



PERÚ

Ministerio
de Salud

Despacho
Vice-ministerial

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERU
"Año de la Consolidación Económica y Social del Perú"

OFICIO N° 362 - 2010-DVM/MINSA

Lima, 30 MAR. 2010

Doctora
DEBORAH RUGG
Jefa, División de Vigilancia y Evaluación
ONUSIDA
20 Avenue Appia
CH-1211 Ginebra 27
Suiza

ASUNTO: INFORME NACIONAL SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS EN LA APLICACIÓN DEL UNGASS PERÚ

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarle cordialmente y por encargo especial del Señor Ministro de Salud, tengo a bien remitirle el "**Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del UNGASS Perú - Período Enero 2008-Diciembre 2009**", realizado por el Ministerio de Salud con el apoyo del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA – ONUSIDA.

Este documento, se ha elaborado en forma participativa, en el marco del Seguimiento de la Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/SIDA, firmado por los Jefes de Estado y representantes de gobiernos en junio de 2001, durante el Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNGASS).

Sin otro particular hago propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi consideración y estima personal.

Atentamente,

ELIAS MELITON ARCE RODRIGUEZ
Viceministro de Salud

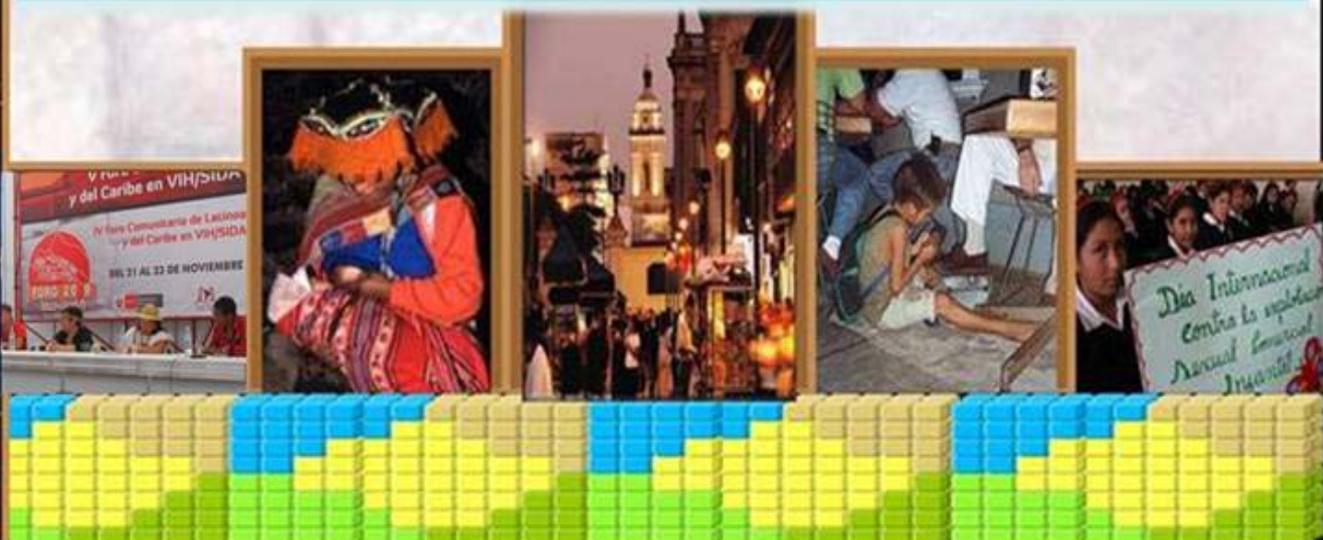
EMAR/CMAS/JLSM



PERÚ

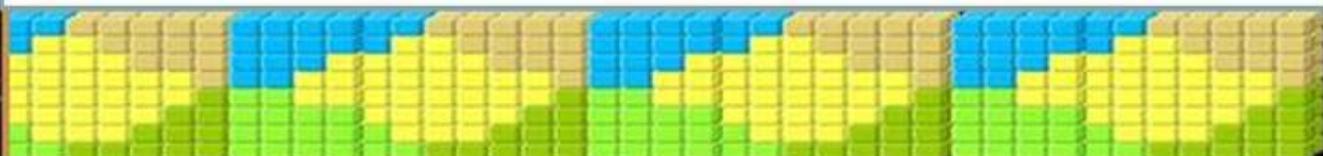
Ministerio
de Salud

Dirección General
de Salud de las Personas



PERÚ

INFORME NACIONAL SOBRE LOS PROGRESOS
REALIZADOS EN LA APLICACIÓN DEL UNGASS
PERÍODO: ENERO 2008 – DICIEMBRE 2009



2010

Fecha de presentación: 30 de marzo de 2010

RESPONSABLES

Ministro de Salud

Dr. Oscar Ugarte Ubillúz

Vice-Ministro de Salud

Dr. Melitón Arce Rodríguez

Dirección General de Salud de las Personas

Dr. Carlos Manuel Acosta Saal

Dirección General de Epidemiología

Dr. Luis Suárez Ognio

Dra. Mónica Pun Chinarro

Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA

Dr. José Luis Sebastián Mesones

Dr. Gustavo Rosell De Almeida

Asistencia Técnica ONUSIDA

Renate Ehmer – Coordinadora de ONUSIDA para Perú, Ecuador y Bolivia

Patricia Bracamonte – Oficial de Monitoreo y Evaluación

Consultores/as:

Mg. Ximena Salazar

Dr. Jorge Alarcón

Lic. Jana Villayzán

Sr. Pablo Anamaria

Colaboración en el Indicador 1

Econ. María del Carmen Navarro

Colaboración en los Indicadores Sanitarios y de Impacto

Dr. César Gutiérrez Villafuerte (Instituto de Medicina Tropical, UNMSM)

Agradecimientos

Queremos expresar nuestro agradecimiento a las siguientes personas e instituciones por su invaluable apoyo en la elaboración del presente informe:

PRONAHEBAS – MINSA, Dr. Jack Gendrau

Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva –MINSA

Estrategia Sanitaria Nacional de Tuberculosis- MINSA

Asociación Vía Libre

Asociación INMENSA

CARE-Perú

COREMUSA Loreto

COREMUSA Ica

COREMUSA Callao

COREMUSA Chimbote

Y a todas aquellas personas que han colaborado de una manera u otra enviándonos información, participando en los talleres y en las discusiones en el blog. A todos y todas MUCHAS GRACIAS!

El Equipo UNGASS 2010

GLOSARIO

AMP	Atención Médica Periódica
ARV	Antirretrovirales
CD4	Linfocitos CD4 cúmulo de diferenciación 4
CDJ	Centros de Desarrollo Juvenil
CEP	Consejero Educador de Pares
CERITTS	Centro de Referencia para el Tratamiento de ITS
CLAS	Comité local de administración de salud
CONAMUSA	Coordinadora Nacional Multisectorial de Salud
COPRECOS	Comité de Prevención y Control del VIH/sida en las Fuerzas Armadas
COREMUSA	Coordinadora Regional Multisectorial de Salud
CPN	Control Pre natal
DGE	Dirección General de Epidemiología
DGSP	Dirección General de Salud de las Personas
DIGEMID	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas
DIRESA	Dirección Regional de Salud
DITOE	Dirección de Tutoría y Orientación Educativa
ENDES	Encuesta Nacional de Salud
ESNITSS	Estrategia Sanitaria Nacional de Control y prevención de ITS y VIH
ESNSSR	Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
ESSALUD	Instituto de Seguridad Social
GCTH	Grupo de Cooperación Técnica Horizontal
GEPITS	Grupo de Elevada Prevalencia de ITS
HSH	Hombre que tiene sexo con otro hombre
IEC	Información, Educación, Comunicación

IESSDH	Instituto de Estudios en Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano
INPE	Instituto Nacional Penitenciario
INPPARES	Instituto Peruano de Paternidad Responsable
INS	Instituto Nacional de Salud
ITS	Infección de Transmisión Sexual
M&E	Monitoreo y Evaluación
MAIS	Modelo de Atención Integral
MCP	Mecanismo de Coordinación País
MEF	Mujeres en Edad Fértil
MIMDES	Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social
MINEDU	Ministerio de Educación
MINSA	Ministerio de Salud
NETLAB	Sistema de información de consulta de pruebas de laboratorio
ODM	Objetivo de Desarrollo del Milenio
OE	Objetivo Estratégico
OGE	Oficina General de Epidemiología
OMS	Organización Mundial de la salud
ONG	Organización no Gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEM	Plan Estratégico Multisectorial
PEP	Promotor Educador de Pares
PERM	Plan Estratégico Regional Multisectorial
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
PPL	Persona Privada de Libertad
PRONAHEBAS	Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre

PROSA	Programa de Soporte a la Autoayuda de Personas Seropositivas
PVVS	Persona Viviendo con VIH/sida
RENACE	Red Nacional de Epidemiología
RP	Receptor Principal
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Humana
SIS	Seguro Integral de Salud
SISMED	Sistema integrado de suministro de medicamentos e insumos médicos quirúrgicos
SMEII	Sistema de Monitoreo y Evaluación Integral de Indicadores
SR	Sub-Receptor
TARGA	Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad
TBC	Tuberculosis
TIC	Tecnologías de Información y comunicación
TS	Trabajador/a Sexual
UAMP	Unidad de Atención Médica Periódica
UDI	Usuario de Drogas Inyectables
UNFPA	Fondo de Naciones Unidas para Población
UNMSM	Universidad Nacional Mayor de San Marcos
USSDH	Unidad de Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano
UPCH	Universidad Peruana Cayetano Heredia
USAID	Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

I. Índice

II. Situación actual

2.1. Proceso de Elaboración del Informe

2.2. Contexto

2.2.1. La epidemia en Cifras

2.2.2. La respuesta institucional y social frente al VIH

2.2.3. Financiamiento, Políticas y Construcción de Multisectorialidad

2.2.4. Estructura del Informe

III. Panorama general de la epidemia de sida

IV. Respuesta nacional a la epidemia de sida

4.1. Compromiso y Acción Nacionales

4.1.1 Gasto en SIDA para el período 2008 – 2010

4.2. Políticas Nacionales y conclusiones del ICPN

4.2.1 Planificación Estratégica, Apoyo Político Multisectorial y Descentralización

4.2.2. Normatividad en salud y VIH/Sida

4.2.3. Plan Estratégico Multisectorial

4.2.4. Prevención

4.2.5. Tratamiento, atención y apoyo

4.3. Sociedad Civil

4.3.1. Participación de la Sociedad Civil y las Organizaciones de la población vulnerable y afectada

4.3.2. Derechos Humanos

4.4. Avances del programa nacional

4.4.1. Prevención

4.4.1.1. Bancos de Sangre

4.4.1.2. Prevención de la Transmisión Materno infantil

4.4.1.3. Poblaciones más expuestas al VIH

4.4.1.4. Otras poblaciones de interés para la Respuesta Nacional

4.4.1.5. Población General

4.4.2. Tratamiento, Atención y Apoyo

4.4.2.1. Tratamiento

4.4.3. Conocimiento y Comportamiento

4.4.3.1. Población más expuesta

4.4.3.2. Población General

V. Prácticas óptimas

VI. Principales problemas y acciones correctoras

VII. Apoyo de los asociados para el desarrollo del país

VIII. Sistemas de vigilancia y evaluación

ANEXOS

II. Situación actual

2.1. Proceso de Elaboración del Informe

El proceso para la elaboración del presente informe se ha caracterizado por ser:

- Participativo: en el sentido que, siendo liderado por el Ministerio de Salud, ha hecho lo posible por convocar y consultar a la mayor cantidad de actores que participan en la respuesta al VIH/sida, convocando a sendas reuniones a Estado, académicos productores de información, sociedad civil, organizaciones de poblaciones vulnerables y afectadas; además de utilizar las nuevas tecnologías de información y comunicación (TIC) para informar y permitir la participación de la mayor cantidad de personas (www.ungass2010.blogspot.com)
- Descentralizado porque ha llevado a cuatro regiones (Callao, Iquitos, Chimbote e Ica) los resultados del informe para que sean discutidos y revisados por actores fuera del ámbito de la capital de la república.
- Riguroso y autocrítico, ya que se ha realizado un intenso trabajo de minería de datos para llegar a elaborar indicadores más precisos, y cercanos a la realidad de acuerdo al nivel de información con que cuenta el país en la actualidad.

Para ello se han utilizado las siguientes estrategias:

- Reuniones ordinarias de avance del informe entre Estrategia Sanitaria Nacional, Dirección General de Epidemiología, ONUSIDA y Consultores.
- Reuniones extraordinarias con: productores de información del Estado, productores de información de Sociedad Civil (ONG y Academia), CONAMUSA
- Reuniones descentralizadas en Callao, Chimbote, Iquitos y Huancayo
- Revisiones periódicas por parte del MINSA y otros actores
- Publicación de las memorias y conclusiones de las reuniones así como los avances hechos en el Blog diseñado para tal fin

Procesos para elaboración del Informe UNGASS

Período: enero 2008 – diciembre 2009

El proceso para la elaboración del presente informe se ha caracterizado por ser:



Presentación del Dr. José Luis Sebastián coordinador de la ESNITTS

2.2. Contexto

2.2.1. La epidemia en Cifras

La epidemia de VIH/sida ya ha cumplido 25 años en el Perú. Según los datos reportados por la Dirección General de Epidemiología hasta el 31 de diciembre del 2009 se han reportado 39,890 casos de VIH y 25,636 casos de Sida¹

1 Dirección General de Epidemiología. "Situación del VIH/Sida en el Perú". En Boletín Epidemiológico Mensual. Lima: diciembre 2009. Consulta: 5 de Enero de 2010
<http://www.dge.gob.pe/vigilancia/vih/Boletin_2009/diciembre.pdf>

Gráfico 1



La principal vía de transmisión continúa siendo la sexual con 97% de los casos, seguida de la transmisión vertical de madre a hijo con 2% y en tercer lugar la transmisión sanguínea con el 1% de los casos.

La epidemia del VIH-SIDA en el Perú según los parámetros de UNAIDS todavía se encuentra en el nivel de epidemia “concentrada” porque la prevalencia de VIH en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH)² está por encima del 5% y la prevalencia de las gestantes permanece debajo del 1%. En este sentido, de acuerdo con los estudios de vigilancia centinela en la población HSH, la prevalencia de VIH es de 13.9%; mientras que en las gestantes se encontró una prevalencia de VIH de 0.23% en el año 2008.

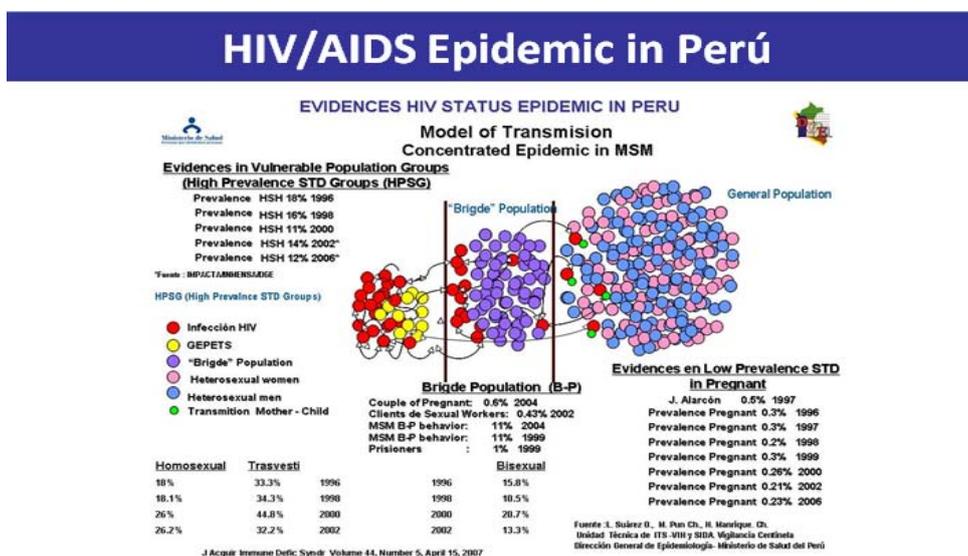
Durante los años 1996 y 1998, el Ministerio de Salud a través del Programa Nacional de Control de ITS, VIH-SIDA (Ex - PROCETSS) realizó los primeros estudios de vigilancia centinela en población de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH). Posteriormente, la Dirección General de Epidemiología en colaboración con la Asociación Civil- IMPACTA ha realizado estudios de vigilancia epidemiológica en población HSH durante los años 2000 y 2002 preservando los criterios de inclusión de vigilancias anteriores, y se ha podido observar que existe población identificada como travesti que presenta elevada prevalencia de VIH 32.2% en año 2002³

2 Al interior de la categoría HSH se consideran a las siguientes poblaciones (Gays, población Trans y bisexuales)

3 Sánchez, Jorge MD, MPH; Lama, Javier R MD, MPH; Kusunoki, Lourdes MD; Manrique, Hugo MD; Goicochea, Pedro MSc, MA; Lucchetti, Aldo MD; Rouillon, Manuel BSc [S]; **Pun, Monica MD**; Suarez, Luis MD; Montano, Silvia MD, MPH [P]; Sánchez, Jose L MD, MPH [P]; Tabet, Stephen MD, MPH[S][S]; Hughes, James P PhD; Celum, Connie MD, MPH ; for the Peruvian HIV Sentinel Surveillance Working Group. **HIV-1, Sexually Transmitted Infections, and Sexual Behavior Trends Among Men Who Have Sex With Men in Lima, Peru. JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. 44(5):578-585, April 15, 2007.**

Esto significa que al interior de la categoría HSH existe una serie de sub-poblaciones específicas que pueden tener un universo que debe ser sistemáticamente delimitado y cuya diversidad requiere de mayores estudios.

En el país existen algunas investigaciones recientes que demostrarían que es en la población trans⁴ donde se estaría presentando una mayor vulnerabilidad en la dinámica de la epidemia del VIH en el país.



The HIV epidemic of Peru is a “concentrated” level because prevalence in pregnant women is 0.23% national rate, and population men sex men (MSM) is a 12% national estimate.

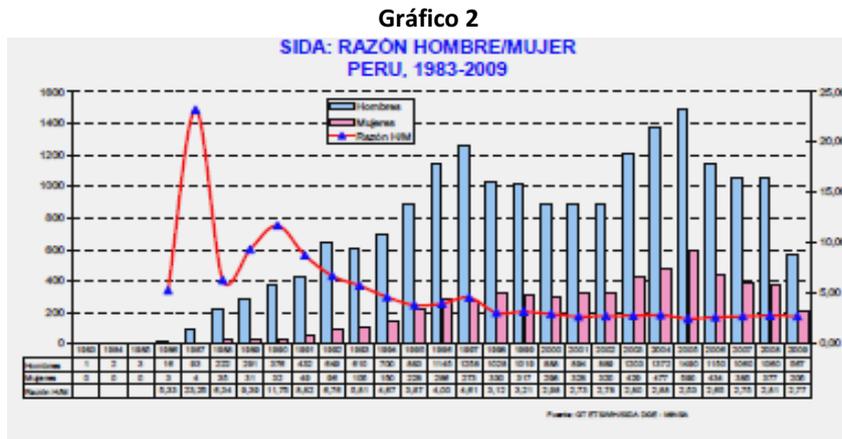
En un estudio realizado en Lima Metropolitana entre la población gay, transgénero y bisexual, que dio como resultado que el 33% de las personas trans había contraído VIH y el 51% había contraído sífilis⁵. Un estudio reciente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en conjunto con la Red-Trans Perú en Lima Metropolitana ha dado como resultado una prevalencia de casi 30%⁶; ello nos permite inferir que es la población trans la sub-población que registra la mayor prevalencia de VIH/sida. Con respecto a población de trabajadoras sexuales, ésta es considerada una población de alta prevalencia de ITS.

4 La palabra trans hace referencia al concepto de tránsito de género, de masculino a femenino, y agrupa las identidades de género femeninas de las personas travestis, transgénero y transexuales. En inglés, este concepto se expresa con la palabra transgender, pero en América Latina la palabra trans ha sido asumida como un término político.

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

6 Silva Santisteban Alfonso. Documento de trabajo no publicado (2009)

En referencia a la razón hombre-mujer, a comienzos de 1990 ésta era de 12 a 1; la relación ha ido reduciéndose hasta llegar a estabilizarse en 3 a 1⁷, relación que se mantiene hasta la actualidad.



Según la Dirección General de Epidemiología, la razón Hombre- mujer es de 3:1 y el 80% del reporte de casos de VIH-SIDA son varones y el 20% mujeres. La mediana de la edad de casos de SIDA es de 31 años, eso significa, que la exposición a la infección por el VIH es estaría alrededor de los 20 años, es decir en población joven. En resumen, la población principalmente afectada por la infección del VIH son los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), parte de ellos, tienen un comportamiento bisexual y ellos están llevando la epidemia hacia las mujeres y ellas al salir embarazadas , transmiten la infección a sus hijos.

Algunos sectores de la sociedad civil señalan un escenario de aparente y progresiva feminización de la epidemia, sin embargo no hay evidencia epidemiológica clara al respecto tomando en cuenta que no se han desarrollado investigaciones de vigilancia centinela o similares en población de mujeres en edad fértil y sexualmente activas (la mayor parte de investigaciones hechas en mujeres han sido en mujeres trabajadoras sexuales o mujeres gestantes) esta preocupación sugiere la necesidad de desarrollar intervenciones de prevención inter y multisectoriales especialmente en las áreas de Salud Sexual y Reproductiva, incluida la prevención de la violencia por género.

7 Dirección General de Epidemiología. "Situación del VIH/Sida en el Perú. Día Mundial de Lucha contra el VIH/Sida". Lima: diciembre 2009. Consulta: 5 de diciembre de 2010 en : http://www.dge.gob.pe/vigilancia/VIH/boletines_vih.htm

En cuanto a la distribución geográfica de los casos, la mayoría de ellos se presenta en las ciudades de la costa y la selva peruana, concentrándose predominantemente en zonas urbanas, en los departamentos de Lima, la Provincia Constitucional del Callao, seguidos por Arequipa, Ica, Loreto, La Libertad, Ancash, Piura, Lambayeque, Tumbes y Junín; principalmente en las capitales de departamento que poseen alta densidad poblacional y, cuya actividad comercial y mayor posibilidad económica y de desarrollo, produce un significativo flujo migratorio.

Tabla 1

PERÚ: NOTIFICACIÓN DE CASOS DE VIH/SIDA

Departamento	1983-1990		1991-2000		2001-2008		2009	
	VIH	SIDA	VIH	SIDA	VIH	SIDA	VIH	SIDA
AMAZONAS	0	1	22	25	119	38	12	1
ANCASH	0	1	177	257	512	275	44	17
APURÍMAC	0	0	5	10	22	11	1	0
AREQUIPA	6	31	293	302	690	439	55	66
AYACUCHO	0	2	20	34	119	63	16	1
CAJAMARCA	0	1	33	37	65	41	10	4
CALLAO	38	108	820	786	1680	854	252	42
CUZCO	2	4	32	66	158	84	21	3
HUANCAVELICA	0	0	1	13	35	29	6	1
HUANUCO	0	1	56	55	248	43	31	0
ICA	1	6	146	325	582	370	50	15
JUNÍN	0	2	117	153	569	241	72	7
LA LIBERTAD	3	17	265	263	829	238	129	16
LAMBAYEQUE	0	10	219	146	753	275	109	13
LIMA	420	834	6811	7194	12109	8107	1414	476
LORETO	1	13	248	302	1650	385	336	65
MADRE DE DIOS	0	0	9	24	177	66	34	8
MOQUEGUA	0	3	44	53	117	29	14	3
PASCO	0	0	45	32	155	23	15	2
PIURA	1	0	265	257	727	250	72	5
PUNO	1	1	16	18	25	17	2	1
SAN MARTÍN	0	1	101	50	546	38	150	3
TACNA	2	2	51	98	130	58	11	1
TUMBES	0	1	170	112	315	152	53	19
UCAYALI	0	0	193	52	597	108	68	4
DESCONOCIDO	24	77	248	119	1005	375	55	8
PERÚ	499	1116	10407	10803	23895	12609	3032	781

Fuente: OIT ESTADÍSTICA LABORAL

Tabla 2

PERÚ: CASOS NOTIFICADOS - INCIDENCIA ACUMULADA

Departamento	1983 - 2008			2009		
	CASOS	%	IA*	CASOS	%	IA**
AMAZONAS	64	0,25	17,35	1	0,13	0,24
ANCASH	533	2,17	53,15	17	2,18	1,56
APURÍMAC	21	0,09	5,19	0	0,00	0,00
AREQUIPA	772	3,15	78,98	66	8,45	5,38
AYACUCHO	119	0,49	23,35	1	0,13	0,15
CAJAMARCA	79	0,32	5,91	4	0,51	0,29
CALLAO	1748	7,13	256,22	42	5,38	4,86
CUZCO	154	0,63	13,84	3	0,38	0,24
HUANCAVELICA	42	0,17	10,37	1	0,13	0,21
HUANUCO	99	0,40	13,71	0	0,00	0,00
ICA	701	2,85	116,28	15	1,92	2,08
JUNÍN	395	1,61	35,12	7	0,90	0,59
LA LIBERTAD	518	2,11	40,87	16	2,05	0,98
LAMBAYEQUE	431	1,75	43,03	13	1,66	1,12
LIMA	16135	65,78	239,49	475	60,95	5,68
LORETO	700	2,85	87,15	65	8,32	6,63
MADRE DE DIOS	90	0,37	86,87	8	1,02	7,22
MOQUEGUA	85	0,35	63,09	3	0,38	1,73
PASCO	55	0,22	22,87	2	0,26	0,69
PIURA	507	2,07	34,91	5	0,64	0,29
PUNO	36	0,15	3,15	1	0,13	0,07
SAN MARTÍN	89	0,36	14,22	3	0,38	0,41
TACNA	158	0,64	66,52	1	0,13	0,33
TUMBES	265	1,08	158,05	19	2,43	8,90
UCAYALI	160	0,65	44,24	4	0,51	0,89
DESCONOCIDO	571	2,33	104,29	8	1,02	0,89
PERÚ	24528	100,00	104,29	781	100	2,78

* Para su cálculo se tomó como referencia la población de 1983 (base por 100000hab).
** Para su cálculo se tomó como referencia la población de 2009 (base por 100000hab).
Fuente: OIT ESTADÍSTICA LABORAL

Hay indicios de un progresivo incremento de casos en poblaciones originarias, en especial entre algunos grupos indígenas de la Amazonía peruana; aunque se requiere estudios más amplios para dar cuenta objetiva de esta nueva realidad. El siguiente cuadro reseña algunos estudios realizados en el país:

Tabla 3

Año	Autor	Prevalencia VIH	Población	Región
2006 ¹	Zavaleta C, col	7.50%	80 adultos, una comunidad, un pueblo	Loreto (Alto Amazonas)
2007 ²	Orellana E.R., col	0.31%	644 adultos, 27 comunidades, 10 pueblos	Iquitos, Yurimaguas, Pucallpa y Puerto Maldonado
2007 ³	Zavaleta C, col	0.40%	733 adultos, un pueblo, 20 comunidades	Loreto (Alto Amazonas)
2007-2008 ⁴	Ormaeche M, DGE	0.16%	1241 gestantes, 6 pueblos,	Loreto, Ucayali, Cusco, Junin y Pasco
2007-2008 ⁴	Ormaeche M, DGE	0.28%	697 parejas gestantes, 6 pueblos,	Loreto, Ucayali, Cusco, Junin y Pasco
2007-2008 ⁴	Ormaeche M, DGE	33.00%	15 varones HSH, (muestra intencional)	

1. Zavaleta C, Fernández C, Konda K, Valderrama Y, Vermund SH, Gotuzzo E. Am J Trop Med Hyg. High prevalence of HIV and syphilis in a remote native community of the Peruvian Amazon. 2007 Apr;76(4):703-5.

2. E.R.Orellana, et al. HIV and other sexually transmitted infections among indigenous populations in the Peruvian Amazon. : AIDS 2008 - XVII International AIDS Conference: Abstract no. MOPE0355

3. C.Zavaleta, et al. HIV and syphilis prevalence in indigenous communities in the Peruvian Amazon: exploring some risk factors. : AIDS 2008 - XVII International AIDS Conference: Abstract no. MOPE1079

4. Dirección General de Epidemiología (DGE). Vigilancia Epidemiológica de Segunda Generación de ITS, VIH/SIDA y Hepatitis B en población Indígena Amazónica Gestante y sus parejas. 2009. Disponible en: http://www.bioetica.uchile.cl/doc/Seroprevalencia_VIH_Sifilis_HepatitisB.pdf

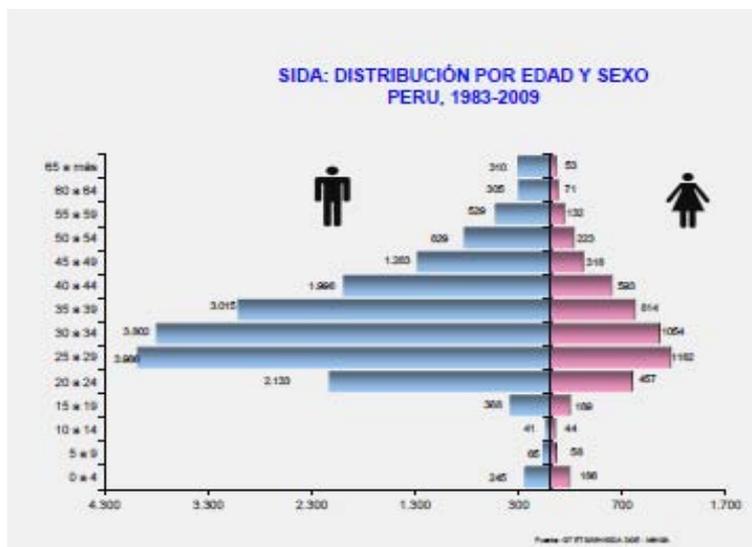
Se estima, además, que existe una población de personas que viven con VIH/SIDA (pvvs; en cuyo caso siendo la proyección de los casos VIH positivos de 76,000⁸.

Con respecto a la distribución de la epidemia por edades el 41% de casos corresponde a personas con edades que fluctúan entre los 25 y 34 años⁹, lo cual demostraría que la edad de infección se encontraría en la adolescencia o los primeros años de juventud.

8 Spectrum 2009

9 Cfr. Dirección General de Epidemiología. En Boletín Epidemiológico Mensual. Op. cit.

Gráfico 3



2.2.2 La respuesta institucional y social frente al VIH

En el Perú existe una amplia gama de actores que confluye en el desarrollo de la respuesta al VIH/sida.

Por el sector gubernamental se encuentra en primer lugar el Ministerio de Salud, ente rector de las políticas de Salud en el país; para el cumplimiento del rol que le corresponde asumir en la respuesta sanitaria frente al VIH/Sida, el MINSa cuenta con dependencias en su interior entre los que se encuentran: la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP) de la cual depende funcionalmente la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS y VIH/Sida (ESNITSS), el Instituto Nacional de Salud (INS), el Seguro Integral de Salud (SIS), la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) y la Dirección General de Epidemiología (DGE).

Es preciso indicar, en este contexto, que las modificaciones administrativas realizadas a la estructura del MINSa en el año 2004, orientadas a avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud, afectaron el poder de decisión y ejecución a la ESNITSS, que pasó, de ser un programa vertical con presupuesto propio, a una estrategia transversal con carácter técnico y normativo lo cual afectó, a su vez, a la consecución de sus objetivos como autoridad nacional en la respuesta al VIH/SIDA

En los últimos años otras instancias gubernamentales como el Ministerio de Educación, la Defensoría del Pueblo, el Ministerio de Trabajo, el Ministerio de Justicia con el Instituto Nacional Penitenciario (INPE) han mostrado distintos niveles de involucramiento en la respuesta desde sus respectivas áreas de trabajo. Del mismo modo el Instituto Peruano de Seguridad Social (ESSALUD) y los Ministerios del Interior y Defensa (a través de la Sanidad de las Fuerzas Policiales y el Sistema de Salud del Ejército, La Marina y la Fuerza Aérea) han contribuido técnica y financieramente con programas de prevención, atención y tratamiento para sus afiliados en diferentes niveles.

Como expresión de un enfoque multisectorial ubicamos a La Coordinadora Nacional Multisectorial de Salud (CONAMUSA) creada por Decreto Supremo 007-2007-SA, órgano nacido como Mecanismo Coordinador de País (MCP) para los proyectos del Fondo Mundial, que monitorea y supervisa el correcto desempeño y uso de los recursos donados por esta entidad para la respuesta nacional.

En el sector de la Sociedad Civil identificamos como principales actores a las Organizaciones no Gubernamentales, las universidades, las iglesias, las organizaciones de personas que viven con VIH (PVVS) y, más recientemente, las organizaciones de poblaciones vulnerables (gay, trans y trabajadoras sexuales); estas organizaciones se encuentran en proceso de consolidación y van teniendo una presencia cada vez más importante en los órganos de toma de decisiones como la CONAMUSA.

Finalmente también intervienen en la respuesta al VIH/Sida la Cooperación Internacional tanto bilateral como multilateral (ONUSIDA, UNFPA, OPS, UNICEF, USAID, PNUD, OIT, entre otros).

2.2.3 Financiamiento, Políticas y Construcción de Multisectorialidad

Desde el año 2003, como se puede apreciar en el cuadro de legislación a favor de la lucha contra el VIH, se han dado grandes avances normativos, siendo uno de los más importantes el acceso a Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) provisto por el Estado, habiendo llegado a cubrir a la gran mayoría de Personas que Viven con VIH (PVVS).

Actualmente se cuenta con un Plan Estratégico Multisectorial (PEM) (2007-2011) aprobado por Decreto Supremo 005-2007-SA, el cual debe guiar las acciones de fortalecimiento de Respuesta Nacional; la cual se encuentra en un proceso de

descentralización que ha involucrado a los gobiernos regionales y locales, la sociedad civil y las organizaciones de poblaciones vulnerables y afectadas en las 14 COREMUSAS (Coordinadoras Regionales Multisectoriales de Salud) ya formadas.

