su vez, diversos protocolos de salud han reafirmado la importancia de que la atención sea integral, como es el caso de las normas técnicas de salud que abordan el cuidado de personas con vih con perfiles específicos. Por ejemplo, para las mujeres trans, la *Norma Técnica de Salud (NTS) N.º 980-2016*⁸⁵ menciona que pueden acceder a servicios de salud sexual, salud mental, salud dental, consejería, laboratorio y asistencia social, con el objetivo de abordar su salud de manera integral. Ahora bien, para los niños, niñas y adolescentes, la *NTS N.º 882-2020*⁸⁶ garantiza su derecho a la atención integral, oportuna y de calidad, así como a recibir atención médica gratuita, consejería y orientación en centros de salud públicos. Adicionalmente, en el marco de la prevención y control de la coinfección por vih y tuberculosis, la *NTS N.º 143-2018*⁸⁷ establece que se debe garantizar su acceso a los exámenes que requieran.

Por último, en el Perú también se considera la cobertura en salud y los servicios integrales para personas privadas de la libertad. El *Reglamento del Código de Ejecución Penal* establece que estas

⁸⁵ Norma Técnica de Salud de Atención Integral de la Población Trans Femenina para la Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/SIDA, Resolución Ministerial N° 980-2016-MINSA, Norma Técnica de Salud N° 126-MINSA-2016-DGIESP, 21 de diciembre del 2016, Ministerio de Salud.

⁸⁶ Norma Técnica de Salud para el Atención Integral de la Niñas, Niños y Adolescentes infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), Resolución Ministerial N° 882-2020-MINSA, Norma Técnica de Salud N° 167-MINSA-2020-DGIESP, 23 de octubre del 2020, Ministerio de Salud.

⁸⁷ Norma Técnica de Salud para la Prevención y Control de la Coinfección Tuberculosis y Virus de Inmunodeficiencia Humana en el Perú, Resolución Ministerial N° 895-2018-MINSA, Norma Técnica de Salud N° 143-MINSA-2018-DGIESP, 2 de octubre del 2018, Ministerio de Salud.

personas pueden afiliarse a un seguro de salud, que los centros penitenciarios deben asignar personal médico, brindar prevención, tratamiento y rehabilitación en salud y, además, contar con sistemas de vigilancia epidemiológica. Además, el *Reglamento de la Ley de Salud Mental*⁸⁸ indica que, dentro de los establecimientos penitenciarios, se deben desarrollar programas para promover la salud mental a través de la atención especializada y el acompañamiento, tanto a nivel individual como colectivo.

Acceso a Servicios de Salud Sexual y Reproductiva

Respecto a este tema, las normativas peruanas sobre salud sexual y reproductiva buscan garantizar el acceso a servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS) y vih, promoviendo la educación sexual integral y el uso de métodos de prevención como los condones. Desde el *Decreto Supremo N.º 004-97-SA*, que estableció los primeros lineamientos para diagnóstico y consejería sobre ITS, hasta normativas más recientes, se ha buscado ampliar la cobertura y mejorar la calidad de la atención.

Por su parte, las resoluciones ministeriales posteriores han profundizado estos esfuerzos. La Ley N.º 28243 y la *Resolución Ministerial N.º 242-2009-MINSA* han impulsado campañas educativas y la distribución de condones, prestando especial atención a poblaciones vulnerables, como trabajadoras sexuales y mujeres en edad reproductiva. De igual manera, el *Plan Estratégico Multisectorial 2015-2019* representó un paso significativo al reconocer la diversidad sexual e incorporar un enfoque intercultural. Este plan enfocó específicamente en grupos como hombres que tienen sexo con hombres, personas trans y trabajadores sexuales, con el objetivo de reducir desigualdades en el acceso a servicios de salud.

En el ámbito materno-infantil, la *Resolución Ministerial N.º 1138-2019-MINSA* estableció protocolos integrales para el seguimiento del vih durante el embarazo. Se implementaron tamizajes gratuitos para vih, sífilis y hepatitis B, con seguimiento postnatal y visitas domiciliarias para garantizar la continuidad de la atención. La *Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Niñas, Niños y Adolescentes Infectados por VIH (RM N.º 882-2020)* ha sido fundamental para fortalecer la consejería y la atención integral, poniendo énfasis en la prevención y el uso adecuado de preservativos.

Finalmente, la *Resolución Ministerial N.º 031-2022-MINSA* consolida un enfoque de derechos humanos, promoviendo una atención respetuosa que elimine la discriminación y reconozca la diversidad cultural y sexual. Esta normativa busca garantizar servicios de salud inclusivos para todas las personas, incluyendo pueblos indígenas, migrantes y la comunidad LGBTIQ+.

⁸⁸ Reglamento de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, Decreto Supremo N° 007-2020-SA, 5 de marzo del 2020, Ministerio de Salud.

Entornos Amigables Libres de Estigma y Discriminación

Para crear entornos amigables libres de estigma y discriminación, tanto el Ministerio de Salud como el Congreso de la República han establecido parámetros para los servicios de salud. La Ley N.º 29414⁸⁹, *Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud*, reconoce cuatro derechos fundamentales para los usuarios de los servicios de salud: i) acceso a los servicios de salud, ii) acceso a la información, iii) atención y recuperación de la salud, y iv) consentimiento informado. Los dos últimos resultan particularmente relevantes para garantizar la no discriminación en los servicios de salud.

El derecho a la atención y recuperación en salud establece que las personas deben ser atendidas con pleno respeto a su dignidad e intimidad, sin discriminación por acción u omisión de ningún tipo. El Reglamento de la Ley N.º 29414⁹⁰, en su artículo 19, indica además que, para que esto se cumpla, el personal de salud y administrativo debe brindar atención con buen trato y respeto, sin ningún tipo de discriminación por motivos de origen, etnia, sexo, género, idioma, religión, opinión, condición económica, orientación sexual, discapacidad o cualquier otra índole.

En cuanto a las PvUD, este derecho se ha desarrollado a través de protocolos de salud específicos para la atención de personas con vih y personas con perfiles específicos. La Norma Técnica de Salud (NTS) N.º 169-2020-MINSA, *Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana*⁹¹, establece que debe existir una cultura de respeto y trato digno para las personas con vih. Esto incluye que los establecimientos de salud promuevan el respeto a los derechos humanos para eliminar el estigma y la discriminación, que ninguna persona pueda ser excluida de la atención y que las atenciones se adecúen al contexto sociocultural de las comunidades indígenas y amazónicas. Lo mismo se establece en las normas técnicas de salud para personas con vih, mujeres trans, pueblos indígenas amazónicos, y niños, niñas y adolescentes.

Por otro lado, el derecho al consentimiento informado ha sido clave para prevenir la discriminación contra las personas con vih. Desde la aprobación de la Ley N.º 26626 en 1996, se ha indicado que las pruebas para diagnosticar el vih deben ser voluntarias (artículo 4). El reglamento de dicha ley establece incluso que la persona debe dar una autorización escrita, excepto en casos como donantes de sangre u órganos, o cuando haya habido una exposición a sangre de la que no se tenga información.

⁸⁹ Ley que establece los derechos de las personas usuarias de servicios de salud, 2 de octubre del 2009, Congreso de la República.
⁹⁰ Reglamento de la Ley N.º 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, Decreto Supremo N.º 027-2015-SA, 13 de agosto del 2015, Ministerio de Salud.

⁹¹ Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), Resolución Ministerial N.º 1024-2020-MINSA, Norma Técnica de Salud N.º 169-MINSA-2020-DGIESP, 10 de diciembre del 2020, Ministerio de Salud.

Este derecho se vincula al de la confidencialidad y la protección de datos, protegiendo especialmente los resultados de los diagnósticos de vih.

iii. Acceso a Servicios de Reducción de Daños para PvUD

Disponibilidad de Servicios de Atención Basados en la Reducción de Daños

Las normativas que abordan el uso de drogas en el Perú generalmente se orientan a implementar programas de rehabilitación y prevención del consumo de sustancias. Estos objetivos se establecieron desde 1996 con la aprobación del Decreto Legislativo N.º 824, *Ley de Lucha contra el tráfico ilícito de drogas*⁹². En su artículo 2, se menciona como objetivos prevenir el consumo de drogas mediante acciones de prevención desde la educación, la información y la promoción de una vida sana, así como contribuir a la creación y/o fortalecimiento de programas de rehabilitación para personas que usan drogas.

Por su parte, la Ley General de Salud (Ley N.º 26842) establece, además, el derecho a la rehabilitación. En su artículo 11, indica que “toda persona tiene derecho a la recuperación, rehabilitación y promoción de su salud mental. El alcoholismo, la farmacodependencia, los trastornos psiquiátricos y los de violencia familiar se consideran problemas de salud mental. La atención de la salud mental es responsabilidad primaria de la familia y del Estado”. En atención a este derecho, el *Plan Esencial de Aseguramiento en Salud*, actualizado en 2021⁹³, incluye entre sus condiciones asegurables los “problemas de salud mental”, que abarcan los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, opiáceos, cannabinoides, sedantes, hipnóticos, cocaína, estimulantes, alucinógenos, tabaco, disolventes volátiles y otras sustancias. También incluye la cobertura de salud para el abuso de sustancias que no producen dependencia y el envenenamiento autoinfligido por consumo de drogas.

Además, se creó la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas - DEVIDA, cuyas funciones se establecen en el Decreto Legislativo N.º 1241⁹⁴, que fortalece la lucha contra el tráfico ilícito de drogas:

Realizar acciones de prevención sobre el consumo de drogas, así como contribuir con la creación o fortalecimiento de programas de rehabilitación y tratamiento de las adicciones en coordinación con las entidades competentes. Promover la sustitución de los cultivos de la hoja de coca y otros sembríos que sirvan de insumo para la producción de drogas ilícitas, mediante programas de

⁹² Ley de Lucha contra el tráfico ilícito de drogas, Decreto Legislativo N° 824, 24 de abril de 1996, Congreso de la República.

⁹³ Decreto Supremo que aprueba la actualización del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, Decreto Supremo N° 023-2021-SA, 24 de julio del 2021, Ministerio de Salud.

⁹⁴ Decreto Legislativo que fortalece la lucha contra el tráfico ilícito de drogas, Decreto Legislativo N° 1241, 26 de septiembre del 2015, Congreso de la República.

desarrollo alternativo integral y sostenible en coordinación con los organismos, sectores y niveles de gobierno.

Desarrollar programas educativos orientados a sensibilizar a la población sobre la prevención del consumo de drogas, del delito del tráfico ilícito de drogas y sus consecuencias, en coordinación con los sectores u organismos competentes.

(Decreto Legislativo N° 1241, art. 2)

En la *Política Nacional Contra Drogas al 2030*⁹⁵, DEVIDA establece entre sus objetivos prioritarios reducir el consumo de drogas en poblaciones en situación de vulnerabilidad. Esta política, aprobada en 2019, propone como lineamientos prevenir el consumo de drogas, con especial atención en la población en edad escolar e incrementar la oferta de servicios de tratamiento para la adicción a drogas, enfocándose en poblaciones vulnerables. Sin embargo, esta política parece representar un retroceso frente a la *Estrategia Nacional de Lucha contra las Drogas 2017-2021*⁹⁶, aprobada dos años antes. Aunque ambas estrategias incluyen objetivos de reducción de la demanda de drogas a través de la prevención y el acceso al tratamiento, la estrategia anterior destacaba la consideración de poblaciones vulnerables y la reducción de daños.

Uno de los objetivos específicos del eje de reducción de la demanda en la estrategia 2017-2021 era promover la inclusión y el acceso a servicios de prevención y tratamiento del uso de drogas para poblaciones en situación de vulnerabilidad. Entre estas poblaciones se mencionaban a niños, niñas y adolescentes en situación de calle o desprotección, personas afectadas por violencia familiar y sexual, adolescentes infractores, trabajadores/as sexuales y personas LGBTIQ+. Además, otro objetivo de este eje era mitigar los riesgos y daños asociados al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas psicoactivas. Entre las acciones priorizadas se indicaba promover el diseño e implementación de intervenciones específicas para la prevención de comportamientos de riesgo, enfermedades físicas y trastornos mentales asociados al consumo de drogas, así como desarrollar acciones para el manejo y prevención de intoxicaciones y sobredosis por sustancias psicoactivas. Estos objetivos reflejaban un enfoque más orientado a la reducción de daños, en contraste con el enfoque prohibicionista de la política actual. Lamentablemente, no se cuenta con información sobre su implementación, y la estrategia no fue renovada tras culminar su periodo de vigencia en 2021.