2.2.4. Estructura del Informe

Este Informe comprende como el del periodo 2006-2008 la presentación y análisis de un conjunto de Indicadores Nacionales cuya importancia radica en que permiten que el país evalúe la eficacia de la respuesta nacional.

Estos indicadores se reúnen en las siguientes categorías:

I. Compromiso y acción nacional: los que se centran en las políticas y aportes estratégicos y financieros destinados a detener la propagación de la infección del VIH, con el fin de proporcionar atención y apoyo a las personas infectadas, así como mitigar las consecuencias sociales y económicas debidas al SIDA. Estos indicadores son medidos por entrevistas realizadas a líderes del gobierno y de la sociedad civil, instituciones públicas y privadas inmersas de una u otra forma en la lucha contra el VIH/SIDA.

II.- Indicadores de programa nacional: los que se encargan en medir los esfuerzos nacionales en áreas programáticas que incluyen la seguridad hematológica, la prevención de la transmisión materno infantil del virus, la cobertura de terapia antirretroviral, la cogestión del tratamiento de tuberculosis y el VIH entre otros.

III. Conocimiento y comportamientos nacionales: abarcan una variedad de resultados específicos de conocimiento y comportamiento que incluyen el conocimiento correcto de la transmisión del VIH, edad de inicio sexual, comportamiento sexual entre otros, los cuales son medidos mediante encuestas poblacionales y estudios de vigilancia centinela. Reflejan primordialmente el efecto de las acciones de prevención realizadas en el país.

IV. Impacto del programa a nivel nacional: que se refiere al grado en que las actividades del programa nacional han logrado reducir las tasas de infección por el VIH y la morbi-mortalidad asociada; estos son medidos por estudios de vigilancia centinela.

A continuación se presentan las tablas de datos de los Indicadores Básicos propuestos:

TABLA 4: Gasto relativo al SIDA por categoría 2007 -2009 en nuevos soles¹⁰

	Función agregada	2,007	2,008	2,009	Total
1	Prevención	31,754,052	47,711,567	47,350,045	126,815,664
2	Atención y tratamiento	40,769,216	55,117,095	72,989,813	168,876,124
3	Huérfanos y niños vulnerables	536,304	3,277,385	2,046,106	5,859,795
4	Gestión y administración de programas	4,888,800	5,830,134	6,717,646	17,436,580
5	Recursos humanos	47,739	79,984	26,221	153,945
6	Protección social y servicios sociales	4,933,789	727,653	511,363	6,172,806
7	Entorno favorable	6,638,588	8,534,008	6,812,671	21,985,268
8	Investigación relacionada con el VIH	35,550,779	10,984,377	7,331,244	53,866,400
Total general		125,119,268	132,262,204	143,785,109	401,166,582

10 La presente es una actualización del dato de 2007. Fuentes de recolección de datos y metodología utilizada se encuentran en anexos 4, 5 y 6

Cuadro del ICPN (Parte A y Parte B)

Tabla 5
Parte A: Funcionarios del Gobierno

Indicador	Fuente	2006		2008		2010		Observaciones
		Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos de planificación estratégica en los programas de VIH/sida	Encuesta ICPN	2.5	25	5.0	50	5.0	50	No se registra nivel de incremento, ni de descenso
Promedio de calificación acerca del apoyo político en los programas de VIH/sida	Encuesta ICPN	2.5	25	4.3	43	7.0	70	Nivel de incremento 27%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos políticos de apoyo en la prevención del VIH/sida	Encuesta ICPN	3.6	36	5.2	52	6.0	60	Nivel de incremento 8%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos de aplicación de los programas de prevención del VIH/sida	Encuesta ICPN	3.1	31	5.2	52	7.0	70	Nivel de incremento 18 %
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos para tratamiento, atención y apoyo	Encuesta ICPN					6.0	60	No se registra datos anteriores reportados
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos de vigilancia y evaluación del programa del Sida.	Encuesta ICPN	3.6	36	6.3	63	6.4	64	Nivel de incremento 1%

Tabla 6
Parte B: Organismos No gubernamentales, organismos bilaterales, Naciones Unidas, Poblaciones afectadas y vulnerables

INDICADOR	FUENTE	2006		2008		2010		OBSERVACIONES
		Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	
Promedio de calificación acerca de las políticas, leyes y reglamentaciones establecidas para promover y proteger los derechos humanos en relación con el VIH/sida	Encuesta ICPN	3.3	33	5.6	56	4.6	46	Nivel de descenso 1%
Promedio de calificación acerca del esfuerzo por hacer cumplir las políticas, las leyes y reglamentaciones existentes	Encuesta ICPN	2.7	27	4	40	4.1	41	Nivel de incremento 1%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos para aumentar la participación de la sociedad civil	Encuesta ICPN	3.8	38	5.4	54	4.6	46	Nivel de descenso 8%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos hechos en la aplicación de los programas de prevención del VIH/sida	Encuesta ICPN	3.2	32	4.4	44	4.3	43	Nivel de descenso 1%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos realizados en la aplicación de los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH/sida.	Encuesta ICPN	4.1	41	6.5	65	5.9	59	Nivel de descenso 6%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos destinados a satisfacer las necesidades relacionados con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables	Encuesta ICPN					2.6	26	No se registra datos anteriores reportados

Tabla 7: INDICADORES DEL PROGRAMA NACIONAL¹¹

SD.	Indicador UNGASS	Fuente 2010		Indicador reportado 2006		Indicador reportado 2008		Indicador reportado 2010		Indicador Proxy	Observaciones 2010
		N	%	N	%	N	%	N	%		
3	Porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada	PRONAHEBAS (datos de 2008)	135979/ 135979	100%	178,017 unid/177,2 97 unid	Proxy: 99.6%	171,957/ 195,771	87.85%			
4	Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe terapia antirretrovírica	Hoja de monitoreo ARV-ESNITSS-MINSA 2008 y 2009. En 2009 se han incluido datos de ESSALUD	6298	SD	10367/120 80	85.8%	2008 10,232/ 12,970	2008 79%			En el acceso universal del 2008 se utilizó información general sin la depuración completa de los fallecidos y abandonos.
5	Porcentaje de embarazadas seropositivas que recibe fármacos antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión materno infantil	ESNITSS – Enero-Diciembre 2009. Estimaciones SPECTRUM	161/339	47.7%	365/872	Proxy: 41.8%	2009 14,780/ 20,201	2009 73.1%	550/982	56.0%	Se prefirió el uso de la estimación de Spectrum por considerarla más específica.

¹¹ Para una mayor información sobre la metodología y fuentes utilizadas ver anexo 5

6	Porcentaje de casos estimados de coinfección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH	Hoja de Monitoreo ARV ESNITSS –MINSA Enero-Diciembre 2009	-	SD	a.93/1209 b.93/839	a.7.7% b.11.0%	529/750	70%		No se ha logrado obtener el dato específico. El numerador usado, supone que los pacientes con TB tratados con TARGA también están en tratamiento de TB. El denominador se obtuvo de la estimación de OMS 2008 que corresponde a 750 casos estimados para Perú: Número estimado de casos de tuberculosis en personas que viven con VIH ¹² , de acuerdo a lo estipulado en las directrices 2010 de UNGASS
7	Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	ENDES 2008 Mujeres, ENDES 2008 Varones (INEI)	-	SD	SD		3,790/ 12,742 (Mujeres) 302/ 5648 (Varones)	5.35% (Varones)	29.74% (Mujeres)	Encuestas diferentes para cada sexo: para la encuesta de mujeres se pregunta por la realización de alguna prueba de VIH alguna vez en la vida . El denominador incluye a los encuestados que nunca han oído hablar del VIH o el SIDA. Cuando se compara el dato de “prueba de VIH alguna vez en la vida”, en mujeres es 32,3% y en varones es 7,3%; es decir, la tendencia se mantiene con la amplia brecha.

8	<p>Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados</p>	<p>ENDES 2008 Mujeres, ENDES 2008 Varones (INEI)</p>	<p>HSH- 1857/32 28 PPL- 1483/86 00</p>	<p>HSH 57.5% PPL 17.2%</p>	<p>HSH 843/4090 <25:16.5% 25: 494/1977</p>	<p>HSH:20.6 % <25:16.5 % >25:24.9 % TS: 54.3%</p>	<p>11/20 (Mujeres) 3/49 (Varones)</p>	<p>55.0% 6.1%</p>	<p>No se ha utilizado como fuente de información la Vigilancia Centinela DGE-IMPACTA, la cual se ha utilizado para la elaboración de los informes anteriores. El inconveniente es que esta Vigilancia sólo incluye tres distritos de Lima y diferentes ciudades del interior del país que han variado a través de los años, lo cual afecta su representatividad y comparabilidad. Asimismo hay que tener en consideración que las vigilancias de los años 2006 y 2008¹³ corresponden a estudios clínicos, con criterios de inclusión que seleccionan a las personas con comportamientos de riesgo y excluyen a los que conocen su seroestatus positivo a la prueba de VIH. Se utiliza la ENDES porque en ésta si existe representatividad nacional.</p>
9	<p>Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegaron los programas de prevención del VIH</p>		<p>HSH- 2151/32 80 TS- 22051/5 6000</p>	<p>HSH- 65.5% HSH-18% (condón) TS-39.3% TS- 16.7%(co ndón)</p>	<p>HSH – 2274/4168 <25:895/21 70 >25:958/19 98</p>	<p>HSH:44.5 % <25: 41.2% >25: 47.5% TS 80.3% <25:77.3 % >25:90.6 % indicado res proxy</p>	<p>SD</p>	<p>SD</p>	

13 Vigilancia centinela 2008: Sentinel surveillance 2008 Protocol in MSM "A Third Generation Sentinel surveillance Approach Among Men Who have sex with men at high risk for HIV in the Andean Region", ejecutado por Investigaciones Médicas en Salud, financiado por Naval Medical Research Center Detachment – NMRCD.

10	Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables de 0 a 17 años de edad cuyos hogares recibieron apoyo externo básico gratuito para la atención infantil	37/236	15.60%	SD	SD	SD	SD	
11	Porcentaje de escuelas que impartió educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último año académico	165/6512	2.5%	339/7389	4.5% indicador proxy	SD	SD	

Tabla 8: INDICADORES DE CONOCIMIENTO Y COMPORTAMIENTO

No	Indicador UNGASS	Fuente	Indicador reportado 2006		Indicador reportado 2008		Indicador reportado 2010		Indicador Proxy	Observaciones
			N	%	N	%	N	%		
12	Asistencia actual a la escuela entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad			SD	47/110	69.8% Indicador proxy	SD	SD		
13	Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 24 años que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la	ENDES 2008 Mujeres, ENDES 2008 Varones (INEI) Los resultados son producto de los factores de ponderación de la encuesta	SD	70%	12-17 a:3187 17-24 a: 1989	1217 a: 56.1% 17-24 a: 54.1%	858/ 4,283 (Mujeres) 605/ 2140 (Varones)	20.03% (Mujeres) 28.27% (Varones)		Encuestas diferentes para cada sexo.

No	Indicador UNGASS	Fuente	Indicador reportado 2006		Indicador reportado 2008		Indicador reportado 2010		Indicador Proxy	Observaciones
			N	%	N	%	N	%		
	transmisión del virus									
14	Porcentaje de poblaciones más expuestas que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus	ENDES 2008 Mujeres, ENDES 2008 Varones (INEI) Los resultados son producto de los factores de ponderación de la encuesta	HSH – 2020/3280	HSH- 61.59% HSH<24- 63.7%	TOTAL: 1649/4101 <25:767/2141 >25:882/1960	HSH:40.2% <25:35.8% >25:45%	1/20 (Mujeres) 11/50 (Varones)	6.79% (Mujeres) 22.17% (varones)		No se ha utilizado como fuente de información la Vigilancia Centinela DGE-IMPACTA, la cual se ha utilizado para la elaboración de los informes anteriores. El inconveniente es que esta Vigilancia sólo incluye tres distritos de Lima y diferentes ciudades del interior del país que han variado a través de los años, lo cual afecta su representatividad y comparabilidad. Asimismo hay que tener en consideración que las vigilancias de los años 2006 y 2008 corresponden a estudios clínicos, con criterios de inclusión que seleccionan a las personas con comportamientos de riesgo y excluyen a los que conocen su serostatus positivo a la prueba de VIH. Se utiliza la ENDES porque en ésta si existe representatividad nacional
15	Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 24 años que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años	ENDES 2008 Mujeres, ENDES 2008 Varones (INEI) Los resultados son producto de los factores de ponderación de la encuesta	SD	23.4%	277/994 15-19 a: 97/196 20-24 a: 180/748	29.3% 15-19 a: 49.5% 20-24:24.0% indicador proxy	286/4,283 (Mujeres) 250/2,139 (Varones)	6.68% (Mujeres) 11.60% (Varones)		

16	Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses	ENDES 2008 Mujeres, ENDES 2008 Varones (INEI) Los resultados son producto de los factores de ponderación de la encuesta	SD	SD	SD	Varones:38.2 % Mujeres:11.7 % Indicadores proxy	157/ 12,743 (Mujeres)	1.23% (Mujeres)	Encuestas diferentes para cada sexo.
							763/ 5,649 (Varones)	13.51% (Varones)	
17	Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual	ENDES 2008 Mujeres, ENDES 2008 Varones (INEI) Los resultados son producto de los factores de ponderación de la encuesta	Con pareja ocasional 1-17% Con pareja ocasional I + uso de condón 19%	12-17 a:3187 17-24 a: 1989	12-17 a: 58.9% 17-24 a: 45.9% Indicadores proxy	39/157 (Mujeres)	24.84% (mujeres)	Encuestas diferentes para cada sexo.	
						547/762 (Varones)	71.78% (varones)		
18	Porcentaje de profesionales del sexo hombres y mujeres que declara haber usado un preservativo con su último cliente	HSH/TS:1 42/284	HSH/TS: 595/142 0 <25:326/ 790 >25: 279/630	HSH/TS:41.9 % <25:40% >25:44.3% TS:96% <25: 96.1% >25:95.9%	SD	SD	SD	No se cuenta con el dato en las fuentes disponibles, pero se describen los avances correspondientes en el acápite narrativo.	

19	<p>Porcentaje de hombres que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual anal con una pareja masculina</p>	<p>HSH>25= 511/1122 HSH<25= 488/1034</p>	<p>HSH > 25=47.19 % HSH < 25=45.54 %</p>	<p>1575/33 34 <25: 685/165 0 >25: 890/168 4</p>	<p>HSH: 47.2% <25: 41.5% >25: 52.8%</p>	SD	SD	SD	<p>No se cuenta con el dato en las fuentes disponibles, pero se describen los avances correspondientes en el acápite narrativo.</p>
20	<p>Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual</p>		SD		SD	SD	SD		
21	<p>Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó</p>		SD		SD	SD	SD		

Tabla 6: INDICADORES DE IMPACTO

No.	Indicador UNGASS	Fuente	Indicador reportado 2006		Indicador reportado 2008		Indicador reportado 2010		Indicador Proxy	Observaciones
			N	%	N	%	N	%		
22	Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 24 años infectados por el VIH	Vigilancia Centinela en gestantes realizada por la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud 2008	24/10202	0.21%	7/3075	0.23% (gestantes) 0.27% (parejas masculinas)	7/3.075	0.23%		
23	Porcentaje de poblaciones más expuestas infectado por el VIH	Vigilancia Centinela realizada por la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud y la Asociación Civil Impacta.	HSH<25= 76/532 HSH>25= 227/750 PPL=47/43 64	HSH<25= 14.29% HSH>25= 30.27% PPL= 1.07% PL= 0.87%	HSH: 170/157 4 <25 a: 54/727 >25 a: 116/847	HSH: 10.8% <25 a: 7.4% >25 a: 13.7% TS: 0.5% <25 a: 0.2% >25 a: 0.7%	54/533	10.13%	Con fines de comparación, los centros centinela considerados para este reporte, son los mismos que se tomaron en cuenta en el anterior reporte, con criterios de inclusión que seleccionan a las personas con comportamientos de riesgo y excluyen a los que conocen su serostatus positivo a la prueba de VIH.	
24	Porcentaje de adultos y niños con el VIH que sigue con vida y se tiene constancia de que continúa en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia	Hoja de Monitoreo ARV ESNTISS –Minsa Enero-Diciembre 2009	1069/1176	90.90%	(2014/23 56)	85.4%	344/422 (Niños) 8,487/ 9,810 (adultos)	81.52% 86.51%		Se ha calculado mediante la suma de las PVVS que siguen con vida 12 meses después de haberlo iniciado según el seguimiento de casos reportado por cada Región de salud.

25	antirretrovírica	SPECTRUM			19%	3/54	5.5% indicador proxy	11.91%		Promedio ponderado a partir de las estimaciones de Spectrum. Para estimar la tasa de transmisión ponderada en toda esta población se multiplica el 67% por una tasa de transmisión de 0.03, basado en el estudio de cohortes en gestantes del Instituto Materno Perinatal de Lima; y el 33% se multiplica por la tasa de transmisión de 0.3, que es el punto medio del rango de estimación de transmisión vertical en países en donde se da lactancia materna hasta los 6 meses.
----	------------------	-----------------	--	--	-----	------	----------------------------	--------	--	--

III. Panorama general de la epidemia de sida

Tabla 1: IMPACTO

No.	Indicador	Fuente	2006		2008		2010	
			N	%	N	%	N	%
22	Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 24 años infectados por el VIH	Vigilancia Centinela en gestantes realizada por la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud 2008	24/10202	0.21%	7/3075	0.23% (gestantes) 0.27% (parejas masculinas)	7/3,075	0.23%
23	Porcentaje de poblaciones más expuestas infectadas por el VIH	Vigilancia Centinela realizada por la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud y la Asociación Civil Impacta.	HSH<25= 76/532 HSH>25= 227/750 PPL=47/4364	HSH<25= 14.29% HSH>25= 30.27% PPL= 1.07% PL= 0.87%	HSH: 170/1574 <25 a: 54/727 >25 a: 116/847	HSH: 10.8% <25 a: 7.4% >25 a: 13.7% TS: 0.5% <25 a: 0.2% >25 a: 0.7%	54/533	10.13 (Proxy)
25	Porcentaje de lactantes que nació con el VIH de madres infectadas	SPECTRUM		19%	3/54	5.5% indicador proxy		11.91%

En el **indicador 22** se puede observar que la prevalencia en población de gestantes de 15 a 24 años no ha sufrido cambios importantes desde el informe de 2006. En este hecho, hay que considerar que el mayor acceso al TARGA, podría estar produciendo que un mayor número de gestantes jóvenes tienda a tener un segundo embarazo. Esto implica, que si desea usar este indicador como una aproximación a la incidencia, sería conveniente analizar la prevalencia en gestantes de 15 a 19 años.

La vigilancia en gestantes se realizó entre los meses de noviembre del 2005 y febrero del 2006, en la cual participaron 16 Direcciones de Salud del país, las cuales fueron : Callao, Cusco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Lima Ciudad, Lima Este, Lima Norte, Lima Sur, Loreto, Madre de Dios, San Martín, Tacna, Tumbes y Ucayali. La muestra de la población de gestantes fue de 3,075 y las parejas fue de 2,988 personas en total. La prevalencia de VIH en gestantes fue de 0.23% (7 gestantes positivas) con un intervalo de confianza al 95% de (0.0998% – 0.4910%) fleiss

quadratic y la prevalencia de VIH en las parejas fue de 0.27% (8 varones positivos) con un intervalo de confianza al 95% de (0.1245% -0.5495%) fleiss quadratic. Las gestantes representan convencionalmente a lo que ocurre en la población general.

Con respecto al **indicador 23**, la prevalencia de infección por VIH en HSH es similar a la reportada en el informe UNGASS 2008. Esto muestra una estabilidad de la epidemia que se debería a: a) una reducción de la incidencia de infección en este grupo, b) mayor tamizaje en este grupo, c) un mayor acceso al tratamiento ARV. En los próximos años en la medida que mejore el acceso a ARV, el indicador que mediría mejor la tendencia sería la incidencia, es decir los casos nuevos¹⁴.

Como indica el título del protocolo de la Vigilancia Centinela de tercera generación en HSH del 2006, sólo se incluye en las acciones de vigilancia a un subgrupo en alto riesgo de adquirir el VIH-1 proveniente de cinco ciudades del país. El subgrupo ha sido seleccionado considerando su acceso a los centros de referencia a ETS (autoselección) y la presencia de uno o más comportamientos de riesgo¹⁵. Estas condiciones de selección, limitan su representatividad y dificultan la inferencia a otros segmentos de la población de HSH, no sólo para la tasa de infección sino para toda acción que se haga en este grupo.

Con respecto al **indicador 25**, Spectrum 2010 estima 835 madres infectadas que requerirían TX ARV en el año 2009, de las cuales 560 reciben tratamiento, esto significa que 67% de gestantes recibe ARV y 33% no lo recibe, lo cual es coherente con el resultado del indicador 5, en el cual se observa que 44% de gestantes no recibe terapia antiretroviral (ver tabla). Aun así, este indicador expresa un avance importante en la aplicación de las estrategias de prevención de la transmisión vertical que ha implementado el país. Hay todavía algunas barreras que superar, como la poca accesibilidad a los servicios de salud que afecta a una parte importante de la población del país.

Los datos de prevalencia disponibles de VIH/SIDA en el Perú demuestran que la epidemia continúa concentrada en el grupo de Hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH). Casi todos los estudios serológicos disponibles muestran una

14 Modos de Transmisión. Informe de investigación, 2010

15 Los criterios de inclusión fueron:

-Varones que acuden a los centros de referencias de ETS

-Mayor de 18 años

-Reportar haber tenido coito anal (receptivo o insertivo) con otro hombre en los últimos 6 meses

-Además deben tener uno o más de los siguientes comportamientos de riesgo: no haber usado condón en el último coito anal; haber tenido coito anal con más de cinco hombres en los últimos 6 meses, haber tenido sexo a cambio de dinero, drogas, regalos u otros; tener diagnóstico de ETS.

prevalencia mayor a 5%, mientras que en casi todas las otras poblaciones ésta es menor a 1%¹⁶. El desarrollo de fuentes de información en los últimos diez años ha sido numeroso por parte de MINSA, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) y las investigaciones desarrolladas en universidades nacionales y extranjeras y centros de investigación. Esto a pesar de la disminución de la inversión en investigación especialmente en el sector público.

De acuerdo a las bases epidemiológicas halladas para la prevención y control basados en la vigilancia centinela del VIH, las prevalencias entre las diferentes poblaciones son las siguientes: a) Población General de 15-49 años, entre 0.1 y 0.6%; trabajadoras sexuales entre 0.7 y 3%; varones bisexuales entre 10 y 20%; varones homosexuales/gay entre 18 y 26% y población trans Trabajadoras sexual entre 32 y 45%, afectando a poblaciones cada vez más jóvenes, más pobres, de las ciudades más densamente pobladas, principalmente de la costa y la selva¹⁷. 77% de los casos de VIH/sida están concentrados en Lima y Callao, donde vive un tercio de la población peruana.

Dentro de los pocos estudios que reportan incidencia de infección por VIH, uno de ellos estuvo basado en datos recogidos a través de la vigilancia de segunda generación en HSH en cinco ciudades del Perú (Lima, Arequipa, Iquitos, Piura, Pucallpa), siendo la incidencia 5.1 por 100 personas-año [IC 95%=3.1- 8.3], mayor en Lima (8.3 [4.5-14.7]) e Iquitos (6.8 [2.0-18.2])¹⁸. Este valor, consideran los expertos, es importante interpretarlo, considerando que las capacidades de detección han cambiado durante los últimos 15 años; fuera de las numerosas investigaciones realizadas, que han identificado un gran número de casos de VIH no reportados previamente, lo cual ha permitido prevenir infecciones adicionales en poblaciones de alto riesgo. Estos dos efectos pueden estar actuando simultáneamente en la desaceleración de la incidencia de infecciones de VIH reportadas¹⁹. Por su parte la

16 Carlos F. Cáceres, Walter Mendoza, Kelika Konda, Andrés Lescano. Nuevas Evidencias para las políticas y programas de salud en VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual en el Perú. Información disponible hasta febrero – 2007. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; Organización Panamericana de la Salud, 2007

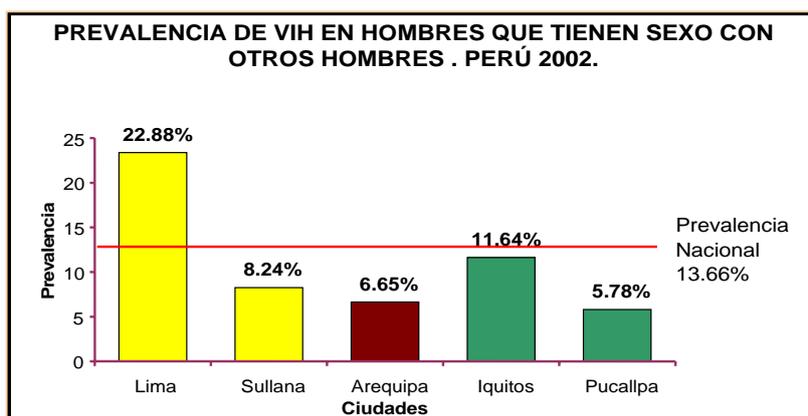
17 Presentación de la Dra. Mónica Pun: “Situación de la epidemia en el Perú”. Informe Técnico de la Consulta Nacional “Trabajo Sexual y Derechos Humanos en el Perú”. 2008. Documento de trabajo no publicado. MINSA, Asociación Miluska Vida y Dignidad, Red Nacional por los Derechos de las personas Transgénero, Travesti y Transexuales del Perú Red-Trans

18 Vigilancia centinela 2008: Sentinel surveillance 2008 Protocol in MSM “A Third Generation Sentinel surveillance Approach Among Men Who have sex with men at high risk for HIV in the Andean Region”, ejecutado por Investigaciones Médicas en Salud, financiado por Naval Medical Research Center Detachment – NMRCD.

19 Carlos F. Cáceres, Walter Mendoza, Kelika Konda, Andrés Lescano. Nuevas Evidencias para las Políticas y Programas de Salud en VIH/sida e Infecciones de Transmisión Sexual en el Perú. Información disponible hasta febrero – 2007. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; Organización Panamericana de la Salud, 2007

vigilancia centinela del año 2002, desarrollada por la, en ese entonces Oficina General de Epidemiología (OGE) e IMPACTA en una población de 3,635 HSH de las ciudades de Lima, Piura, Iquitos, Arequipa y Pucallpa, encontró una prevalencia nacional de VIH de 13,66%.

Gráfico 5



Fuente: Dirección General de Epidemiología, MINSA, Impacta, Destacamento Centro de Investigaciones Médicas de la Marina de los EEUU y Universidad de Washington, Vigilancia HSH 2000-2003.

En trabajadoras sexuales, la vigilancia centinela fue realizada por el Proyecto PREVEN en el año 2002 que incluyó 24 ciudades. Los resultados de este estudio estiman una prevalencia de VIH de 0.69%. Los clientes de TS fueron reclutados en los mismos lugares de comercio sexual, participando 4,386 varones (promedio de 183 por ciudad). Esta vigilancia centinela dio como resultado una prevalencia de 0.7% para clientes de trabajadoras sexuales en Lima²⁰. En otro estudio de la Dirección General de Epidemiología (DGE) del 2005, se reporta, como una estimación de prevalencia en parejas de gestantes el 0.27%²¹.

Con respecto a las gestantes, la vigilancia centinela, realizada en el año 2002, en 24 ciudades por la OGE y la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) en 10,202 gestantes de entre 15 y 24 años, permitió tener resultados ajustados a nivel de regiones. La prevalencia nacional de VIH encontrada fue 0.21% (costa: 0.3%, sierra: 0.03%, selva: 0.34%). Como ya se dijo, estas vigilancias permiten evaluar la

20 Vigilancia Centinela PREVEN 2002. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Investigador Principal César Cárcamo

21 Dirección General de Epidemiología - Vigilancia Centinela 2005

epidemia en poblaciones de bajo riesgo y evaluar la tendencia en poblaciones similares a la población general²².

Para medir la prevalencia de ITS, incluido VIH en la población general, el proyecto PREVEN desarrolló una encuesta domiciliaria de ITS y conducta sexual en el año 2002. Se incluyeron 24 ciudades con población mayor a 50,000 habitantes, menos Lima y Callao. El resultado dio una prevalencia de VIH de 0.4% en varones y 0.1% en mujeres.

Es importante advertir aquí que, a pesar que existen datos más actuales provenientes de los estudios realizados por PREVEN, aún no se puede contar con ellos por no haber sido aún publicados. Por otra parte, los datos de 2008 correspondientes a la vigilancia con HSH realizada por INMENSA²³ se presentan líneas como información complementaria de los indicadores de programa. Es un hecho de que hacen falta evidencias actualizadas de la prevalencia e incidencia del VIH en las poblaciones más afectadas, haciendo sostenible la vigilancia serológica y de comportamientos de riesgo en HSH (con las salvedades ya mencionadas), TS, PPL y gestantes.

A pesar que para los indicadores UNGASS, el Perú no se toma en cuenta los Usuarios de Drogas Inyectables (UDI) como población relevante; es importante mencionar una líneas sobre el consumo de drogas, sobre todo aquellas que pudieran ser utilizadas de forma inyectable, como un indicador a tomar en cuenta para intervenciones a futuro. La encuesta de Consumo de Drogas realizada por DEVIDA en el 2006, reporta una prevalencia de vida de uso de drogas ilegales de 4.6%, de las cuales en el rubro “otras drogas” (que incluyen crack, heroína, opio, morfina, hashish, alucinógenos y ketamina) presenta una prevalencia de vida de 0.3% en la población peruana²⁴

22 Dirección General de Epidemiología. Análisis de la situación epidemiológica del VIH/sida en el Perú. Ministerio de Salud. 2006

23 Vigilancia centinela 2008: Sentinel surveillance 2008 Protocol in MSM “A Third Generation Sentinel surveillance Approach Among Men Who have sex with men at high risk for HIV in the Andean Region”, ejecutado por Investigaciones Médicas en Salud, financiado por Naval Medical Research Center Detachment – NMRCD.

24 III Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General del Perú 2006. DEVIDA/ONUDD 2006

IV. Respuesta nacional a la epidemia de sida

4.1. Compromiso y Acción Nacionales

4.1.1 Gasto en SIDA para el período 2008 – 2010

1. Gasto relativo al SIDA 2007 al 2009

La matriz de gasto relativo al SIDA interrelaciona la categoría de gasto (con enfoque programático) con las fuentes de financiamiento de los sectores público, privado y de la cooperación internacional.

Durante el periodo 2007–2009 el gasto total asignado al VIH/SIDA ascendió a 401.1 millones de nuevos soles (aproximadamente US \$133 millones).

El gasto en el año 2007 ascendió a 125.1 millones de nuevos soles (US \$ 39.9 millones), en el año 2008 a 132.2 millones de nuevos soles (US \$ 45.2 millones) y en el año 2009 a 143.8 millones de nuevos soles (US \$ 47.7 millones). Cabe precisar que en los años 2005 y 2006 el gasto relativo al SIDA ascendió a 28.4 y 36.6 millones de US \$ respectivamente.

2. Categorías de gasto

En lo que respecta a la categoría de gasto, durante el periodo señalado se invirtió en prevención 126.8 millones de nuevos soles, en atención y tratamiento 168.9 millones de nuevos soles, en huérfanos 5.8 millones de nuevos soles, en gestión y administración de programas 17.4 millones de nuevos soles, en recursos humanos 0.1 millones de nuevos soles, en protección social y servicios sociales 6.1 millones de nuevos soles, en desarrollar un entorno favorable 21.9 millones de nuevos soles y en investigación relacionada al VIH 53.9 millones de nuevos soles.

Tabla 1: Gasto en VIH por Categoría de Gasto 2007-2009
En nuevos soles

	Función agregada	2,007	2,008	2,009	Total
1	Prevención	31,754,052	47,711,567	47,350,045	126,815,664
2	Atención y tratamiento	40,769,216	55,117,095	72,989,813	168,876,124
3	Huérfanos y niños vulnerables	536,304	3,277,385	2,046,106	5,859,795
4	Gestión y administración de programas	4,888,800	5,830,134	6,717,646	17,436,580
5	Recursos humanos	47,739	79,984	26,221	153,945
6	Protección social y servicios sociales	4,933,789	727,653	511,363	6,172,806
7	Entorno favorable	6,638,588	8,534,008	6,812,671	21,985,268
8	Investigación relacionada con el VIH	35,550,779	10,984,377	7,331,244	53,866,400
Total general		125,119,268	132,262,204	143,785,109	401,166,582

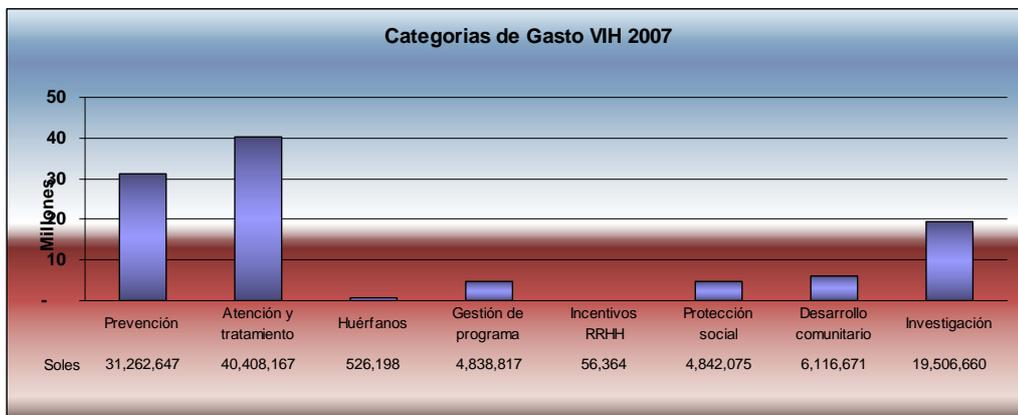
La categoría de gasto con mayor participación en el gasto total, en el periodo del 2007 al 2009, fue la categoría de Atención y Tratamiento que representó el 42,1% del gasto total, luego se encuentra la Prevención con 32% y en tercer lugar la Investigación con 13.4%. Las otras categorías: Gestión y administración de programas, Gasto en Huérfanos, Protección Social y entorno favorable, representaron en conjunto el 12,9% del gasto total. Cabe precisar que en el rubro de Gestión y administración de programas se encuentra incluido el gasto en vigilancia epidemiológica.²⁵

Año 2007

En el año 2007, se realizaron gastos por 31.7 millones de nuevos soles en prevención (US \$ 10.1 millones) y 40.7 millones de nuevos soles en atención y tratamiento (US \$ 13.0 millones) representando estos, los dos componentes más importante, con 25.4% y 32.6% del gasto total respectivamente. En este año la investigación con 35.6 millones de nuevos soles, represento el 28.4% de los gastos totales.

²⁵ No se pudo disponer con información de gasto en vigilancia epidemiológica para los años del 2008 y el 2009.

Gráfico 1

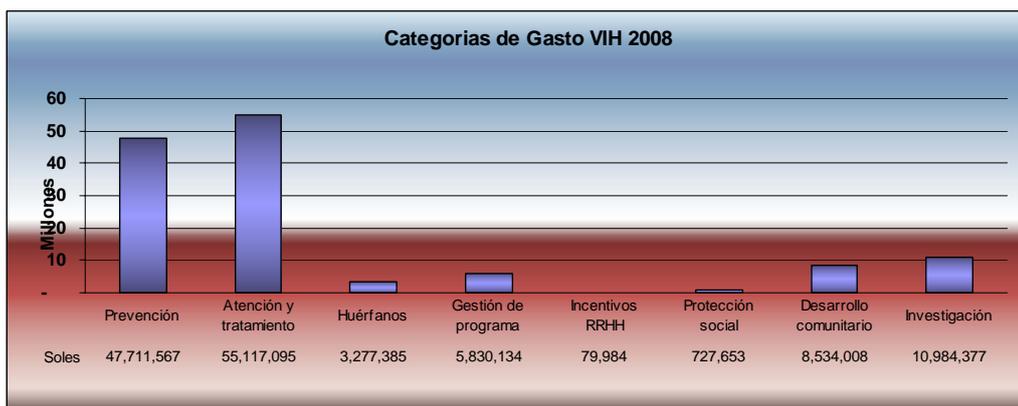


Año 2008

En el año 2008, los gastos más importantes continuaron siendo la prevención en la cual se invirtió 47.7 millones de nuevos soles (US \$ 16.3 millones) y la atención y tratamiento con una inversión de 56.1 millones de nuevos soles (US \$18.1 millones), con una participación del 36.1% y 41.7% del gasto total respectivamente.

En este año disminuye el gasto en investigación con respecto a los años anteriores, representando en el año 2008, 8.3% de los gastos totales con una inversión de 10.9 millones de nuevos soles (US \$ 3.7 millones).²⁶

Gráfico 2



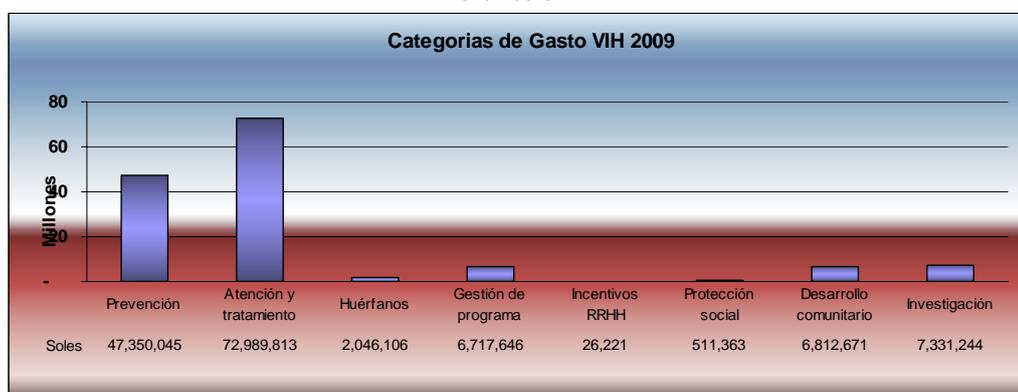
²⁶ El gasto en investigación para los años 2008 y 2009 ha sido estimado en función de información parcial proporcionada por el Instituto Nacional de Salud – INS y a la información de la Agencia Peruana de Cooperación Internacional.

Año 2009

En el año 2009 el gasto en prevención con 47.3 millones de nuevos soles (US \$ 15.7 millones) representó el 32.9% del gasto total, mientras que el gasto en atención y tratamiento con 72.9 millones de nuevos soles (US \$ 24.2 millones) representó el 50.8% del gasto total en VIH respectivamente.

En este año continua la disminución del gasto en investigación tanto en valores absolutos como en términos relativos ascendiendo a 7.3 millones de nuevos soles (US \$ 2.2 millones)²⁷. En este año el gasto en investigación represento el 5.1% de los gastos totales.

Gráfico 3



4. Fuentes de financiamiento

En el periodo comprendido entre los años 2007 al 2009, la principal fuente de financiamiento fue el sector de la cooperación internacional con una inversión de 193.3 millones de nuevos soles (US \$ 63.9 millones) que represento el 48.9% del total del gasto y en segundo lugar el sector público con una inversión de 167.5 millones de nuevos soles (US \$ 55.6 millones) con una participación de 41.8% en el gasto total.

²⁷ Esta monto sólo incluye la información proporcionada por el Instituto Nacional de Salud – INS.

Tabla 2: Gasto en VIH por Fuente de financiamiento 2007-2009
En nuevos soles

Sector	Fuente	2,007	2,008	2,009	Total
Nacional	Gobierno nacional	28,535,804	37,339,131	49,873,389	115,748,324
Subnacional	Gobiernos regionales	3,306,825	3,956,424	1,795,040	9,058,289
	Gobiernos locales	155,246	78,982	78,468	312,696
Seguro Social	Seguridad social	9,083,190	13,035,766	20,257,377	42,376,333
Sector público		41,081,065	54,410,303	72,004,274	167,495,642
Bilateral ²⁸	Cooperación externa	7,888,580	1,323,872		9,212,452
Naciones Unidas	Cooperación externa	4,500,199	3,255,753	1,450,355	9,206,307
Fondo Mundial	Cooperación externa	14,325,865	44,259,650	47,832,211	106,417,726
Otros	Cooperación externa	41,380,305	16,920,519	10,196,330	68,497,154
Cooperación internacional		68,094,949	65,759,794	59,478,897	193,333,639
Empresas	Gasto privado	1,104,185	877,975	903,823	2,885,982
Consumidores	Gasto de bolsillo	14,839,070	11,214,132	11,398,116	37,451,318
Sector privado		15,943,254	12,092,107	12,301,939	40,337,300
Total		125,119,268	132,262,204	143,785,109	401,166,582

En el financiamiento externo, el Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, tuberculosis y la malaria representó la principal fuente de financiamiento con 106.4 millones de nuevos soles (US \$ 35.6 millones), mientras que en la fuente de financiamiento del sector público, el Gobierno Nacional fue la fuente de financiamiento que proporciono mayores recursos, un total de 115.7 millones de nuevos soles (US \$ 38.4 millones) en el periodo de tres años.

Cabe precisar que en el periodo comprendido entre los años 2007 al 2009 el gasto realizado por el Gobierno Nacional representó dos veces el gasto realizado por la seguridad social. Mientras que el Gobierno central financió el 25.1% de los gastos en VIH en el país, la seguridad social tuvo una participación de 13.1% en el financiamiento total.

²⁸ Para el 2008 y 2009 no se pudo disponer de información de información de fuentes de financiamiento bilaterales como USAID que actualmente viene desarrollando en el país el proyecto Calidad en Salud

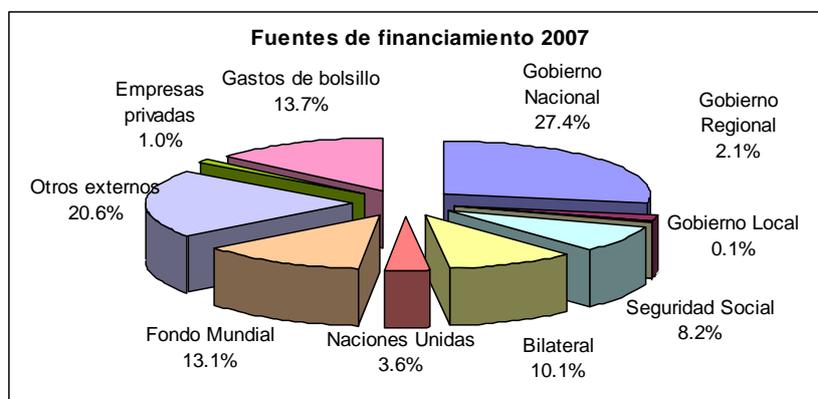
Si bien en este periodo solo el 10% de los gastos en VIH fueron financiados por el sector privado, en términos absolutos esto representó 40.3 millones de nuevos soles (US \$ 13.3 millones) financiados fundamentalmente con gastos de bolsillo.

Año 2007

En el año 2007 las fuentes de financiamiento más importantes fueron: el gobierno nacional que destinó 28.5 millones de nuevos soles (US \$ 9.1 millones) con una participación de 27.4% en el financiamiento total y las otras fuentes de financiamiento externa con 41.4 millones de nuevos soles (US \$ 13.2 millones) estas últimas enfocada en los gastos de investigación en ensayos clínicos. Estas últimas financiaron el 33.1% de los gastos en el país en el año 2007.

En este año, el financiamiento del Fondo mundial de lucha contra el SIDA, tuberculosis y malaria con 14.3 millones de nuevos soles (US \$ 4.5 millones) solo representó el 13.1% del gasto, siendo superado en este año por el gasto de bolsillo que con una inversión de 14.8 millones de nuevos soles (US \$ 4.7 millones) representó el 13.7% del gasto.

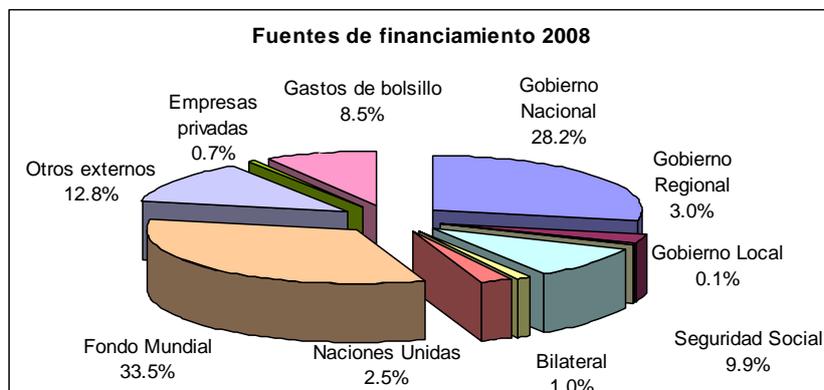
Gráfico 4



Año 2008

En el año 2008 la principal fuente de financiamiento fueron 44.3 millones de nuevos soles (US \$ 15.1 millones) provenientes del Fondo mundial de lucha contra el SIDA, tuberculosis y malaria que representaron 33.5% del financiamiento de los gastos en el país, mientras que el gobierno nacional financió el 28.2% del gasto total con una inversión de 37.3 millones de nuevos soles (US \$ 12.8 millones).

Gráfico 5



Año 2009

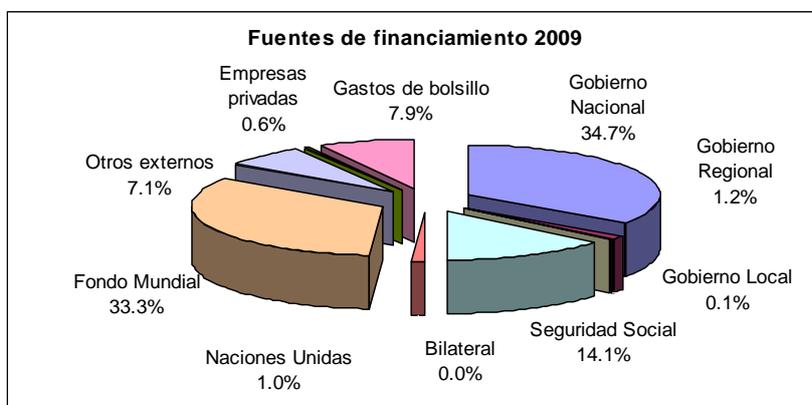
En el año 2009 el financiamiento en VIH fue de 143.8 millones de nuevos soles (US \$ 47.7 millones), siendo el sector público con 72.0 millones de nuevos soles (US \$ 23.8 millones) la principal fuente de financiamiento, resaltando que el Ministerio de Salud es la entidad que realiza la mayor inversión. El sector público en este año tuvo una participación de 50.1% del financiamiento del gasto total.

La cooperación internacional con un financiamiento de 59,4 millones de nuevos soles (US \$ 19.7 millones) en este año financió el 41.4% del gasto en VIH, principalmente por los recursos de la subvención de los tres proyectos financiados por el Fondo mundial de lucha contra el SIDA, tuberculosis y malaria, que vienen implementándose en el país.

El Fondo Mundial representó en el 2009, una fuente importante de financiamiento por parte de la cooperación con 47.8 millones nuevos soles (US \$ 15.1 millones), la inversión más alta desde el año 2003 en que inicio el primer proyecto.

La seguridad social (ESSALUD) 20.2 millones de nuevos soles (US \$ 6.7 millones) financió el 14.1% del gasto total, un crecimiento por segundo año consecutivo, regresando a los niveles de financiamiento de los años 2005 y 2006.

Gráfico 6



4. Periodo 2005 al 2009

Análisis por categoría de gasto

Durante el periodo 2005–2009 el gasto total asignado al VIH/SIDA ascendió a 615.1 millones de nuevos soles (aproximadamente US \$ 198 millones), pudiendo observarse un crecimiento en el gasto, fundamentalmente en el rubro atención y tratamiento.

Al igual que en los años comprendidos entre el 2005 al 2007, en estos últimos años la atención y tratamiento ha representado uno de los componentes más importantes del gasto. Cabe señalar que en los últimos años viene disminuyen el presupuesto asignado a la investigación relacionada con el VIH, sin embargo existe una tendencia creciente en el gasto que continua desde el año 2005 referida a la prevención financiada fundamentalmente por el Fondo mundial de lucha contra el SIDA, tuberculosis y malaria.

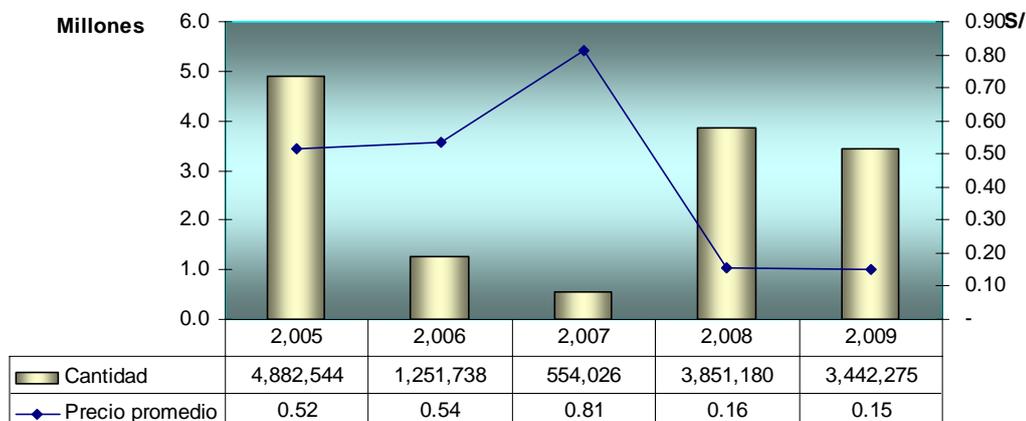
Tabla: Gasto en VIH por Categoría de Gasto 2005-2009
En nuevos soles

	Función agregada	2,005	2,006	2,007	2,008	2,009	Total
1	Prevención	23,180,118	25,978,695	31,754,052	47,711,567	47,350,045	175,974,478
2	Atención y tratamiento	44,087,491	59,270,947	40,769,216	55,117,095	72,989,813	272,234,562
3	Huérfanos y niños vulnerables		192,939	536,304	3,277,385	2,046,106	6,052,735
4	Gestión y administración de programas	6,184,600	6,108,321	4,888,800	5,830,134	6,717,646	29,729,501
5	Recursos humanos	703,259	101,562	47,739	79,984	26,221	958,765
6	Protección social y servicios sociales	1,009,518	1,966,845	4,933,789	727,653	511,363	9,149,169
7	Entorno favorable	2,960,928	5,102,160	6,638,588	8,534,008	6,812,671	30,048,356
8	Investigación relacionada con el VIH	15,656,354	21,398,002	35,550,779	10,984,377	7,331,244	90,920,756
	Total general	93,782,269	120,119,470	125,119,268	132,262,204	143,785,109	615,068,321

El Gasto en tratamiento ha tenido una tendencia creciente durante el periodo 2005 al 2009, acorde con la incremento de personas que ingresan para tratamiento. En este periodo la cantidad de medicamentos adquiridos se ha incrementado sostenidamente desde el 2005 a la fecha, mientras que el precio de los medicamentos presenta una tendencia decreciente.²⁹ Por ejemplo, en el gráfico se aprecia la evolución de la cantidad y precio promedio de Lamivudina 150 mg.

²⁹ Fuente: "Gasto en VIH en los años 2005 al 2009 realizado con recursos públicos" – CARE Perú. Noviembre 2009

**Gráfico 7 – Evolución del precio promedio y cantidad adquirida
Producto: Lamivudina 150mg– Periodo 2005-2009**



Fuente: “Gasto en VIH en los años 2005 al 2009 realizado con recursos públicos” – CARE Perú. Noviembre 2009

Análisis por fuente de financiamiento

En el periodo 2005–2009, con respecto al gasto total asignado al VIH/SIDA, la principal fuente de financiamiento ha sido proveniente de la cooperación internacional; mientras que el gasto por fuente de financiamiento proveniente del sector público muestra un crecimiento sostenido, fundamentalmente debido al financiamiento del gobierno nacional. En estos años los fondos de financiamiento han provenido del Ministerio de Salud: en primer lugar en compra de medicamentos e insumos para la atención y el tratamiento, y en segundo lugar para prevención.

**Tabla 4: Gasto en VIH por Fuente de financiamiento 2005-2009
En nuevos soles**

Sector	Fuente	2,005	2,006	2,007	2,008	2,009	Total
Nacional	Gobierno nacional	12,589,012	25,935,343	28,535,804	37,339,131	49,873,389	154,272,679
Subnacional	Gobiernos regionales	785,081	2,092,436	3,306,825	3,956,424	1,795,040	11,935,806
	Gobiernos locales	237,896	137,994	155,246	78,982	78,468	688,587
Seguro Social	Seguridad social	19,759,729	18,307,474	9,083,190	13,035,766	20,257,377	80,443,536
Sector público		33,371,718	46,473,248	41,081,065	54,410,303	72,004,274	247,340,608
Bilateral	Cooperación externa	4,796,831	5,317,482	7,888,580	1,323,872		19,326,765
Naciones	Cooperación externa	2,422,667	2,693,426	4,500,199	3,255,753	1,450,355	14,322,401

Unidas							
Fondo Mundial	Cooperación externa	18,838,114	19,842,810	14,325,865	44,259,650	47,832,211	145,098,650
Otros	Cooperación externa	21,225,276	32,451,283	41,380,305	16,920,519	10,196,330	122,173,713
Cooperación internacional		47,282,889	60,305,001	68,094,949	65,759,794	59,478,897	300,921,529
Empresas	Gasto privado	868,100	1,383,744	1,104,185	877,975	903,823	5,137,826
Consumidores	Gasto de bolsillo	12,259,562	11,957,477	14,839,070	11,214,132	11,398,116	61,668,357
Sector privado		13,127,662	13,341,221	15,943,254	12,092,107	12,301,939	66,806,184
Total		93,782,269	120,119,470	125,119,268	132,262,204	143,785,109	615,068,321

5. Evolución de la normatividad relacionada a las categorías del gasto

En el rubro de prevención y tratamiento se han actualizado y emitido normas técnicas referidas a la consejería y manejo de ITS, Atención médica periódica –AMP (control sistemático de ITS a la población HSH y TS) y la prevención de la transmisión vertical.

En el rubro de entorno favorable en el 2008 y 2009 se han emitido por parte de los Gobiernos regionales normas legales señalando la prioridad de VIH en sus ámbitos geográficos, así como aprobando Plan estratégicos multisectoriales regionales, sin embargo estas normas no tienen un correlato en un incremento de gastos a nivel de gobiernos regionales.

En lo referente a la gerencia de programas en los últimos años se ha continuado realizando la exoneración Impuestos a los antirretrovirales ARV, así como se han emitido normas legales relacionadas al Financiamiento (seguro integral de salud y aseguramiento universal).

Sin embargo la emisión de estas normas al parecer ha tenido mínimo efecto en la reducción del gasto en VIH realizado por los hogares, el cual se ha mantenido a pesar de la reducción del gasto de tratamiento, asumido por el gobierno nacional. La atención de las infecciones oportunistas y el manejo de las reacciones adversas se ha estado atendiendo de forma parcial con recursos provenientes del Fondo de lucha contra el sida, tuberculosis y malaria, pero aun no son totalmente asumidos por el gobierno nacional. Sería importante, sin embargo, realizar un estudio específico al respecto, ya que la última medición del gasto en este reporte no ha incluido la estimación del gasto de bolsillo dato que sustentaría más fehacientemente lo que se afirma.

En el cuadro siguiente se puede observar la evolución de la normatividad en VIH en el Perú del 1990 al 2010, ordenada por las categorías de gasto en VIH (Ver Anexo)

4.2. Políticas Nacionales y conclusiones del ICPN

4.2.1 Planificación Estratégica, Apoyo Político Multisectorial y Descentralización

El Perú cuenta con diversos documentos que fijan políticas públicas nacionales en materia de derechos humanos y salud, las cuales establecen, en forma general y/o específica, actividades, metas, lineamientos, indicadores y/o resultados que guían la Respuesta Nacional frente a la epidemia del VIH/Sida, algunas de las cuales se presentan a continuación.

a) Los Lineamientos de Política de Juventud

En el año 2001 se aprobaron los Lineamientos de Política de Juventud, los cuales establecieron que el real ejercicio del derecho a la salud de los jóvenes de ambos sexos constituye un tema prioritario de atención para el Estado. A este respecto se reconoce que la población joven presenta considerables tasas de morbilidad y mortalidad asociadas con las complicaciones del embarazo adolescente, el aborto, las ITS y el VIH/Sida, entre otros, en razón de lo cual se plantea promover el bienestar integral y procurar la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad asociadas a las complicaciones del embarazo adolescente, el aborto, las ITS, el VIH/sida³⁰.

b) El Plan Nacional de Acción por la Infancia

Este Plan tiene como objetivos generales crear condiciones favorables para el desarrollo humano y sostenible de niños, niñas y adolescentes a lo largo de su ciclo de vida, y contribuir a la lucha contra la pobreza y pobreza extrema en el Perú. Mediante su Objetivo Estratégico 3 propone crear espacios de participación para los/las adolescentes de 12 a 17 años de edad y promover su desarrollo pleno, en el marco del cual plantea como resultado al 2010 la reducción de ITS y VIH/Sida en adolescentes. Para tal efecto, el plan estableció como metas para el año 2010 la reducción del 20% de casos de ITS y VIH/Sida, y el acceso del 100% de los (y las)

30 Decreto Supremo Nº 018-2001-PROMUDEH, que aprueba los Lineamientos de Política de Juventud, publicado en el Diario Oficial "El Peruano" el 29 de julio del 2001.

adolescentes y docentes en secundaria a conocimientos y competencias en educación sexual y riesgos de las ITS y el VIH/Sida³¹.

c) El Acuerdo Nacional

En el marco de la decimotercera política de Estado contenida en el Acuerdo Nacional³² se contempló, como un compromiso de corto plazo –respondiendo a la coyuntura en la que el acceso al tratamiento antirretroviral se había posicionado en la agenda pública, “promover mecanismos para la adquisición por parte del Estado de antirretrovirales contra el SIDA, que permita ampliar la cobertura”³³. Asimismo, respecto al VIH/Sida, el Acuerdo Nacional estableció la meta de “*seroprevalencia de VIH menor de 1% en la población general, al 2006*” y “*reducir al 8% la transmisión vertical de VIH mediante acceso a tratamiento antirretroviral y apoyo social a la madre gestante, al 2011*”.

d) Plan Nacional de Derechos Humanos

El Plan Nacional de Derechos Humanos³⁴ establece, como Lineamiento Estratégico 3, “Asegurar la plena vigencia de los derechos humanos integrales”, y propone, como Objetivo Estratégico 1 (OE1), “Garantizar el respeto y plena realización de los derechos humanos integrales”, entre los cuales se encuentran los derechos económicos, sociales y culturales; y, dentro de éstos, el derecho a la salud, respecto al cual señala lo siguiente: “*3.2.3 Derecho a la Salud Resultado 1: Se fortalece la normativa e institucionalidad en vigor, en orden a promover y proteger el derecho a la salud, implementando disposiciones precisas para desarrollar cada una de las estrategias sanitarias actualmente en vigor*. Asimismo, el Plan determina, como Lineamiento Estratégico 4 “Implementar políticas afirmativas a favor de los derechos de los sectores de la población en condición de mayor vulnerabilidad, en condiciones de igualdad de trato y sin discriminación”, en el marco del cual propone, como Objetivo Estratégico 8 (OE8) “Garantizar los derechos de las personas con VIH/Sida”, con relación al cual establece: “*OE8: Garantizar los derechos de las personas con VIH/Sida Resultado 1: Se brinda atención integral de calidad a personas viviendo con VIH/Sida en los establecimientos de salud*.”

31 El Plan Nacional de Acción por la Infancia fue aprobado mediante DS N° 003-2002-PROMUDEH. Posteriormente, mediante la Ley 28487, le fue otorgado el rango de ley.

32 En julio del 2002, representantes de las organizaciones políticas, de la sociedad civil y del Estado aprobaron el denominado Acuerdo Nacional. Este documento fue concebido como una herramienta de base para el proceso de consolidación de la democracia, la afirmación de la identidad nacional y el diseño de una visión compartida del país a futuro. En esa línea se plantearon cuatro grandes objetivos, a partir de los cuales se organizaron 31 políticas de estado.

33 Portal del Acuerdo Nacional. Consulta: 12 de febrero de 2010 de 2009.

En:<<http://www.acuerdonacional.gob.pe/Pactos/Concoord-Hoja-Ruta.pdf>>.

34 Aprobado mediante Decreto Supremo 017-2005-JUS, publicado el 11 de diciembre del 2005

e) Plan Nacional Concertado de Salud

En los años 2006 y 2007, el Ministerio de Salud llevó a cabo un proceso técnico, político y social con la finalidad de elaborar un Plan Nacional Concertado de Salud como instrumento de gestión y de implementación de políticas de salud. El propósito de dicho documento fue mejorar el estado de la salud de la población en el país, en especial de la menos favorecida. Este Plan fue aprobado mediante Resolución Ministerial 589-2007/MINSA y contiene 11 lineamientos de política de salud para el período 2007–2020. Precisamente, el segundo lineamiento está referido a la vigilancia, prevención y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, entre las cuales se encuentra el VIH/Sida. Asimismo, dentro de los objetivos sanitarios nacionales del Plan, el Objetivo 4 está dirigido al control de las enfermedades transmisibles como la tuberculosis, el VIH/Sida y la malaria³⁵ y establece como meta 2011–2020 la siguiente: *“Las personas deberán tener acceso a prevención, tratamiento antirretroviral y atención integral de calidad. Existirá la información necesaria que asegura estilos de vida saludables y previene estas enfermedades, especialmente en quienes tienen mayor exposición al VIH. Ninguna persona será discriminada por ser portadora de estas enfermedades o por su orientación sexual o cualquier otra característica. Los organismos del Estado y la cooperación internacional movilizan recursos y trabajan juntos para lograrlo.”*

e) La Marco de Aseguramiento Universal en Salud

Promulgada por el Congreso de la República, esta ley marco garantiza el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, que permite acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). Contiene los principios de: universalidad, solidaridad, unidad, integralidad, equidad, irreversibilidad y participativo. Todas las entidades públicas y privadas o mixtas se encuentran sujetas a la ley. El aseguramiento Universal en Salud se entiende como un proceso gradual y sostenido que dote a todos los peruanos de un seguro en salud sobre la base de un paquete de atenciones definido por ley. El MINSA, cumple la función rectora, creándose una Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud. Se parte de un Paquete esencial de Aseguramiento Universal³⁶. Para el VIH/sida esta ley es sumamente importante porque implica un mayor alcance para su prevención y tratamiento.

35 Aplicable por analogía a todos los objetivos cuya contraparte técnica sea la CONAMUSA.

36 Luis Wilson, Anibal Velásquez, Carlos Ponce. La ley marco de aseguramiento universal en salud en el Perú: análisis de beneficios y sistematización del proceso desde su concepción hasta su promulgación. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. v.26 n.2 Lima abr./jun. 2009

A continuación presentamos los resultados del ICPN correspondientes a los esfuerzos de Planificación Estratégica y de Apoyo Político de acuerdo a las percepciones de los funcionarios gubernamentales:

Tabla 5

Indicador	Fuente	2006		2008		2010		Observaciones
		Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	En relación a 2008
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos de planificación estratégica en los programas de VIH/sida	Encuesta ICPN funcionarios del gobierno	2.5	25	5.0	50	5.0	50	No se registra nivel de incremento, ni de descenso

En relación a la calificación de los **esfuerzos de Planificación Estratégica** del ICPN correspondiente a funcionarios del gobierno, observamos que el promedio entre el informe 2008 (**5.0**) y 2010 (**5.0**) no ha cambiado. Se resaltan el Plan Nacional Concertado en Salud y el Plan Estratégico Multisectorial en ITS, VIH y Sida, que han servido de marco de los Planes Estratégicos Regionales que se vienen desarrollando. La promulgación de la Ley de Aseguramiento Universal, la cual permite un Plan Esencial de Atención de Salud (PEAS) que está siendo implementado en zonas piloto. Además de la inclusión en el Seguro Integral de Salud (SIS) del total de las prestaciones gratuitas en ITS, VIH y Sida para la población más pobre. Otros entrevistados han resaltado la existencia de planes y programas de alivio a la pobreza y mejoramiento de la calidad de vida. La mayor dificultad encontrada ha sido que muchos sectores fuera y dentro del propio Ministerio de Salud no tienen como marco el Plan Estratégico Multisectorial (PEM), por lo cual es probable que esta sea una razón por la cual el promedio no se haya incrementado, en tanto no se conoce los avances correspondientes al PEM y mucho menos a los PERM. Cada Instancia del MINSA, funciona con su plan individual y no están incluidos como interlocutores del PEM.

Tabla 6

Indicador	Fuente	2006		2008		2010		Observaciones
		Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	En relación a 2008
Promedio de calificación acerca del esfuerzo por hacer cumplir las políticas, las leyes y reglamentaciones existentes	Encuesta ICPN funcionarios del gobierno	2.7	27	4	40	4.1	41	Nivel de incremento 1%

Con respecto al **apoyo político**, se ha producido un ligero incremento entre 2008 (**4.0**) y 2010 (**4.1**), debido a que desde la percepción de los funcionarios del

gobierno se han producido avances, comenzando por la difusión del Decreto Supremo N° 05-2006 que aprueba el PEM 2007-2011, además de los PERM, que son apoyados directamente por los gobiernos regionales respectivos. El proceso de descentralización, con sus dificultades, ha ayudado a que también el apoyo político se descentralice y permita una actuación más efectiva y directa de los órganos de gobierno, facultando el incremento de coberturas en población vulnerable y en personas viviendo con VIH. El apoyo financiero y técnico para la organización del V Foro Latinoamericano en ITS y VIH/sida es también resaltado en las entrevistas. Las normas contra la discriminación en el espacio laboral del Ministerio de Trabajo y los programas de Salud Sexual Integral del Ministerio de Educación (MINEDU), son resaltadas como acciones que demuestran apoyo político en el tema, además del acuerdo interinstitucional entre ambas instancias MINSA y MINEDU.

Tabla 7

Indicador	Fuente	2006		2008		2010		Observaciones
		Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	En relación a 2008
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos políticos de apoyo en la prevención del VIH/sida	Encuesta ICPN funcionario del gobierno	3.6	36	5.2	52	6.0	60	Nivel de incremento 8%

Igualmente en el apoyo político con respecto a la prevención de **5.2** en 2008 a **6.0** en 2010.

4.2.2. Normatividad en salud y VIH/Sida^{37 38}

A continuación, presentamos un cuadro comentado, correspondiente a la normatividad en salud y VIH/sida que se tiene hasta la actualidad.

Tabla 8

LEGISLACIÓN NACIONAL RELATIVA A LA SALUD EN GENERAL	
Ley 26842	<p>Ley General de Salud. El estado peruano protege el derecho a la salud, no sólo desde el punto de vista del individuo, sino también del medio familiar y social, según mandato constitucional (Artículo 7º), además de la obligación de contribuir a la promoción y defensa del mismo, así como el velar por el respeto a la dignidad de las personas. La Ley General de Salud (Ley Nº 26842), en su título preliminar dice: “I. La salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo.</p> <p>II. La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla.</p> <p>IV. La salud pública es responsabilidad primaria del Estado. La responsabilidad en materia de salud individual es compartida por el individuo, la sociedad y el Estado”.</p> <p>Como principios básicos que enmarca la ley, tenemos que el estado asume el tema de la Salud como una condición física favorable al individuo, de protección y responsabilidad de este, liderando y normando. Este tema lo relacionan con el bienestar físico de las personas como individuos, cuando el concepto de salud es mucho más amplio, como lo define la OMS. Lo que no se puede negar es que el estado haya asumido su rol de dirigir las políticas de salud pública, con esta Ley General de Salud.³⁹</p>
Ley 27222 – 1999	Modifica el artículo 52 de la Ley General de Salud sobre importación de productos farmacéuticos y galénicos.