⁹⁵ Política Nacional Contra Drogas al 2030, Decreto Supremo N° 192-2020-PCM, 6 de diciembre del 2019, Presidencia del Consejo de Ministros.

⁹⁶ Estrategia Nacional de Lucha contra las Drogas 2017 - 2021, Decreto Supremo N° 061-2017-PCM, 1 de junio del 2017, Presidencia del Consejo de Ministros.



Por otro lado, existen protocolos de atención para PvUD al ingresar a los programas de tratamiento antirretroviral. Al detectar un caso positivo de vih, la *Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)*⁹⁷, establece que se debe notificar sobre el caso de forma obligatoria. Para ello, se utiliza una ficha de notificación donde se debe registrar si la persona tiene alguna condición especial. Entre estas condiciones se considera i) UDI: Usuarios de drogas inyectables o endovenosas, y ii) Usuario de drogas no inyectables: Otro tipo de drogas ilegales, no inyectables.

A continuación, las personas con vih deben pasar una serie de evaluaciones físicas y psicológicas. Un profesional en psicología debe elaborar un plan de intervención, seguimiento y referencia para los casos necesarios. Se presta especial atención a los factores que pueden dificultar la adherencia al tratamiento, entre los cuales se menciona el consumo de alcohol y sustancias. Esto se establece en las *Normas Técnicas de Salud para la Atención Integral de Niñas, Niños y Adolescentes Infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)*⁹⁸ y para la *Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)*.⁹⁹

Adicionalmente, el *Documento Técnico: Consejería en ITS/VIH y Sida*¹⁰⁰ establece protocolos de consejería para personas farmacodependientes, señalando que “el consumo de estas sustancias los lleva a tener comportamientos de riesgo: relaciones sexuales sin condón, múltiples parejas sexuales y sexo a cambio de drogas”. De esta manera, los objetivos de esta consejería son el reconocimiento de las conductas de riesgo asociadas al uso de drogas y la incorporación en programas de tratamiento para farmacodependientes. Para este último, se refiere a la persona al servicio de salud mental.

Este tipo de protocolos reflejan una visión en la que el uso de drogas se percibe como una problemática que genera conductas sexuales de riesgo, limita la adherencia al tratamiento antirretroviral y cuya única respuesta es derivar a las personas a programas de rehabilitación.

Programas de Prevención de Sobredosis

⁹⁷ Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en el Perú, Resolución Ministerial N° 117-2015-MINSA, Norma Técnica de Salud N° 115-MINSA-DGE-V01, 25 de febrero del 2015, Ministerio de Salud.

⁹⁸ Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de la Niñas, Niños y Adolescentes infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), Resolución Ministerial N° 882-2020-MINSA, Norma Técnica de Salud N° 167-MINSA-2020-DGIESP, 23 de octubre del 2020, Ministerio de Salud.

⁹⁹ Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), Resolución Ministerial N° 1024-2020-MINSA. Norma Técnica de Salud N° 169-MINSA-2020-DGIESP, 10 de diciembre del 2020, Ministerio de Salud.

¹⁰⁰ Documento Técnico: Consejería en ITS/VIH y Sida, Resolución Ministerial N° 264-2009-MINSA, 23 de abril del 2009, Ministerio de Salud.



En relación con la prevención de sobredosis, la mayoría de las normativas que abordan este tema no están vigentes o no son específicas para el uso de drogas. Como se mencionó anteriormente, existió la *Estrategia Nacional de Lucha contra las Drogas 2017-2021*, que incluía entre sus objetivos mitigar los riesgos y daños asociados al uso de drogas. Para este fin, la estrategia proponía como acción el desarrollo de medidas para el manejo y la prevención de intoxicaciones y sobredosis por sustancias psicoactivas. Sin embargo, esta estrategia no fue renovada después de 2021, y no se cuenta con información sobre su ejecución e impacto.

Una normativa vigente es el *Plan Esencial de Aseguramiento en Salud*, que incluye entre las condiciones asegurables situaciones de envenenamiento autoinfligido por el uso de diversas drogas. Esto implica que, ante una situación de sobredosis, existe la garantía de que la persona asegurada será atendida y que estas atenciones serán cubiertas, tanto en establecimientos de salud públicos como privados. Por último, en 2020 se desarrolló la *Guía Técnica para la Atención de Salud Mental de Personas con Intoxicación Alcohólica*¹⁰¹, que incluye procedimientos de evaluación, diagnóstico y manejo en cada nivel de atención. Aunque esta guía no menciona específicamente las situaciones de sobredosis por uso de drogas, puede servir como referencia para atender la salud mental de personas que están siendo atendidas por este motivo.

Servicios de Atención Psicosocial y Comunitaria Basados en Reducción de Daños

Según el *Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2017 – 2021*¹⁰², los servicios de atención psicosocial en el Perú están estructurados en tres niveles principales de atención: los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC), que brindan atención ambulatoria especializada; las Unidades de Hospitalización (UHSM), para casos que requieren internamiento hasta por 60 días; y los Hospitales de Día (UHD-SM), que ofrecen atención parcial de 6 a 8 horas diarias durante 6 días a la semana. De acuerdo con este plan, los Centros de Salud Mental Comunitarios cuentan con cuatro programas, uno de los cuales es el Servicio de Adicciones.

Las funciones de estos servicios son amplias e incluyen no solo la atención directa a pacientes, sino también el desarrollo de programas de rehabilitación psicosocial, la implementación de programas de continuidad de cuidados, la supervisión de programas preventivos y la atención específica para diferentes tipos de adicciones, como alcohol, marihuana y cocaína. Además, realizan visitas domiciliarias

¹⁰¹ Guía Técnica para la atención de salud mental de personas con intoxicación alcohólica, Resolución Ministerial N° 247-2020-MINSA, 30 de abril del 2020, Ministerio de Salud.

¹⁰² Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2017 – 2021, Resolución Ministerial N° 356-2018-MINSA, 20 de abril del 2018, Ministerio de Salud.

especializadas, promueven grupos de autoayuda, participan en la capacitación de personal y desarrollan actividades de investigación y docencia.

Estos programas atienden a diversas poblaciones específicas, incluyendo adolescentes, mujeres y comunidades vulnerables, con un enfoque particular en grupos étnicos que requieren atención culturalmente adaptada. Un punto para destacar es que la atención prioriza el tratamiento ambulatorio sobre la hospitalización, requiriendo consentimiento informado para los internamientos. Esto significa que ninguna persona puede ser internada en contra de su voluntad debido al uso de drogas.

Derecho a no Sufrir Detención o Prisión Arbitraria

i. Penalización del uso Personal de Drogas

Criminalización

La criminalización del uso personal de drogas se enfoca principalmente en la destrucción de cultivos y en la prevención del tráfico ilícito. El Código Penal, en sus artículos 296 y 298¹⁰³, señala que quienes fabriquen, promuevan, faciliten, posean o transporten drogas serán sancionados con pena privativa de libertad. Con la aprobación en 2015 del Decreto Legislativo N.º 1241¹⁰⁴, que fortalece la lucha contra el tráfico ilícito de drogas, y su Reglamento, se prohíbe el cultivo de amapola, utilizada para la creación de heroína y marihuana.

En el caso de la cocaína, la Empresa Nacional de la Coca (ENACO) es la única entidad autorizada para comercializar e industrializar las hojas de coca. Por lo tanto, la coca no empadronada o de resiembra se considera ilegal y está sujeta a incautación. Además, como medida de prevención y control, la policía puede intervenir selectivamente a personas y vehículos, incautar predios urbanos o rurales utilizados para cultivos ilegales o procesamiento y decomisar drogas, sustancias químicas y materias primas relacionadas.

Finalmente, tras la aprobación de la Ley N.º 30681, que regula el uso medicinal y terapéutico del cánnabis y sus derivados¹⁰⁵, se establecieron requisitos para el trabajo con determinadas variedades, que estarían exentas de la prohibición señalada en el Decreto Legislativo N.º 1241. Así, el cultivo de amapola y marihuana (u otras plantas con solicitud de permiso) está permitido solo para fines medicinales y terapéuticos. De lo contrario, los cultivos serán destruidos. Consumidores, distribuidores, productores e

¹⁰³ Código Penal, Decreto Legislativo N.º 635, 3 de abril de 1991, Poder Ejecutivo.

¹⁰⁴ Decreto Legislativo que fortalece la lucha contra el tráfico ilícito de drogas, 25 de setiembre del 2015, Congreso de la República, Reglamento del Decreto Legislativo N.º 1241, Decreto Legislativo que fortalece la lucha contra el tráfico ilícito de drogas, Decreto Supremo N.º 006-2016-IN, 24 de junio del 2016, Ministerio del Interior.

¹⁰⁵ Ley que regula el uso medicinal y terapéutico del cannabís y sus derivados, 17 de noviembre del 2017, Congreso de la República.

investigadores deben estar debidamente empadronados para evitar la criminalización de su cultivo, transporte o posesión de la planta.

Defensa Técnica

Las normativas relacionadas con la defensa técnica abordan tanto los derechos de las personas detenidas por tráfico ilícito de drogas, como las posibilidades de exención, remisión de pena e indulto para quienes han sido sentenciados por este delito. El Decreto Legislativo N.º 1241, aprobado en 2015 y que fortalece la lucha contra el tráfico ilícito de drogas, establece los derechos de los detenidos.

En primer lugar, se indica que estas personas tienen derecho a asesoría legal, incluso durante la incomunicación. Además, la incomunicación solo puede aplicarse mediante resolución judicial motivada. Al respecto, es importante señalar que, a pesar de la incomunicación, el detenido mantiene su derecho a ser asesorado por su abogado y se deben garantizar medidas para su seguridad.

En cuanto a los beneficios para personas juzgadas o sentenciadas por tráfico ilícito de drogas, la Ley de Lucha contra el Tráfico Ilícito de Drogas establece que una persona bajo investigación o proceso judicial puede quedar exenta de pena si proporciona información útil que conduzca a la identificación y detención de líderes de organizaciones de tráfico de drogas, o que facilite el decomiso de drogas y materiales relacionados.

Para las personas privadas de libertad que cumplen condena por tráfico de drogas, existe la posibilidad de solicitar la remisión de su pena si cumplen con ciertos requisitos de información. Asimismo, si han cumplido al menos un tercio de su condena, pueden solicitar un indulto por única vez. No obstante, estos beneficios no aplican a líderes de organizaciones criminales ni a funcionarios involucrados en la prevención y enjuiciamiento de estos delitos.

Portación Mínima

El artículo 299 del Código Penal establece que la posesión de drogas para consumo personal inmediato no es punible si no excede ciertas cantidades: hasta cinco gramos de pasta básica de cocaína, dos gramos de clorhidrato de cocaína, ocho gramos de marihuana, dos gramos de sus derivados, un gramo de látex de opio, doscientos miligramos de sus derivados o doscientos cincuenta miligramos de éxtasis, que incluye metilendioxianfetamina (MDA), metilendioximetanfetamina (MDMA) y metanfetamina. Sin embargo, esta excepción no aplica si se poseen dos o más tipos de drogas. Además, la posesión de cánnabis y sus derivados con fines medicinales y terapéuticos no es punible siempre que la cantidad sea

necesaria para el tratamiento de un paciente registrado en el Ministerio de Salud y debidamente empadronado.