37 Parte de los instrumentos legales y normativos que figuran aquí han sido tomados del listado de Instrumentos Internacionales y normas nacionales vinculadas a la epidemia del VIH/SIDA elaborada por la Defensoría del Pueblo en el marco de una consultoría encargada por el PNUD

38 Parte de los instrumentos legales y normativos que figuran aquí han sido tomados del listado de Instrumentos Internacionales y normas nacionales vinculadas a la epidemia del VIH/SIDA elaborada por la Defensoría del Pueblo en el marco de una consultoría encargada por el PNUD

39 Ramos Ballón Mayda Alejandrina y Arbulú Bramón Narda Rosario. Revisión y análisis del marco normativo nacional e internacional existente vinculado al trabajo sexual y la explotación sexual de hombres y mujeres, y elaboración de recomendaciones a las autoridades normativas, en el marco del Proyecto UNFPA PER7R202” Diciembre 2007. Documento no publicado.

Ley 27657. Ley del Ministerio de Salud – 2002	Regula las funciones y atribuciones del Ministerio de Salud como ente rector que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional de Salud con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana
Resolución Ministerial 111-2005/MINSA	Lineamientos de Política de Promoción de la Salud. La norma tiene como objetivo brindar referencias para la construcción colectiva de una cultura de salud orientada al desarrollo de prácticas de autocuidado que se organicen en estilos de vida saludables
Resolución Ministerial 437-2005/ MINSA	Aprobar la Norma Técnica 028-MINSA/DGSP-V.01: Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas.
Resolución Ministerial 589-2007/MINSA	El Plan Nacional Concertado de Salud pensado como instrumento de gestión y de implementación de las políticas de salud, estableciendo las bases para la acción concertada del Estado orientada a mejorar la situación de salud de la población.
Ley 29344 (Abril 2009)	Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud. Norma los procedimientos para acceder a un seguro de salud con prestaciones de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación; es aplicable a todas las instituciones públicas, privadas y mixtas vinculadas al proceso de aseguramiento universal en salud, en todo el territorio nacional. Se ha iniciado como piloto en cuatro regiones del país.
LEGISLACIÓN RELATIVA AL VIH/SIDA	
Ley 26454 -1995	Declaran de orden público e interés nacional la obtención, donación, conservación, transfusión y suministro de sangre humana. Regula el sistema de obtención de sangre humana y crea el Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre.
Resolución Ministerial 283-99-SA/DM	Normas de procedimientos para control, medidas de seguridad y sanciones con relación a la obtención, donación, conservación, transfusión y suministro de Sangre Humana.
Resolución Suprema 0171- 93/DE/CCFFAA	Reconoce al Comité Central de Prevención y Control del VIH/SIDA a nivel de Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú – COPRECOS. Reconoce y autoriza funcionamiento al Comité Central de Prevención y Control del VIH/SIDA a nivel de Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú
Ley 26626 “CONTRASIDA”	Promulgada en 1996, encarga la elaboración del Plan Nacional de Lucha contra el VIH/SIDA y las ITS, el cual se denominará PLAN CONTRASIDA. Este plan tuvo como objetivo fundamental facilitar la tarea a la Estrategia Nacional de Control del VIH/SIDA y las ITS; promover el financiamiento nacional y externo para estos programas y promover cambios legislativos para el desarrollo de la lucha

	<p>contra estas infecciones.</p> <p>Esta ley contiene artículos que regulan la discriminación en los ambientes laborales y los derechos de atención médica integral. El Plan CONTRASIDA, tiene cuatro grandes objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Disminución de la transmisión sexual de las ITS y el VIH/SIDA; 2. Disminución de la transmisión sanguínea; 3. Reducción de la transmisión vertical (de madre a niño) y 4. Disminución del impacto individual, social y económico en las personas que viven con VIH (PVVS)
<p>Ley 28226</p>	<p>Modifica la Ley 26626 sobre el VIH/SIDA; universaliza el Tratamiento gratuito Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA). En esta modificatoria el artículo 4, en su párrafo (b), establece, además, la obligatoriedad de la prueba diagnóstica para la madre gestante “a fin de proteger la vida y la salud del niño por nacer, cuando exista riesgo previsible de contagio o infección y para disponer las medidas y tratamientos pertinentes. En este caso es obligatoria la consejería previa”, contradiciendo la voluntariedad de la prueba, previa consejería.</p> <p>Aunque la Ley y su Reglamento representaron un avance en la respuesta a la epidemia y la protección de los derechos de las personas con VIH/Sida,60 dejaron pendientes algunos aspectos, tales como el derecho al tratamiento antirretroviral, razón por la cual la Ley N° 26626 fue ampliada y modificada por la Ley N° 28243 en junio del 2004, la cual incorporó dos aspectos importantes:</p> <p>La obligatoriedad de la prueba de ELISA a todas las madres gestantes, “a fin de proteger la vida y la salud del niño por nacer, cuando exista riesgo previsible de contagio o infección, y para disponer las medidas o tratamientos pertinentes”.</p> <p>El reconocimiento del derecho de las personas a la atención integral, la cual comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento, monitoreo, consejería pre y post –diagnóstico, rehabilitación y reinserción social. • Atención ambulatoria, hospitalaria, domiciliaria y/o comunitaria. • El suministro de medicamentos requeridos para el tratamiento adecuado e integral de la infección por el VIH y SIDA, que en el momento se consideren eficaces para prolongar y mejorar la calidad de vida de las PVVS, estableciendo la gratuidad progresiva en el tratamiento antirretroviral, con prioridad en las personas en situaciones de vulnerabilidad y pobreza extrema.

Informe del Perú al UNGASS (2001)	El Informe Peruano sobre el VIH / SIDA establece que el Estado debe garantizar que la población cuente con servicios de salud adecuados para la atención de PVVS en cada uno de los niveles de atención; que debe garantizar el acceso al tratamiento antirretroviral y de infecciones oportunistas, los exámenes diagnósticos y monitoreo de CD4 y carga viral y otros insumos necesarios para la atención de la salud (<u>Anteproyecto de Ley que amplía y modifica la Ley 26626</u>).
Ley 27450	Ley que Exonera del Pago del Impuesto General a las Ventas y de los Derechos Arancelarios a los Medicamentos para tratamiento Oncológico y para el VIH/SIDA.
Decreto Supremo 236-2001-EF	Aprueban la relación de medicamentos e insumos para el tratamiento oncológico y VIH/SIDA, para efectos de liberación de pago de IGV y derechos arancelarios.
Resolución Ministerial 731-2003-SA/DM	Aprueba la Directiva N° 020-MINSA/DGSPV.01: Sistema de Atención para el Tratamiento Antirretroviral en los Niños Infectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana.
Resolución Ministerial 124 – 2002-SA/DM	Aprueba directiva del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos médico-quirúrgicos – SISMED
Resolución Ministerial 1328-2003-SA/DM	Norma Técnica para la Articulación del Servicio de Consejeros Educadores pares para Personas que viven con VIH/SIDA. Implementa un sistema de consejería de educadores de pares en personas que viven con VIH/SIDA, para disminuir el impacto psicosocial en las personas afectadas.
DIRECTIVA 005-2003- NSA/DGSPDEAIS-V01	Sistema de atención para el manejo caso de infecciones de transmisión sexual sintomáticas en Gestantes y Mujeres durante la lactancia.
DIRECTIVA 007 2003 – MINSA/DGSPDEAIS-V01	Sistema de atención médica periódica para los/las Trabajadores Sexuales.
Directiva 009 -2003 – MINSA/DGSP-DEAIS V01	Sistema de Promotores Educadores de Pares en poblaciones vulnerables para la prevención de ITS Y VIH/SIDA.
Directiva 020-2003-MINSA/DGSP-DEAISV-V01	Sistema de Atención para Tratamiento Antirretroviral en los niños infectados por el VIH
Resolución Ministerial 074-2004/MINSA	Aprueba norma Técnica para Promotores Educadores de Pares en Poblaciones Vulnerables para la Prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual y del VIH/SIDA
Resolución Ministerial 123-2004/MINSA	Aprueba norma Técnica de Atención para la Administración de Quimioprofilaxis y Tratamiento Antituberculoso a Personas con VIH/SIDA
Resolución Ministerial 125-2004/MINSA	Aprueba norma Técnica para la Atención de Consejería en Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA

Resolución Ministerial 614 -2004 /MINS	Aprueban las Normas Técnicas del Sistema de Gestión de la Calidad del Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre (PRONAHEBAS).
Resolución Ministerial 752 -2004 /MINS	Aprueba Norma Técnica para la adherencia al TARGA en adultos infectados por el VIH. Finalidad de garantizar la adherencia y eficiencia del tratamiento antirretroviral en los adultos infectados con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana
Resolución Ministerial 1052-2004 /MINS	Norma Técnica de manejo de antirretrovirales y reacciones adversas para el médico de atención integral de las Personas Viviendo con VIH/SIDA. Establece las pautas para la utilización de los medicamentos antirretrovirales en la atención de las personas infectadas con el VIH/SIDA y que acuden a los servicios de salud para su tratamiento.
Resolución Ministerial 771-2004- MINS	Crean las Estrategias Sanitarias Nacionales del Ministerio de Salud, entre las cuales se incluyó la Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención del VIH, responsable de orientar las actividades de prevención y reducción del impacto del VIH/Sida.
Decreto Supremo 007-2004-SA	Crea la Coordinadora Multisectorial de Salud (CONAMUSA) la cual tenía por finalidad promover y construir consensos, desarrollar mensajes y conceptos compartidos entre todos los sectores, cerrar la brecha entre lo público y lo privado, y complementar y fortalecer lo que desde los gobiernos se trabaja en torno a la prevención del VIH/Sida, la Tuberculosis y la Malaria.
Resolución Ministerial 624-2005- MIMDES (Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social)	Aprueba “Lineamientos del MIMDES en su condición de Ente Rector del Sistema Nacional de Atención Integral al Niño y al Adolescente para la intervención en focos de explotación sexual comercial de Niñas, Niños y Adolescentes”, y aprueba los “Procedimientos para la Intervención en Focos de Explotación Sexual Comercial de Niñas, Niños y Adolescentes”, como propuesta modelo en intervención interinstitucional.
Resolución Ministerial 218-2005 /MINS	Aprueba el Reglamento de Funcionamiento de la Coordinadora Nacional Multisectorial de Salud (CONAMUSA).
Resolución Ministerial 311-2005/MINS	Aprueba la Norma técnica para el tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad – TARGA en adultos infectados por el virus de la Inmunodeficiencia Humana.
Resolución Ministerial 084-2005 /MINS	Norma Técnica para la Prevención de la Transmisión vertical (Madre-Niño) de VIH. La norma tiene como objetivo general reducir dicha transmisión mediante la detección temprana de infección por el VIH en la mujer gestante, administrando en forma oportuna el tratamiento profiláctico antirretroviral respectivo

<p>Decreto Supremo 005-2007-SA</p>	<p><u>Plan estratégico Multisectorial 2007-20011</u> para la prevención y control de las ITS y VIH/SIDA</p> <p>Ha sido producto de un trabajo compartido y participativo entre el Ministerio de Salud, ONUSIDA, la CONAMUSA, la cual ha representado una forma novedosa de trabajar, incluyendo no sólo a representantes de organizaciones no gubernamentales, sino también ofreciendo un lugar a las personas directamente afectadas.</p> <p>Este Plan Estratégico Multisectorial (PEM) reconoce las limitaciones de los estudios realizados en el país algunos de los cuales no brinda un estimado correcto de todos los subgrupos de HSH y no permite diferenciar entre HSH que desarrollan comercio sexual del resto de HSH, ni se distinguen las distintas identidades de género inmersas, apareciendo como un grupo homogéneo, lo que dificulta la implementación más efectiva de las estrategias de prevención y tratamiento.</p> <p>De la misma manera reconoce que <i>la participación de las organizaciones de las poblaciones consideradas como vulnerables aún es limitada, consecuencia de un proceso de organización aún progresivo. Aunque se identifica una mayor apertura y participación de grupos vulnerables.</i> Dentro de éstas menciona <i>la Red de trabajadoras Sexuales Miluska Vida y Dignidad y la Red de Trabajadoras Sexuales viviendo con VIH Santa Micaela, Mientras que la Red que agrupa a mujeres por el movimiento de reconocimiento lésbico está ausente, al igual que la Red LGTB que asocia a Lesbianas, Gays, Transgéneros y Bisexuales.</i> Aunque atribuye esta falta de participación al <i>poco interés de Grupos vulnerables HSH de organizarse e involucrarse en la problemática, lo cual se presenta como una debilidad.</i> No considera tampoco el enfoque de género</p>
<p>Resolución Ministerial 628 – 2006</p>	<p>Aprueba el documento técnico .Lineamientos de Política del PRONAHEBAS. Estos lineamientos de política sectorial que tienen la finalidad de reformular la estructura de funcionamiento actual de los centros de hemoterapia y bancos de sangre en un contexto de regionalización.</p>
<p>Resolución Ministerial 463/2007-MINSA</p>	<p>Aprobación del Plan Nacional de Prevención y Control de la Transmisión Vertical Madre Niño del VIH y la Sífilis Congénita, el cual busca fortalecer acciones que disminuyan el impacto de ambas infecciones en las mujeres peruanas y sus hijos.</p>

Ordenanza Regional 028-2008-GRL-CR	Establece la política del Gobierno Regional de Loreto en materia de prevención y control del VIH/SIDA Aprueba Plan Estratégico Multisectorial Regional de Loreto
Ordenanza Regional 025-2008 GRT-CR	Establece la política del Gobierno Regional de Tumbes con respecto a la atención de los adolescentes.
Decreto Supremo 008-2008-EF	Actualiza la lista de medicamentos e insumos para el tratamiento oncológico y VIH/SIDA libres del pago del IGV y derechos arancelarios
Directiva Sanitaria N° 020 – MINSA/DGSP – V.01 aprobada con RM N° 164-2009/MINSA	“Implementación del tamizaje de prueba rápida para VIH en mujeres en edad fértil en los servicios de planificación familiar”
RM N°264- 2009/MINSA,	Documento Técnico “Consejería en ITS/VIH y SIDA” aprobado con y que tiene como objetivo establecer las orientaciones técnicas para el desarrollo de la consejería en ITS/VIH y Sida en los establecimientos del Sector Salud a nivel nacional como son: Ministerio de Salud, EsSalud, sanidad de las Fuerzas Armadas, Policía nacional del Perú, clínicas y otros del sub-sector privado.
Norma Técnica N°077-MINSA/DGSP-V.01 aprobada con RM N°263- 2009/MINSA	Norma Técnica de Salud para el Manejo de Infecciones de Transmisión Sexual en el Perú”, , que tiene por objetivo general establecer orientaciones técnicas basadas en evidencia a fin de fortalecer la atención de las ITS con estrategias dirigidas hacia el tratamiento inmediato y oportuno con acciones de prevención y promoción de la salud.
Directiva Sanitaria N°030-MINSA/DGSP-V.01.” aprobada con RM N°650-2009/MINSA	Directiva Sanitaria para la Atención Médica Periódica a las/los trabajadoras/es Sexuales y HSH que tiene como objetivo establecer los procedimientos relacionados con la Atención Médica Periódica (AMP) a las/los trabajadoras/es sexuales y HSH
Directiva sanitaria N° 022- MINSA/DGPS-V01 aprobada con RM N° 242 – 2009/MINSA.	Para la distribución del condón masculino a usuarios en servicios de salud
LEGISLACIÓN EN MATERIA DE EDUCACIÓN SEXUAL Y PREVENCIÓN DEL VIH/sida	
Resolución Directoral 0180 – 2008 –ED (Ministerio de Educación)	Lineamientos Educativos y Orientaciones Pedagógicas para la Educación Sexual Integral para profesores y tutores de la Educación Básica Regular

Resolución Directoral 0181- 2008-ED	Aprueba e institucionaliza Lineamientos Educativos y Orientaciones Pedagógicas para la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA, para directores, tutores y docentes de Educación Primaria y Secundaria.
LEGISLACIÓN EN MATERIA DE PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD	
Resolución Presidencial 875-2004-INPE (Instituto Nacional Penitenciario)	Dispone que los internos que prestan servicios auxiliares como promotores de salud en los establecimientos penitenciarios sean considerados como Trabajadores Ad – Honorem
LEGISLACIÓN EN MATERIA LABORAL	
Resolución Ministerial 376-2008-TR (Ministerio de Trabajo)	Aprueba el documento “Medidas Nacionales frente al VIH y SIDA en el lugar de trabajo”. Norma que establece las obligaciones y derechos de empleadores, trabajadores y personas que buscan empleo, orientadas a prevenir y controlar la progresión de la epidemia, atenuar los efectos de la misma en los trabajadores y sus familias, así como de las personas que buscan empleo, y ofrecer protección social frente al VIH y SIDA eliminando cualquier fuente de discriminación contra las personas que viven con el VIH (PVVS).

A pesar de la importante y exhaustiva normatividad en materia de VIH/sida en general, cabe resaltar un vacío fundamental, relativo a la normatividad y políticas públicas para el acceso a servicios y atención integral de los y las adolescentes. Para gran parte de la Sociedad Civil y algunos funcionarios públicos, la actual legislación presenta barreras normativas que afectan directamente el derecho de este grupo a la salud sexual y reproductiva, especialmente en lo que se refiere a la prevención de las ITS, el VIH y SIDA. No obstante el Estado Peruano ha firmado los compromisos concernientes a los derechos de los adolescentes, el marco normativo actual, en específico la que integra la Ley General de Salud, establece que los representantes legales de los/las adolescentes deben intervenir en caso de tomar decisiones con respecto a su salud. Así, los menores de 18 años requieren la autorización de sus apoderados o representantes legales para recibir consejería en materia de salud y para cualquier tratamiento médico, incluido las pruebas de VIH. Con esta lógica, la Resolución Ministerial 125-2004 del MINSA aprueba la Norma técnica para la Atención de Consejería en Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA, donde se exige la firma de un apoderado o representante debidamente identificado cuando se trata de la atención a adolescentes. Ello, para parte de la Sociedad Civil y algunos funcionarios públicos, podría constituirse en un riesgo para este grupo poblacional, tomando en cuenta el inicio sexual cada vez más temprano, en especial, para aquellos

adolescentes en situación de vulnerabilidad, aquellos en situación de calle, los adolescentes HSH y las adolescentes Trans. Esta misma lógica funciona también para el caso del Seguro Integral de Salud, al cual los/las adolescentes en extrema pobreza no pueden acudir sin un apoderado o representante legal⁴⁰. Lo antes señalado, ciertamente, limita el acceso de este sector de la población a los servicios de salud en ITS y VIH/ Sida e incide en la situación de especial vulnerabilidad en que se encuentran los (y las) adolescentes frente a la epidemia, principalmente quienes viven en situación de calle y abandono.

Cabe resaltar, sin embargo que en el año 2008, el Gobierno Regional de Tumbes promulgó una ordenanza regional que garantiza la atención integral e irrestricta de los adolescentes⁴¹, igualmente lo ha realizado en el 2009 el Gobierno Regional de Ancash.

Como lo menciona la Dra. María Elena Reyes Meléndez⁴², en el país se da, en general, una serie de dificultades que impiden la correcta interpretación e implementación de estas normas lo que finalmente se convierte en un obstáculo para el logro del Acceso Universal a prevención, tratamiento, atención y apoyo, entre las cuales se destaca:

- Gran dispersión de las normas.
- Ausencia de técnica legislativa en su construcción.
- Ausencia de sistemática normativa.
- Uso restringido del concepto de publicidad de la norma.
- Riesgo de interpretación distorsionada de la norma según usuario final.
- Modificación o derogación, en la práctica, de normas de mayor jerarquía por normas de inferior rango.
- Necesidad de armonizar la legislación nacional con estándares internacionales de protección de derechos humanos.

Por ejemplo, La Defensoría del Pueblo en su Informe Defensorial 143 señala que, en el caso de los (y las) adolescentes, si bien se han emitido dispositivos dirigidos a garantizar su atención integral en salud, en la práctica, hasta ahora no se han implementado mecanismos que aseguren la adecuada atención de este sector de la

40 Tania Raico Gallardo y Héctor ESDique Lazo Huaylinos. Barreras legales para el efectivo ejercicio de los derechos de los niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad Revista Salud, Sexualidad y Sociedad 2 (1), 2008.

<http://www.inppares.org.pe/revistass/Revista%20II%202009/9%20-%20Barreras%20Ni%F1os.pdf>.
Sitio visitado el 4/02/2010

41 Ordenanza Regional 025-2008 GR Tumbes

42 María Elena Reyes Meléndez. Informe Final de la asistencia técnica para la revisión y compilación de normas sobre VIH/Sida, 2009. PNUD. Documento de Trabajo

población en todo establecimiento de salud. Por el contrario, la regulación penal sobre la “violación presunta” y la Norma Técnica 032-MINSA/DGSPV. 01, “Norma Técnica de Planificación Familiar”, evidencian una contradicción al priorizar, por un lado, la protección a los menores de 18 años respecto a las decisiones sobre su libertad sexual (Art. 173° del Código Penal); y, por otro, el establecimiento de estrategias de consejería con poblaciones con vida sexual activa (Protocolo de Consejería para la Atención Integral del adolescente, aprobado por Resolución Ministerial 583- 2005/MINSA), lo que constituye una situación que requiere ser atendida.

Se requiere una actualización y revisión periódica de las normas y su implementación así como establecer sanciones claras y efectivas para quienes las incumplan, sino todas las leyes y normas terminan siendo inefectivas.

Con relación al estigma y discriminación se sigue reportando por parte de la sociedad civil, denuncias sobre violación al principio de confidencialidad del diagnóstico, negación de la atención, homofobia y transfobia en los servicios de Salud, discriminación en la provisión de servicios de Salud representados en cobros indebidos en particular a trabajadoras y trabajadores sexuales, limitación de los servicios sólo al control de la epidemia falta de integralidad en la atención en Salud, a pesar de que hay programas financiados como el del Fondo Mundial para reducir el estigma y discriminación hacia las pvvs.

Es percepción de los actores de la sociedad civil que el Estado, con quien se han trabajado campañas conjuntas, en el marco de la CONAMUSA para sensibilizar a la población sobre la no discriminación a las poblaciones más vulnerables, ha brindado reducido apoyo político para impulsar una difusión amplia de estas campañas.

4.2.3. Plan Estratégico Multisectorial

Tal como se ha mencionado en el cuadro de legislación y políticas referidas al VIH/sida, el país cuenta con un Plan Estratégico Multisectorial para la Prevención y Control de las ITS y el VIH/sida (PEM). Mediante Decreto Supremo 005-2007/SA se aprobó el mencionado Plan Estratégico, lo cual representa un hito en la historia de la salud pública y especialmente de la Respuesta Nacional contra dicha epidemia en todo el país. Dicho plan ha sido desarrollado a fin de articular acciones a partir de nueve objetivos estratégicos. El PEM, además, permite crear las condiciones para el cumplimiento de los Objetivos del Milenio en lo que se refiere a la epidemia del VIH,

cumplimiento con el cual está vinculado este instrumento, además del cumplimiento de las metas de Acceso Universal.

La elaboración de dicho documento fue el producto de un proceso de construcción participativa que convocó a múltiples actores como el Ministerio de Salud y otros Ministerios, la sociedad civil organizada en torno a la lucha contra el VIH, las organizaciones de personas que viven con VIH y los grupos afectados, las universidades, sector religioso, cooperación bilateral y multilateral, todos reunidos alrededor de la Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud (CONAMUSA).

Los objetivos estratégicos contenidos en el Plan Estratégico Multisectorial 2007–2011 son:

- Objetivo Estratégico 1: Reducir en 50% el número de nuevos casos de VIH y en 50% la prevalencia de ITS en poblaciones HSH, TS, PPL al año 2011.
- Objetivo Estratégico 2: Reducir en 50% la prevalencia de ITS en la población general al 2011.
- Objetivo Estratégico 3: Promover la prevención de ITS/VIH, la educación sexual y estilos de vida y conductas sexuales saludables en adolescentes y jóvenes.
- Objetivo Estratégico 4: Reducir la transmisión vertical a menos del 2% al 2011.
- Objetivo Estratégico 5: Garantizar el 100% de tamizaje de paquetes sanguíneos al 2011.
- Objetivo Estratégico 6: Alcanzar un 90% de acceso de las PVVS (adultos y niños) a una atención integral y de calidad.
- Objetivo Estratégico 7: Promover un entorno político, social y legal favorable para el abordaje integral del VIH/Sida y la diversidad sexual desde una perspectiva de derechos humanos y participación de las comunidades con mayores prevalencias (HSH, TS y PPL) y las PVVS.
- Objetivo Estratégico 8: Asegurar una respuesta multisectorial amplia y articulada para el desarrollo intersectorial e interinstitucional de actividades conjuntas para la prevención y control de las ITS y el VIH/Sida.
- Objetivo Estratégico 9: Fortalecer los Sistemas de Información y establecer un Sistema de Monitoreo y Evaluación que permitan la toma de decisiones oportuna y la medición de los logros obtenidos

Desde su formulación se ha tratado de armonizar la ayuda para el desarrollo en torno a los Objetivos de este Plan, en coordinación con la cooperación bilateral y multilateral. De hecho los programas de Quinta y Sexta Ronda, subvencionados por el Fondo Mundial, han sido diseñados para cerrar las brechas en la implementación de este Plan. De hecho los programas de Quinta y Sexta Ronda, subvencionados por

el Fondo Mundial, han sido diseñados para cerrar las brechas en la implementación de este Plan.

Progresos en la Implementación del Plan Estratégico Multisectorial

La CONAMUSA, como entidad multisectorial a cargo del Monitoreo y supervisión de los programas subvencionados por el Fondo Mundial, ha incluido en su estructura consultiva a dos comités de conformación multisectorial para dar apoyo técnico a la implementación del PEM-VIH, uno de ellos es el Comité de Seguimiento a la Implementación del PEM-VIH conformado por:

1. 01 Representante de ESNITSS – MINSA
2. 01 Representante de las ONG con trabajo en VIH
3. 01 Representante de PVVS
4. 01 Representante del sector público (representante de un sector no MINSA)
5. 01 Representante de Cooperación Técnica Multilateral
6. 01 Representante de poblaciones vulnerables

Sus funciones son las siguientes:

I. Seguimiento de los avances del PEM

- a. Contribuir con el análisis y la interpretación en el reporte semestral y anual de avance del PEM, provisto por el Comité de Monitoreo y Evaluación del PEM
- b. Elevar al Despacho del Ministro de Salud y a la CONAMUSA el informe semestral y anual de avance del PEM que prepare la comisión multisectorial de M&E del PEM
- c. Realizar el seguimiento de la implementación de actividades del PEM, contribuyendo con los esfuerzos de todos los sectores involucrados en la Respuesta Nacional representados en la CONAMUSA y del Despacho del Ministro de Salud en lo referente a:
 - i. Fortalecimiento del liderazgo del MINSA y la CONAMUSA en la gestión del PEM;
 - ii. articulación de los actores nacionales, sectoriales y regionales;
 - iii. resolución de nudos críticos en la implementación del PEM;
 - iv. movilización de recursos técnicos y financieros

II. Seguimiento de los componentes y objetivos de los programas del Fondo Mundial que tengan relación con los objetivos del PEM, especialmente el Objetivo 4 del programa de 6ta Ronda⁴³:

43 Aplicable por analogía a todos los objetivos cuya contraparte técnica sea la CONAMUSA.

- a. En el marco del contrato entre el Receptor Principal y el Sub-Receptor del objetivo 4:
 - i. El comité del PEM emite recomendaciones vinculantes sobre la implementación de las actividades del objetivo 4 en tanto se manifiesta en representación de la CONAMUSA y como contraparte técnica del Objetivo. No asume responsabilidad alguna en la implementación de las recomendaciones que emite, pues la responsabilidad de la implementación corresponde al Receptor Principal (RP) y al Sub Receptor (SR), según corresponda.
 - ii. Vigilar el buen desarrollo del objetivo 4, mediante la revisión periódica de los avances programáticos, avances financieros y nudos críticos a partir de los reportes del SR y del RP, en la parte de ejecución que corresponda a cada una de estas instancias.
 - iii. Movilizar recursos de asistencia técnica que apoyen al SR y al RP en la implementación del objetivo cuando ello sea necesario
- b. Vigilar la ejecución de las actividades críticas del objetivo 4, que tengan relación con Planes Regionales, COREMUSAS y sistema de monitoreo y evaluación del PEM – VIH.
- c. Asumir compromisos tendientes a facilitar la implementación del objetivo
- d. Emitir opinión sobre cambios en la tabla de indicadores clave
- e. Emitir opinión sobre cambios en las actividades del objetivo, cuando estos afecten la implementación del PEM, el liderazgo de la CONAMUSA y/o la estrategia propuesta originalmente al Fondo Mundial.
- f. Realizar la evaluación conjunta de propuestas para la fase II del objetivo 4 del programa de 6ta Ronda.
- g. Apoyar a la CONAMUSA en la evaluación de la propuesta de fase II de los programas del Fondo Global, componente VIH, desde la perspectiva del cumplimiento de los objetivos del PEM.
- h. Solicitar auditorías de la(s) entidad(es) implementador(as) del objetivo 4 cuando se considere necesario.
 - i. Aspectos que no se van a asumir por ser responsabilidad de los implementadores:
 1. Aprobación de documentos técnicos y sub-actividades que no correspondan a las actividades críticas seleccionadas por el Comité, salvo en los casos que se haya acordado en acta expresamente que esto se haga.
 2. Desarrollo técnico de los productos e insumos del objetivo.
 3. No verá temas administrativos referidos al contrato entre el SR y el RP, salvo en los casos que se haya acordado en acta expresamente que esto se haga.

- ii. Aspectos que no se van a asumir por ser responsabilidad del RP:
 - 1. Aprobación de documentos técnicos y sub-actividades que no correspondan a las actividades críticas seleccionadas por el Comité, salvo en los casos que se haya acordado en acta expresamente que esto se haga.
 - 2. Supervisión en campo de las actividades del objetivo, aseguramiento de la calidad de los productos de capacitación, comunicación, abogacía y similares mediante el establecimiento de estándares de performance. El comité solicitará al RP informes sobre estos aspectos para poder emitir opinión.

Se ha conformado, de igual forma, un Comité de Monitoreo y Evaluación del PEM, enfocado en el cumplimiento de los diferentes indicadores propuestos, ambas instancias promueven la transparencia en los procesos y la activa participación multisectorial.

Se constata sin embargo desconocimiento sobre este Plan en los diferentes sectores involucrados, falta de armonización de los planes y acciones sectoriales y de sus planes operativos sobre VIH/sida (en los sectores que cuentan con ellos) con sus Objetivos Estratégicos; persiste una mirada que centraliza las acciones sobre VIH en el sector salud y no hay espacios periódicos de evaluación y puesta en común de lo que cada sector hace para contribuir a la consecución de los objetivos del Plan

Esta falta de acciones de monitoreo y supervisión se traslada también a los programas de quinta y sexta ronda subvencionados por el Fondo Mundial cuyos objetivos están diseñados para cerrar las brechas del Plan y fortalecer su institucionalidad a nivel nacional;

El PEM y la descentralización

El Perú ha sido durante toda su historia republicana un país altamente centralizado. Antes del proceso de descentralización iniciado en 2002, las provincias sólo recibían algo más de un 15% del presupuesto nacional⁴⁴. Existía, además, una escasa participación de la ciudadanía y una extrema burocratización de las instituciones del Estado. El proceso de descentralización, se inicia con la promulgación de la ley 27680 el 7 de marzo de 2002, que modifica el capítulo XIV del título IV de la Constitución Política del Perú. Actualmente, el Perú cuenta con 25 gobiernos regionales.

44 González de Olarte, Efraín: La Descentralización, la reforma que falta. Revista Testimonio, 8 de septiembre de 1996.

La Descentralización, viene a ser la transferencia de competencias y decisión política del Gobierno Central hacia instancias Regionales y Locales. Además la descentralización conlleva una nueva forma de movilización de recursos, un nuevo diseño de la estructura de competencias y atribuciones públicas a tres niveles: Gobierno Central, Regional y Local. Es así que la descentralización tiene como finalidad transferir funciones desde el gobierno central a los gobiernos regionales y locales de funciones políticas, económicas y administrativas.

El Sector Salud, no ha estado exento de participar en el proceso de descentralización y, el MINSA, como ente rector en salud manifiesta lo siguiente:

“Actualmente se está profundizando el proceso de descentralización y aplicando el principio de subsidiaridad en salud; lo cual es una oportunidad para implementar reformas de salud desde lo local hacia lo nacional. Se apuesta por modelos flexibles, comunitarios, impulsados por acciones coordinadas de los tres niveles de gobierno, que incorporen la responsabilidad social de las empresas y cuenten con mecanismos de participación ciudadana que haga sostenible el proceso. En nuestro caso, la Descentralización no significa desintegración. El principio esencial es la complementariedad. Se busca preservar la organización de redes y micro-redes de salud y el cuidado integral de las personas. Se apuesta por una mejor coordinación entre los niveles de gobierno, a través de programas conjuntos de inversiones para la salud, sistemas integrados e integrales de planificación en salud con enfoque de desarrollo”⁴⁵

La descentralización en salud tiene como objetivos: a) Mejorar eficiencia y calidad de servicios; b) Fortalecer las capacidades de gobierno descentralizadas; c) Promover participación ciudadana. La descentralización se asienta en la Ley orgánica de gobiernos regionales Ley 27783, otorgándoles funciones específicas en salud a estos gobiernos (artículo 49)⁴⁶ y funciones específicas en salud a los gobiernos municipales (artículo 80). Las transferencias de funciones a los gobiernos regionales concluyeron en el 2008⁴⁷. De acuerdo con lo establecido en la Ley de Bases de la Descentralización, el Gobierno Nacional y los Gobiernos Regionales y Locales deben mantener relaciones de coordinación, cooperación y apoyo mutuo, en forma permanente y continua, dentro del ejercicio de su autonomía y

45 <http://www.minsa.gob.pe/portal/14Descentralizacion/descentralizacion.asp>

46 Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, Art. 49

47 <http://www.slideshare.net/DecanatoCRILLima/el-rpoceso-de-descentralizacion-de-la-salud-en-el-peru-presentation>

competencias propias, articulando el interés nacional con los de las regiones y localidades⁴⁸.