Por su parte, la Ley N.º 31312, que incorpora y modifica artículos de la Ley N.º 30681 y regula el uso medicinal y terapéutico del cannabis y sus derivados¹⁰⁶, aprobada en 2021, permite el autocultivo de cánnabis por asociaciones de pacientes. Esta ley define que solo los pacientes registrados oficialmente como usuarios de cánnabis medicinal (o sus representantes legales) pueden formar asociaciones de dos o más miembros para cultivar y procesar cánnabis para su uso terapéutico exclusivo. Para obtener la licencia, todos los miembros deben estar inscritos en el registro del Ministerio de Salud. La autorización permite el cultivo, procesamiento, transporte y almacenamiento de cánnabis y sus derivados únicamente para fines medicinales. La Dirección Antidrogas de la Policía Nacional supervisa la seguridad del proceso y establece protocolos para garantizar la integridad física del cánnabis y sus productos derivados.

ii. Abuso de Autoridad y Violencia Estatal

Protección Legal

Frente al abuso de autoridad y la violencia estatal, existen leyes que establecen cómo respetar los derechos de las personas durante un arresto, con el fin de evitar la tortura o tratos crueles. Sin embargo, estas normas pueden generar un perfilamiento hacia personas que usan drogas, lo que puede socavar sus derechos. En primer lugar, la Constitución Política¹⁰⁷ establece derechos fundamentales relacionados con la libertad y la seguridad personal, incluyendo el principio de que nadie está obligado a hacer lo que la ley no manda ni impedido de hacer lo que no prohíbe. Además, se garantiza que nadie será procesado por actos no tipificados previamente como delito y se presume la inocencia hasta que se declare judicialmente lo contrario. En ese sentido, la detención policial debe realizarse como una medida excepcional que requiere un mandato judicial o debe ocurrir en situaciones de flagrancia. Asimismo, la Constitución prohíbe explícitamente cualquier forma de violencia o tortura, invalidando las declaraciones obtenidas bajo estas condiciones.

De otro lado, el *Manual de Derechos Humanos aplicados a la función policial*¹⁰⁸, aprobado en 2018, hace énfasis en el uso de los grilletes durante las detenciones. El manual señala que cualquier

¹⁰⁶ Ley que incorpora y modifica artículos de la Ley 30681 ley que regula el uso medicinal y terapéutico del cannabis y sus derivados, 25 de julio del 2021, Congreso de la República.

¹⁰⁷ Constitución Política, Artículo 2.- Derechos fundamentales de la persona, 29 de diciembre del 2023, Presidencia de la República.

¹⁰⁸ Manual de Derechos Humanos aplicados a la función policial, Resolución Ministerial N° 952-2018-IN, 14 de agosto del 2028, Ministerio del Interior.

persona sospechosa de un delito, especialmente aquellas bajo los efectos del alcohol o drogas, debe ser engrilletada. Además, indica que el control físico es una técnica no solo para inmovilizar a una persona, sino también para buscar objetos o drogas que pueda poseer. Si bien se argumenta que el uso de grilletes busca minimizar el daño durante las detenciones al reducir el uso de la fuerza y de las armas, se evidencia un perfilamiento hacia personas que usan drogas, estableciendo medidas diferenciadas de control e inmovilización.

Respecto al plazo de detención, el Código Procesal Penal¹⁰⁹ indica que la detención preliminar puede durar hasta 72 horas, salvo en casos donde la complejidad de la investigación requiera que se extienda hasta 7 días. No obstante, existe una excepción específica para casos de terrorismo, espionaje y tráfico ilícito de drogas, en los que la detención preventiva puede extenderse hasta 15 días naturales, con la obligación de informar al Ministerio Público y al Juez.

Por último, el *Manual de Derechos Humanos Aplicados a la Función Policial* también delimita los derechos de las personas detenidas. Entre estos se incluyen garantías fundamentales como: la identificación del policía que realiza la detención, el registro inmediato en el libro de detenidos, el manejo adecuado de sus pertenencias, ser informado por escrito del motivo de su detención, poder comunicarse con familiares o amigos, tener acceso inmediato a un representante del Ministerio Público o consulado, contar con asistencia legal de su elección o un defensor público, estar protegido contra cualquier forma de violencia durante las declaraciones, acceder a un reconocimiento médico, mantener su derecho a no auto incriminarse, ser presumido inocente, expresarse en su idioma con ayuda de un traductor o intérprete si es necesario, ser puesto a disposición de la autoridad dentro del plazo legal, recibir abrigo y alimentación y no ser incomunicado salvo en los casos específicamente previstos por la ley.

Específicamente en relación con las personas con vih, el manual enfatiza que la policía debe prestar especial atención a su salud en caso de ser detenidas, especialmente en los centros de detención o durante su traslado para trámites. Además, no se debe mencionar el diagnóstico de vih, salvo en los casos establecidos por la ley. En este contexto, las pruebas de vih y otras enfermedades deben ser voluntarias, y sus resultados deben mantenerse confidenciales, estando prohibido exigirlos en los exámenes médico-legales.

Mecanismos de Denuncia

¹⁰⁹ Código Procesal Penal, Decreto Legislativo N° 957, 22 de julio del 2004.

El Código Penal¹¹⁰ sanciona con pena privativa de la libertad el abuso de autoridad por parte de cualquier funcionario público en su artículo 376. Para denunciar conductas indebidas del personal policial, el Ministerio del Interior cuenta con una Central de Denuncias Únicas (CUD)¹¹¹, donde se pueden presentar denuncias y quejas las 24 horas, los 365 días. Estas denuncias pueden realizarse de forma anónima y por vía telefónica, a través de un portal web, correo electrónico o un aplicativo móvil.

Por otro lado, el Código Penal protege a los efectivos policiales cuando una persona intenta resistirse durante una detención. En sus artículos 365 al 368, se establece que impedir que un funcionario realice su trabajo puede conllevar penas de hasta dos años, mientras que usar intimidación para interferir en sus funciones puede resultar en penas de hasta cuatro años. Las sanciones aumentan si el delito es cometido por varias personas o si hay lesiones graves, pudiendo llegar hasta quince años en casos extremos. Además, el artículo 368 indica que negarse a un análisis de sangre o de otros fluidos para determinar el nivel, porcentaje o ingesta de alcohol, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas o sintéticas, conlleva una pena privativa de la libertad será de cuatro a siete años.

Mecanismos de Reparación

Si bien la normativa no menciona mecanismos de reparación específicos para personas que han sufrido abusos por parte de las fuerzas del orden, sí se establecen medidas correctivas para la policía. La Ley N.º 30714, *Ley que regula el Régimen Disciplinario de la Policía Nacional del Perú*¹¹², aprobada en 2017, determina las normas de conducta que el personal policial debe cumplir tanto dentro como fuera del servicio. Entre estas normas, se indica que los efectivos deben brindar un trato cortés y respetuoso a los ciudadanos.

Las infracciones se definen como acciones u omisiones que atentan contra las obligaciones y deberes del personal policial y se clasifican en leves, graves y muy graves, con sanciones diferenciadas según la gravedad de cada caso. Las sanciones varían desde amonestaciones por infracciones leves hasta la separación definitiva del servicio por infracciones muy graves. Entre las infracciones consideradas graves se encuentra discriminar a alguien por motivos de origen, raza, sexo, idioma, religión, opinión, condición económica o de cualquier otra índole, lo cual es sancionado con 11 a 15 días de rigor.

¹¹⁰ Código Penal, Decreto Legislativo N° 635, 3 de abril de 1991, Poder Ejecutivo.

¹¹¹ Aprobar la Directiva N° 001-2024-IN-VSP-DGIS, denominada "Lineamientos para la gestión de denuncias y quejas en la Central Única de Denuncias del Ministerio del interior", Resolución Directoral N° 001-2024-IN-VSP-DGIS, 16 de enero de 2024, Ministerio del Interior.

¹¹² Ley que regula el Régimen Disciplinario de la Policía Nacional del Perú, 30 de diciembre del 2017, Congreso de la República.

Entre las infracciones muy graves se encuentran acciones como el maltrato a las personas intervenidas una vez que están reducidas o detenidas, así como el uso innecesario o desproporcionado de la fuerza, sancionado con 6 meses a 1 año de disponibilidad. También se incluye solicitar, recibir u ofrecer dádivas o sobornos, lo cual conlleva el retiro de la institución. Por último, una infracción muy grave es apropiarse o adulterar drogas sujetas a custodia o traslado, lo que implica igualmente el retiro del servicio.

iii. Violencia en Centros de Detención

Abusos de Poder

En cuanto al régimen disciplinario dentro de los establecimientos penitenciarios, este busca mantener la convivencia pacífica y el orden, siendo más riguroso en centros cerrados y más flexible en los regímenes semiabiertos y abiertos. Para las PvUD, el Código de Ejecución Penal establece condiciones que pueden resultar en una estadía más difícil. Por ejemplo, las faltas disciplinarias se clasifican en graves y leves, considerándose como falta grave la posesión o consumo de drogas y alcohol. Las sanciones pueden incluir desde amonestaciones hasta aislamiento por un máximo de 30 días. Además, para acceder a beneficios penitenciarios como la semilibertad o la liberación condicional, el juez puede imponer diversas reglas de conducta, incluyendo la obligación de someterse a tratamiento de desintoxicación de drogas o alcohol cuando lo considere necesario.

En términos de protección para las personas privadas de libertad, la *Política Nacional Penitenciaria al 2030*¹¹³, publicada en 2020, establece diversos objetivos prioritarios. Estos incluyen la reducción del hacinamiento, la mejora de las condiciones de vida de los internos, el aseguramiento de la seguridad y convivencia, el fortalecimiento de habilidades para la reinserción tanto en régimen cerrado como abierto, la mejora de la gestión del conocimiento y transparencia del sistema y el desarrollo de capacidades para la reinserción postpenitenciaria.

No obstante, la normativa no establece medidas para prevenir abusos de poder o abuso en los centros de detención, ni los cometidos por otras personas privadas de la libertad ni los cometidos por las autoridades.

Abusos en Centros de Detención

¹¹³ Política Nacional Penitenciaria al 2030, Decreto Supremo N° 011-2020-JUS, 25 de septiembre del 2020, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

El Perú ratificó el *Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (OPCAT)*¹¹⁴, que tiene por objeto la prevención de estos actos mediante el establecimiento de un sistema de visitas periódicas a lugares donde se encuentran personas privadas de libertad. Para su cumplimiento, la Defensoría del Pueblo¹¹⁵ se encarga de la implementación de los Mecanismos Nacionales de Prevención de la Tortura, los cuales protegen a las personas privadas de la libertad de malos tratos, promueven actividades de capacitación y comunican presuntos delitos y otras irregularidades que requieran investigación penal y/o administrativa dentro de los centros penitenciarios.

Formación Antidiscriminatoria

Por último, existe un plan que menciona entre sus acciones el fortalecimiento de capacidades del personal de justicia en temas de diversidad. El *Plan Estratégico Multisectorial para la Prevención y Control de las ITS y VIH 2015-2019*¹¹⁶ incluye como una de sus actividades incorporar contenidos de prevención de la violencia contra poblaciones clave y respeto a la diversidad en los planes de estudio de las escuelas de formación de diferentes entidades de seguridad. Este plan menciona particularmente a las Fuerzas Armadas, la Policía Nacional del Perú, el Instituto Nacional Penitenciario (INPE) y los cuerpos de seguridad y serenazgo de los gobiernos locales.

A pesar de los esfuerzos de este plan para incorporar la formación antidiscriminatoria como una prioridad, no existe información oficial sobre su ejecución, y el plan no fue renovado después de 2019. En particular, no existe evidencia en los canales oficiales de que en los centros de detención gestionados tanto por la Policía como por el INPE se haya capacitado al personal para respetar los derechos de las PvUD.

¹¹⁴ Ratifican el Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, Decreto Supremo N° 044-2006-RE, 26 de julio de 2006, Ministerio de Relaciones Exteriores.

¹¹⁵ Ley que amplía las funciones de la Defensoría del Pueblo como órgano encargado del mecanismo nacional de prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Ley N° 30394, 22 de diciembre de 2015, Congreso de la República.

¹¹⁶ Plan estratégico Multisectorial para la Prevención y Control de las ITS y VIH 2015-2019, Decreto Supremo N° 035-2015-SA, 21 de octubre del 2015, Ministerio de Salud.



Anexo 2. Análisis Integrado de *Jure y Facto*

Derecho a la no Discriminación

i. Discriminación Legal y Normativa

Legislación Antidiscriminatoria

- **De jure:** En el Perú existen garantías contra la discriminación para la población general, incluyendo la discriminación por condiciones de salud o cualquier otro motivo.
- **De facto:** La mayoría de las personas entrevistadas desconocen normas específicas que protejan contra la discriminación de personas con vih y consideran que las políticas antidiscriminatorias actuales son insuficientes. Dos tercios de los participantes (66.7%) están en desacuerdo con la eficacia de estas leyes. Existe un movimiento para impulsar una nueva ley sobre el vih que actualice la legislación del 2004, buscando abordar de manera más efectiva la no discriminación y proteger a poblaciones clave, como personas LGBTIQ+, trabajadores sexuales y personas que usan drogas.
- **Intersección:** El análisis revela una profunda desconexión entre la normativa legal de protección contra la discriminación y su implementación práctica en el Perú. Si bien formalmente existen protecciones generales, dos tercios de los participantes cuestionan su eficacia, evidenciando un significativo desconocimiento y falta de aplicación real. La necesidad de impulsar una nueva ley de vih que actualice la legislación del 2004 refleja las limitaciones del marco legal actual para abordar efectivamente la discriminación, especialmente hacia poblaciones vulnerables como personas LGBTIQ+, trabajadores sexuales y personas que usan drogas.

Mecanismos de Protección

- **De jure:** Existen varias entidades a las cuales es posible denunciar actos de discriminación en el acceso a servicios: el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (INDECOPI) para el ámbito del consumo; la Superintendencia Nacional de Fiscalización Laboral (SUNAFIL) para el ámbito laboral; y la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) para el sector salud. Para casos fuera de estos contextos, las denuncias pueden presentarse a través de comisarías, fiscalías o la Defensoría del Pueblo.

- **De facto:** Existen organizaciones comunitarias que han establecido canales de denuncia para personas con vih. Sin embargo, estas denuncias raramente llegan a instancias oficiales debido a la desconfianza institucional, especialmente entre poblaciones marginalizadas como trabajadores informales, migrantes y personas trans. Muchas personas temen denunciar por miedo a revelar su diagnóstico, lo que podría exponerlas a más discriminación. Para personas que usan drogas, la situación es aún más compleja, pues prevalece la percepción de que no tienen derecho a reclamar por considerárseles responsables de su condición. Como resultado, el 66.7 % de los participantes consideró que los mecanismos de protección contra la discriminación no son efectivos ni accesibles.
- **Intersección:** Si bien formalmente existen múltiples canales oficiales, en la práctica prevalecen barreras significativas como la desconfianza institucional, el miedo a la estigmatización y el riesgo de revictimización, especialmente entre poblaciones marginalizadas. Las organizaciones comunitarias han intentado establecer alternativas de denuncia, pero estas raramente escalan a instancias oficiales. Particularmente para las PvUD, la discriminación se agrava por el temor a revelar su condición y la percepción social de que no merecen reclamar derechos.

Brechas Legislativas

- **De jure:** Dos leyes pueden vulnerar los derechos de las personas con vih: una penaliza la propagación de enfermedades contagiosas, la cual ha sido utilizada contra personas con vih, y otra obliga a realizarse una prueba de vih para contraer matrimonio, medida que ha sido criticada por la Defensoría del Pueblo.
- **De facto:** Según el estudio, el 70.4 % de las personas encuestadas consideró que las leyes actuales no cubren adecuadamente los casos de discriminación que enfrentan las PvUD. Los participantes destacaron la falta de interseccionalidad en las políticas sobre el vih, lo que limita el desarrollo de estrategias diferenciadas y protecciones legislativas específicas para esta población.
- **Intersección:** La normativa peruana contiene disposiciones legales potencialmente lesivas que, lejos de proteger, pueden criminalizar a las personas con vih, como la ley que penaliza la propagación de enfermedades infectocontagiosas y la que exige pruebas de vih para contraer matrimonio. El 70.4 % de los encuestados considera que las leyes actuales son inadecuadas para abordar su realidad. La crítica central radica en la ausencia de un enfoque interseccional que

reconozca la complejidad de las experiencias de las PvUD, limitando el desarrollo de estrategias legislativas que realmente protejan sus derechos y atiendan sus necesidades específicas.

ii. Discriminación Institucional

Acceso a Servicios

- **De jure:** La legislación peruana protege a las PvUD contra la discriminación en servicios básicos, como salud, empleo y educación, mediante leyes que garantizan la atención médica equitativa y sancionan la negativa de servicios. Además, algunos planes en el pasado propusieron reforzar la vigilancia de leyes antidiscriminatorias y promover la inclusión social y laboral de las personas con vih.
- **De facto:** El estudio reveló que el 63 % de las personas encuestadas considera que las PvUD no tienen acceso real a servicios básicos como vivienda, salud y servicios financieros. Los testimonios evidenciaron desafíos estructurales significativos, incluyendo inestabilidad habitacional, dificultades para continuar tratamientos médicos, estigma familiar y discriminación por parte de proveedores de servicios que juzgan la apariencia de las personas.
- **Intersección:** A pesar de la protección para acceder a servicios, los testimonios documentan desafíos estructurales complejos, como inestabilidad habitacional, obstáculos para continuar tratamientos médicos, estigmatización familiar y discriminación sistemática por parte de proveedores de servicios que juzgan más la apariencia de las personas que sus derechos fundamentales. Esta brecha evidencia que la mera existencia de normativas antidiscriminatorias no garantiza su cumplimiento efectivo.

Discriminación Laboral

- **De jure:** La normativa peruana garantiza derechos laborales como igualdad, remuneración justa y libertad sindical. Además, prohíbe la discriminación laboral por vih y otras características, así como la exigencia de pruebas de vih como condición de contratación. El Ministerio de Trabajo debe implementar políticas contra el estigma, y el uso de drogas en el trabajo es motivo de despido.
- **De facto:** El 74.1 % de las personas encuestadas perciben discriminación laboral hacia PvUD, con casos concretos que incluyen la exigencia de pruebas de vih, descalificación en procesos de contratación y despidos tras revelar el diagnóstico. Los empleadores mantienen mitos sobre la



transmisión del virus, y persiste el estigma y la desinformación. La falta de conocimiento sobre canales de denuncia, especialmente en el trabajo informal, lleva a muchas personas a optar por el trabajo independiente como estrategia de supervivencia laboral.

- **Intersección:** pesar de un marco normativo robusto contra la discriminación laboral, los testimonios revelan prácticas como la exigencia de pruebas de vih, la descalificación en procesos de selección y los despidos tras revelar el diagnóstico. La persistencia de mitos, estigmas y desinformación entre los empleadores se contraponen a los derechos reconocidos en la normativa. Esto ocurre debido a una supervisión inefectiva del cumplimiento de estos derechos laborales, especialmente en entornos de trabajo informal.

Sistema de Justicia

- **De jure:** Pocas normativas abordan la discriminación en el sistema de justicia para las PvUD, siendo el *Plan Estratégico Multisectorial 2015-2019* el único esfuerzo por capacitar a jueces y operadores de justicia para reducir la discriminación y la impunidad en crímenes de odio. Sin embargo, este plan no fue renovado después de 2019 y no existe información oficial sobre su implementación.
- **De facto:** El 85 % de las personas encuestadas consideró que las PvUD se enfrentan a discriminación en el sistema judicial, con testimonios que revelan situaciones de violencia policial, especialmente contra mujeres trans, trabajadoras sexuales, personas afrodescendientes y migrantes venezolanos. La discriminación se materializa a través del perfilamiento policial basado en referentes visuales, lo que evidencia una profunda problemática de estigmatización y prejuicio en el sistema de justicia.
- **Intersección:** La discriminación judicial ha sido abordada mínimamente, con un único intento de capacitar a operadores de justicia, que no fue renovado ni se documentó su implementación. En contraste, la realidad revela violencia policial selectiva que afecta especialmente a mujeres trans, trabajadoras sexuales, personas afrodescendientes y migrantes venezolanos. El perfilamiento policial basado en referentes visuales expone estigmas arraigados en el personal de justicia.

iii. Discriminación Social y Comunitaria

Estigma Social

- **De jure:** Existen dos leyes en el sector salud que buscan reducir el estigma hacia las personas con vih, a través de mensajes educativos y capacitación al personal de salud. Sin embargo, estas leyes no abordan específicamente cómo el estigma del vih se relaciona con el uso de drogas.
- **De facto:** El 88.9 % de las personas encuestadas reconoce que el estigma social asociado al uso de drogas afecta negativamente la vida cotidiana de las PvUD. Existe una percepción social que vincula el vih directamente con conductas de riesgo y un estilo de vida "del inframundo", generando un fuerte autoestigma que lleva a las personas a ocultar su uso de drogas por vergüenza y miedo a ser etiquetadas como adictas. Este estigma no solo daña la autoimagen, sino que también obstaculiza la búsqueda de redes de apoyo.
- **Intersección:** La normativa presenta un enfoque limitado para reducir el estigma hacia las PvUD, omitiendo abordar explícitamente la intersección entre el vih y el uso de drogas. La percepción social construye una narrativa que vincula el vih y el uso de drogas con un estilo de vida marginal, generando un poderoso autoestigma que lleva a las personas a ocultar su condición por vergüenza y miedo. Este estigma no es solo un problema de percepción, sino un mecanismo de exclusión que daña la autoimagen y, más críticamente, obstaculiza el acceso a apoyo y recursos para reducir el consumo de sustancias. La desconexión entre la normativa y la realidad evidencia la necesidad de políticas públicas más integrales que aborden los prejuicios sociales en su complejidad.

Violencia Simbólica en Medios

- **De jure:** La legislación sobre radio y televisión aborda la no discriminación a través de un sistema de autorregulación que requiere que los medios desarrollen códigos de ética y permite a los ciudadanos presentar quejas. Sin embargo, su implementación ha sido deficiente, ya que más de la mitad de los medios no ha presentado un código de ética.
- **De facto:** El 81.5 % de las personas encuestadas afirmó que los medios de comunicación perpetúan estereotipos negativos sobre las PvUD.
- **Intersección:** La legislación propone un sistema de autorregulación que exige a los medios desarrollar códigos de ética y ofrece mecanismos de queja ciudadana, pero su aplicación es deficiente, como lo evidencia el hecho de que más de la mitad de los medios no ha elaborado su código de ética. Esta debilidad normativa se refleja en que los participantes perciben que los medios de comunicación reproducen sistemáticamente estereotipos negativos sobre las PvUD.

Así, la ausencia de mecanismos de control efectivos permite la perpetuación de narrativas estigmatizantes.

Fortalecimiento Comunitario y Participación

- **De jure:** El Ministerio de Salud tiene normas para promover la participación de diferentes grupos afectados por el vih en la toma de decisiones, como hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores sexuales y comunidades indígenas. Estas normas buscan que estos grupos participen en organismos importantes y ayuden a crear estrategias de prevención culturalmente apropiadas. Sin embargo, las personas que usan drogas no están incluidas en estas normas como grupo prioritario.
- **De facto:** La participación de PvUD en procesos de toma de decisiones es muy limitada, como lo afirma el 63 % de los participantes. Existe un silencio generalizado sobre el uso de drogas en espacios de apoyo y activismo, donde el miedo al estigma lleva a ocultar o ignorar esta realidad, lo que ha impedido desarrollar una agenda política de descriminalización. Las personas entrevistadas sugieren crear mesas de trabajo y proyectos de activismo que involucren directamente a las PvUD para reducir el estigma.
- **Intersección:** La exclusión formal de las PvUD de los procesos de toma de decisiones sobre el vih perpetúa mecanismos de invisibilización y estigmatización. Mientras el Ministerio de Salud promueve la participación de otras poblaciones vulnerables, las PvUD quedan sistemáticamente excluidas. El miedo al estigma inhibe el desarrollo de una agenda política que aborde las necesidades de las PvUD. Esta brecha muestra la urgencia de una transformación que reconozca su derecho a participar significativamente en las decisiones que les conciernen, tal como sugieren los participantes mediante la creación de mesas de trabajo, proyectos de activismo y espacios seguros de visibilización.

Derecho a la Salud

i. Acceso a Tratamiento Antirretroviral para PvUD

Cobertura Universal sin Restricción al TARV

- **De jure:** El tratamiento antirretroviral para personas con vih es gratuito y accesible en todos los establecimientos de salud públicos, con protocolos específicos para mujeres trans, niños,

gestantes y recién nacidos. Además, el *Plan Esencial de Aseguramiento en Salud* cubre condiciones relacionadas con el vih, además, existen estrategias de prevención combinada, como la PrEP y la PEP, sin que el consumo de drogas sea un criterio de exclusión para acceder a estos servicios.