En este Marco, organizaciones de sociedad civil en coordinación con la ESNITSS y el apoyo financiero del Objetivo 4 del programa de 6ta. Ronda del Fondo Mundial, bajo el liderazgo del Gobierno Regional, han impulsado el desarrollo de Planes Estratégicos Regionales Multisectoriales (PERM) y Planes Operativos Anuales a nivel regional y local. En el primer caso se ha trabajado intensamente procesos de abogacía para generar Ordenanzas y Decretos Regionales de aprobación de dichos planes que aseguren su inclusión en los planes presupuestales de los Gobiernos regionales y en el segundo caso, se han obtenido 27 planes operativos anuales en 27 gobiernos locales del interior del país.

Los Gobiernos Regionales convocan a todos los actores comprometidos con las respuestas regionales al VIH/sida: instituciones sectoriales salud, educación, justicia, defensorías, organizaciones de la sociedad civil organizada en las Coordinadoras Regionales Multisectoriales de Salud (COREMUSAS), las cuales llevan a cabo el proceso de formulación de los PERM. Éstos deben corresponder con los lineamientos de política y planes de desarrollo regionales en materia de salud y con las causas o factores condicionantes, y con los efectos o consecuencias asociados a la ocurrencia de ITS y del VIH/SIDA. *“El proceso de formulación y la propuesta técnica PERM se constituirá en el espacio e instrumento de negociación y acuerdo multisectorial efectivo para la respuesta regional a las ITS y el VIH/SIDA”*⁴⁹.

El gran desafío a futuro es que estos planes, cuyas ordenanzas y aprobaciones reflejan un cierto nivel de compromiso y voluntad política se traduzcan en partidas presupuestales ejecutables a través de Proyectos de Inversión Pública o Proyectos sociales en las respectivas regiones en el contexto del Sistema Nacional de Inversión Pública implementado en el País, que permite a cada Gobierno Regional implementar obras para el desarrollo de su región según las necesidades identificadas. De acuerdo a algunos testimonios obtenidos en algunas DIREAS, este proceso todavía es muy lento y difícil; en otras por el contrario el proceso está siendo mucho más fluido, dependiendo mucho del interés que el Presidente Regional tiene de la salud en la región que preside y en la dinámica de las organizaciones presentes en la Región; así como de la experiencia de los planificadores y gerentes de desarrollo social, actores fundamentales en este

48 Defensoría del Pueblo. Fortaleciendo la respuesta frente a la epidemia del VIH/Sida: Supervisión de los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH/Sida. Informe Defensorial 143. Lima 2009

49 INPPARES. Plan para Formulación del Plan Estratégico Regional Multisectorial (PERM) para la prevención y control de las ITS, VIH y SIDA. Objetivo 4, Sexta Ronda - Fondo Mundial, 2009 Pág.10

proceso son Las COREMUSAS (Coordinadoras Regionales Multisectoriales en Salud) existentes en el País; son 14 (Tumbes, Junín, Callao, Lima, Ica, Piura, Ucayali, Lambayeque, Loreto, Cajamarca, Arequipa, La Libertad, Ancash, Tacna). Se crearon para ser la contraparte regional de la CONAMUSA pero aun no hay una relación de dependencia funcional entre ambas. En su composición han tratado de reflejar los principios de multisectorialidad fijados por la CONAMUSA con énfasis en la participación de las organizaciones de personas vulnerables y de personas viviendo con VIH, en los últimos dos años se han movilizad o esfuerzos con mayor o menor éxito según la prioridad que el tema salud haya tenido en la agenda del respectivo gobierno regional; esto se ha materializado en los PERMs y sus respectivas ordenanzas y/o decretos de aprobación.

El siguiente cuadro resume los avances desarrollados en materia de descentralización y PERM:

Las COREMUSAS existentes en el País son 14 (Tumbes, Junín, Callao, Lima, Ica, Piura, Ucayali, Lambayeque, Loreto, Cajamarca, Arequipa, La Libertad, Ancash, Tacna).

Tabla 9: PLANES ESTRATÉGICOS REGIONALES MULTISECTORIALES

Regiones que cuentan con POA (Planes Operativos Regionales sobre VIH/sida)	Regiones que cuentan con PERM (PLAN ESTRATÉGICO REGIONAL MULTISECTORIAL)	Regiones que cuentan con un certificado de aprobación del PERM	Regiones que cuentan con PIP (Perfiles de Inversión Pública) en relación a proyectos sobre VIH/SIDA	Regiones que cuentan con ordenanzas a nivel de Gobiernos locales para la Implementación de POA sobre VIH/sida
	Callao		<i>"Implementación de los Centros de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual (CERITS) en los establecimientos de Salud de Ventanilla y Perú-Korea, Bellavista de la Dirección Regional de Salud del Callao"</i>	
	Junin	Resolución ejecutiva Regional 459-2009	<i>"Fortalecimiento de capacidades en educación Sexual y Reproductiva para la prevención de ITS, VIH/Sida en las provincias de Huancaayo, Chanchamayo y Satipo."</i> <i>Construcción del Complejo "Casa de Acogida San Juan Diego"</i>	Municipalidad Provincial de Chanchamayo (016-2009)
	Ucayali	Certificado 153-2009		
	Lambayeque	Ordenanza Regional 031-2009	<i>"Fortalecimiento de las capacidades para la Prevención y Control de ITS, VIH/sida desde una perspectiva multisectorial en los distritos de Chiclayo, José Leonardo Ortiz, La Victoria; Región Lambayeque"</i>	Municipalidad Distrital de Cayalti (006-2009) Municipalidad Distrital de José Leonardo Ortiz (004-2009) Municipalidad Distrital de Zaña (018-2009)
	Tumbes	Ordenanza Regional 017-2009	<i>"Mejoramiento del Servicio de Atención Integral a las personas que viven con VIH/sida, de la Dirección Regional de Salud de Tumbes, Región Tumbes"</i>	Municipalidad Provincial de Tumbes (002 – 2009)
	Loreto	Ordenanza Regional 028-2008		Municipalidad Distrital de Belén (006-2009) Municipalidad Distrital de Indiana (006-2009) Municipalidad Distrital de San Juan Bautista (066-2009)
				Municipalidad Distrital de Casa Grande – Región La Libertad (005-2009)
Ancash (Resolución Gerencial de Desarrollo Social 006-2008 GRA/GRDS)				
Moquegua (Resolución Ejecutiva Regional 754-2008 GR/MOQ)				
Amazonas (Oficio 061-2008 de compromiso de implementación del PERM)				
Arequipa (Oficio 2262-2008, envío de programación operativa anual)				Municipalidad Distrital de Cerro Colorado (280-2009) Municipalidad Distrital de Uruca (005-2009)

Regiones que cuentan con POA (Planes Operativos Regionales sobre VIH/sida)	Regiones que cuentan con PERM (PLAN ESTRATÉGICO REGIONAL MULTISECTORIAL)	Regiones que cuentan con un certificado de aprobación del PERM	Regiones que cuentan con PIP (Perfiles de Inversión Pública) en relación a proyectos sobre VIH/SIDA	Regiones que cuentan con ordenanzas a nivel de Gobiernos locales para la Implementación de POA sobre VIH/sida
Huánuco (sin resolución)				
Piura (sin resolución)	Piura			Municipalidad Distrital de Sullana (017-2009)

El PEM y las Poblaciones vulnerables.

El PEM define las características de la epidemia del VIH SIDA en el Perú⁵⁰ como una epidemia *concentrada*, es decir de alta prevalencia en las poblaciones consideradas como vulnerables (hombres que tiene sexo con hombres, trabajadoras sexuales y personas privadas de su libertad, principalmente).

Mientras del Objetivo estratégico 1 hace referencia a diversas intervenciones destinadas a disminuir el impacto de la epidemia en estas poblaciones; el objetivo 7, busca fortalecer su movilización social a fin de mejorar la Respuesta Nacional a la epidemia.

Actualmente un conjunto de consorcios de organizaciones de sociedad civil con el soporte técnico de la ESNITSS y el financiamiento del Fondo Mundial están trabajando intervenciones macro-regionales para mejorar la cobertura y el acceso a los servicios de atención médica periódica (AMP), así como al fortalecimiento de los CERITSS (Centros de Referencia para la detección de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA)

Durante 2009 el apoyo político del Gobierno del Perú a las acciones de respuesta frente al VIH/SIDA se reflejó en su compromiso político-financiero con la organización y desarrollo del IV Foro Comunitario y V Foro Latinoamericano y del Caribe sobre VIH/SIDA, evento de singular importancia en la región organizado por el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH) que se encuentra conformado por los Jefes de Programas Nacionales de VIH/SIDA de 21 países de la región y por las 9 redes comunitarias regionales representando a las PVVS y otras poblaciones vulnerables. El GCTH tiene como propósito posicionar y visibilizar el tema del VIH/SIDA en los países donde se realiza. El Gobierno peruano contribuyó a través del Ministerio de Salud con el 80% del presupuesto (alrededor de \$1,000,000 dólares americanos) para la realización del evento. Este marco permitió impulsar acciones de incidencia local para el logro de acciones a favor de las comunidades más afectadas, por ejemplo la resolución favorable por parte del Gobierno al pago de reparaciones a los familiares de niños infectados por transfusión de sangre en

50 Cfr. Plan Estratégico Multisectorial. <http://www.minsa.gob.pe/portal/03Estrategias-Nacionales/03ESN-ITS-SIDA/planestrategico.asp>

Hospitales de Salud Pública. Se destacó en especial el apoyo político del Despacho Viceministerial del Ministerio de Salud.

Ahora bien, no obstante el reconocimiento a las acciones hasta hoy realizadas, el balance de la respuesta multisectorial y el apoyo político a la epidemia del VIH/Sida en el país evidencia, para algunos actores de la sociedad civil, la ausencia de políticas claras desde los diferentes sectores del Estado.

En efecto, diversas evaluaciones e informes realizados, entre los que se encuentra el Documento del PEM 2007-2011, reconocen la necesidad de una respuesta multisectorial orgánica en la lucha contra el Sida para optimizar el uso de recursos y potenciar el accionar de los diferentes actores (con el respectivo apoyo político de sus líderes). Si bien el Sector Salud ha mostrado mayores avances, aún no ha sido posible movilizar una respuesta intrasectorial efectiva frente a la epidemia del VIH y SIDA, en materia de coordinación y armonización especialmente entre las direcciones y estrategias relacionadas con el tema: Dirección de Promoción de la Salud, la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva y la Dirección General de Medicamentos. Esto se ha hecho evidente en los requerimientos por parte de la población afectada para acceder a una atención integral en salud⁵¹.

Otros sectores que han manifestado su apoyo político a las acciones y programas relacionados al VIH/SIDA son por ejemplo La Defensoría del Pueblo que tiene entre sus atribuciones, definidas en el Artículo 26 de la Ley Orgánica de la Defensoría del Pueblo, emitir resoluciones con ocasión de sus investigaciones, a efectos de formular –a las autoridades, funcionarios y servidores de la administración del Estado advertencias, recomendaciones, recordatorios de sus deberes legales, y sugerencias respecto de la adopción de nuevas medidas. La Defensoría del Pueblo ha contribuido con la Respuesta desde el Estado frente a la epidemia del VIH/Sida, por medio de la defensa y protección de los derechos de las personas que viven con el VIH/Sida, así como de las poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad.

El apoyo político a las acciones e intervenciones de la sociedad civil se ha operativizado a través del rol de la contraparte técnica de la ESNITSS en la implementación de los programas subvencionados por el Fondo Mundial y ejecutados por organizaciones de la sociedad civil, aunque no existen otro tipo de fondos o mecanismos de apoyo para promover la acción de las organizaciones comunitarias y la generación de nuevas evidencias a través de la investigación. La CONAMUSA ha sido otro espacio de permanente diálogo e interacción entre

51 Defensoría del Pueblo. Fortaleciendo la respuesta frente a la epidemia del VIH/Sida: Supervisión de los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH/Sida. Informe Defensorial 143. Lima 2009

sociedad civil y el Gobierno, especialmente desde la inclusión formal de la representación de las poblaciones vulnerables a este organismo. Representantes de la sociedad civil participan de diversos comités junto con representantes del Gobierno: Comité de Medicamentos, Comité de Seguimiento a la Implementación del PEM; Comité de Monitoreo Estratégico etc., y hay una comunicación más fluida entre ambos sectores.

4.2.4. Prevención

En el año 2004 se crea la ESNITSS, a través de Resolución Ministerial 771-2004/MINSA. Esta Estrategia se ubica orgánicamente dentro de la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP), y fue diseñada en base al Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS). Es la encargada de diseñar y normar los procesos de organización lograr objetivos funcionales relacionados a la cultura de salud, prevención y control de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH/SIDA con un enfoque de equidad, derechos y ejercicio de la ciudadanía. Sus poblaciones objetivo son: a) Las Personas Viviendo con VIH/SIDA, “Grupos con elevada prevalencia y alto riesgo de adquirir y transmitir ITS y VIH y /o contactos sexuales”, recién nacidos de madres con ITS o VIH y la población general. Su objetivo general es *Fortalecer la respuesta nacional para prevenir la transmisión de las ITS y el VIH/SIDA y disminuir su impacto en el individuo, la sociedad y la economía*⁵². La prevención forma parte de las tres líneas de acción de la ESNITSS, denominada más exactamente línea de Prevención y Promoción. Esta línea contiene las siguientes actividades:

- Intervenciones en Poblaciones Vulnerables: trabajadoras sexuales mujeres (TS) y hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH).
- Intervención de Consejeros Educadores de Pares (CEPs)
- Fortalecimiento de la Consejería en ITS y VIH/SIDA.
- Intervenciones en Población General.

La intervención que hasta ahora ha venido implementado la ESNITSS es la estrategia de Promotores Educadores de Pares tanto en TS, como en HSH. Creada a partir de 1995, con base legal en la Ley General de Salud 26842, la Ley 26626 (CONTRASIDA) y su Reglamento específico; los principales objetivos de esta estrategia son: Promover la formación de Promotores Educadores de Pares (PEPs) en poblaciones vulnerables, como una estrategia preventiva y de control para reducir o eliminar la transmisión del VIH/SIDA en el Perú. Se trata de una

52 <http://www.minsa.gob.pe/portada/prevencion.htm>. Sitio visitado el 20/01/2010

intervención de cambios de comportamientos a través de una estrategia educativa que brinda orientación y educación preventiva en ITS y VIH/SIDA a las TS mujeres y los HSH, mediante una/un par. Las/los PEPs reciben un aporte económico como estímulo y han sido capacitados/as por el personal de salud en los temas de ITS y VIH/SIDA, negociación para el uso del preservativo e identificación de conductas de riesgo, y, últimamente en Derechos Humanos. Los/las PEPs realizan un mapeo para la ubicación de la población, tanto en la vía pública, como en locales o lugares de reunión; elaboran el análisis y diagnóstico sobre los espacios y las características de la población; coordinan reuniones de sensibilización sobre ITS y VIH/SIDA con la población; coordinan las intervenciones de información, educación y comunicación (IEC); elaboran un cronograma de visitas a los diferentes locales; y deben contar con material logístico completo consistente en tarjetas de referencia, preservativos, Folletos, trípticos y rotafolios educativos. Los/las PEPs derivan semanalmente a la población “reclutada” a los centros de referencia (CERITSS), motivándolos a acudir para la realización de su Atención Médica Periódica (AMP). Los proyectos del Fondo Mundial, en sus rondas aprobadas (2da., 5ta y 6ta.) han implementado y fortalecido esta estrategia, formando más PEPs, llegando a la actualidad a la cifra de 435 PEP, de los cuales 249 son HSH, 144 son TS mujeres y 42 son trans. El MINSA afirma que con esta estrategia se logra una captación cercana a las 2,000 personas por año en cada uno de los grupos. Resalta además que la Estrategia de PEPs en TS mujeres ha constituido uno de los procesos más exitosos en el ámbito latinoamericano.

Sin embargo, han pasado más de diez años de implementación de esta estrategia y, si bien, en un principio demostró ser exitosa, se hace necesaria una evaluación bastante exhaustiva de su impacto en la actualidad. Es necesario, además, ver el impacto de acuerdo a las características de cada población (TS, Gays, Bisexuales y Trans). En la actualidad no se conoce su impacto real y algunos estudios han demostrado que, por ejemplo, no tienen el impacto deseado en la población Trans⁵³.

La Consejería de Pares para Personas Viviendo con VIH fue implementada por el MINSA desde el año 2001. Digno de resaltar es que la primera experiencia de CEPs se implementó en 1998, por un grupo de mujeres afectadas en el marco de un proyecto apoyado por el Programa de Soporte a la Autoayuda de Personas Seropositivas – PROSA. Esta estrategia fue luego asumida por el MINSA a partir del 2001. Esta estrategia se desarrolla al interior de los Establecimientos de salud. Allí, personas viviendo con VIH, mujeres y varones, denominados Consejeros Educadores de Pares o (CEPs), orientan y aconsejan a nuevos usuarios PVVS. Su

53 Salazar, Ximena y Villayzán Jana. La situación de la población Trans en el Perú en el Contexto del Acceso Universal a Tratamiento, Atención y Apoyo en VIH/sida. Instituto de Estudios en Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano (IESSDH)- ONUSIDA. En Prensa. 2009

objetivo es *disminuir el impacto psicosocial del VIH y el sida en las personas afectadas, brindándoles soporte emocional, fomentando el autocuidado a través de la educación en salud y apoyando su tratamiento oportuno para lograr una óptima adherencia terapéutica*⁵⁴. La información recogida en la Evaluación de la Estrategia de CEPs (2008), resalta que existen actualmente a nivel nacional, 29 varones y 39 mujeres que ejercen la labor de CEPs que trabajan en 18 departamentos del país. 42 son financiados por el MINSA y 26 por los proyectos del Fondo Global. De acuerdo a la misma evaluación, esta estrategia ha demostrado ser costo-efectiva, para incrementar la calidad de vida de las PVVS, para una mejor adherencia al TARGA, para la prevención positiva y de las enfermedades oportunistas y la reducción de los comportamientos de riesgo. No obstante esta misma evaluación identifica ocho limitantes que afectan la estrategia: la falta de personal para atender a las PVVS, la presencia, aún, de estigma y discriminación entre el personal de salud, la poca valoración que este personal le otorga a la estrategia, la ausencia de capacitación y actualización a los CEPs, el número limitado de consejeros y la reducida infraestructura existente para el desarrollo de esta labor. En este caso sería también deseable contar con CEPs que representen a cada una de las poblaciones afectadas (gay, trans, TS y otros HSH).

De acuerdo a la ESNITSS, desde 1997, la consejería en ITS y VIH/sida no ha evolucionado a la par con los nuevos conocimientos que se han ido adquiriendo sobre estas enfermedades. Durante esta etapa no se ha podido conocer el impacto de la consejería en los usuarios y su efectividad en los cambios de comportamiento. Se ha iniciado una propuesta de renovación de la Consejería a partir de la conformación de una Red de Especialistas en Consejería que brinde aportes importantes para su mejoramiento, esta red está compuesta por ocho personas provenientes del MINSA, COPRECOS y de ONG⁵⁵. No se tiene mayor información de cómo se encuentra operando esta Red y cuáles son sus avances hasta el momento.

Para la estimación de la cantidad de condones distribuidos para la prevención y control de ITS y VIH/ Sida se consideran las siguientes estrategia: consejerías en ITS para Población General, consejerías de soporte a PVVS, la Atención Médica Periódica (AMP) a población vulnerable, las campañas de promoción de servicios que incluyen el uso del condón, las consejerías pre y post test y el trabajo que realizan los PEPs. Para la Programación se utiliza la metodología del modulo de programación del SISMED, que contiene los criterios de estimación de necesidades definidos por las Estrategias Nacionales. La ESNITSS estima los condones a

54 Carlos Hernández Gutiérrez y César Delgado Pizarro. Evaluación de la Consejería Educadora de Pares para las PVVS. Informe de Investigación.2008

55 <http://www.minsa.gob.pe/portada/prevencion.htm>. Sitio visitado el 25/01/2010

distribuir en base a las necesidades de las siguientes poblaciones: HSH, TS, Trans, PVVS, y campañas diversas.

El Ministerio de Salud ha comprometido al Tesoro Público para la adquisición de condones, de acuerdo a la programación elaborada por la ESNITSS, además se han comprometido presupuestos de la cooperación internacional, especialmente del Fondo Mundial. Sin embargo, existe aún una serie de dificultades concernientes a la distribución de condones y la capacidad reducida de gestión de este insumo, además de la desarticulación en el trabajo de los establecimientos de salud con la estructura de redes, micro-redes y direcciones de salud. Otra dificultad es que no siempre la demanda es atendida de acuerdo a lo solicitado⁵⁶.

Para mejorar la distribución e incrementar su uso, se ha propuesto un Plan de Mercadeo Social del Condón (2009 – 2011). Éste tiene como objetivo contribuir a la reducción de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH y Sida, entre otros problemas de salud sexual y reproductiva, expresados en el Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011. En este sentido este plan se plantea utilizar como una herramienta de gestión para el cambio de comportamientos sexuales no protegidos, especialmente de la población más vulnerable ante el VIH y Sida (HSH, Trans, TS, PVVS, Personas Privadas de Libertad (PPL))⁵⁷.

Queda clara la necesidad de realizar una revisión de las estrategias que ha venido utilizando el Ministerio de Salud, especialmente aquellas que intervienen en poblaciones más vulnerables a la epidemia de VIH/sida, es decir HSH y personas trans; ya que el aspecto crítico lo constituyen las altas tasa de intercambio de parejas sexuales y la resistencia frente al preservativo que implican mayores riesgos de infección. Dichas conductas se deben, en parte, a la discriminación, a problemas estructurales como la exclusión social y la pobreza, además de la falta de educación en materia de sexualidad.

Seguidamente se presentan los resultados correspondientes al los esfuerzos realizados en prevención de acuerdo a las percepciones de los Organismos no Gubernamentales y Sociedad Civil, así como también de los funcionarios del gobierno.

56 Cfr. Susana Chávez A. y Delicia Ferrando R. Perú: Análisis situacional y diagnóstico de necesidades en torno al acceso a condones masculinos y femeninos. Opiniones tomadores de decisión, proveedores de servicios de salud y usuarios/as. MINSA – UNFPA. 2009

57 Cfr. MINSA/UNFPA/APROPO. Perú: Plan de Mercadeo Social del Condón 2009 – 2011, Lima IES, 2009

Tabla 10

Indicador	Fuente	2006		2008		2010		Observaciones
		Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	En relación a 2008
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos hechos en la aplicación de los programas de prevención del VIH/sida	Encuesta ICPN Organismos No gubernamentales y sociedad civil	3.2	32	4.4	44	4.3	43	Nivel de descenso 1%

La calificación de los **esfuerzos de ejecución de programas de prevención** en el ICPN de **(4.3)** que otorgan los Organismos No gubernamentales, los organismos bilaterales, de Naciones Unidas y las Poblaciones afectadas y vulnerables, prácticamente no ha cambiado en comparación con el Informe anterior **(4.4)**. Si bien los/las entrevistados/as reconocen la importancia de la existencia del PEM y de la descentralización en PERM, su percepción es que, concretamente en esta materia, no se ha avanzado mucho, especialmente prevención en las poblaciones vulnerables, poniendo de relieve el tema de los adolescentes vulnerables que ya se trató líneas arriba. Principalmente llaman la atención a la falta de información sobre el impacto de las estrategias implementadas: por ejemplo, no hay estudios que demuestren que el uso de condón se ha incrementado en la población, especialmente en las poblaciones vulnerables. Otro aspecto interesante que se resalta es que hace falta información actualizada de cómo se encuentra la epidemia en el país. Los/las entrevistados/as están de acuerdo en que se hace necesario, en las actuales circunstancias, hacer una revisión de las normas técnicas en prevención y reorientar su implementación de acuerdo a una evaluación de las estrategias. Por otra parte se resalta que es necesario también revisar los paradigmas existentes sobre las dinámicas de transmisión del VIH y hacer una crítica al modelo de Grupos de Elevada prevalencia a las ITS (GEPITS), incorporando elementos estructurales, sociales y culturales que entran en juego en la transmisión del VIH. Al respecto se preguntan ¿Existe sólo UNA estrategia nacional de prevención? ¿No tenemos más bien una suma de intervenciones cuyo impacto no ha sido adecuadamente evaluado?

Tabla 11

Indicador	Fuente	2006		2008		2010		Observaciones
		Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	En relación a 2008
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos de aplicación de los programas de prevención del VIH/sida	Encuesta ICPN funcionarios del gobierno	3.1	31	5.2	52	7.0	70	Nivel de incremento 18 %

Con respecto a la percepción de los funcionarios del Estado en el tema de **prevención**, el puntaje otorgado, se ha incrementado de **5.2** en 2008 a **7.0** en 2010. Estos actores resaltan el fortalecimiento de la Estrategia de PEPs para las poblaciones vulnerables y su expansión a nivel nacional. Igualmente resaltan la implementación y fortalecimiento de las estrategias dirigidas a adolescentes, mujeres, y poblaciones vulnerables en el marco del PEM; habiéndose también iniciado una coordinación intersectorial para el abordaje del VIH en poblaciones indígenas y poblaciones móviles. Así mismo resaltan el trabajo coordinado con el MINEDU en el marco de la Educación Sexual Integral, a partir de la cual se ha capacitado a docentes en diversas regiones. Algunas percepciones puntualizan que, específicamente, los proyectos financiados por el Fondo Global deberían intervenir en poblaciones y regiones menos favorecidas, y por otra parte mencionan el retroceso en las políticas de acceso de los adolescentes a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva. De igual manera otros entrevistados apuntan a la necesidad de trabajar nuevas políticas que aborden el trabajo sexual. Finalmente se plantea la falta de decisión política que existe en lo que respecta al estigma y la discriminación contra algunas poblaciones vulnerables (trans, gay, trabajadores y trabajadoras sexuales por ejemplo) y, con respecto a la población en general, no hay mensajes que incorporen a las mujeres más pobres en los mensajes preventivos por ejemplo las trabajadoras del hogar. Algunas otras carencias mencionadas por los funcionarios del gobierno son la necesidad de ampliar las pruebas para VIH, realizar mayores campañas de IEC referidas a la prevención de VIH, la falta de recursos para mejorar y fortalecer más las intervenciones y lo que todavía falta por intervenir como el manejo sindrómico de ITS, el tema de transmisión vertical y un mayor énfasis en el trabajo de prevención con poblaciones vulnerables. Específicamente PRONAHEBAS resalta la implementación del Sello de Calidad de Sangre (sangre, plasma, plaquetas y crio precipitado), lográndose el tamizaje de casi el 100% de la sangre donada, además de la capacitación a todo el personal y jefes de banco de sangre a nivel nacional. En este programa lo que hace falta, de acuerdo a los entrevistados, es la compra centralizada de insumos para el tamizaje, con estándares de calidad en la adquisición de estos insumos. Muchas de las percepciones giran en torno a la necesidad de operativizar las normas, problema bastante extendido en el país.

4.2.5. Tratamiento, atención y apoyo

Desde 2004 el Perú cuenta con Tratamiento Antirretroviral universal y gratuito asumido como parte del presupuesto del Estado. La provisión de Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) se inició con el aporte del Fondo Mundial en 2004 y a partir de 2006, es totalmente financiado por el Estado Peruano a través del MINSA para los adultos y, a partir de 2004, a través del Seguro Integral de Salud

(SIS) para los niños. La existencia e implementación de este tratamiento ha cambiado la vida de las personas que viven con VIH.

En la actualidad, 64 establecimientos de salud del Ministerio de Salud proveen TARGA, lo que representa el 73% de todos los servicios, ESSALUD el 25% y otras instituciones como ONG (3) acreditadas por el MINSa y penales (2) representan el 2%. 12,473 personas viviendo con VIH recibieron tratamiento en el MINSa en el 2009, equivalente al 75% de todos los pacientes en TARGA. La supervivencia es alrededor de 90% a los 12 meses de iniciado el TARGA⁵⁸

Existen normas técnicas para TARGA y para su Adherencia. Las pruebas de CD4 y Carga Viral, se encuentra igualmente implementadas y se proveen gratuitamente en coordinación con el INS, que realiza estos exámenes, necesarios para el acceso a TARGA. En el caso de los estudios de CD4, éstos se realizan en los laboratorios de referencia regional de esta institución, mientras que las pruebas de carga viral se procesan en el laboratorio de referencia nacional en Lima. El INS informa los resultados a los diversos establecimientos en las regiones.

La Defensoría del Pueblo, en su Informe Defensorial advierte que la norma existente para tratamiento de adultos, se aplica también para el tratamiento de adolescentes con VIH/sida; ya que no existe un dispositivo legal que regule el tratamiento de los adolescentes⁵⁹.

La atención a las personas viviendo con VIH/sida, así como a poblaciones vulnerables (HSH, trans y TS) complementan las actividades de tratamiento antirretroviral. Con aportes del Fondo Global se ha capacitado equipos multidisciplinarios de todo el Perú para el manejo de TARGA, a fin de garantizar la adherencia al tratamiento a través de la consejería y el servicio social. Adicionalmente se ha implementado un sistema de registro e información para la toma de decisiones.

Las mayores dificultades actualmente en la implementación de los programas de tratamiento antirretroviral son:

58 Fuente ESNITSS - MINSa

59 Defensoría del Pueblo. Fortaleciendo la respuesta frente a la epidemia del VIH/Sida: Supervisión de los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH/Sida. Informe Defensorial 143. Lima 2009: la Defensoría del Pueblo considera necesario advertir que, en el caso de los (y las) adolescentes, si bien se han emitido dispositivos dirigidos a garantizar su atención integral en salud, en la práctica, hasta ahora no se han implementado mecanismos que aseguren la adecuada atención de este sector de la población en todo establecimiento de salud.

1. Debilidades en la programación y distribución de los medicamentos lo que ocasiona sobre stock en algunos establecimientos o desabastecimiento prolongado de medicamentos en otros casos
2. Problemas con la compra oportuna de medicamentos fundamentalmente por incumplimiento de los proveedores seleccionados contra los que no se establece ninguna penalidad lo que agrava el item anterior
3. Pérdida de las muestras para CD4 o carga viral o desabastecimiento de los insumos especialmente en el interior del país lo que dificulta el monitoreo oportuno de las personas
4. No actualización de los criterios de inicio de tratamiento o esquemas a utilizarse en algunos casos los médicos según su experiencia toman decisiones sobre cambios en los esquemas no contemplados en la norma técnica cuyas consecuencias son asumidas por el usuario
5. problemas de estigma y discriminación en la provisión de la atención

La Atención Médica Periódica creada en 2003, constituye una intervención de control sistemático y periódico a la población más afectada por el VIH/sida (HSH, Trans y TS) para el diagnóstico de las ITS. Este servicio se ofrece en los CERITTS y en las UAMP. El diagnóstico y tratamiento de ITS son gratuitos. El control en la AMP se realiza cada tres meses para sífilis y cada seis meses para VIH/sida, además de la distribución gratuita de condones para los usuarios y usuarias.

En la actualidad existen 28 Centros de Referencia para Tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual (CERITTS), servicios especializados de diagnóstico y tratamiento de ITS y detección de VIH; y 42 Unidades de Atención Médica Periódica (UAMP) que son unidades orientadas a la atención y tratamiento de poblaciones vulnerables. Todas las regiones del Perú tienen implementado al menos un CERITTS y una UAMP⁶⁰.

A pesar de la existencia de este sistema de AMP, se resalta que todavía no existen normas generales e intervenciones que establezcan procedimientos especiales para trabajadoras y trabajadores sexuales de acuerdo a su género y orientación sexual. De allí una mayor desprotección hacia algunas poblaciones como la población trans⁶¹.

Durante el año 2008, la Defensoría del Pueblo llevó a cabo una supervisión de los servicios del MINSA para atención, tratamiento y apoyo, a personas viviendo con

60 Power Point presentado por la ESNITSS – MINSA en el marco del APEC

61 Ríos Mario. Análisis de la respuesta normativa para la prevención y atención de la población vulnerable (HSH, trans y TS) frente a las ITS y el VIH. CARE Perú-CONAMUSA- Fondo Global y MINSA.

VIH y para poblaciones vulnerables, ya que durante el 2007 se habían recibido 55 quejas por vulneración de derechos; estas quejas se referían al desabastecimiento de medicamentos antirretrovirales, la inadecuada prestación del servicios de salud y/o la existencia de estigma y discriminación. Entre los hallazgos de la Defensoría del Pueblo, se encuentra los siguientes:

De un total de 83 servicios supervisados, el 20% no brindaba el servicio de consejería en un ambiente que asegurara su privacidad y permitiera entablar un diálogo a fin de establecer una relación de confianza que asegure la comprensión real de la información brindada. En el caso del carácter obligatorio de la realización de la consejería previa a la prueba diagnóstica para el VIH/Sida, se constató que ésta no se realizaba en el 4% de los establecimientos supervisados, mientras que el 33% de los establecimientos visitados no contaba con el formato de solicitud de prueba de ELISA con firma del consejero y el 28% no contaba con el formato de solicitud de consentimiento informado para la realización de la prueba de ELISA para VIH; este formato no era, además, empleado en la atención de gestantes, ello podría atribuirse a la obligatoriedad de la prueba para las gestantes, lo cual estaría influyendo en la obtención del consentimiento informado en los establecimientos públicos⁶². Otros problemas fueron identificados en esta supervisión, referentes a la gratuidad del servicio de Atención Médica Periódica y al abastecimiento de medicamentos para tratamiento de ITS, entre los más resaltantes⁶³.