- **De facto:** La regulación del tratamiento gratuito y universal para el vih presenta experiencias mixtas. Mientras el 18.5 % considera el tratamiento accesible, el 40.7 % opina lo contrario y otro 40.7 % se mantiene neutral. Las dificultades incluyen variabilidad en la calidad de atención entre centros de salud, limitaciones en el aseguramiento de salud, periodos de carencia de hasta tres años en seguros privados y falta de capacidad técnica del personal de salud para comprender la intersección del vih con otras enfermedades crónicas. Como estrategia de afrontamiento, las personas recurren a grupos de apoyo mutuo y buscan centros de salud alejados de su vecindario para mantener la privacidad.
- **Intersección:** Mientras que la legislación garantiza tratamiento antirretroviral, PrEP y PEP gratuito y universal, sin discriminación para personas que usan drogas, la realidad evidencia significativas limitaciones. Problemas estructurales como variabilidad en la calidad de atención, limitaciones en el aseguramiento, periodos de carencia en seguros privados y falta de capacidad técnica del personal de salud para manejar la complejidad interseccional del vih, limitan el acceso. Como estrategia de resistencia, las personas desarrollan mecanismos de afrontamiento como recurrir a grupos de apoyo mutuo para orientarse sobre cómo tener una mejor experiencia buscando tratamiento, lo que se debería estar llevando a cabo en las entidades de salud.

Asequibilidad y Accesibilidad de Medicamentos para PvUD

- **De jure:** Para garantizar el acceso al tratamiento antirretroviral (TARV) y la prevención combinada para personas con vih, existen establecimientos especializados como los Centros de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual (CERITS), las Unidades de Atención Médica Periódica (UAMP) y áreas de infectología en centros de salud y hospitales. El Ministerio de Salud debe asegurar el abastecimiento de medicamentos, pruebas de diagnóstico y la infraestructura necesaria, a través de la asignación presupuestaria y la adquisición centralizada por el Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES). A nivel local, las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS), Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) y



Gerencias Regionales de Salud (GERESA) se encargan de evaluar las necesidades y garantizar la distribución oportuna a los establecimientos de salud.

- **De facto:** A pesar del acceso gratuito, la adherencia al tratamiento del vih se ve limitada por múltiples factores, como costos de transporte, inestabilidad habitacional y problemas de salud mental. El 55.5 % de los encuestados negó que las PvUD puedan acceder a medicamentos sin barreras. El desabastecimiento nacional de antirretrovirales, provocado por una mala gestión administrativa del Ministerio de Salud, ha obligado a cambiar esquemas de tratamiento sin consentimiento, reducir la entrega de medicamentos a un mes y llevar a los pacientes a comprar medicinas por canales no oficiales a precios que representan un quinto del salario mínimo, generando incluso una manifestación de la sociedad civil sin respuesta efectiva.
- **Intersección:** Los mecanismos de abastecimiento de medicamentos, centralizados a través de CENARES, muestran graves deficiencias. El 55.5 % de los encuestados niega la posibilidad de acceso sin barreras para personas que usan drogas, y el desabastecimiento nacional de antirretrovirales, resultado de una deficiente gestión administrativa, ha generado consecuencias críticas: cambios unilaterales de tratamiento sin consentimiento, reducción de entregas de medicamentos y la obligación de recurrir a canales no oficiales para la obtención de medicamentos con costos elevados. Esta situación se suma a las barreras adicionales para las PvUD, como costos de transporte, inestabilidad habitacional y problemas de salud mental.

Información y Orientación

- **De jure:** La Ley N.º 29414 establece el derecho de las personas usuarias de servicios de salud a recibir información clara, oportuna y completa sobre sus derechos, servicios disponibles, su condición médica, tratamientos, costos y características del servicio. Para el tratamiento antirretroviral, las normas técnicas establecen que la persona debe recibir consejería detallada sobre los riesgos y beneficios del tratamiento, así como sobre sus derechos y obligaciones, firmando un consentimiento informado. Para niños, niñas y adolescentes, el ingreso al tratamiento antirretroviral implica informar a padres, tutores o cuidadores. En cuanto a la profilaxis preexposición (PrEP), también se indica brindar consejería sobre el tratamiento, salud sexual, adherencia, efectos secundarios, uso de drogas y salud mental.
- **De facto:** Las PvUD encuentran información adecuada sobre el diagnóstico de vih, pero carecen de orientación sobre el consumo seguro de drogas por parte del personal de salud. El 40.7 % de

los encuestados rechaza la calidad de la orientación sobre el tratamiento antirretroviral. Muchas personas omiten su uso de drogas durante las evaluaciones por miedo al trato prejuicioso y complementan la información oficial con consejos de grupos de apoyo mutuo y organizaciones no gubernamentales, donde son atendidos por pares.

- **Intersección:** El análisis evidencia una significativa brecha entre la normativa que garantiza el derecho a la información en salud y la experiencia real de las PvUD al obtener información de calidad. Los protocolos de salud establecen la importancia del consentimiento informado para tratamientos como el TARV y la PrEP, incluyendo orientación sobre riesgos, beneficios, derechos y obligaciones. A pesar de ello, las PvUD encuentran un vacío crítico, ya que, aunque reciben información sobre el diagnóstico de vih, carecen de orientación profesional sobre el uso más seguro de drogas. Prefieren omitir su uso de drogas durante las evaluaciones médicas y buscan complementar la información oficial a través de grupos de apoyo mutuo y organizaciones no gubernamentales.

ii. Acceso a Servicios de Atención Médica para el uso de Drogas Basados en Evidencia

Cobertura Universal de Servicios de Atención Médica

- **De jure:** El acceso a servicios de salud en Perú está garantizado por diversas leyes y normativas que establecen el derecho a acceder a prestaciones de salud de manera universal, solidaria y equitativa. Estas normas reconocen derechos específicos como la atención de emergencia, la libertad de elección del centro de salud y el acceso a servicios, medicamentos y productos sanitarios. Para las personas con vih, la Ley N.º 26626 garantiza el derecho a una atención integral de salud, que incluye prevención, diagnóstico, tratamiento y otros servicios. Otras normas abordan la atención integral para poblaciones vulnerables como mujeres trans y niños, niñas y adolescentes.
- **De facto:** A pesar de que las personas con vih tienen acceso al Seguro Integral de Salud (SIS) subsidiado, el 77.7 % de las personas encuestadas considera que las PvUD no tienen un acceso real y sin restricciones a los servicios médicos. La complejidad del sistema de salud y las rutas de atención constituyen barreras significativas para una atención integral.
- **Intersección:** El marco normativo de acceso universal a los servicios de salud establece derechos fundamentales de atención integral para la población en general y para las personas con vih, como el acceso universal, solidario y equitativo, que incluye prevención, diagnóstico y tratamiento. Sin



embargo, en la práctica, a pesar de la existencia del Seguro Integral de Salud (SIS) subsidiado, la complejidad del sistema de salud y las rutas de atención funcionan como barreras estructurales.

Acceso a Servicios de Salud Sexual y Reproductiva

- **De jure:** Existe un sólido marco normativo en salud sexual y reproductiva orientado a garantizar servicios integrales de prevención, diagnóstico y tratamiento para infecciones de transmisión sexual (ITS) y vih. Las normativas han buscado ampliar la cobertura, promover la educación sexual y atender de manera prioritaria a poblaciones vulnerables, como trabajadores/as sexuales, mujeres en edad reproductiva, personas trans y hombres que tienen sexo con hombres. En el ámbito materno infantil, las normativas establecen tamizajes gratuitos para vih, sífilis y hepatitis B durante el embarazo, con seguimiento postnatal. Además, se promueve una atención respetuosa, libre de discriminación y centrada en la diversidad cultural y sexual, garantizando servicios inclusivos para pueblos indígenas, migrantes y la comunidad LGBTIQ+.
- **De facto:** El 66.7 % de las personas encuestadas considera que las personas con vih que usan drogas (PvUD) no pueden acceder a servicios de salud sexual y reproductiva sin experimentar situaciones negativas. Para esta población, es crucial aprender sobre el *chemsex*, sus dinámicas y riesgos, especialmente para quienes realizan trabajo sexual. En este contexto, las drogas son frecuentemente utilizadas como herramienta para mantener la resistencia física y trabajar con clientes no deseados. Estas personas enfrentan mayores riesgos de intervención policial, lo que hace indispensable una educación que aborde la intersección entre trabajo sexual y consumo de drogas.
- **Intersección:** Las normativas promueven servicios de salud sexual y reproductiva integrales, respetuosos e inclusivos para diversas poblaciones vulnerables, garantizando tamizajes gratuitos y una atención libre de discriminación. Sin embargo, en contextos como el *chemsex* y el trabajo sexual, donde las drogas se utilizan como estrategia de supervivencia y resistencia física, la falta de servicios que aborden estas prácticas expone a quienes las ejercen a múltiples vulnerabilidades. La necesidad de una educación que aborde la intersección entre trabajo sexual y uso de drogas evidencia cómo el marco normativo debe seguir evolucionando para comprender y atender la complejidad de las experiencias de las PvUD.

Entornos Amigables Libres de Estigma y Discriminación

- **De jure:** La Ley N.º 29414 reconoce cuatro derechos clave para los usuarios de servicios de salud: acceso a servicios, acceso a información, atención y recuperación de la salud y consentimiento informado. El derecho a la atención y recuperación de la salud establece que las personas deben ser atendidas con pleno respeto a su dignidad e intimidad, sin discriminación por ningún motivo. Para las personas con vih, las normas técnicas de salud reafirman este derecho, indicando que los establecimientos deben promover el respeto a los derechos humanos y eliminar el estigma y la discriminación. Adicionalmente, el derecho al consentimiento informado ha sido clave para prevenir la discriminación, pues establece que las pruebas de vih deben ser voluntarias y que se debe proteger la confidencialidad de los resultados.
- **De facto:** El 70.3 % de los participantes considera que los servicios de salud no brindan atención amigable ni libre de estigma a las PvUD. Los testimonios revelan un trato deshumanizante motivado por el agotamiento del personal de salud, malos tratos generalizados, infraestructura deficiente y alta rotación de personal. Estas condiciones impiden la implementación consistente de protocolos, como el uso del nombre social para personas trans, lo que contribuye a un entorno hostil en los centros de salud públicos.
- **Intersección:** Los servicios de salud deben seguir los principios de atención respetuosa, con dignidad, sin discriminación y con consentimiento informado. A pesar de ello, especialmente para las PvUD, la realidad muestra un panorama distinto. Los testimonios evidencian un trato deshumanizante, motivado por el agotamiento del personal de salud, malos tratos generalizados, infraestructura deficiente y alta rotación de personal, lo que genera entornos hostiles para las PvUD.

iii. Acceso a Servicios de Reducción de Daños para PvUD

Disponibilidad de Servicios de Atención Basados en la Reducción de Daños

- **De jure:** La normativa peruana sobre el uso de drogas se ha enfocado principalmente en la prevención del consumo y la rehabilitación, ya que reconoce el derecho a la rehabilitación de personas con problemas de salud mental, incluido el abuso de sustancias. La política actual de la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA) prioriza objetivos de reducción de la demanda a través de la prevención y el tratamiento, sin enfatizar en la reducción de daños, lo que representa un retroceso frente a estrategias previas que sí lo abordaban. Los protocolos de atención a PvUD se enfocan más en identificar el uso de drogas como un factor de riesgo que



puede afectar la adherencia al tratamiento antirretroviral, priorizando la derivación a programas de rehabilitación, sin un enfoque integral de reducción de daños.

- **De facto:** DEVIDA gestiona programas públicos de prevención del consumo de drogas, realizando talleres en escuelas secundarias y ofreciendo la línea gratuita "Habla Franco" para orientación. Sin embargo, sus intervenciones no cuentan con un enfoque de reducción de daños. Las personas entrevistadas destacan que los servicios existentes son privados, costosos y, en ocasiones, ofrecen tratos inadecuados. No obstante, encuentran apoyo en organizaciones comunitarias como Narcóticos Anónimos y grupos locales que ofrecen espacios libres de estigma. Por esto, el 70.3 % de los encuestados opinó que no hay servicios accesibles de reducción de daños para las PvUD.
- **Intersección:** Las políticas de drogas se enfocan principalmente en la prevención y la rehabilitación, con un marcado énfasis en la reducción de la demanda, prescindiendo de estrategias de reducción de daños y dejando un vacío crítico en la atención integral. En el ámbito de la salud, los protocolos existentes tienden a categorizar el uso de drogas como un factor de riesgo para la adherencia al tratamiento del VIH, priorizando la derivación a programas de rehabilitación. Ante esto, las PvUD deben apoyarse en iniciativas comunitarias como Narcóticos Anónimos o buscar servicios privados, que suelen ser costosos y frecuentemente inadecuados. La ausencia de un enfoque de reducción de daños no solo perpetúa la desconfianza en las instituciones, sino que deja a las PvUD sin herramientas efectivas para gestionar su consumo de manera más segura y digna.

Programas de Prevención de la Sobredosis

- **De jure:** Estrategias previas incluían entre sus objetivos mitigar los riesgos y daños asociados al uso de drogas, a través del manejo y prevención de intoxicaciones y sobredosis por sustancias psicoactivas. Una normativa vigente es el *Plan Esencial de Aseguramiento en Salud*, que contempla la atención de situaciones de envenenamiento autoinfligido por uso de drogas. También se desarrolló una *Guía Técnica para la Atención de Salud Mental de Personas con Intoxicación Alcohólica*, que incluye los procedimientos de evaluación, diagnóstico y manejo en cada nivel de atención.
- **De facto:** En el Perú, según DEVIDA, no hay presencia significativa de opioides como el fentanilo, lo que ha llevado a enfocar la prevención en limitar el consumo más que en prevenir sobredosis. El único programa de prevención es gestionado por el Proyecto Soma, una organización sin ánimo



de lucro que realiza pruebas de composición de drogas, brinda información y asesorías, principalmente en festivales de música, con un espacio de atención mensual en Lima. Sin embargo, su alcance resulta limitado debido a la falta de difusión y accesibilidad.

- **Intersección:** La poca presencia de opioides en el Perú ha derivado en políticas que priorizan limitar el consumo de otras drogas antes que prevenir sobredosis. En esa misma línea, los protocolos de salud no contemplan procedimientos integrales para manejar sobredosis, incluso cuando estos están cubiertos en el *Plan Esencial de Aseguramiento en Salud*. Ante ello, el único programa de prevención es autogestionado por una organización sin fines de lucro con alcance limitado, que realiza pruebas de composición de drogas y brinda asesorías a personas que usan drogas.

Servicios de Atención Psicosocial y Comunitaria Basados en Reducción de Daños

- **De jure:** Los servicios de atención psicosocial incluyen los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC), que brindan atención ambulatoria especializada, incluyendo un Servicio de Adicciones, además de Unidades de Hospitalización para quienes requieran internamiento. Estos servicios tienen funciones como la atención directa a pacientes, el desarrollo de programas de rehabilitación psicosocial y la atención especializada para diferentes tipos de adicciones. Además, realizan visitas domiciliarias especializadas, promueven grupos de autoayuda, participan en la capacitación de personal y desarrollan actividades de investigación y docencia.
- **De facto:** El protocolo de tratamiento antirretroviral incluye sesiones psicológicas anuales, que los participantes consideran insuficientes e inadecuadas para abordar la complejidad de sus necesidades de atención psicosocial. El 77.8 % de las personas encuestadas percibe que las PvUD no tienen acceso a servicios psicosociales y comunitarios basados en reducción de daños. Esto lleva a muchas personas a buscar atención psicológica de forma particular y a solicitar mayor acceso a servicios psiquiátricos en los centros de salud.
- **Intersección:** Los CSMC establecen un modelo comprehensivo de atención que incluye servicios ambulatorios, rehabilitación, atención especializada y actividades comunitarias. Sin embargo, los protocolos para el tratamiento antirretroviral, que contemplan sesiones psicológicas anuales, son percibidos como insuficientes. Además, existe la percepción de que las PvUD carecen de acceso a servicios psicosociales basados en reducción de daños. Esta situación las obliga a buscar atención psicológica privada y a demandar mayor acceso a servicios psiquiátricos.



Derecho a no Sufrir Detención o Prisión Arbitraria

i. Penalización del uso Personal de Drogas

Criminalización

- **De jure:** La criminalización del uso personal de drogas en Perú se centra en la penalización de actividades relacionadas con la fabricación, promoción, posesión y transporte de sustancias ilícitas. El Código Penal establece penas de prisión para quienes participen en estas actividades. Con la aprobación del Decreto Legislativo N.º 1241 en 2015, se refuerza la lucha contra el tráfico de drogas, prohibiendo el cultivo de amapola y marihuana, y regulando el cultivo de coca, que solo puede ser comercializado por la Empresa Nacional de la Coca (ENACO). Además, la Ley N.º 30681 permite el cultivo de marihuana y amapola únicamente para fines medicinales y terapéuticos, eximiendo de la prohibición a quienes cumplan con requisitos específicos de registro y empadronamiento, mientras que los cultivos no autorizados son destruidos.
- **De facto:** A pesar de que la posesión de drogas para uso personal no es punible, existe una ambigüedad legal que permite a la policía detener a personas con VIH que usan drogas (PvUD), interpretando la posesión incluso dentro de cantidades límite como posible microcomercialización o tráfico ilícito de drogas. Esta situación facilita detenciones arbitrarias y extorsiones policiales, aprovechándose del desconocimiento de los usuarios, quienes frecuentemente son amenazados con cargos legales a cambio de dinero. Como resultado, el 48.1 % de las personas encuestadas considera que el uso personal no está realmente despenalizado.
- **Intersección:** Si bien el Código Penal establece criterios para la posesión no punible, la ambigüedad legal se traduce en la permisión de detenciones arbitrarias de personas que usan drogas (PUD), frecuentemente bajo la amenaza de cargos por microcomercialización, aun cuando la posesión para consumo personal no es punible. Esta discrecionalidad policial facilita prácticas de extorsión, aprovechándose del desconocimiento de los usuarios, quienes son chantajeados con potenciales cargos legales a cambio de dinero. Las protecciones legales se anulan ante prácticas institucionales que criminalizan y vulneran los derechos de las personas que usan drogas.

Defensa Técnica

- **De jure:** Las normativas sobre defensa técnica garantizan derechos a las personas detenidas por tráfico ilícito de drogas, como el acceso a asesoría legal, incluso durante la incomunicación, que debe estar justificada por una resolución judicial. El Decreto Legislativo N.º 1241 de 2015 establece estos derechos y también contempla beneficios para quienes sean investigados o sentenciados por este delito, como la exención de pena si proporcionan información útil para dismantelar organizaciones criminales. Además, las personas privadas de la libertad pueden solicitar la remisión de su pena si cumplen ciertos requisitos, y pueden pedir un indulto tras cumplir un tercio de su condena, aunque estos beneficios no aplican a líderes de organizaciones criminales ni a funcionarios involucrados en la prevención y persecución de estos delitos.
- **De facto:** Según la encuesta, el 62.9 % de los participantes considera que los servicios legales de defensa técnica estatales no son efectivos para PvUD. No existen programas de defensa específicos para cargos relacionados con drogas, ni públicos ni privados, y los participantes desconocen dónde buscar ayuda legal en tales situaciones. Hasta 2017, existió la Línea Verde del Centro de Investigación *Drogas y Derechos Humanos*, que atendió 150 casos individuales y más de 400 consultas telefónicas. Esta iniciativa identificó que los policías frecuentemente aprovechaban el desconocimiento de los usuarios para intimidarlos o solicitar sobornos, situación que a menudo se resolvía con la sola intervención de un abogado de la línea.
- **Intersección:** Mientras la legislación, específicamente el Decreto Legislativo N.º 1241, establece garantías como el acceso a asesoría legal, beneficios procesales y posibilidades de remisión de pena, se evidencia la desconexión de estas normas con la realidad. La ausencia de programas de defensa legal específicos para cargos de drogas, tanto públicos como privados, deja a las PvUD sin protección. La experiencia de la Línea Verde, ya no activa, reveló el patrón sistemático de intimidación policial aprovechando el desconocimiento de los usuarios, donde la intervención de un abogado era frecuentemente el único medio para detener extorsiones y abusos.

Portación Mínima

- **De jure:** En relación con la portación mínima, el artículo 299 del Código Penal indica que la posesión de drogas no es punible si está destinada al consumo personal inmediato y no supera ciertas cantidades, como: hasta cinco gramos de pasta básica de cocaína, dos gramos de clorhidrato de cocaína, ocho gramos de marihuana, dos gramos de sus derivados, un gramo de látex de opio, doscientos miligramos de sus derivados o doscientos cincuenta miligramos de éxtasis, que incluye



metilendioxianfetamina (MDA), metilendioximetanfetamina (MDMA) y metanfetamina. Sin embargo, si una persona posee dos o más tipos de drogas, esta excepción no se aplica. La posesión de cannabis y sus derivados con fines medicinales y terapéuticos no será punible si la cantidad es necesaria para el tratamiento de un paciente debidamente registrado en el Ministerio de Salud. Asimismo, la Ley N.º 31312 permite a asociaciones de pacientes registradas ante el Ministerio de Salud el autocultivo de cannabis con fines medicinales, bajo la supervisión de la Policía Nacional.

- **De facto:** Ninguna de las personas que usan drogas entrevistadas conocía los límites legales de portación para diferentes sustancias. Algunas sabían que podían portar cierta cantidad, mientras que otras desconocían completamente la regulación. Este desconocimiento se debe, en parte, a que se sienten seguras consumiendo en espacios privados, como discotecas o sus hogares, y porque frecuentemente no compran directamente las drogas, sino que las reciben de sus amistades. La encuesta reveló que el 74.1 % de los participantes considera que las autoridades no aplican los parámetros de portación permitida de manera justa y consistente.
- **Intersección:** Si bien el Código Penal establece límites precisos para la posesión no punible de diversas sustancias, con cantidades específicas para cada tipo de droga, se evidenció un desconocimiento generalizado de estos límites legales por parte de los participantes. Este desconocimiento, sumado a la percepción de que las autoridades no aplican los parámetros de manera justa y consistente, refleja una brecha significativa entre el marco normativo y su implementación en la práctica.

ii. Abuso de Autoridad y Violencia Estatal

Protección Legal

- **De jure:** Existen normas que protegen los derechos de las personas durante las detenciones, como la presunción de inocencia, la prohibición de la tortura y la garantía de ciertos derechos, entre los que se incluyen el acceso a un abogado, la comunicación con familiares y la asistencia médica. Sin embargo, existen excepciones y prácticas que pueden vulnerar estos derechos, especialmente en el caso de las personas que usan drogas. Por ejemplo, se ha documentado el uso de grilletes en personas bajo los efectos de drogas y la extensión de los plazos de detención en casos relacionados con delitos de drogas, terrorismo y espionaje. En el caso de las personas con vih, se establece la protección de su confidencialidad y salud, prohibiendo la exigencia de pruebas obligatorias durante las detenciones.

- **De facto:** Los participantes del estudio revelaron una profunda desprotección legal frente al abuso policial, destacando que los efectivos policiales consideran a las personas usuarias de drogas como ciudadanos sin derechos, con una vulneración particularmente grave hacia las personas afrodescendientes, mujeres trans y trabajadoras sexuales. Los testimonios evidenciaron casos extremos de violencia física, como golpizas y abandono en lugares remotos. Además, la percepción generalizada (96.3%) indica que las PvUD enfrentan una sistemática criminalización y estigmatización, siendo el dinero su única aparente defensa contra los abusos policiales.
- **Intersección:** Mientras las normativas establecen principios como la presunción de inocencia, la prohibición de la tortura y las garantías procesales, los testimonios evidencian un escenario crítico de violencia institucional. Los participantes enfrentan un panorama de criminalización y estigmatización sistémica, en el que las personas que usan drogas son tratadas como ciudadanos desprovistos de derechos humanos básicos. Los testimonios revelan prácticas de violencia policial extrema, que incluyen golpizas y abandono en lugares remotos, con una vulneración particularmente aguda hacia las personas afrodescendientes, mujeres trans y trabajadoras sexuales. La única defensa contra estos abusos parece reducirse al poder económico, que permite satisfacer las extorsiones por parte de la policía.