Una limitante estructural para la eficacia del servicio de las UAMP y CERITSS es que hasta la fecha no cuentan con una categorización ni acreditación desde el nivel regional (a excepción de la región Ancash) ni desde el nivel central (MINSa). Esta situación se origina en el hecho que las unidades de CERITS y UAMP no se encuentran incorporadas en los flujogramas organizacional y/o estructural de los establecimientos de salud. La incorporación de estas unidades en la estructura orgánica de establecimientos de salud debe hacerse a través de la Dirección de Servicios del MINSa, la misma que debe contar con el debido sustento técnico.

La inexistencia de los CERITS y UAMP como servicios en la relación por categorización de centros de salud crea una serie de dificultades para el trabajo, como:

- a) No tienen existencia dentro de los flujogramas organizacional y/o estructural de los servicios de salud del MINSa.

62 Op.cit.

63 Cfr. Defensoría del Pueblo. Fortaleciendo la respuesta frente a la epidemia del VIH/Sida: Supervisión de los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH/Sida. Informe Defensorial 143. Lima 2009

- b) No se les percibe como existentes en el sistema, pues no dependen de ningún departamento o área específica.

Esta situación condiciona que estas unidades sean consideradas como generadoras de gastos (no recuperables) para el servicio, por lo que la sostenibilidad de las mismas dependería del pago que hagan los usuarios por el uso de sus servicios.

De esta manera, se observa que los programas de prevención del VIH en HSH (gay y otros HSH) y Trans en algunos lugares todavía carecen de los servicios constituyentes de Atención Integral: por ejemplo grupos de apoyo psicológico, nutricional, enfermedades oportunistas, servicios de salud diversos fuera del tratamiento y atención en VIH/sida. Así mismo, con respecto a la población Trans, se ha comprobado que los servicios públicos no tienen entre su cartera de servicios la atención de algunas de las demandas de esta población: por ejemplo lo referente al consumo de drogas y alcohol, a la transformación del cuerpo y, en general a la adherencia al tratamiento antirretroviral para aquellas que viven con VIH⁶⁴. De esta manera, no existen servicios de salud pública con personal calificado para dar soporte en salud mental, género, identidad sexual y orientación sexual, ni servicios de salud pública con personal médico especializado para poder aplicar hormonoterapia y mucho menos para intervenciones quirúrgicas más complejas que pueden ir desde implantes de silicón hasta operaciones de reasignación de sexo. Normalmente lo hacen las propias trans con serio perjuicio para su salud, representando altos índices de morbilidad.

Atención de la Transmisión Vertical

El PEM tiene como cuarto objetivo la disminución de la Transmisión Vertical de VIH al menos del 2% para el 2011. Las intervenciones contempladas en el plan deben fortalecer el tamizaje y la profilaxis de la transmisión madre-niño, tanto para VIH, como para Sífilis. La norma técnica de Salud respectiva fue preparada conjuntamente por la ESNITSS, la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ESNSSR) y el INS, y aprobada en 2008, la cual actualiza los protocolos para la detección y el manejo de VIH y la sífilis en gestantes y neonatos. En 2008 igualmente se comenzó a capacitar al personal de salud en esta nueva norma.

La atención prenatal es realizada por la ESNSSR. Durante el primer control se debe realizar un paquete de pruebas diagnósticas, entre ellas RPR para sífilis y ELISA para

64 Ximena Salazar y Jana Villayzán. La Situación de la Población Trans en el Perú en el contexto del acceso Universal a tratamiento, atención y apoyo en VIH/sida. Instituto de Estudios en Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano/ONUSIDA, Lima; informe de Investigación.

VIH, las cuales se realizan entre la semana 33 y 35 de gestación. Una dificultad existente es que las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva no hacen referencia al manejo clínico de las gestantes con VIH; otra dificultad es que, a pesar que se ha aprobado la norma técnica en 2008, que contiene estipulaciones para la detección y el manejo de sífilis en las gestantes, la norma de 2005 sigue operativa en la mayor parte de los establecimientos de salud.

El tamizaje para VIH es obligatorio y se realiza en el primer control prenatal o a toda gestante que acude al servicio de salud en condiciones de gestación, trabajo de parto o puerperio o que es captada en actividades extramurales. Si el resultado es positivo se realiza la prueba confirmatoria. Por otra parte el seguimiento al recién nacido expuesto al VIH es igualmente obligatorio.

Entre el 2006 y 2007 se ha dado una mejoría en la captación y reporte de datos, aunque todavía se puede identificar algunas inconsistencias en porcentajes. Por ejemplo, se ha incrementado la cobertura de tamizaje de 63.70% en 2006 a 68.63 en 2007 con gran diversidad geográfica. En 6 de las 28 provincias se realiza tamizaje al 50% de las gestantes en control prenatal. Por otra parte el porcentaje de mujeres gestantes diagnosticadas con VIH que recibe antirretrovirales para profilaxis o tratamiento durante la gestación ha aumentado del 50.59% en 2006 al 81.85% en 2007. Sin embargo, el sistema muestra algunas debilidades que tienen que ver con la gestión de datos, el financiamiento de pruebas diagnósticas, la clasificación y la compra de medicamentos, la atención del control prenatal, los resultados de laboratorio, el seguimiento de la mujer diagnosticada y el niño expuesto, y el estigma y la discriminación en parte del personal que atiende a la madre diagnosticada⁶⁵.

Presentamos a continuación los resultados del ICPN correspondientes a los esfuerzos de aplicación de programas de tratamiento, atención y apoyo de acuerdo a las percepciones de los funcionarios del gobierno, así como de los Organismos no Gubernamentales y la Sociedad Civil.

Tabla 12

Indicador	Fuente	2006		2008		2010		Observaciones
		Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	En relación a 2008
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos para tratamiento, atención y apoyo	Encuesta ICPN funcionarios del gobierno					6.0	60	No se registra datos anteriores reportados

65 Cfr. Castro Arachu y Utpal Sandesara. Integración de la Atención prenatal con los procesos de detección y manejo clínico del VIH y de la Sífilis en el Perú. Socios en Salud, Lima, 2009

La calificación sobre los esfuerzos de **aplicación de programas de tratamiento atención y apoyo** en El ICPN para funcionarios del gobierno durante el anterior informe no reportó datos y en la actualidad ha arrojado de **6.0**. En este aspecto lo que se resalta es un estudio de demanda que determinó las necesidades de atención de las personas que viven con VIH, considerando las estimaciones de las personas que requieren TARGA. Y lo que mencionan que queda por realizar es la universalización del acceso a tratamiento, el incremento de pacientes al TARGA y trabajar la co-infección de TBC y VIH.

Tabla 13

Indicador	Fuente	2006		2008		2010		Observaciones
		Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	En relación a 2008
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos realizados en la aplicación de los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH/sida.	Encuesta ICPN Organismos no Gubernamentales y Sociedad Civil	4.1	41	6.5	65	5.9	59	Nivel de descenso 6%

Con respecto al puntaje actual **(5.9)** otorgado por los Organismos No gubernamentales, los organismos bilaterales, de Naciones Unidas y las Poblaciones afectadas y vulnerables, ha descendido con relación al año 2008 **(6.5)**. Si bien se tiene tratamiento universal y gratuito garantizado por el Estado y se ha avanzado en normas y tamizaje de las personas con VIH afectadas por tuberculosis; los/las entrevistados/as resaltaron la necesidad de estimar indicadores más específicos para el tema de atención, tratamiento y apoyo, aunque hay intentos de mejorar los datos disponibles; además de implementar políticas públicas que tomen en cuenta la vulnerabilidad al VIH. Por otra parte se destaca la necesidad de mejorar los procedimientos para la atención de niños y adolescentes vulnerables. Finalmente se resalta el tema de la Atención Integral y el Acceso Universal, los cuales necesitan en las actuales circunstancias un gran impulso, ya que no basta únicamente con el TARGA, sino con mejorar las condiciones de la atención y del tratamiento, solucionando los problemas mencionados por la Defensoría del Pueblo, e incorporando la satisfacción de necesidades de Atención Integral (apoyo nutricional, apoyo psicológico, tratamiento de enfermedades oportunistas, tratamiento de otras enfermedades, y erradicación del estigma y la discriminación en los servicios de salud)

4.3. Sociedad Civil

4.3.2. Participación de la Sociedad Civil y las Organizaciones de la población vulnerable y afectada

Tabla 14

Indicador	Fuente	2006		2008		2010		Observaciones
		Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	En relación a 2008
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos para aumentar la participación de la sociedad civil	Encuesta ICPN – Organismos no gubernamentales y de la sociedad civil	3.8	38	5.4	54	4.6	46	Nivel de descenso 8%

El puntaje otorgado por los organismos no gubernamentales, los organismos bilaterales, de Naciones Unidas y las poblaciones afectadas y vulnerables, ha descendido **(4.6)** con relación al año 2008 **(5.4)**. Se aduce, por ejemplo que la participación de la sociedad civil, en especial de las redes y organizaciones de las poblaciones vulnerables no es una participación calificada. Por otro lado se afirma que no se posee una visión compartida, desde las bases de cada sector. Si bien la participación en la CONAMUSA es positiva, se considera un problema no estar representados por población. Existe la percepción de que todavía se trata de una participación “subalterna” y que debería mejorar. Para ello es necesario una mayor capacitación técnica y empoderamiento a las representaciones de PVVS y Poblaciones Vulnerables, mejorando su institucionalidad y la calidad de su representación.

Ahora bien, ya se ha mencionado que la Sociedad Civil tiene cada vez un mayor protagonismo y visibilidad en la Respuesta Nacional del VIH. En este sentido en los últimos años se ha hecho mayor incidencia política, involucrando incluso a algunos congresistas (ley para la descriminalización del trabajo sexual). Sin embargo, los liderazgos todavía no se han diversificado lo suficiente. La sociedad civil, además ha ejercido, en algunos momentos su rol de vigilancia, debido a que posee una visión más comprehensiva e integral del tema. Por ejemplo, en el marco del V Foro Latinoamericano y del Caribe en VIH/SIDA e ITS, la Sociedad Civil y las redes lograron el compromiso político del Ministro de Salud para fortalecer la respuesta al VIH. Todo ello ha redundado en diversos logros desde el Tratamiento Antirretroviral Universal y gratuito, hasta su participación en la CONAMUSA y en sus diversos

Comités Técnicos, en la elaboración del PEM y en el avance en la formulación de normativas y programas.

4.3.2. Derechos Humanos

La base legal de derechos humanos y contra la discriminación en el Perú es la siguiente:

Tabla 15

LEGISLACIÓN CONTRA EL ESTIGMA, LA DISCRIMINACIÓN y LA VIOLENCIA	
Constitución Política del Perú- Artículo 2- Inciso 2	Establece que Toda persona tiene derecho a la igualdad ante la ley. Nadie debe ser discriminado por motivo de origen, raza, sexo, idioma, religión, opinión, condición económica o de cualquier otra índole.
Ley 28044	Ley General de Educación. Señala como principios de la educación, la equidad, “que garantiza a todos iguales oportunidades de acceso, permanencia y trato en un sistema educativo de calidad”, y la inclusión que incorpora a todas las personas, “contribuyendo así a la eliminación de la pobreza, la exclusión y las desigualdades” (Artículo 8º, incisos b y c)
Artículo 323 del Código Penal	El que por sí o mediante terceros, discrimina por motivo racial, religioso, sexual, filiación, edad, discapacidad, idioma, identidad étnica y cultural, indumentaria, opinión política, o de cualquier índole, o condición económica, será reprimido con prisión de 2 a 3 años o de 60 a 120 jornadas de servicio comunitario. Si hubo actos de violencia física o mental o el culpable es funcionario público, la pena será de 2 a 4 años e inhabilitación.
Ley 26772 – Ley Contra Actos de Discriminación (1997)	Prohibición de discriminación en las ofertas de empleo y acceso a centros de formación con la finalidad de garantizar la igualdad de oportunidades o de trato.
Ley 27270. (2000)	Ley contra actos de discriminación. Incorpora el delito de discriminación al Código Penal contemplando sanciones de servicio a la comunidad y/o sanciones administrativas de multa.

Ley 27049	<i>"No es posible discriminar a los consumidores por ninguna razón en la adquisición de productos y prestación de servicios que se ofrecen en locales abiertos al público. Ningún local se puede "reservar el derecho de admisión".</i>
Expediente 2868-2004-AA/TC (2004)	Sentencia del Tribunal Constitucional. Se ratifica los principios de no-discriminación e igualdad ante la ley en el caso de las personas no-heterosexuales.
Ley 28237 (2004)	Código Procesal Constitucional. En cuanto al Proceso de Amparo, éste procede, entre otros, en defensa del siguiente derecho: De igualdad y de no ser discriminado por razón de origen, sexo, raza, orientación sexual , religión, opinión, condición económica, social, idioma, o de cualquier otra índole
Plan Nacional de Derechos Humanos (2005)	El Plan Nacional de Derechos Humanos 2006-2010, aprobado el 10 de Diciembre del 2005 ha establecido, en su Lineamiento Estratégico 4º, la implementación de políticas afirmativas a favor de los derechos de la población con mayor vulnerabilidad, las cuales permitan crear condiciones de trato igualitario y sin discriminación. Así mismo, en su Objetivo Estratégico 8vo determina la necesidad de <i>"garantizar los derechos de las personas con VIH/SIDA así como de las personas de distinta orientación sexual"</i> . ⁶⁶
Ley 28867 (2006)	Ley que modifica el Art. 323 del Código Penal – 2006 en materia de discriminación. Redefine y amplía el delito de discriminación, sancionando con pena privativa de libertad la comisión de este delito.
Decreto Supremo 019-TR-2006	Las conductas discriminatorias en el trabajo serán sancionadas como infracción muy grave.
Directiva 001-2006-VMGP/OTUPI	Garantiza la matrícula y permanencia en la escuela de las niñas y niños que viven con el VIH (VII, 7.7)
Decreto Supremo 017-2005-JUS (Ministerio de Justicia)	Aprueba Plan Nacional de Derechos Humanos 2006. Elaborado por el Consejo Nacional de Derechos Humanos.
Artículo 6° de la Ley CONTRASIDA	Las personas con VIH/SIDA pueden seguir laborando mientras estén aptas para desempeñar sus obligaciones. Es nulo el despido laboral cuando la causa es la discriminación por ser portador del VIH/SIDA.
Directiva 001-2006-VMGP/DITOE	Establece el desarrollo de la Campaña "Tengo Derecho al Buen Trato", que tiene como uno de sus componentes la prevención de todo tipo de discriminación, incluyendo la discriminación de niñas y niños que viven con el VIH (V, 4)
Artículo 13 de la Ley General de Salud	Toda persona tiene derecho a que se le extienda la certificación de su estado de Salud cuando lo considere conveniente. Ninguna autoridad pública podrá exigir a las personas la certificación de su estado de salud, carné sanitario, carné de salud o documento similar, como condición para el ejercicio de actividades profesionales, de producción, comercio o afines.
Decreto Supremo 017-2005-JUS	Aprueba Plan Nacional de Derechos Humanos 2006- 2010
Resolución Ministerial 0105-2006-ED	Autorizan desarrollo de la Campaña de Sensibilización y Promoción Tengo Derecho al Buen Trato. La norma tiene como finalidad la prevención del maltrato físico, psicológico, sexual y contra todo tipo de discriminación; y la Convivencia y Disciplina Escolar Democrática, las cuales deben estar integradas al quehacer

66 Ríos Mario. Análisis de la respuesta normativa para la prevención y atención de la población vulnerable (HSH, trans y TS) frente a las ITS y el VIH. CARE Perú-CONAMUSA- Fondo Global y MINSa. 2009

	educativo.
Resolución Ministerial 1452 - 2006 – IN (Ministerio del Interior)	Manual de derechos humanos aplicados a la función policial. El manual tiene como objetivo establecer procedimientos y técnicas de intervención policial en el marco del respeto a los Derechos Humanos.
Resolución Ministerial 141-2007/MINSA	Aprueban Guía Técnica de Atención Integral de Personas Afectadas por la Violencia basada en Género.
Ordenanzas Municipales y regionales contra la Discriminación	Municipalidad Provincial de Sullana (2008), Municipalidad de Abancay (2008); Región Arequipa, Región Junín, Región Apurímac, Región Ayacucho, Región Lambayeque y Región Callao. Municipalidad Provincial de Chiclayo, Huamanga, Huancayo, Chanchamayo, Sullana, Andahuaylas, Canchis, Urubamba, Municipalidad Provincial de Sullana, Municipalidad de Abancay, Municipalidad de Miraflores, Municipalidad de Jesús María.
	017-2008-CR-Apurímac. Busca promover políticas públicas para garantizar los derechos de las personas más vulnerables, enfrentando temas como la discriminación en el empleo, la salud y la educación.
	Ordenanza 365 contra la discriminación aprobada por la Municipalidad Provincial de Huancayo.
	Ordenanza Regional 001-2009-GR. Lambayeque./CR
	Ordenanza Regional 059 -2009-CR/GRC-Cusco. Declarar prioridad del Gobierno Regional del Cusco, el desarrollo de políticas de salud a favor de la promoción del ejercicio de la sexualidad saludable, del desarrollo de programas de prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual y del VIH y la detección temprana y el tratamiento de la población afectada por ITS y VIH. <i>“Que los principios de Yogyakarta aprobadas en Yogyakarta Indonesia del 6 al 9 de noviembre de 2006 acerca de los principios sobre la aplicación de la legislación internacional de los derechos humanos en relación a la orientación sexual y la identidad de género que fueran interpretados por especialistas en Derechos Humanos y que dan un marco para la protección de poblaciones vulnerables”</i>

Decreto Legislativo 728. Ley de Productividad y Competitividad Laboral. DECRETO SUPREMO 003-97-TR (1991)	La Ley de Fomento del empleo garantiza el acceso a los puestos de trabajo en igualdad de oportunidades. Así mismo, protege a los trabajadores y trabajadoras contra los actos de discriminación que se configuren como hostigamiento o despido.
Ley 28806. Decreto Supremo 019-2006-TR	Ley General de Inspección de Trabajo. Prohíbe las conductas discriminatorias en toda la relación laboral, señalando que constituyen una “infracción muy grave”
Ley 26772	Prohíbe la existencia de requisitos discriminatorios en las ofertas de empleo. Esta norma fue modificada por la Ley 27270, que define el concepto de discriminación como: “la anulación o alteración de la igualdad de oportunidades o trato (...) que impliquen un trato diferenciado basado en motivos de raza, sexo, religión, opinión, origen social, condición económica, estado civil, edad o de cualquier otra índole” ⁶⁷
Decreto Regional 010-2009 Gobierno Regional del Callao	Decreto Regional sobre derechos y responsabilidades en Salud de las Trabajadoras Sexuales del Callao. Reconoce los derechos humanos de las trabajadoras sexuales para la eliminación de toda discriminación, estigmatización, exclusión social y toda forma de violencia en su contra, así como fortalecer su dignidad, defender su libertad sexual, libertad al trabajo, prevenir, promover y atender el cuidado de su salud, promover la reconversión laboral y reconocerse como personas sujetas a obligaciones y derechos dentro de la sociedad. Además recomienda el acceso a la salud de todas las trabajadoras sexuales en los centros de salud para la salud integral.

A pesar de la amplia base legal que posee el país en materia de derechos humanos, el Perú es el único Estado de América que no ha firmado la Declaración sobre “Derechos Humanos, orientación sexual e identidad de género” respaldada por 66 países y leída el 18 de diciembre de 2008 en la Asamblea General de las Naciones Unidas celebrada en Nueva York.

No todas estas normas constituyen normas específicas dirigidas a la protección de los derechos, en específico de las poblaciones más afectadas por el VIH/sida (HSH, trans y TS). Un estudio sobre la normativa para la prevención y atención de la población vulnerable frente a las ITS y el VIH ha encontrado que aún las normas contra la discriminación, presentan problemas para expresar elementos como la orientación sexual o la identidad de género, invisibilizando a poblaciones que requieren, al igual que todas, el respeto a sus derechos humanos; salvo la última ordenanza regional que se ha promulgado en el Cusco, donde se expresa

67 Ardito Wilfredo. Ordenanzas contra la Discriminación. Pontificia Universidad Católica del Perú. Cuaderno de Trabajo No.13. Lima 2009.
<http://www.pucp.edu.pe/departamento/derecho/images/documentos/Cuaderno%2013.pdf>. Sitio visitado el 7/02/09

textualmente la orientación sexual y la identidad de género⁶⁸. El mismo documento reconoce que muchas de esas normas se han promulgado para cumplir con disposiciones de tratados y convenios internacionales que han sido firmados o ratificados por el país. Observándose, además, que, si bien el marco legal de derechos humanos y no discriminación en el país es vasto, existe una seria deficiencias en su implementación y puesta en práctica⁶⁹.

Ello, lamentablemente, contribuye a que no desaparezcan la violencia, el estigma y la discriminación, ni los constantes abusos hacia las personas que ejercen el trabajo sexual y de personas con diferente orientación sexual e identidad de género (gay, lesbianas, trans)⁷⁰. Todo esto impide el incremento del impacto de la respuesta al VIH/sida; ya que, en el país, la epidemia se encuentra concentrada en determinados grupos (gay, trans, otros HSH y TS) cuyos derechos todavía no son respetados. Por ejemplo, en el caso de las mujeres TS su condición de género las coloca en relaciones desiguales de poder. Un aspecto de la violencia que se ejerce sobre ellas proviene de la policía municipal (serenazgo), que en algunos casos actúa a través de la violencia física, psicológica y la extorsión. En el caso de la población trans experimentan múltiples formas de violencia, donde los episodios más graves son perpetrados por agentes del Estado, tanto de la policía como del serenazgo. En el caso de los gay se aprecia que experimentan formas de vulnerabilidad diferentes que provienen justamente de su orientación sexual que no es visible, y muchas veces se oculta en el espacio público⁷¹. Además, la homofobia y la negación de la identidad impiden, entre otras cosas, el acceso a los servicios de salud y con ello se disminuye la posibilidad de adoptar comportamientos preventivos y reducir su vulnerabilidad. Es necesario además que existan políticas de inclusión social para estas poblaciones que permitan el ejercicio pleno de su ciudadanía, el respeto mutuo bajo un pacto social que oriente a mejorar el acceso a la salud, la educación y las fuentes de trabajo productivo.

La Defensoría del Pueblo, por su parte, afirma que la garantía de los derechos humanos no solamente se refiere a la abstención de cualquier conducta que pueda impedir el ejercicio de los derechos humanos de un grupo determinado, sino también la obligación de desarrollar sistemas prestacionales de servicios, esto quiere decir *“realizar acciones positivas para posibilitar el acceso a ese goce y*

68 Ordenanza Regional 059 -2009-CR/GRC-Cuzco

69 Ríos Mario. Análisis de la respuesta normativa para la prevención y atención de la población vulnerable (HSH, trans y TS) frente a las ITS y el VIH. CARE Perú-CONAMUSA- Fondo Global y MINSa. 2009

70 Ximena Salazar. Diagnóstico de la Violencia contra trabajadores/as sexuales mujeres, transgéneros y varones y su vulnerabilidad frente al VIH/sida. CARE Perú- Fondo Global y MINSa. 2009

71 Cfr. Seguimiento a la Consulta Nacional Trabajo Sexual y Derechos Humanos en el Perú-2007

*ejercicio a quienes están desposeídos del derecho reconocido en la norma jurídica, en la medida en que se trata de un derecho universal*⁷².

En el caso de las personas que viven con VIH/sida el Tribunal Constitucional ha manifestado que *“(…) Únicamente mediante un tratamiento adecuado y continuo pueden reducirse las manifestaciones no solo físicas, sino psicológicas de la enfermedad, logrando que en muchos casos el normal desenvolvimiento de las actividades del paciente no se vea afectado en un lapso de tiempo mayor que en aquellos casos donde la asistencia médica es casi nula. Es en este último caso donde la dignidad, la libertad y la autonomía de la persona se ven afectadas a consecuencia del deterioro de la salud y riesgo de vida del paciente, tornando a estos individuos en una suerte de parias sociales, lo que de ninguna manera puede ser admitido desde el punto de vista constitucional*⁷³. Por lo tanto la problemática, de las PVVS y de las poblaciones afectadas por el VIH/sida debe ser abordada desde una perspectiva de derechos humanos en cada una de las políticas públicas que se promuevan en el país.

En este contexto, la Defensoría del Pueblo ha identificado, a partir de 2006, a la epidemia del VIH/Sida como uno de sus temas de atención prioritaria, a fin de promover la defensa y respeto de los derechos de las personas con VIH/Sida y de las poblaciones en situación de vulnerabilidad. A partir de esto, ha planteado cuatro objetivos institucionales:

- Consolidar la labor de la Defensoría del Pueblo en la protección de los derechos de las poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad (hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores y trabajadoras sexuales, población privada de libertad, y otros) y de las personas viviendo con VIH/Sida (PVVS).
- Objetivo 2: Contribuir a que las poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad y las PVVS accedan a servicios públicos esenciales de calidad.
- Objetivo 3: Contribuir a que las poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad y las PVVS accedan a los mecanismos de protección de derechos y administración de justicia.
- Objetivo 4: Contribuir a la reducción del estigma y la discriminación asociados al VIH/Sida.⁷⁴

72 Defensoría del Pueblo. Fortaleciendo la respuesta frente a la epidemia del VIH/Sida: Supervisión de los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH/Sida. Informe Defensorial 143. Lima 2009

73 Tribunal constitucional Fundamento SD..20. Citado en: Op. cit. Defensoría del Pueblo

74 Cfr. Defensoría del Pueblo. Fortaleciendo la respuesta frente a la epidemia del VIH/Sida: Supervisión de los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH/Sida. Informe Defensorial 143. Lima 2009

Seguidamente se presenta los resultados correspondientes a los esfuerzos por cumplir las políticas, las leyes y reglamentaciones existentes el punto de vista de los Organismos no Gubernamentales y la Sociedad Civil; así como también los esfuerzos por promover y proteger los derechos humanos:

Tabla 17

Indicador	Fuente	2006		2008		2010		Observaciones
		Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	En relación a 2008
Promedio de calificación acerca del esfuerzo por hacer cumplir las políticas, las leyes y reglamentaciones existentes	Encuesta ICPN – Organismos no gubernamentales y sociedad civil	2.7	27	4	40	4.1	41	Nivel de incremento 1%

En referencia al ICPN el puntaje otorgado por los organismos no gubernamentales, los organismos bilaterales, de Naciones Unidas y las Poblaciones afectadas y vulnerables, se ha mantenido igual (**4.1**), con relación al año 2008 (**4**), en relación al indicador **Promedio de calificación acerca del esfuerzo por hacer cumplir las políticas, las leyes y reglamentaciones existentes.**

Tabla 18

Indicador	Fuente	2006		2008		2010		Observaciones
		Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	En relación a 2008
Promedio de calificación acerca de las políticas, leyes y reglamentaciones establecidas para promover y proteger los derechos humanos en relación con el VIH/sida	Encuesta ICPN Organismos no gubernamentales y sociedad civil	3.3	33	5.6	56	4.6	46	Nivel de descenso 1%

En relación al indicador **Promedio de calificación acerca de las políticas, leyes y reglamentaciones establecidas para promover y proteger los derechos humanos** en relación con el VIH/sida, éste ha descendido (**4.6**) en relación al 2008 (**5.6**). Los/las entrevistados/as expresaron que, si bien el país tiene una legislación específica sobre el VIH/SIDA (ley 26626) que contempla el derecho de las PVVS a la atención integral (Art.7) y al trabajo (Art.6), ésta no responde directamente y de manera clara a un marco de derechos humanos. Es así que la legislación no contempla explícitamente la garantía del respeto de los derechos humanos con la finalidad de evitar la discriminación y el estigma vinculados con la epidemia. Se presenta, como tendencia de opinión, que las leyes existen, pero éstas no se

implementan o no se cumplen, un ejemplo de ello lo constituye el Plan Nacional de Derechos Humanos. Los/las entrevistados resaltan también el avance que se ha dado en las regiones, en relación a la normatividad nacional para la reducción del estigma y la discriminación; sin embargo todavía se presentan olvidos importantes como son los pueblos indígenas. Por otra parte se piensa que tampoco se está considerando factores como la violencia estructural hacia las poblaciones más vulnerables al VIH/sida. Igualmente hay, todavía, un vacío legal con respecto al trabajo sexual, al derecho de los jóvenes y adolescentes a la salud sexual y reproductiva. Por lo tanto se identifican como principales obstáculos en términos de políticas y derechos humanos: a) el acceso a la salud sexual de los jóvenes, b) el acceso a la salud y la prevención del VIH en otras poblaciones como poblaciones indígenas y población privada de libertad, c) la reducida operativización de la legislación ya existente con respecto a los Derechos Humanos, d) la carencia de legislación específica sobre Derechos Humanos y no discriminación a las poblaciones vulnerables (gay, trans y trabajadoras sexuales), tomando en cuenta explícitamente el tema de orientación sexual e identidad de género.

4.4. AVANCES DEL PROGRAMA NACIONAL

4.4.1. Prevención

4.4.1.1. Bancos de Sangre

Tabla 19

No.	Indicador	Fuente	2006		2008		2010	
			N	%	N	%	N	%
3	Porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada	PRONAHEBAS (datos de 2008)	135979/ 135979	100%	178,017 unid/177, 297 unid	Proxy: 99.6%	171,957/ 195,771	87.85%

Se observa una reducción del porcentaje de sangre donada que cumple los criterios de calidad, respecto al informe anterior. Este hecho, podría deberse a que en esta oportunidad se ha dispuesto de mayor información, que ha permitido la aplicación rigurosa de los criterios de sangre de calidad asegurada hasta el nivel de las unidades hemodadoras (tipo I y tipo II).

Esto implica que el país debe continuar haciendo esfuerzos para mejorar la calidad de la sangre donada a nivel nacional, considerando los criterios propuestos por ONUSIDA que presentamos a continuación.

Tabla 20

Formato UNGASS 2010	Todos
Porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada.	87.83%
Número de unidades de sangre donada a analizada para la detección con VIH con criterios de calidad asegurada. A los efectos de la recopilación de datos, el cribado sistemático con criterios de calidad asegurada se define como aquel que se efectúe en centros hematológicos/laboratorios de cribado sistemático de la sangre que: (i) siguen procedimientos operativos de referencia documentados y (ii) participan en un plan de control de calidad externo (CCE).	171,957
Número de unidades de sangre donadas sometidas a pruebas de detección del VIH, utilizando procedimientos operativos normalizados contrastados.	171,957
Número de unidades de sangre donadas sometidas a pruebas de detección del VIH, en laboratorios que participan en un esquema EQA (según formato UNAIDS)	174,268
Número total de unidades de sangre donada.	195,771

El PRONAHEBAS fue creado en el año 1995, en base a la ley 26454⁷⁵ que declara de orden público e interés nacional la obtención, donación, conservación, transfusión y suministro de sangre humana, además de invocar los problemas de seguridad, oportunidad y calidad de los productos sanguíneos que se mencionan en su reglamento. Esta ley, sus disposiciones y su reglamento deben ser observados estrictamente por todos los establecimientos públicos y privados; los cuales son supervisados y fiscalizados por este organismo, el cual tiene la facultad de sancionar a aquellas instituciones que cometan infracciones a la ley y su reglamento.

El PRONAHEBAS ha diseñado las siguientes políticas en su documento técnico “Lineamientos de Política del PRONAHEBAS” a través de su Resolución Ministerial 628-2006/MINSA:

- El Plan Nacional de Donación Voluntaria de Sangre
- Hemovigilancia serológica y Control de VIH transfusional y otros
- Registro, Autorización Sanitaria y Uso de Sello Nacional de Calidad de Sangre.
- Plan Maestro de Regionalización de Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre.

⁷⁵ La información correspondiente al PRONAHEBAS ha sido recogida de la siguiente fuente:
<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2006/pronahebas/centros.asp>. Sitio visitado 25-02-2010

En la actualidad los Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre se encuentran divididos en Centros de tipo I, con mejor capacidad resolutive y menor nivel de complejidad y Centros de Tipo II, con mayor capacidad resolutive y mayor nivel de complejidad.

Los de Tipo I reciben, almacenan y transfunden sangre y/o hemo-componentes, provenientes de un Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre Tipo II o un Hemocentro. Conjuntamente con los de tipo II promueven y participan en la promoción de la donación voluntaria, repetitiva y fidelizada de sangre, concerniéndole asimismo, ejecutar las pruebas inmuno-hematológicas pertinentes. Dependen técnica y administrativamente de instituciones médicas o asistenciales, públicas o privadas. Aquellos de tipo II, los de Tipo II, son los servicios de mayor complejidad y capacidad resolutive. Allí se realiza la identificación y entrevista del postulante; la selección, examen físico y la realización de las pruebas inmuno-hematológicas del donante; la extracción, fraccionamiento, tamizaje, control, conservación, transfusión y transferencia de unidades de sangre y hemocomponentes. Además proveen de unidades de sangre tamizadas con el Sello de Calidad del PRONAHEBAS a los Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre Tipo I en el marco de un convenio de partes.

Actualmente el PRONAHEBAS tiene registrados 172 Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre a nivel nacional, los mismos que por instituciones, se distribuyen de la siguiente manera:

**Tabla 21: Total de Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre registrados
Por institución, número y porcentaje
Perú – Noviembre 2005**

Institución	Cantidad	Porcentaje %
Ministerio de Salud	95	55
Seguridad Social	34	20
Sector Privado	38	22
Fuerzas Armadas y Policiales	5	3
Fuente: PRONAHEBAS-MINSA-PERÚ		

De los 172 servicios, 100 de ellos están ubicados en las diferentes regiones del país, mientras que Lima y Callao acoge a los 72 restantes; 84 de ellos, tienen la categoría de Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre Tipo I, y 88 corresponden al Tipo II.