Mecanismos de Denuncia

- **De jure:** El abuso de autoridad está tipificado en el artículo 376 del Código Penal. Para reportar estas situaciones, el Ministerio del Interior ha habilitado la Central Única de Denuncias (CUD), donde la ciudadanía puede presentar quejas y denuncias contra el personal policial que actúe de manera indebida. Por otro lado, el Código Penal también protege a las fuerzas del orden, estableciendo que impedir que un funcionario realice su trabajo puede conllevar penas de hasta dos años. Asimismo, indica que negarse a un análisis de sangre o de otros fluidos para determinar el nivel, porcentaje o ingesta de alcohol, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas o sintéticas puede resultar en una pena privativa de libertad de cuatro a siete años.
- **De facto:** Casi la totalidad de las personas encuestadas (92.7%) opinó que no existen mecanismos efectivos para denunciar abusos policiales, como el uso excesivo de la fuerza o el acecho policial hacia las PvUD. Esta fue una de las opiniones más recurrentes que reportaron los encuestados a lo largo de toda la investigación.

- **Intersección:** Si bien existe un mecanismo de denuncia ante abusos policiales, el marco normativo protege la autoridad policial y criminaliza cualquier interferencia con sus funciones. Por ello, los participantes consideran que no existen mecanismos efectivos para denunciar abusos policiales. Esta brecha evidencia cómo las normativas refuerzan la autoridad policial y desalientan cualquier cuestionamiento de sus acciones, mientras que, en la práctica, las PvUD experimentan un sistema que obstaculiza la denuncia de abusos. En este caso, la normativa no solo falla en proporcionar protección real, sino que además se convierte en un mecanismo de legitimación de prácticas potencialmente abusivas con impunidad.

Mecanismos de Reparación

- **De jure:** La Ley N.º 30714, *Ley que regula el Régimen Disciplinario de la Policía Nacional del Perú*, establece normas de conducta para el personal policial, exigiendo un trato cortés y respetuoso hacia los ciudadanos. Aunque no contempla mecanismos de reparación para las víctimas de abuso policial, sí establece un sistema de infracciones clasificadas en leves, graves y muy graves, cada una con sanciones específicas. Las infracciones graves, como la discriminación, se sancionan con 11 a 15 días de rigor; mientras que las muy graves, que incluyen maltrato a detenidos, uso desproporcionado de la fuerza, sobornos y manipulación de drogas incautadas; pueden resultar en sanciones que van desde 6 meses de disponibilidad hasta el retiro definitivo de la institución.
- **De facto:** Los participantes no conocían mecanismos de reparación para las víctimas de abusos policiales. En esa misma línea, la gran mayoría (81.5%) opinó que estos mecanismos no son accesibles ni efectivos para las PvUD.
- **Intersección:** Existe un sistema disciplinario para la policía, con una clasificación exhaustiva de infracciones y sanciones; sin embargo, en la práctica, raramente las víctimas de abuso reciben reparación o acceden a estos mecanismos. Esto no solo perpetúa la impunidad, sino que contribuye a la desconfianza en las instituciones encargadas de garantizar la seguridad y el respeto a los derechos fundamentales.

iii. Violencia en Centros de Detención

Abusos de Poder

- **De jure:** El régimen disciplinario en los establecimientos penitenciarios busca mantener el orden y la convivencia pacífica, siendo más estricto en los centros cerrados y más flexible en los regímenes

semiabiertos y abiertos. Para las personas con vih que usan drogas (PvUD), el Código de Ejecución Penal establece condiciones más rigurosas, considerando como falta grave la posesión o consumo de drogas y alcohol, con sanciones que van desde amonestaciones hasta el aislamiento por 30 días. Por otro lado, para acceder a beneficios penitenciarios, como la semilibertad o la libertad condicional, el juez puede imponer tratamientos de desintoxicación obligatorios. Por su parte, la *Política Nacional Penitenciaria al 2030* establece objetivos como reducir el hacinamiento, mejorar las condiciones de vida, asegurar la convivencia, fortalecer la reinserción y mejorar la gestión del sistema. Sin embargo, la norma no contempla medidas específicas para prevenir o atender casos de abuso de poder, ya sea por parte de las autoridades o de otras personas privadas de la libertad.

- **De facto:** Se han documentado graves situaciones de abuso de poder en los centros de detención policial, incluyendo acoso sexual hacia mujeres y extorsión sistemática. Por ejemplo, se registró un caso específico en el que, tras una detención por consumo de alcohol, policías ofrecieron borrar el historial a 15 detenidos a cambio de S/. 3,000 por persona. Un participante fue la única persona que se negó a pagar, mientras que el resto optó por resolver la situación de manera extralegal. En esa única noche, los policías habrían recolectado 45,000 soles (aproximadamente \$12,000) en sobornos. Estos hechos explican por qué el 85.2 % de los encuestados considera que los abusos de poder en los centros de detención son un problema generalizado.
- **Intersección:** Se evidenciaron abusos sistemáticos de poder, en los que las instituciones encargadas de hacer cumplir la ley y proteger a la población se convierten en perpetradoras de violaciones de derechos humanos. Prácticas como la extorsión, el acoso sexual y los sobornos están generalizadas por parte de las policías en los espacios de detención, que van desde el patrullero hasta la comisaría. En el sistema penitenciario, la normativa busca establecer un marco de convivencia, pero la percepción generalizada es que los abusos son un problema común.

Abusos en Centros de Detención

- **De jure:** La Defensoría del Pueblo se encarga de la implementación de los Mecanismos Nacionales de Prevención de Tortura, los cuales protegen a las personas privadas de la libertad de malos tratos, promueven actividades de capacitación y comunican presuntos delitos y otras irregularidades que requieran investigación penal y/o administrativa dentro de los centros penitenciarios.



- **De facto:** Se documentaron situaciones de abuso en centros de detención, particularmente hacia mujeres y personas trans. Se reportaron casos de mujeres obligadas a compartir celdas con hombres durante varias noches, lo que generó una sensación de inseguridad, así como dos mujeres trans que fueron forzadas a permanecer en pabellones masculinos al ser privadas de la libertad por posesión de drogas, violentando su identidad de género. Al respecto, el 66.7 % de los encuestados considera que no existen mecanismos efectivos para denunciar tales situaciones.
- **Intersección:** Existen mecanismos de prevención de la tortura y protección de las personas privadas de la libertad, pero se desconoce su alcance real para prevenir situaciones de abuso en los centros de detención. Se documentaron casos específicos de mujeres obligadas a compartir celdas con hombres y personas trans forzadas a permanecer en pabellones que no corresponden con su identidad de género. Estos hechos evidencian una brecha entre el marco normativo y su aplicación efectiva, lo que deja a grupos vulnerables expuestos a violaciones de sus derechos fundamentales.

Formación Antidiscriminatoria

- **De jure:** El *Plan Estratégico Multisectorial para la Prevención y Control de las ITS y VIH 2015-2019* propuso incluir contenidos sobre prevención de violencia contra poblaciones clave y respeto a la diversidad en la formación del personal de las Fuerzas Armadas, la Policía Nacional, el Instituto Nacional Penitenciario (INPE) y los cuerpos de seguridad local. A pesar de los esfuerzos de este plan para incorporar la formación antidiscriminatoria como una prioridad, no existe información oficial sobre su ejecución, y el plan no fue renovado después de 2019. En particular, no existe evidencia en los canales oficiales de que en los centros de detención gestionados tanto por la Policía como por el INPE se haya capacitado al personal para respetar los derechos de las PvUD.
- **De facto:** Existe una gran deficiencia en los procesos formativos del personal policial y penitenciario en relación con los derechos humanos y la prevención de la violencia. Los encuestados (77.7%) señalaron que los programas de capacitación antidiscriminatoria para el personal de los centros de detención no son efectivos para prevenir abusos.
- **Intersección:** Los planes que proponían la formación del personal penitenciario sobre prevención de violencia y respeto a la diversidad no se renovaron. La ausencia de programas de capacitación efectivos expone la vulnerabilidad de las personas privadas de la libertad, especialmente en un contexto donde se han documentado abusos contra las PvUD. Esta brecha entre las políticas



propuestas y su implementación efectiva refleja un sistema que no garantiza la protección de los derechos humanos en los centros de detención.

11. Bibliografía

Banco Mundial. (2024). *Perú Panorama general*.

<https://www.bancomundial.org/es/country/peru/overview>

Bolaños, F. y Correa, V. (2024). *Asociación entre consumo de drogas ilícitas y mala adherencia a la terapia antirretroviral de gran actividad en adultos con infección por VIH-SIDA en el Perú: revisión sistemática y metaanálisis* [Tesis de Licenciatura]. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas.

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CNEPCE). (2023). *Situación epidemiológica del VIH - Sida en el Perú (Boletín VIH, III Trimestre)*.

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CNEPCE). (2024a). *Situación epidemiológica del VIH - Sida en el Perú (Boletín VIH, III Trimestre)*.

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CNEPCE). (2024b). *Reporte de la vigilancia epidemiológica de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en el Perú 2018 – 2023*.

Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA). (2019). *Estudio Nacional sobre Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria, 2017*.

Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA). (2022). *Programa de Prevención y tratamiento del Consumo de Drogas – PTCD 2021. Evaluación de los Indicadores de Desempeño*.

Consortio de Organizaciones de Personas con VIH en el Perú. (2018). *Informe final: Índice de estigma y discriminación hacia las personas con VIH en Perú*.

Defensoría del Pueblo. (2012, 12 de junio). *Defensoría del Pueblo insta a municipalidades a eliminar la prueba de VIH/Sida como requisito para contraer matrimonio civil* [Comunicado de prensa].

Recuperado de <https://acortar.link/Afj4wg>

Defensoría del Pueblo. (2022). *Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (Sexto Informe Anual)*.

Defensoría del Pueblo. (2024a). *Derechos humanos de los internos e internas de los 68 establecimientos penitenciarios del país. En el marco del programa Rompiendo Cadenas* (Informe Defensorial N.º 216).

Defensoría del Pueblo. (2024b). *Prevención de actos de Tortura y malos tratos en las unidades de detención a cargo de la DIVIAC y DIRINCRI. Informe sobre las condiciones materiales en las carceletas a cargo de la DIVIAC y DIRINCRI desde el enfoque de prevención de la Tortura y otros malos tratos*.

Defensoría del Pueblo. (2024c). *La detención preliminar judicial. ¿Detener para investigar o investigar para detener?* (Informe Defensorial N° 220).

Global Network of People Living with HIV (GNP+). (2023). *People Living with HIV Stigma Index 2.0. Global Report 2023. Hear us out: Community measuring HIV-related stigma and discrimination*.

Harm Reduction International (HRI). (2023). *The global state of harm reduction: 2023 update to key data. Global Overview 2023*.

Harm Reduction International (HRI). *Intercambios Asociación Civil, Intercambios Puerto Rico y Red Latinoamericana y del Caribe de Personas que Usan Drogas (LANPUD)*. (2021). *Inclusión y participación de las personas que usan drogas en procesos del Fondo Mundial de lucha contra VIH, la tuberculosis y la malaria en América Latina y Central*.

Hoffman KA, Beltrán J, Ponce J, García-Fernandez L, Calderón M, Muench J, et al. (2016). *Barreras para implementar el despistaje, intervenciones breves y referencia al tratamiento por problemas de consumo de alcohol y otras drogas en hospitales que atienden personas que viven con el VIH/SIDA en el Perú*. Rev Peru Med Exp Salud Publica, 33(3), 432-437.

Índice Global de Crimen Organizado. (2023). *Perú*.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2024a). *Situación de la Población Peruana 2024. Una mirada de la diversidad étnica.*

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2024b). *Perú: Evolución de la Pobreza Monetaria 2014-2023. Informe Técnico.*

Mangelinckx, J. y M. Parrilla. (2018). *Mujeres y delitos de drogas en el Perú. Protocolo de atención a mujeres vinculadas a casos por tráfico ilícito de drogas. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas.*

Ministerio de Cultura. (2017). *Discriminación étnico-racial en medios de comunicación. Diagnóstico Situacional.*

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (2019). *Guía de Orientación ciudadana para la denuncia de actos de discriminación.*

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (2020). *II Encuesta Nacional de Derechos Humanos. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP).* (2023). *Perú: Tercer Informe sobre el avance en la Implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo 2020 -2022.*

Ministerio del Interior. (2023). *Diagnóstico. La intervención policial a la distribución de drogas destinadas al consumo interno.*

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). (2024). *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2024. Financiación para poner fin al hambre, la inseguridad alimentaria y todas las formas de malnutrición.*

Organización de los Estados Americanos (OEA)-Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD). (2022). *Informe sobre la oferta de las drogas en las Américas. 2022.*



Organización Internacional para las Migraciones, Misión Perú (OIM Perú). (2024). *Reporte final. Encuesta Bioconductual (BBS) en Migrantes Venezolanos que viven en Lima/Callao y Trujillo.*

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). (2021). *El VIH y las personas que consumen drogas. Serie de folletos informativos sobre los derechos humanos.*

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2024). *Informe sobre Desarrollo Humano 2023/2024. Salir del estancamiento. Reimaginar la cooperación en un mundo polarizado.*

Robles, B., Mestas, L. y Gordillo, F. (2024). *Patrones de consumo de tabaco, alcohol y drogas a partir del diagnóstico positivo al VIH. Los discursos de la experiencia. eduPsykhé: Revista de Psicología y Educación*, 21(1), 26-57.