**Tabla 22: Total de Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre registrados
Por ubicación, categoría, número y porcentaje
Perú – Noviembre 2005**

Institución	Cantidad		Cantidad	Porcentaje %
	Tipo I	Tipo II		
Lima - Callao	35	37	72	42
Regiones	49	51	100	58
Total	84	88	172	100

Fuente: PRONAHEBAS-MINSA-PERÚ

Hasta el informe anterior, el PRONAHEBAS no contaba con la información completa sobre el control de calidad aplicado a los establecimientos de tipo II. Habiéndose producido casos aislados de infección por VIH relacionados a procedimientos de transfusión sanguínea⁷⁶; en el año 2007 mediante Decreto Supremo (009-2007-SA) se declaró en emergencia a nivel nacional la red de Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre públicos y privados, con la finalidad de garantizar la adecuada provisión de sangre y/o sus componentes derivados en los establecimientos de salud, en términos de seguridad y oportunidad, creándose el “Sistema Nacional de Provisión de Sangre Segura. Mediante la Resolución Ministerial 788-2007/MINSA, se dispuso la conformación de cuatro equipos de supervisión e intervención, encargados de evaluar el funcionamiento de los Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre y derivados a nivel nacional. En coordinación con el Instituto Nacional de Salud, se consideró necesario incrementar el número de Equipos de Supervisión e Intervención, para lo cual se emitió la R.M. 923-2007/MINSA.

Debemos resaltar, además, que se tiene valores bajos de transmisión sanguínea del VIH entre los casos de SIDA reportados, consecuencia de la oportuna decisión de obligar al tamizaje de todas las bolsas de sangre usadas para transfusiones. En el anexo 8 se puede apreciar la relación de centros hemodadores tipo I y tipo II, con la información correspondiente sobre la existencia de procedimientos operativos normalizados, planes de control de calidad y alcance de los criterios de calidad en el manejo de las bolsas de sangre que cada uno de estos centros maneja.

⁷⁶ Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS. Perú. Periodo 2006-2007

4.4.1.2. Prevención de la Transmisión Materno infantil

Tabla 23

No.	Indicador	Fuente	2006		2008		2010	
			N	%	N	%	N	%
5	Porcentaje de embarazadas seropositivas que recibe fármacos antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión materno infantil	ESNITSS – Enero-Diciembre 2009. Estimaciones SPECTRUM	161/339	47.7%	365/872	Proxy: 41.8%	550/982	56.0%

La estimación de gestantes infectadas que da Spectrum para los años 2008 y 2009 es de 953 y 982 respectivamente. La estimación se ha elaborado utilizando la prevalencia encontrada por la vigilancia centinela (DGE-MINSA 2008), y las gestantes estimadas por el INEI para el año 2009: 693,347 Gestantes (INEI 2009) x 0.23 = 1594 gestantes infectadas estimadas directamente (no considera las diferencias de prevalencias en las diferentes regiones naturales del país). Utilizando el Spectrum la estimación resultante es de 982 gestantes infectadas.

Respecto al 2007, en el año 2008 hay un incremento en 14.9% puntos porcentuales en la aplicación de ARV a las gestantes. Del año 2008 al 2009 hay un incremento de 2 puntos porcentuales. Aun así todavía habría 44% de gestantes infectadas que no tienen acceso a este tratamiento. En este informe no se ha analizado los tipos de tratamiento ARV, pues la información no es completa. Tampoco se está considerando la adherencia. Todo esto indica, que el país debe hacer esfuerzos para incrementar la cobertura de prevención de la transmisión vertical con ARV y mejorar los sistemas de información.

Los resultados de la Vigilancia Epidemiológica llevada a cabo por la DGE muestran también una prevalencia de 0.23% en el grupo de gestantes para el año 2006. A lo largo de la segunda ronda de los proyectos del Fondo Mundial (2004-2008), dos estudios de vigilancia epidemiológica en gestantes han demostrado resultados similares que se encuentran por debajo del 1%. En los datos recolectados en las Hojas de Monitorización (HM) de los años 2006 y 2007, la cifra se encuentra igualmente por debajo del 0.5%. Estas cifras sugieren, entonces, una estabilización de la prevalencia en este grupo poblacional.

Para los “niños expuestos”, hijos de mujeres VIH positivas, la norma vigente establece el examen de ELISA a los 18 meses de nacido como prueba estándar para

demostrar la seroreversión; es decir, tener un resultado ELISA para VIH positivo obtenido al momento de nacer y obtener un resultado ELISA para VIH negativo luego de 18 meses. Este período determina que el diagnóstico se debe hacer en base a un seguimiento (medición longitudinal) de cada niño expuesto que usualmente se realiza en los controles de atención pediátrica. En los datos de la cohorte del Instituto Materno Perinatal con 54 niños en el año 2006, 3 (5.5%) permanecieron seropositivos, luego de los 18 meses. Sin embargo estos datos no pueden ser extrapolados a nivel nacional⁷⁷

La segunda Ronda de proyectos del Fondo Mundial implementó la aplicación de pruebas rápidas para el tamizaje de gestantes sin Control Prenatal y de profilaxis antirretroviral en el momento del parto para estas mismas gestantes⁷⁸, así como la pronta provisión de terapia antirretroviral para madres y sus hijos. Las usuarias entrevistadas para la evaluación final, valoraban la prueba y estaban de acuerdo con su obligatoriedad, principalmente por la protección a sus futuros hijos.

Los datos de cobertura para la prevención de la transmisión vertical de 6ta Ronda de los Proyectos del Fondo Mundial son los siguientes:

- Objetivo 3: *“Escalamiento en la implementación de la estrategia de prevención de la Transmisión Vertical del VIH que alcanza el 80% de centros de atención materna del país”.*
 - ✓ Número de mujeres entre 15 y 49 años que reciben consejería y test rápido en servicios de salud reproductiva: **853,005 como total nacional**
 - ✓ Número y Porcentaje de gestantes que reciben consejería y prueba rápida para el tamizaje de VIH: **488,169 como total nacional**
 - ✓ Número de gestantes VIH que reciben profilaxis para la prevención de la transmisión vertical: **506 como total nacional**
 - ✓ Número y Porcentaje de centros de atención materna con la estrategia de prevención de la transmisión vertical
 - ✓ Implementada: **225 como total nacional**⁷⁹

77 Evaluación final del Componente VIH/sida del Programa “Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú. CARE PERÚ- CONAMUSA, 2009

78 Op.cit

79 Informe 2do año 6ta ronda setiembre 2008 – Octubre 2009.

<http://www.care.org.pe/Websites/FondoMundial/PlanesNacionales/informesAnuales.html>, sitio visitado el 04/03/2010

4.4.1.3. Poblaciones más expuestas al VIH

Tabla 24

No.	Indicador	Fuente	2006		2008		2010	
			N	%	N	%	N	%
8	Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	ENDES 2008 Mujeres, ENDES 2008 Varones (INEI)	HSH-1857/3228	HSH-57.5%	HSH-843/4090	HSH:20.6%	11/20 (Mujeres)	55.0%
			PPL-1483/8600	PPL-17.2%	<25:16.5% 25:494/1977	<25:16.5% >25:24.9% TS: 54.3%		
9	Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegaron los programas de prevención del VIH		HSH-2151/3280 TS-22051/56000	HSH-65.5% HSH-18% (condón) TS-39.3% TS-16.7%(condón)	HSH – 2274/4168 <25:895/2170 >25:958/1998	HSH:44.5% <25:41.2% >25:47.5% TS 80.3% <25:77.3% >25:90.6% indicadores proxy	SD	SD

El indicador 8 tiene dificultades para su interpretación. Por un lado, la definición de “población más expuesta” no está claramente definida. En los diferentes informes UNGASS se ha trabajado con diferentes poblaciones (PPL, HSH de vigilancia, diferentes ciudades). Analizando la información de las ENDES, las trabajadoras sexuales tendrían una práctica más difundida de realización de pruebas diagnósticas que los HSH. Llama la atención que los jóvenes de 15 a 24 años, tanto en varones como en mujeres más expuestos, reporten menor frecuencia de realización de pruebas diagnósticas. Si se preguntara por la realización de alguna prueba los últimos 12 meses, se esperaría que el resultado de este indicador fuera menor al encontrado (menor a 55.0%).

Los hallazgos del estudio de vigilancia centinela de la Dirección General de Epidemiología en HSH de alto riesgo realizado en 4227 personas en Lima, Ica, Trujillo, Chiclayo, Sullana, Arequipa, Huancayo, Iquitos y Tarapoto, arrojaron una prevalencia general de 12%. Ya hemos dicho, sin embargo que la categoría de HSH agrupa diferentes sub poblaciones que muestran marcadas diferencias entre si, como por ejemplo la población trans. Con respecto a esta última población, el único dato publicado con el cual se cuenta hasta el momento proviene de un estudio en Lima Metropolitana entre la población gay, transgénero y bisexual, que dio como

resultado que el 33% de las personas trans había contraído VIH⁸⁰. Por su parte, un estudio reciente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en conjunto con la Red-Trans Perú ha dado como resultado en Lima Metropolitana una prevalencia de casi 30%⁸¹.

Por otro lado, la información de la Hoja de Monitorización brindada por la ESNITSS para el año 2007, presenta un estimado de infección por VIH en HSH de 5%. aunque esta información corresponde solamente a un pequeño sector de HSH que accede a los servicios de salud oficiales (menos del 5% del total de HSH según estimados de los Programas del Fondo Mundial). Queda claro, sin embargo, que es necesario contar con estimados de Vigilancia Centinela más recientes⁸².

Dos estudios realizados en barrios de sectores socio-económicos bajos de Lima, Trujillo y Chiclayo refuerzan estos hallazgos. El primero de ellos provino de una encuesta probabilística de viviendas, y el segundo de individuos reclutados de espacios públicos de socialización (bares, esquinas, campos deportivos, peluquerías). Las prevalencias de las infecciones por VIH, HSV-2 y sífilis fueron sustancialmente mayores entre los HSH, que entre las mujeres y hombres que no reportaban sexo con otros hombres⁸³. También se vio que entre varones jóvenes pobres, al menos 14% de ellos tuvieron relaciones sexuales con otros hombres en los últimos 6 meses, de éstos el 86% tuvo parejas mujeres en el mismo periodo. La mayoría de los encuentros sexuales con sus parejas masculinas y femeninas no tuvieron protección, en 56.9% y 84.2%, respectivamente⁸⁴.

Con respecto al **indicador 9**, tomando en cuenta que se trata de una muestra no probabilística, por lo que no se puede realizar inferencia de los resultados al resto de la población HSH o TS del país o de las regiones entrevistadas, el informe de la medición de línea de base de la VI Ronda del Fondo Mundial para el componente VIH, preparado por el equipo consultor liderado por el Dr. Jorge Sánchez en noviembre de 2008, reporta que, para los 140 HSH y 140 TS, aproximadamente 3/4 partes de los entrevistados HSH o TS se ha realizado prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce su resultado, o lograron atenderse en programas de prevención.

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

81 Silva Santisteban Alfonso et al. Diagnóstico de necesidades sociales y de salud de la población trans en el Perú. AMFAR. Informe de investigación no publicado, 2009

82 Cáceres et. al. Informe 4ta medición de Segunda Ronda del Fondo Mundial. Programa "Fortalecimiento de la Prevención y Control del Sida y la Tuberculosis.. CARE-CONAMUSA. Informe no publicado, 2007.

83 Cáceres et al. Estimating the number of men who have sex with men in low and middle income countries. *Sex Transmitted Infections*. 2006; 82; 3-9

84 Konda et al. High rates of sex with men among high-risk, heterosexually-identified men in low income, coastal Peru. *AIDS Behav* DOI 10.1007/s10461-007-9221-z, 2005

Es decir, 72% de HSH y 84% de TS reportó haberse realizado prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce su resultado, y el 70% de HSH y el 84% de TS, logró atenderse en un programa de prevención.

En un estudio realizado por la Unidad de Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano de la Universidad Peruana Cayetano Heredia⁸⁵, la mayor parte de las TS encuestadas reporta asistir a su AMP en forma mensual (más del 80% en Lima-Callao y Chimbote y alrededor del 76% en Iquitos).

Tabla 25: Frecuencia con la que acuden las TS a la AMP según dominio (%)

	Dominio			Total
	Lima-Callao	Chimbote	Iquitos	
Cada mes	332 85.6%	150 83.8%	151 76.3%	633 82.7%
Cada seis meses	39 10.1%	24 13.4%	8 4.0%	71 9.3%
Cada año	8 2.1%	2 1.1%	5 2.5%	15 2.0%
No asiste a la AMP	9 2.3%	3 1.7%	34 17.2%	46 6.0%
Total	388 100.0%	179 100.0%	198 100.0%	765 100.0%

Es importante resaltar es que el 34% en Lima-Callao, 22% en Chimbote y 57% en Iquitos, lo hizo por consejo de una promotora educadora de pares. La principal razón atribuida para asistir a la AMP es *“la importancia de mantenerse saludable”*, alrededor del 80% de las TS tanto en Chimbote como en Iquitos y el 67% de las TS de Lima-Callao se manifestaron en este sentido. Casi la totalidad de las TS encuestadas se realizaron la prueba, sólo un 8% en Iquitos no se sometió a la prueba. Asimismo se resalta que, independientemente del ámbito, alrededor del 70% de las TS se han realizado el examen hace menos de 1 año. Entre aquellas que se hicieron la prueba del VIH, 94% en Lima-Callao, el 98% en Chimbote y el 99.5% en Iquitos, recogieron los resultados de su último examen.

Un estudio de mapeo de TS trans en Arequipa, Huancayo, Piura, Pucallpa⁸⁶, reporta frecuencia de uso de los servicios de AMP cada 6 meses (34.5% en Arequipa, 20.7% en Huancayo, 57.2% en Piura, 20% en Pucallpa). Los datos indican, además, que esta población se ha realizado un control de infección por VIH en el último año. Por su parte, este mismo mapeo indica que las TS mujeres en su mayoría acude cada mes al servicio de AMP (50% en Arequipa, 79.7% en Huancayo, 69.6% en Piura y 81.8% en Pucallpa) de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud.

85 Unidad de Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano. Empoderamiento de las Mujeres Trabajadoras Sexuales en el Perú y Prevención del VIH y sida: Estudio de Impacto Estratégico. CARE Perú, 2009.

86 Ximena Salazar y Alfonso Silva Santisteban. Informe Final de Mapeo y Encuesta Socio Demográfica de Trabajo Sexual en Cuatro Ciudades del Perú. IESSDH-UPCH/ UNFPA, 2009

Dentro de los datos de cobertura cabe destacar al Proyecto SOMOS⁸⁷, el cual tuvo como objetivo “*mejorar el acceso de HSH a los servicios de prevención, diagnóstico y soporte en VIH en las 3 regiones con mayor prevalencia de VIH en el Perú (Lima, Callao e Ica)*”. Este proyecto acaba de concluir y sus coberturas fueron las siguientes:

- Mediante 2 unidades móviles y 1 unidad fija de Asesoría de Pruebas Voluntarias (APV), 7015 HSH accedieron a consejería y pruebas gratuitas de VIH y sífilis
- Se identificó **656 personas HSH con una prueba reactiva a VIH**. Estas personas recibieron acompañamiento, soporte y orientación por voluntarios, a fin de confirmar el diagnóstico y acceder al programa TARGA. **460 HSH con resultado reactivo aceptó recibir acompañamiento**. De éstos **421 confirmaron el diagnóstico de VIH** y **383 accedieron al Programa TARGA para una primera evaluación integral**.
- A través del fortalecimiento de establecimientos de salud y organizaciones comunitarias para garantizar la sostenibilidad del mejoramiento de acceso a la salud disminuir estigma-discriminación, los establecimiento duplicaron el número de pruebas que realizaron (6448/3060) en el periodo octubre 2008-septiembre 2009. Importante de especificar es que 30% de la población atendida por el proyecto se identifica como heterosexual, sin embargo tiene prácticas homosexuales.

Por su lado el Fondo Mundial en sus proyectos de 6ta Ronda reportan las siguientes coberturas:

- OBJETIVO 1: “*Prevención De la Transmisión de VIH e ITS a través de la reducción de los casos nuevos de VIH e ITS en poblaciones vulnerables: HSH y TS*”
 - ✓ Número de HSH alcanzados por actividades de CCC: **56,541 como total nacional**
 - ✓ Número de TS alcanzadas por actividades de CCC: **51,796 como total nacional**
 - ✓ Número de condones distribuidos: **75,888,454** incluyendo los condones entregados por la ESSyR⁸⁸

87 Resumen Ejecutivo Proyecto SOMOS 2009

88 (informe 2do año 6ta ronda setiembre 2008 – Octubre 2009).

<http://www.care.org.pe/Websites/FondoMundial/PlanesNacionales/informesAnuales.html> . Sitio visitado el 2 de marzo de 2009

4.4.1.4. Otras poblaciones de interés para la Respuesta Nacional

a) Indígenas

En la actualidad las poblaciones indígenas se encuentran experimentando cambios en su equilibrio demográfico y desplazamientos en el territorio, ocasionados por las presiones económicas sobre sus recursos naturales; ello ha conducido a una pérdida de calidad de vida y por ende a una extrema vulnerabilidad, que se refleja en el deterioro de su estado de salud⁸⁹. En tanto las comunidades indígenas han comenzado a tomar contacto con otras poblaciones y territorios donde el VIH/SIDA está presente, sus patrones de intercambio sexual están cambiando. Aunque los casos todavía no son numerosos y no existe información suficiente con respecto a las prevalencias de VIH y otras infecciones de transmisión sexual en poblaciones indígenas⁹⁰, es necesario tomar en cuenta estos casos para la prevención, debido a su riesgo de expansión. La Defensoría del Pueblo⁹¹ ha reportado que en el año 2004, el consejo Matziguenka del Río Urubamba denunció ante la oficina defensorial del Cuzco, casos que demostraban el incremento de ITS. La Oficina General de Epidemiología⁹², ha especificado que se advierte la presencia del VIH/SIDA en poblaciones indígenas de la Amazonía y que proviene de centros urbanos. De la misma manera un estudio de esta misma institución en la Etnia Shipibo-Conibo identificó una alta incidencia de enfermedades del aparato genital femenino, incluyendo ITS, menciona además, que se trata de una situación nueva de muy poco conocimiento en la región. Por su parte la Dirección Regional de Loreto ha referido que en 2005 se produjeron tres casos de VIH en Alto Amazonas entre los nativos⁹³. Un estudio reciente realizado en la Comunidad Chayahuita⁹⁴ reportó 6 casos positivos a VIH y 5 casos de sífilis entre los 80 adultos analizados. Un estudio realizado por la Dirección General de Epidemiología en 2006⁹⁵ menciona que una línea basal realizada en 1996 halló casos de sífilis. Otro estudio realizado por la DGE

89 Oficina General de Epidemiología. *Análisis de la situación de los pueblos indígenas de la Amazonía Peruana*. Serie Análisis de la Situación de Salud y Tendencias, OGE/MINSA, Lima, 2003

90 Carol Zavaleta et. Al. Short report: high prevalence of HIV and syphilis in a remote native community of the Peruvian Amazon. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 76(4), 2007, pp. 703–705, 2007

91 Defensoría del Pueblo. *La salud de las comunidades nativas. Un reto para el Estado*. Informe defensorial 134. Programa de Comunidades Nativas, adjuntía para los servicios públicos y el Medio Ambiente. 2008

92 Oficina General de Epidemiología. *Análisis de la situación de los pueblos indígenas de la Amazonía Peruana*. Serie Análisis de la Situación de Salud y Tendencias, OGE/MINSA, Lima, 2003

93 El Comercio <http://www.elcomercio.com.pe/ediciononline/HTML/2008-04-09/realizan-piloto-intervencion-intercultural-comunidades-indigenas.html> (Sitio visitado en agosto 2008)

94 Carol Zavaleta et. Al. Short report: high prevalence of HIV and syphilis in a remote native community of the Peruvian Amazon. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 76(4), 2007, pp. 703–705, 2007

95 Dirección General de Epidemiología. *Análisis de situación de salud del Pueblo Achuar*: Serie Análisis de Situación de Salud y Tendencias No.018; Ministerio de Salud del Perú, 2006.

en 2006⁹⁶, halló que fueron identificados de manera sindrómica, en la población Achuar del distrito de Trompeteros, 13 casos de Síndromes de flujo Vaginal en el control a 43 gestantes; además se identificó 1 caso de sífilis en una gestante adolescente. El estudio PREVEN (2007)⁹⁷ implementado por la Universidad Peruana Cayetano Heredia revela la existencia de datos alarmantes en la población Shipiba (Ucayali), respecto de las ITS: 0,9% de prevalencia de VIH en los hombres de esas comunidades, 10,5% en hombres y 3,8% en mujeres de prevalencia de sífilis, 17,4% en mujeres y 15,1% en hombres de prevalencia de Chlamydia y 1,9% en hombres y 3,7% en mujeres de prevalencia de gonorrea. Finalmente, es importante tomar en cuenta la hiperendemicidad de los pueblos indígenas de la Amazonía peruana hacia la hepatitis viral B y la hepatitis Delta, aunque sus factores de riesgo no sean únicamente los de contacto sexual⁹⁸.

Es necesario puntualizar que el tema relacionado a los roles de género en las comunidades indígenas es fundamental para entender un aspecto de la aparición de las ITS y el VIH/SIDA en las comunidades indígenas de la Amazonía. En primer lugar, el hecho de que los roles estén estrictamente diferenciados por género, en segundo lugar el hecho de que los varones sean los que más se ausentan de las comunidades hacia centros urbanos, mientras que las mujeres permanecen en ellas. En un estudio, se ha encontrado que en algunos grupos indígenas, como los Chayahuitas se producen comportamientos sexuales entre hombres lo que acrecentaría su riesgo de transmisión⁹⁹.

Hasta el momento se evidencia que la respuesta al VIH/sida en poblaciones indígenas se encuentra en una etapa inicial. Principalmente porque este tema no es considerado una prioridad. Es importante resaltar que el sistema aún no se encuentra preparado para incorporar a las personas indígenas viviendo con VIH al TARGA, porque éste, a pesar de que es gratuito, todavía tiene algunos exámenes que representan un costo para la persona afectada y por la distancia geográfica, la cual jugaría en contra de una adherencia al tratamiento.

96 Dirección General de Epidemiología (2006). *Análisis de situación de salud del Pueblo Achuar*: Serie Análisis de Situación de Salud y Tendencias No.018; Ministerio de Salud del Perú.

97 Estudio PREVEN Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2007

98 César Cabezas S., Magna Suárez J., Giovana Romero C., Carlos Carrillo, María García, Juan Reátegui, Félix Vallenás G., Luis Torres T (2006). *Hiperendemicidad de Hepatitis Viral b y delta en Pueblos Indígenas de la Amazonía Peruana*. Rev. Peru. Med Exp Salud Pública 23(2) 2006

99 Carol Zavaleta et. Al. Short report: high prevalence of HIV and syphilis in a remote native community of the Peruvian Amazon. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 76(4), 2007, pp. 703–705, 2007

b) Población privada de Libertad

La 4ta medición de la segunda ronda observa un incremento sustancial en la proporción de PPL con conocimientos de prevención del VIH/sida. No obstante, a través de una encuesta rápida, se demuestra que, de 512 PPL un 35.2% usó preservativo en su última relación sexual, frente a un 64.8% que no lo utilizó, lo cual demuestra un conocimiento sólido de las formas de prevención, mas no el uso consistente del condón¹⁰⁰. Esta población ha demostrado tener conductas de riesgo bastante elevadas y mayores prevalencias que la población general (entre 2 y 3%), generando vulnerabilidad en sus parejas femeninas con quienes se relacionan durante las visitas conyugales¹⁰¹

La Evaluación Final del Componente VIH/SIDA de la Segunda Ronda del Fondo Mundial reporta, a través de una encuesta ad hoc el siguiente indicador:

- Proporción de PPL que usó preservativo en la última relación sexual: **32.2%**
=360 (IC 95%: 27.4% - 37.0%)

100 Cáceres et. al. Informe 4ta medición de Segunda Ronda del Fondo Mundial. Programa "Fortalecimiento de la Prevención y Control del Sida y la Tuberculosis.. CARE-CONAMUSA. Informe no publicado, 2007

101 Cáceres et al. Nuevas Evidencias para las políticas y programas de salud en VIH/sida e infecciones de transmisión sexual en el Perú. USSDH – UPCH 2007

4.4.1.5. Población General

Tabla 26

No.	Indicador	Fuente	2006		2008		2010	
			N	%	N	%	N	%
7	Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	ENDES 2008 Mujeres, ENDES 2008 Varones (INEI)	-	SD		SD	3,790/ 12,742 (Mujeres)	29.74% (Mujeres) (Proxy)
							302/ 5648 (Varones)	5.35% (Varones)
11	Porcentaje de escuelas que impartió educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último año académico		165/6512	2.5%	339/7389	4.5% indicador proxy	SD	SD

Este indicador tiene dificultades para su interpretación. Por un lado, la proporción de personas que se realiza la prueba y conoce su resultado no es un buen indicador del tamizaje para VIH; para obtener esta información existen otras fuentes más confiables. Si se trata de conocer la proporción de personas que habiéndose hecho la prueba conoce su resultado, el denominador solicitado no es el adecuado, pues se incluye a todos los encuestados, incluso a los que nunca han oído hablar del VIH o el SIDA. Aun así, se observa una importante diferencia entre hombres y mujeres, que corresponde al mayor esfuerzo que se ha hecho por tamizar a mujeres en edad reproductiva.

Con respecto al **indicador 11**, el cual no se ha reportado, el Informe de la medición de línea de base del Programa de VI Ronda, Componente VIH (indicador # 40), preparado por equipo consultor liderado por el Dr. Jorge Sánchez, indica que 921 profesores de un total de 1039 profesores de los colegios encuestados, tiene una actitud de aceptación media o alta a niños y niñas viviendo con VIH/SIDA. Es decir que un 88% de los profesores encuestados reporta al menos un nivel de aceptación cuantificado como medio o alto hacia las PVVS menores de edad, donde aceptación media = 60 a 80%. Y aceptación alta = a 80% a más. Cabe resaltar, sin embargo, que no corresponde exactamente a lo que se solicita, pero nos puede dar una idea de cuál es el posicionamiento de las escuelas, por lo menos aquellas que están ligadas a los programas del Fondo Mundial, sobre el VIH. El muestreo fue probabilístico, y

el estudio es, metodológicamente, comparable a la línea de base de V Ronda e incluso con mayor cobertura geográfica. Los resultados pueden ser generalizables a los profesores de estas regiones. Se consideran las respuestas de tipo “solidario” e “inclusivo” con “puntajes” de aceptación iguales o mayores al 60%.

Por su lado el Informe anual de Sexta Ronda del Fondo Mundial del período setiembre 2008 – octubre 2009 reporta a nivel nacional:

- **186,530** adolescentes que han recibido información sobre Salud Sexual y Reproductiva y prevención de ITS y VIH / SIDA
- **273** escuelas que cuentan con profesores capacitados y Promotores Educadores de Pares¹⁰²

Cabe destacar, también, las intervenciones hacia la población adolescente, mencionadas por el estudio de Ascate¹⁰³:

“Armonización de Políticas Públicas para la Educación Sexual y la Prevención del VIH-SIDA y Drogas en el Ámbito Escolar” realizado en la provincia constitucional del Callao, en Ucayali, Ica, Junín y en el distrito de San Juan de Lurigancho en Lima. Se trata de una intervención intersectorial realizada desde el 2007 al 2009 con iniciativa del MINSA y un programa de educación sexual integral orientado al desarrollo de valores, actitudes y comportamientos saludables, que favorezcan el ejercicio de una sexualidad responsable que permita prevenir las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA en la población adolescente. Dicho proyecto logró beneficiar a **37,331 estudiantes**.

Además, los “Centros de Desarrollo Juvenil” (CDJ), son servicios del MINSA que brindan atención diferenciada para las y los adolescentes, los cuales se encuentran fuera de los establecimientos. Éstos representan un modelo alternativo de servicio diferenciado que contribuye a mejorar su acceso a los servicios de salud integral. El modelo CDJ está conformado por cuatro áreas básicas de trabajo: consejería, talleres formativos, animación sociocultural y atención clínica. Actualmente se está implementando la articulación de este servicio diferenciado con los gobiernos locales a fin de lograr su sostenibilidad. En nuestro país, sólo el 13.2% del total de establecimientos a nivel nacional constituyen servicios diferenciados para adolescentes¹⁰⁴.

102 Informe anual de Sexta Ronda del Fondo Mundial setiembre 2008 – octubre 2009

103 Guisella Magaly Ascate K`ana. Análisis de la Situación de salud de las y los adolescentes ubicándolos y ubicándonos. MINSA, 2009

104 Op.cit.

4.4.3. Tratamiento, Atención y Apoyo

4.4.3.1. Tratamiento

Tabla 27

No.	Indicador	Fuente	2006		2008		2010	
			N	%	N	%	N	%
4	Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe terapia antirretrovírica	Hoja de monitoreo ARV-ESNITSS-MINSA 2008 y 2009. En 2009 se han incluido datos de ESSALUD	6298	SD	10367/12080	85.8%	2008 10,232/ 12,970	2008 79%
6	Porcentaje de casos estimados de coinfección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH	Hoja de Monitoreo ARV ESNITSS –MINSA Enero-Diciembre 2009	-	SD	a.93/1209 b.93/839	a.7.7% b.11.0%	529/750	70%
24	Porcentaje de adultos y niños con el VIH que sigue con vida y se tiene constancia de que continúa en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia antirretrovírica	Hoja de Monitoreo ARV ESNITSS –MINSA Enero-Diciembre 2009	1069/1176	90.90%	(2014/2356)	85.4%	344/422 (Niños)	81.52%
							8,487/9,810 (adultos)	86.51%

Respecto al indicador 4, se observa una reducción del indicador, que pudiera corresponder a que anteriormente, el cálculo se hizo sólo con los datos de la ESNITSS. En esta oportunidad, para el denominador de los años 2008 y 2009 se ha recurrido a Spectrum. Con la estimación de Spectrum el denominador del año 2009 se incrementa en más de 7000 personas en relación al año 2008.

Entonces, en este caso, tenemos dos escenarios: uno correspondiente al año 2008 en el que la brecha de TAR para personas con VIH avanzada es de aproximadamente el 20%, considerando sólo los datos del MINSA y la estimación de Spectrum correspondientes al año 2008; y otro, correspondiente al año 2009, en el que la brecha es el 27% considerando los datos de MINSA y ESSALUD para el numerador y la estimación de Spectrum en el denominador correspondientes al año 2009.

Teniendo en cuenta el subregistro general que existe en el país y los problemas de accesibilidad que aún hay en muchas de sus regiones, la estimación del denominador que proporciona Spectrum sería próxima a la realidad, y nos permite estimar los requerimientos necesarios para ampliar las coberturas.

Es importante anotar que en el país se ha estado utilizando otras formas de calcular la cobertura de tratamiento antirretroviral, diferentes a la fórmula de cálculo propuesta por ONUSIDA en las Directrices de elaboración de reportes UNGASS. Por ejemplo, en el Informe Ejecutivo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)¹⁰⁵ el MINSA informó que en 2008 se alcanzó una cobertura de 96% de acceso a tratamientos antirretrovirales; en este caso en particular, se utilizó el dato de eSDolamiento en tratamiento en el numerador (sin deducir fallecidos y abandonos) y no utilizó el Spectrum como denominador sino más bien la lista de espera de pacientes en el sector. Otro aspecto que puede alterar el cálculo de la cobertura de tratamiento es la fecha de cierre de los sistemas de información del sector salud, que aunque oficialmente cierran después del período de reporte, se podría seguir recibiendo información de los niveles sub nacionales hasta varios meses después, incrementando los numeradores a un nivel más real.

Tabla 28

Cuadro 7-3 Resumen Indicadores acceso tratamiento VIH/SIDA

Indicadores	2004	2008
Proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales	25%	96%

Aunque en las normas vigentes el concepto de atención integral no está definido plenamente; éste incluye un equipo multidisciplinario, que sigue la Norma Técnica de Atención Integral para Personas Viviendo con VIH. Ésta, es definida estrictamente como la atención a una PVVS, en un período de un año, por 3 o más profesionales (atención médica, psicológica, nutricional, o por trabajador social).

Cualitativamente la percepción del trato ha mejorado entre las PVVS, pero aún existen dificultades con la “atención integral” la cual continúa por ser

105 Resumen Ejecutivo. Objetivos de Desarrollo del Milenio

insatisfactoria. De la misma manera, aún no se ha alcanzado una buena atención estandarizada en todos los establecimientos de salud¹⁰⁶.

Con respecto a la adherencia, en 2007 la hoja de monitorización de la ESNITSS – MINSA reporta un porcentaje de adherencia de 87%. Por su parte, los resultados de la encuesta rápida de la 4ta medición de la segunda ronda, reporta 83.5%¹⁰⁷. Ahora bien, esta medición define como “adherente al tratamiento” a las personas que nunca dejaron de tomar el tratamiento en el último mes. Puede que, como afirman con razón los investigadores de la medición mencionada, probablemente este indicador *calculado en base a datos administrativos, no sea un exacto reflejo de la realidad*.

Por su parte la ESNITSS muestra en el consolidado nacional un 86.2% de PVVS en TARGA que reciben consejería de pares. Si bien este indicador es alto, se observa diferencias bastante marcadas entre las regiones; por ejemplo Huancayo tiene una proporción por debajo del 40%¹⁰⁸.

De acuerdo a los datos del **indicador 6**, el 70% de cobertura podría deberse a un sub-diagnóstico de tuberculosis en los pacientes infectados con VIH. Los datos de año 2008 de la ESNITSS muestran cifras de 1085 casos diagnosticados de los cuales 599 recibieron tratamiento para ambas enfermedades. Según los datos de la ESNITSS, durante el año 2009 se trataron 529 pacientes con coinfección VIH-TB. Esto podría ser consecuencia de un subregistro, dado que las estrategias del VIH y TB manejan bases separadas, lo cual crea la necesidad de establecer un sistema que relacione ambas bases. Otra limitante para analizar la información, corresponde a que se están sumando las bases de datos de TB y VIH, ya que no se pudieron cruzar por tratarse de bases de datos con información agregada. De esta manera se ha evitado el doble conteo de personas. Por otro lado es imperativo realizar una búsqueda activa de TB en pacientes infectados de VIH en el país.

Es probable que el **indicador 24** exprese el efecto del sistema de información, pues no hay seguridad de que el 100% de personas que iniciaron el tratamiento en el período de referencia, haya sido seguido o haya permanecido en las ciudades donde iniciaron este tratamiento.