Secretaría Nacional de la Juventud (2024). *Juventudes Perú: Reporte de datos e indicadores sobre población joven 2017 – 2022.*

Soberón, R. (2014). *Los usuarios de drogas en el Perú. Políticas, derechos y problemas.* En Pérez, C. y C. Yongers (Eds.), *En busca de los derechos: usuarios de drogas y las respuestas estatales en América Latina* (pp. 125-137). Centro de Estudios Drogas y Derecho.



12. Legislación

Código Procesal Penal. (2004, 22 de julio).

Congreso de la República. (1996, 20 de junio). Encargan al Ministerio de Salud la elaboración del Plan Nacional de Lucha contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana, el SIDA y las enfermedades de transmisión sexual.

Congreso de la República. (1996, 24 de abril). *Ley de Lucha contra el tráfico ilícito de drogas.*

Congreso de la República. (1997, 14 de abril). Disponen que las ofertas de empleo y acceso a medios de formación educativa no podrán contener requisitos que constituyan discriminación, anulación o alteración de igualdad de oportunidades o de trato.

Congreso de la República. (1997, 15 de julio). *Ley General de Salud.*

Congreso de la República. (2000, 26 de mayo). *Ley Contra Actos de Discriminación.*

Congreso de la República. (2000, 9 de abril). *Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.*

Congreso de la República. (2004, 16 de julio). *Ley de Radio y Televisión.*

Congreso de la República. (2004, 31 de mayo). *Ley que amplía y modifica la Ley N° 26626 sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las Infecciones de Transmisión Sexual.*

Congreso de la República. (2009, 2 de octubre). Ley que establece los derechos de las personas usuarias de servicios de salud.

Congreso de la República. (2010, 14 de agosto). *Código de Protección y Defensa del Consumidor.*

Congreso de la República. (2011, 20 de agosto). *Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.*

Congreso de la República. (2011, 23 de julio). Ley que regula el establecimiento y ejercicio de los centros de atención para dependientes, que operan bajo la modalidad de comunidades terapéuticas.

Congreso de la República. (2013, 20 de agosto). *Ley Contra el Crimen Organizado*.

Congreso de la República. (2015, 26 de septiembre). Decreto Legislativo que fortalece la lucha contra el tráfico ilícito de drogas.

Congreso de la República. (2015, 22 de diciembre). Ley que amplía las funciones de la Defensoría del Pueblo como órgano encargado del mecanismo nacional de prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

Congreso de la República. (2017, 17 de noviembre). Ley que regula el uso medicinal y terapéutico del cannabis y sus derivados.

Congreso de la República. (2017, 30 de diciembre). Ley que regula el Régimen Disciplinario de la Policía Nacional del Perú.

Congreso de la República. (2021, 25 de julio). Ley que incorpora y modifica artículos de la Ley 30681 ley que regula el uso medicinal y terapéutico del cannabis y sus derivados.

Congreso de la República. (2023, 14 de diciembre). Decreto Legislativo que modifica el Decreto Legislativo N° 1241, Decreto Legislativo que fortalece la lucha contra el tráfico ilícito de drogas, y el Código Penal, aprobado por el Decreto Legislativo N° 635.

Congreso de la República. (2024, 05 de noviembre). Ley que modifica el Decreto Legislativo 1164 -Decreto Legislativo que establece disposiciones para la extensión de la cobertura poblacional del Seguro Integral de Salud en materia de afiliación al régimen de financiamiento subsidiado ---, con la finalidad de incorporar de manera excepcional y temporal a personas extranjeras no residentes con diagnóstico de Tuberculosis (TB) o de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Instituto Penitenciario. (2024, 16 de mayo). Lineamiento: Gestión del riesgo delictivo a través del Programa de Tratamiento Individualizado en los establecimientos penitenciarios a nivel nacional.

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (2020, 25 de septiembre). Política Nacional Penitenciaria al 2030.

Ministerio de Justicia. (1991, 31 de julio). *Código de Ejecución Penal*.

Ministerio de Justicia. (2003, 9 de septiembre). *Reglamento del Código de Ejecución Penal*.

Ministerio de Relaciones Exteriores. (2006, 26 de julio). Ratifican el Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes.

Ministerio de Salud. (1997, 17 de junio). *Aprueban el Reglamento de la Ley Nº 26626, referido al logro de objetivos del Plan Nacional CONTRASIDA*.

Ministerio de Salud. (2006, 18 de julio). *Guía de Práctica Clínica en Depresión, Guía de Práctica Clínica en Conducta Suicida, Guía de Práctica Clínica en Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al Consumo de Sustancias Psicótropas*.

Ministerio de Salud. (2007, 3 de mayo). Plan estratégico Multisectorial 2007-2011 para la Prevención y Control de la ITS y VIH/SIDA en el Perú.

Ministerio de Salud. (2009, 20 de abril). Directiva Sanitaria para la Distribución del Condón Masculino a usuarios/as en Servicios de Salud.

Ministerio de Salud. (2009, 23 de abril). *Documento Técnico: Consejería en ITS/VIH y Sida*.

Ministerio de Salud. (2009, 25 de abril). Norma Técnica de Salud para el Manejo de Infecciones de Transmisión Sexual en el Perú.

Ministerio de Salud. (2011, 25 de abril). Documento Técnico: Protocolos de exámenes Médico Ocupacionales y Guías de Diagnóstico de los Exámenes Médicos Obligatorios por Actividad.

Ministerio de Salud. (2012, 18 de junio). Directiva Sanitaria de notificación de enfermedades y eventos sujetos a vigilancia epidemiológica en salud pública.

Ministerio de Salud. (2012, 4 de junio). Reglamento de la Ley N° 29765, Ley que regula el establecimiento y ejercicio de los centros de atención para dependientes, que operan bajo la modalidad de comunidades terapéuticas.

Ministerio de Salud. (2014, 11 de diciembre). Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Ministerio de Salud. (2014, 25 de julio). Modificación del Documento Técnico: Protocolos de Exámenes Médico Ocupacionales y Guías de Diagnóstico de los Exámenes Médicos Obligatorios por Actividad.

Ministerio de Salud. (2015, 13 de agosto). Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.

Ministerio de Salud. (2015, 21 de octubre). Plan estratégico Multisectorial para la Prevención y Control de las ITS y VIH 2015-2019.

Ministerio de Salud. (2015, 25 de febrero). Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en el Perú.

Ministerio de Salud. (2016, 21 de diciembre). Norma Técnica de Salud de Atención Integral de la Población Trans Femenina para la Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/SIDA.

Ministerio de Salud. (2016, 29 de diciembre). Norma Técnica de Salud para la Prevención y el Control de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana en Pueblos Indígenas Amazónicos, con pertinencia intercultural.



Ministerio de Salud. (2017, 10 de julio). *Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar*.

Ministerio de Salud. (2017, 20 de julio). *Norma Técnica de Salud de Centros de Salud Mental Comunitarios*.

Ministerio de Salud. (2018, 12 de octubre). *Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental Perú 2018*.

Ministerio de Salud. (2018, 13 de marzo). Norma Técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Ministerio de Salud. (2018, 2 de octubre). Norma Técnica de Salud para la Prevención y Control de la Coinfección Tuberculosis y Virus de Inmunodeficiencia Humana en el Perú.

Ministerio de Salud. (2018, 20 de abril). Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2017 – 2021.

Ministerio de Salud. (2019, 11 de diciembre). Norma técnica de salud para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH, sífilis y hepatitis B.

Ministerio de Salud. (2020, 10 de diciembre). Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Ministerio de Salud. (2020, 23 de octubre). Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de la Niñas, Niños y Adolescentes infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Ministerio de Salud. (2020, 30 de abril). Guía Técnica para la atención de salud mental de personas con intoxicación alcohólica.

Ministerio de Salud. (2020, 5 de marzo). *Reglamento de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental*.

Ministerio de Salud. (2021, 12 de junio). Documento Técnico: Orientaciones Técnicas para el Cuidado Integral de la Salud Mental de la Población Adolescente.



Ministerio de Salud. (2021, 13 de enero). Convenio de Cooperación Interinstitucional entre el Ministerio de Salud y el Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas.

Ministerio de Salud. (2021, 24 de julio). Decreto Supremo que aprueba la actualización del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.

Ministerio de Salud. (2022, 28 de enero). Norma Técnica de Salud para la prevención y eliminación de la violencia de género en los establecimientos de salud que brinden servicios de salud sexual y reproductiva.

Ministerio de Salud. (2023, 16 de junio). Norma Técnica De Salud: Prevención Combinada Del Virus De La Inmunodeficiencia Humana Para Poblaciones En Alto Riesgo.

Ministerio de Salud. (2023, 18 de abril). Reglamento que regula el uso medicinal y terapéutico del cannabis y sus derivados.

Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. (2013, 10 de septiembre). Guía de buenas prácticas en materia de igualdad y no discriminación en el acceso al empleo y la ocupación.

Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. (2022, 3 de abril). Decreto Supremo que incrementa la Remuneración Mínima Vital de los trabajadores sujetos al régimen laboral de la actividad privada.

Ministerio de Trabajo y Promoción Social. (1997, 27 de marzo). *Ley de Productividad y Competitividad*.

Ministerio de Trabajo y Promoción Social. (1998, 30 de enero). Dictan normas reglamentarias de la Ley N° 26772, sobre prohibición de discriminación en las ofertas de empleo y acceso a medios de formación educativa.

Ministerio de Trabajo. (2006, 29 de octubre). *Ley General de Inspección del Trabajo*.



Ministerio de Trabajo. (2008, 28 de noviembre). Medidas Nacionales frente al VIH y SIDA en el lugar de trabajo.

Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento. (2021, 15 de julio). Decreto Supremo que aprueba la Política Nacional de Vivienda y Urbanismo, con horizonte temporal al 2030.

Ministerio del Interior. (2016, 24 de junio). Aprueban el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1241, Decreto Legislativo que fortalece la lucha contra el tráfico ilícito de drogas.

Ministerio del Interior. (2018, 14 de agosto). *Manual de Derechos Humanos aplicados a la función policial*.

Ministerio del Interior (2024, 15 de enero). Aprobar la Directiva N° 001-2024-IN-VSP-DGIS, denominada "*Lineamientos para la gestión de denuncias y quejas en la Central Única de Denuncias del Ministerio del interior*".

Poder Ejecutivo. (1991, 3 de abril). *Código Penal*.

Poder Ejecutivo. (2012, 31 de octubre). *Decreto Legislativo que establece medidas de control en los insumos químicos y productos fiscalizados, maquinarias y equipos utilizados para la elaboración de drogas ilícitas*.

Policía Nacional del Perú. (2016, 7 de marzo). *Directiva para la intervención policial en flagrancia de delito*.
Presidencia del Consejo de Ministros. (2019, 6 de diciembre). Política Nacional Contra Drogas al 2030.

Presidencia de la República. (1993, 29 de diciembre). *Constitución Política*.

Presidencia de la República. (2013, 28 de febrero). Aprueban Reglamento del Decreto Legislativo N° 1126, Decreto Legislativo que establece medidas de control en los insumos químicos y productos fiscalizados, maquinarias y equipos utilizados para la elaboración de drogas ilícitas.



Presidencia del Consejo de Ministros. (2012, 19 de diciembre). Ley que crea la Superintendencia Nacional de Fiscalización Laboral (SUNAFIL), modifica la Ley 28806, Ley General de Inspección de Trabajo y la Ley 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.

Presidencia del Consejo de Ministros. (2013, 6 de diciembre). Decreto Legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de la denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.

Presidencia del Consejo de Ministros. (2017, 1 de junio). Estrategia Nacional de Lucha contra las Drogas 2017 - 2021.