106 Op.cit.

107 Op.cit

108 Cáceres et. al. Informe 4ta medición de Segunda Ronda del Fondo Mundial. Programa “Fortalecimiento de la Prevención y Control del Sida y la Tuberculosis.. CARE-CONAMUSA. Informe no publicado, 2007

4.4.4. Conocimiento y Comportamiento

4.4.3.1. Población más expuesta

Tabla 29

No.	Indicador	Fuente	2006		2008		2010	
			N	%	N	%	N	%
14	Porcentaje de poblaciones más expuestas que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus	ENDES 2008 Mujeres, ENDES 2008 Varones (INEI) Los resultados son ponderados	HSH – 2020/3280	HSH- 61.59% HSH<24- 63.7%	TOTAL: 1649/4101 <25:767/2141 >25:882/1960	HSH:40.2% <25:35.8% >25:45%	1/20 (Mujeres)	6.79% (Mujeres)
							11/50 (Varones)	22.17% (varones)
18	Porcentaje de profesionales del sexo hombres y mujeres que declara haber usado un preservativo con su último cliente		HSH/TS:142/284	HSH/TS: 50% HSH/TS < 25- 47.7%	HSH/TS:595/1420 <25:326/790 >25: 279/630	HSH/TS:41.9% <25:40% >25:44.3% TS:96% <25: 96.1% >25:95.9%	SD	SD
19	Porcentaje de hombres que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual anal con una pareja masculina		HSH>25= 511/1122 HSH<25= 488/1034	HSH > 25=47.19% % HSH < 25=45.54% %	1575/3334 <25: 685/1650 >25: 890/1684	HSH: 47.2% <25: 41.5%, >25: 52.8%	SD	SD

Referente al **indicador 14**, cabe mencionar que cuando se excluye la pregunta sobre transmisión del VIH por picadura de un mosquito, los porcentajes de entrevistados que responden adecuadamente las cuatro preguntas restantes asciende a 42.77% para las mujeres y 60.41% para los varones. Puesto que se trabaja con una muestra ponderada, es posible obtener frecuencias con valores decimales, como en el caso del numerador de las mujeres (1.35).

En esta oportunidad se ha preferido considerar los datos de la ENDES principalmente por su representatividad nacional y porque las encuestas de comportamiento están ligadas a los estudios de prevalencia de hombres que tienen sexo con hombres, que usan criterios de inclusión que seleccionan personas con

comportamientos de riesgo y excluyen a los que conocen su seroestatus positivo a la prueba de VIH.

Tomando en cuenta la construcción del indicador tal cual lo señalan las directrices se encuentra una proporción muy baja de entre la “población más expuesta” que tiene un adecuado conocimiento sobre las medidas de prevención del VIH, presentando las mujeres un menor conocimiento que los hombres. Sin embargo, al excluir la pregunta sobre transmisión por picadura de mosquito, el indicador presenta mejores resultados, pero siempre teniendo las mujeres un conocimiento menor que los varones. Debe discutirse la pertinencia de incorporar la pregunta sobre la picadura de los mosquitos.

A continuación presentamos el indicador desagregado por pregunta

Tabla 30

Pregunta	Varones que refieren haber tenido sexo con otro hombre			Mujeres que refieren haber tenido relaciones sexuales a cambio de dinero		
	Porcentaje que responde correctamente	Número que responde correctamente	Total de entrevistados	Porcentaje que responde correctamente	Número que responde correctamente	Total de entrevistados
1. Se puede reducir el riesgo teniendo solo una pareja sexual	87.31	43.59	50	81.00	16.12	20
2. Se puede reducir el riesgo usando siempre condón	88.87	44.37	50	95.80	19.07	20
3. Una persona saludable puede tener VIH	80.90	40.39	50	95.80	19.07	20
4. Se puede contraer el VIH por una picadura de mosquito	40.69	20.31	50	6.79	1.35	20
5. Se puede contraer el VIH por compartir alimentos	81.13	40.50	50	48.08	9.57	20

Debe tenerse en cuenta también que no hay una definición estándar de “población más expuesta”. Otro hecho importante es que el número de varones y mujeres

considerados en esta categoría sea probablemente menor al existente, dada la forma en que se obtiene ese dato en la encuesta ENDES.

Para el **indicador 18** que no ha sido reportado, de los pocos datos que se tienen se pueden rescatar el Informe de la 4ta medición de indicadores del Programa de II Ronda, Componente VIH, Objetivos 2 a 4, Indicadores R2.2 y R2.4, preparado por equipo consultor liderado por Dr. Carlos Cáceres. Allí se especifica que de 305 TS mujeres y 120 HSH-TS, clasificables como trabajadores/as sexuales “abordables”, los cuales fueron entrevistados en Lima/Callao, Huancayo e Iquitos; un 91% (278/305) de TS mujeres y un 90% (108/120) de HSH-TS, reportó haber usado preservativo en último encuentro sexual con un cliente. Es necesario advertir sin embargo que se trató de un muestreo no probabilístico, el cual limita la generalización únicamente a las regiones de estudio.

Por su parte, en la vigilancia centinela 2008¹⁰⁹, cuya muestra tampoco es representativa de la población HSH, por tratarse de un estudio contextuado en un ensayo clínico con HSH de más alto riesgo. Resulta de interés, sin embargo, para los fines de la dinámica de la epidemia en el Perú, analizar las conductas de una parte de esta población: el estudio encontró que solamente el 16% de los HSH de la muestra utilizó condón con una pareja femenina en su última relación sexual vaginal y un escaso 3% lo utilizó en la última relación sexual anal con pareja femenina, siendo que más del 74.9% de los HSH de la muestra tuvo una relación de pareja con una mujer en los últimos 3 meses, con un promedio de 3 parejas femeninas en el mismo período de tiempo.

Para el **indicador 19**, el cual tampoco ha sido reportado, de acuerdo a la ENDES varones, de 43 varones que ya habían iniciado una vida sexual activa y que reportaron haber tenido relaciones sexuales con otros hombres, 31, es decir el 72%, informa el uso de preservativos durante el último año. Como ya se sabe, ENDES constituye un estudio con muestreo probabilístico y con representación nacional; sin embargo, en este caso, las limitaciones propias de las encuestas de hogares para acceder a poblaciones ocultas o a comportamientos no aceptados socialmente parecen haber determinado el escaso número de casos recogidos en la variables con las que se construye este indicador (de un total de 4897 varones entrevistados, 4260 se habían iniciado sexualmente; de éstos últimos, sólo el 1%, reportó experiencias sexuales con otros varones), por lo cual no se ha podido realizar mayores inferencias sobre los resultados.

¹⁰⁹ Vigilancia centinela 2008: Sentinel surveillance 2008 Protocol in MSM “A Third Generation Sentinel surveillance Approach Among Men Who have sex with men at high risk for HIV in the Andean Region”, ejecutado por Investigaciones Médicas en Salud, financiado por Naval Medical Research Center Detachment – NMRCD.

Los estudios han venido demostrando que en la población HSH existen variaciones significativas con respecto al uso de condón reportado. Ello podría deberse a problemas para controlar el sesgo de deseabilidad social; dificultando la valoración del éxito de las estrategias utilizadas para la prevención y el cambio de comportamiento¹¹⁰. Por ejemplo, en la evaluación final de 2da. Ronda del Fondo Mundial de un total de 120 HSH-trabajadores sexuales, 108 (90.0%) reportaron haber utilizado preservativo en su último encuentro sexual; no obstante en el estudio cualitativo la misma población manifiesta un uso poco consistente del condón, debido al deseo sexual, la premura en la relación y al consumo de alcohol o drogas¹¹¹.

Con respecto a las TS mujeres, en la evaluación final de la 2da. Ronda de los proyectos del Fondo Mundial, de un total de 305 TS mujeres 278 (91.1%) reportaron haber utilizado preservativo en su último encuentro sexual¹¹². Por su parte, un estudio realizado por CARE y la Unidad de Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano (USSDH) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en Lima/Callao, Chimbote e Iquitos halló que casi la totalidad 749 de 765 de TS entrevistadas conocía donde obtener preservativos (Establecimientos de Salud, Farmacias y promotoras de pares)¹¹³.

En el Mapeo sobre trabajo sexual realizado por el Instituto de Estudios en Salud y Desarrollo Humano (IESSDH) en cuatro ciudades del Perú¹¹⁴, las TS mujeres reportan un mayor uso de condón con los clientes, que con las parejas, dato que es de suma importancia, pero que pocas veces es tomado en cuenta y que demuestra limitaciones para negociar el uso de condón con las parejas afectivas. En relación al uso de condón por parte de TS trans, se reporta un uso consistente con clientes en las cuatro ciudades: 86.2% en Arequipa, 90% en Huancayo, 85.7% en Piura y 60% en Pucallpa; mientras que las TS presentan un uso consistente del condón con sus clientes, aunque, bastante bajo, con sus parejas¹¹⁵. El estudio de la USSDH-UPCH y CARE PERÚ, reportó que el uso del condón en la última relación sexual varía dependiendo de la persona con quién se tiene la relación: cuando se trata de un cliente el uso es relativamente alto, así lo expresaron el 89% tanto en Lima-Callao como en Iquitos y el 98% en Chimbote. Mientras que cuando se trata de la pareja

110 Cáceres et al. Nuevas Evidencias para las políticas y programas de salud en VIH/sida e infecciones de transmisión sexual en el Perú. USSDH – UPCH 2007

111 Evaluación final del Componente VIH/sida del Programa “Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú. CARE PERÚ- CONAMUSA, 2009

112 Op.Cit.

113 Unidad de Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano. Empoderamiento de las Mujeres Trabajadoras Sexuales en el Perú y Prevención del VIH y sida: Estudio de Impacto Estratégico. CARE Perú, 2009.

114 Ximena Salazar y Alfonso Silva Santisteban. Informe Final de Mapeo y Encuesta Socio Demográfica de Trabajo Sexual en Cuatro Ciudades del Perú. IESSDH-UPCH/ UNFPA, 2009

115 Op. Cit.

estable el uso del condón es relativamente bajo, en Lima-Callao, habiendo reportado su uso el 17% en Lima-Callao, en Chimbote el 15% y en Iquitos el 33%. Lo cual es consistente con los otros estudios presentados¹¹⁶.

116 Unidad de Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano. Empoderamiento de las Mujeres Trabajadoras Sexuales en el Perú y Prevención del VIH y sida: Estudio de Impacto Estratégico. CARE Perú, 2009.

4.4.3.2. Población General

Tabla 31

No.	Indicador	Fuente	2006		2008		2010	
			N	%	N	%	N	%
13	Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 24 años que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus	ENDES 2008 Mujeres, ENDES 2008 Varones (INEI) Los resultados son producto de los factores de ponderación de la encuesta	SD	70%	12-17 a:3187 17-24 a: 1989	1217 a: 56.1% 17-24 a: 54.1%	858/ 4,283 (Mujeres)	20.03% (Mujeres)
							605/ 2140 (Varones)	28.27% (Varones)
15	Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 24 años que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años	ENDES 2008 Mujeres, ENDES 2008 Varones (INEI) Los resultados son producto de los factores de ponderación de la encuesta	SD	23.4%	277/994 15-19 a:97/196 20-24 a: 180/748	29.3% 15-19 a: 49.5% 20-24:24.0% indicador proxy	286/ 4,283 (Mujeres)	6.68% (Mujeres)
							250/ 2,139 (Varones)	11.60% (Varones)
16	Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses	ENDES 2008 Mujeres, ENDES 2008 Varones (INEI) Los resultados son producto de los factores de ponderación de la encuesta	SD	SD		Varones:3 8.2% Mujeres:1 1.7% Indicadores proxy	157/ 12,743 (Mujeres)	1.23% (Mujeres)
							763/ 5,649 (Varones)	13.51% (Varones)
17	Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual	ENDES 2008 Mujeres, ENDES 2008 Varones (INEI) Los resultados son producto de los factores de ponderación de la encuesta		Con pareja ocasional- 17% Con pareja ocasional + uso de condón 19%	12-17 a:3187 17-24 a: 1989	12-17 a: 58.9% 17-24 a: 45.9% Indicadores proxy	39/157 (Mujeres)	24.84% (mujeres)
							547/762 (Varones)	71.78% (varones)

Tomando en cuenta la construcción del **indicador 13** tal cual lo señalan las directrices, se encuentra una proporción muy baja de personas entre 15 y 24 años que tiene un adecuado conocimiento sobre las medidas de prevención del VIH, siendo menor en mujeres. Al excluir la pregunta sobre transmisión por picadura de mosquito, el indicador presenta mejores resultados, pero siempre es menor en las mujeres. Debe discutirse la pertinencia de incorporar la pregunta sobre la picadura de los mosquitos. Al analizar los grupos de edad, se observa que el conocimiento es menor entre los de 15 a 19 años en comparación a los de 20 a 24, por lo que debería insistirse en estrategias de comunicación sobre medidas preventivas del VIH en población escolar. Cabe mencionar que cuando se excluye la pregunta sobre transmisión del VIH por picadura de un mosquito, los porcentajes de entrevistados que responden adecuadamente las cuatro preguntas restantes asciende, a 43.12% para las mujeres y 52.27% para los varones.

Para el **indicador 15**, la proporción de jóvenes que inicia relaciones sexuales antes de los 15 años, es menor al reportado en años anteriores. No sabemos la razón de esta diferencia, pues al analizar las bases de datos de las ENDES anteriores no obtenemos los mismos valores. Los varones presentan en mayor proporción un inicio temprano de la actividad sexual, en comparación a las mujeres. Este es un comportamiento que se ha visto en otras encuestas, sin embargo, llama la atención que entre los de 15-19 años esta proporción sea menor. Podría postularse que eso sea el efecto de las diferentes campañas de prevención. Pero, también podría indicar que los mayores tienen más confianza en hablar sobre su vida sexual, mientras que los más jóvenes tendrían “vergüenza” de hablar sobre estos temas y por ende estar menos dispuestos a informar el inicio de su vida sexual en una encuesta de hogares. Debe tenerse en cuenta que las preguntas que indagan sobre aspectos íntimos de una persona, en general, pueden generar cierta incomodidad en el entrevistado, quien tendría ciertos reparos en responder con total sinceridad.

En el **indicador 16**, los varones presentan, en mayor proporción, más de una pareja sexual en el último año, en comparación a las mujeres. Al analizar los grupos de edad, se observa que el grupo entre 20 y 24 años, tanto en hombres como en mujeres, es el que muestra, en mayor proporción, más de una pareja sexual el último año (3.04% y 24.69% respectivamente). La diferencia entre los valores reportados en el 2008 radica en la fuente: en el 2008 la fuente fue la encuesta PREVEN. Debe tenerse en cuenta que las preguntas que indagan sobre aspectos íntimos de una persona, en general, pueden generar cierta incomodidad en el entrevistado como ya hemos dicho líneas arriba.

Respecto al **indicador 17**, entre las personas con más de una pareja sexual el último año, los varones presentan en mayor proporción de uso de preservativo en la última

relación sexual, en comparación a las mujeres. Al analizar los grupos de edad, se observa que entre las mujeres, el grupo entre 15 y 19 años es el que reporta con mayor frecuencia el uso de preservativo; mientras que entre los varones es el grupo entre 20 y 24 años el que presenta la mayor proporción. Entre los varones, las diferencias según grupo de edad no son tan marcadas como entre las mujeres. Esto podría indicar que, en los últimos años, se está difundiendo más el uso del preservativo entre las mujeres, puesto que en el grupo entre 25 y 49 años la diferencia es de 64.87% en varones frente a 8.33% en mujeres, mientras que en el grupo entre 20 y 24 la diferencia es menor (79.50% en varones vs. 32.14% en mujeres), y finalmente entre los más jóvenes (15 a 19 años) son las mujeres quienes usan en mayor frecuencia preservativos (73.43% en varones vs. 82.35 en mujeres).

Prácticamente, desde la aparición del VIH/sida en el Perú, la población general ha estado, intermitentemente expuesta a información de prevención de VIH a través de los medios. Luego de 25 años, muchos estudios demuestran que se ha logrado que la mayoría de la población tenga, por lo menos, conocimientos básicos. Es así que, cerca al 100% de la población de áreas urbanas del Perú (donde la epidemia está mayormente localizada) posee un nivel al menos básico de conocimiento sobre SIDA; de la misma manera, el conocimiento de la prevención a través del uso del condón es también alto¹¹⁷

Específicamente, se ha incidido sobre la población adolescente a través de dos mecanismos principales: (1) Intervenciones del sector educación, usualmente en asociación con el sector salud; y (2) Acciones específicas de ONG¹¹⁸. Las acciones del MINEDU se han desarrollado a través de la Dirección de Tutoría y Orientación Educativa (DITOE). La DITOE funciona como Dirección desde 2006 y es responsable de “*normar, planificar, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar, evaluar y difundir las políticas, estrategias y acciones de tutoría y orientación educativa*”, dentro de las cuales se incluye la educación sexual.

El sector educación con el financiamiento del Fondo Mundial (2da y 6ta ronda), en su objetivo *promoción de estilos de vida saludables en adolescentes y jóvenes en los temas de ITS/VIH/SIDA*; ha capacitado a una cantidad significativa de profesores (tutores) en temas de salud sexual y reproductiva y VIH/sida; así como la formación de PEPs en las mismas escuelas.

117. Cáceres et al. Nuevas Evidencias para las políticas y programas de salud en VIH/sida e infecciones de transmisión sexual en el Perú. USSDH – UPCH 2007

118 Op.cit

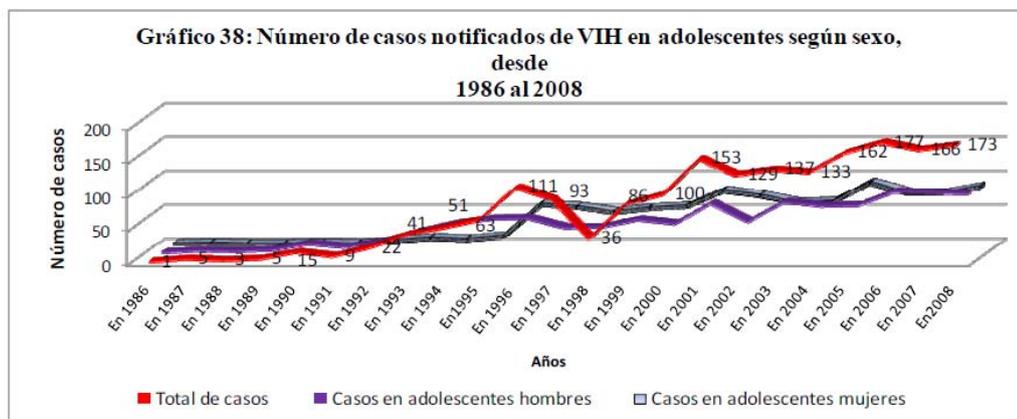
Un estudio no muy reciente (2005), afirma que, comparado con cualquier otro grupo etario, los adolescentes sexualmente activos tienen las tasas más altas de ITS, incluyendo el VIH. Este estudio halló que aproximadamente el 90% de los adolescentes, tanto hombres como mujeres, de 15 a 19 años en tres ciudades del país (Lima, Iquitos y Huancayo), habían escuchado hablar del VIH o del SIDA. Sin embargo en esta encuesta, aún existe un 37% de entrevistados que mantiene ideas erróneas acerca de las formas de prevención de esta enfermedad; pero un 80% menciona al condón como forma de protección. El estudio reporta un inicio de las relaciones sexuales de 20% las mujeres y 40% los hombres y entre un 40 a 50% refiere no haber usado ningún método. Es importante lo que reporta este estudio referente a que el 20% reportó haber “estado borracho/a” al momento de las relaciones sexuales. Los dos grupos de adolescentes entre 15-19 y 12-14 años reportan haber escuchado sobre condones de sus profesores; lo que podría indicar que en las escuelas se imparte algún tipo de educación sexual preventiva¹¹⁹ desde hace ya varios años.

De acuerdo a un estudio de 2009, a nivel nacional, el 44.7% de las adolescentes considera relevante el uso de preservativos para prevenir el VIH; aunque el 20% de ellas continúa asociando haber adquirido el VIH a la promiscuidad. El 19% de las adolescentes considera la abstinencia como una forma para prevenir el VIH, seguido de evitar las transfusiones sanguíneas (16%). Se resalta también que aún poseen ideas erróneas acerca de las formas de prevenir el VIH. Un aspecto preocupante se manifiesta en este estudio: un 8% de la población femenina encuestada no sabe si el VIH se puede prevenir y tampoco conoce las formas de evitarlo (6%). El estudio llega a la siguiente conclusión, lo que es consistente con el estudio de 2005 que *“a pesar de que muchos de las y los adolescentes tienen conocimientos sobre el VIH y el preservativo como medio preventivo omiten su uso probablemente por dos factores: su creencia de invulnerabilidad que los lleva a asumir el riesgo en terceras personas mas no en ellos mismos y/o las barreras de acceso al condón”*. El estudio también concluye que los conocimientos sobre el VIH/SIDA en la población adolescente son insuficientes para garantizar la prevención de las ITS, especialmente de las mujeres adolescentes¹²⁰

119 García Patricia. Estudio Diagnóstico en adolescentes en el Perú: comportamientos sexuales y acceso al condón. Unidad de ETS/SIDA –Universidad Peruana Cayetano Heredia. CARE – Proyecto de Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y Tuberculosis en el Perú. 2005

120 Guisella Magaly Ascate K`ana. Análisis de la Situación de salud de las y los adolescentes ubicándolos y ubicándonos. MINSA, 2009

Gráfico 1



Fuente: Dirección General de Epidemiología del MINSA. Elaborado por la EVA-MINSA

La cuarta medición del objetivo 1 del componente VIH, *sobre estilos de vida saludables de adolescentes y jóvenes en temas de ITS, VIH y SIDA*, realizada en cuatro ciudades: Lima, Callao, Iquitos y Huancayo, reporta un alto conocimiento sobre VIH/sida (54.4%). 16% de escolares informa haber tenido relaciones sexuales, con una mayor proporción en las ciudades de Iquitos y Huancayo. 61.96% de los adolescentes encuestados, que tuvo relaciones sexuales en los tres meses anteriores a la encuesta, declaró haber usado condón y los que utilizaron preservativo para prevenir las ITS/VIH en su última relación sexual corresponde al 64.09%. Es importante destacar en este estudio el hallazgo de un 88.28% de adolescentes expuestos a información sobre VIH/sida en ambientes escolares, siendo mucho mayor esta exposición en las ciudades de Huancayo e Iquitos. Por su parte, un 46.96% de los jóvenes hombres y mujeres utilizaron preservativo para prevenir las ITS/VIH en su última relación sexual los últimos 3 meses y 49.39% utilizó preservativo para prevenir las ITS/VIH en su última relación sexual en los últimos 12 meses¹²¹

La Evaluación Final la 2da. Ronda de proyectos del Fondo Mundial reporta los siguientes indicadores relevantes para el 2008:

- Porcentaje de adolescentes mujeres y varones, que tienen información de ITS/VIH: **54.3%** n=3,333 (IC 95%: 52.6% -56.0%)
- Porcentaje de adolescentes mujeres y varones, que utilizaron preservativo para prevenir las ITS / VIH en su última relación sexual (últimos 3 meses): **61.9%** n=259(IC 95%: 56.0% -67.8%)

121 Evalúa. Cuarta medición de indicadores del Objetivo 1 del componente VIH: Sub-estudio cuantitativo sobre estilos de vida saludables de adolescentes y jóvenes en temas de ITS, VIH y SIDA. 2da. Ronda Fondo Mundial, Lima, 2008

- Porcentaje de jóvenes, mujeres y varones, que tienen información de ITS / VIH: **54.3%** n=1374 (IC 95%: 51.7% - 56.9%)
- Porcentaje de jóvenes, mujeres y varones, que utilizaron preservativo para prevenir las ITS / VIH, en su última relación sexual (últimos 3 meses): **46.9%** n=656 (IC 95%: 43.1% - 50.73%)¹²²

V. Prácticas óptimas

- Tendencia creciente del financiamiento sector público
 - En el año 2009 el financiamiento en VIH fue de 143.8 millones de nuevos soles (US \$ 47.7 millones), siendo la principal fuente de financiamiento, el sector público con 72.0 millones de nuevos soles (US \$ 23.8 millones).
 - El Ministerio de Salud es la entidad que realiza la mayor inversión.
 - El sector público en este año tuvo una participación de 50.1% del financiamiento del gasto total, manteniendo una tendencia creciente.
- Inversión creciente en tratamiento
 - La inversión en tratamiento ha tenido una tendencia creciente durante el periodo 2005 al 2009, acorde con el incremento de personas que ingresan para tratamiento.
 - En este periodo la cantidad de medicamentos adquiridos se ha incrementado sostenidamente desde el 2005 a la fecha, mientras que el precio de los medicamentos presenta una tendencia decreciente.
- Es reconocido como una práctica óptima que el País haya asumido una estrategia multisectorial en la Respuesta Nacional al VIH/sida. De allí se resaltan las siguientes características: a) Existencia de la CONAMUSA como autoridad multisectorial, cuyas tareas y responsabilidades van más allá de los proyectos del Fondo Mundial; b) Existencia del PEM, el cual guía las acciones de fortalecimiento de Respuesta Nacional.
- El proceso de consolidación de la Sociedad Civil, especialmente los estamentos de las poblaciones vulnerables y afectadas; lo cual ha permitido que tengan una presencia participación en instancias de toma de decisiones como CONAMUSA.

¹²² Evaluación final del Componente VIH/sida del Programa "Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú. CARE PERÚ- CONAMUSA, 2009

- El incremento y mejoramiento de la legislación que apoya la Respuesta Nacional al VIH/sida, donde se puede apreciar avances normativos como el acceso a TARGA, que en la actualidad alcanza a la gran mayoría de PVVS.
- El proceso de descentralización en salud, que ha involucrado a los gobiernos regionales y locales, la sociedad civil y las organizaciones de poblaciones vulnerables y afectadas que se traduce en 14 COREMUSAS ya formadas para una Respuesta descentralizada al VIH/sida, tanto presupuestal, como programáticamente.
- La generación de normativa regional (Ordenanzas y Decretos Regionales) que han aprobado los PERM, asegurando la inclusión del trabajo en VIH/sida en los planes presupuestales de los Gobiernos regionales.
- El apoyo político a las acciones e intervenciones de la sociedad civil, operativizadas a través de la contraparte técnica de la ESNITSS, para, entre otras cosas, la implementación de los programas subvencionados por el Fondo Mundial.
- El apoyo político para la realización del V Foro Latinoamericano y del Caribe en VIH/SIDA e ITS, donde se logró el compromiso del Ministro de Salud para fortalecer la respuesta al VIH.
- El mejoramiento del sistema de Bancos de Sangre logrando asegurar la calidad de la sangre donada en un porcentaje considerable.
- Se evidencia en forma objetiva mejoras en la cobertura de la atención de prevención de la transmisión vertical (normativa y operativa); mayor esdolamiento del TARGA; mantenimiento de la sobrevida.
- Los avances en la protección de las mujeres frente al VIH, a través del rápido escalamiento del tamizaje en gestantes y mejora de la normativa de prevención de la transmisión vertical, así como el impulso al tamizaje gratuito de mujeres en edad fértil en los servicios de salud del MINSA a partir de los programas del Fondo Mundial.

VI. Principales problemas y acciones correctoras

Sobre el perfil de la epidemia en el Perú

- Hasta ahora se ha tomado en cuenta sólo aspectos epidemiológicos en la Respuesta al VIH/sida. Es necesario tomar en cuenta, además, aspectos de vulnerabilidad social como son la exclusión social, el estigma y la discriminación, la violencia y la pobreza y la falta de educación en materia de sexualidad. Para ello se recomienda revisar los paradigmas existentes sobre las dinámicas de transmisión del VIH y realizar una crítica científica al modelo de Grupos de Elevada prevalencia a las ITS (GEPITS), e incorporar elementos estructurales, sociales y culturales de la transmisión del VIH.
- La nomenclatura HSH no permite la visibilización de las poblaciones donde se concentra la epidemia. Es necesario especificar a cada una de ellas, tanto en su incidencia y prevalencia, como sus vulnerabilidades particulares. En el marco de la polémica que se viene dando en varios países de la región entre quienes utilizan el término de forma más “epidemiológica” y quienes están considerando las orientaciones e identidades sexuales, como aquella que está en proceso de discusión al referirse a poblaciones “gays, trans, bisexuales y otros HSH”, el Perú tiene un debate pendiente aún al respecto.
- No existen hasta el momento cifras oficiales de prevalencia e incidencia en la población Trans, de la cual se infiere, por unos pocos estudios localizados, que es una de las poblaciones que registra mayor prevalencia.
- No se cuenta con evidencias actualizadas de la prevalencia e incidencia del VIH en las poblaciones más afectadas. Hace falta retomar la frecuencia y hacer sostenible la vigilancia serológica y de comportamientos de riesgo en HSH (con las salvedades ya mencionadas), TS, PPL y gestantes.
- Hay indicios de un progresivo incremento de casos en poblaciones indígenas de la Amazonía peruana, lo cual precisa ser estudiado para dar cuenta objetiva de esta realidad. Es importante resaltar que el sistema aún no se encuentra preparado para incorporar a las personas indígenas viviendo con VIH al TARGA, porque éste, a pesar de que es gratuito, todavía tiene algunos exámenes que representan un costo para la persona afectada y por la distancia geográfica, la cual jugaría en contra de una adherencia al tratamiento.

Descentralización, Multisectorialidad e intersectorialidad

- No existe un trabajo intersectorial en la Respuesta Nacional del VIH/sida. Dentro del MINSA, las estrategias trabajan interrelacionadas de manera débil. Esto constituye una gran dificultad especialmente para el trabajo en Tuberculosis, Salud Sexual y Reproductiva, Promoción de la salud y Salud de los adolescentes; haciéndose evidente en los requerimientos por parte de la población afectada para acceder a mejores condiciones de vida y gozar de una atención integral en salud.
- De acuerdo a algunas Diresas, el proceso de descentralización en salud es aún lento y dificultoso y muchas veces está librado a la voluntad política del Presidente Regional.
- Aunque la participación de la Sociedad Civil se ha ido consolidando en los últimos años, todavía existen problemas de representación, de capacidad de negociación con otros actores que es necesario reforzar. Por ejemplo, en la CONAMUSA se considera un problema no estar representados por población. Existe la percepción de que todavía se trata de una participación “subalterna” y que debería mejorar.
- Ausencia de políticas claras desde los sectores del Estado, fuera del MINSA, con respecto a VIH/sida.

Derechos humanos

- Si bien existen algunas normas promulgadas; especialmente aquellas que tienen que ver con la discriminación por orientación sexual y la identidad de género; tienen serias deficiencias en la explicitación del problema, así como para su implementación y puesta en práctica.
- Los principales obstáculos en términos de políticas y derechos humanos son: a) el acceso a la salud sexual de los jóvenes, b) el acceso a la salud y la prevención del VIH en otras poblaciones como poblaciones indígenas y población privada de libertad, c) la reducida operativización de la legislación ya existente con respecto a los Derechos Humanos, d) la carencia de legislación específica sobre Derechos Humanos y no discriminación a las poblaciones vulnerables (gay, trans y trabajadoras sexuales), tomando en cuenta explícitamente el tema de orientación sexual e identidad de género.

Normatividad y políticas

- Si bien existe una cantidad significativa de normativa referente a salud y VIH/sida, una serie de dificultades impiden su implementación, lo que finalmente se convierte en un obstáculo para el logro del Acceso Universal a prevención, tratamiento, atención y apoyo. Destacan la gran dispersión de las normas, la práctica de normas de inferior rango por normas de mayor jerarquía, la continuación en utilizar normas que ya han sido reemplazadas por otras nuevas. Se requiere actualización y revisión periódica de las normas, así como establecer sanciones claras y efectivas para quienes las incumplan.

Prevención

- No se conoce, hasta ahora, el impacto real de las intervenciones desarrolladas por el MINSA y la sociedad civil para la prevención del VIH, por lo cual hace falta una evaluación exhaustiva de estas intervenciones, medir su impacto de acuerdo a cada población (TS, gays, bisexuales y Trans) y empezar a incluir en el diseño de las intervenciones de prevención, estudios basales y evaluaciones de efectividad e impacto que den cuenta de dichos resultados, para que estos puedan ser aprovechados por otras intervenciones y también replicados en mayor escala, cuando sea pertinente.
- A pesar de que la Estrategia CEPs es sumamente útil como complemento al TARGA, se han identificado algunas limitantes que la afectan: la falta de personal para atender a las PVVS, la poca valoración de esta estrategia al interior del programa TARGA, la poca capacitación de los CEPs, el número limitado de CEPs, especialmente aquellos que representen a cada una de las poblaciones (gay, trans, trabajadoras sexuales y otros HSH) y la inexistencia de infraestructura para realizar esta labor.
- Dificultades en lo que concierne a la distribución de condones, especialmente por la poca capacidad de gestión del insumo; lo que a su vez demuestra desarticulación en el trabajo de los establecimientos de salud.

Tratamiento, atención y apoyo

- Presencia de estigma y discriminación en algunos servicios de salud. Aún se evidencian denuncias sobre violación al principio de confidencialidad del diagnóstico, negación de la atención, homofobia y transfobia en los servicios de

Salud, discriminación en la provisión de servicios de Salud representados en cobros indebidos en particular a trabajadoras y trabajadores sexuales.

- Carencia de integralidad en la atención. Ésta sólo se limita al control de la epidemia. Para ello es necesario revisar las normas de Atención Integral y su implementación en los servicios.
- No se han implementado mecanismos para asegurar la atención de los adolescentes; existiendo normas contradictorias y normas que violan sus derecho a la confidencialidad. Además no se han considerado prioritarios la atención a adolescentes vulnerables y/o en situación de abandono o reclusión.
- Con respecto a transmisión vertical, el sistema muestra algunas debilidades que tienen que ver con la gestión de datos, el financiamiento de pruebas diagnósticas, la clasificación y la compra de medicamentos, la atención del control prenatal, los resultados de laboratorio, el seguimiento de la mujer diagnosticada y el niño expuesto, y el estigma y la discriminación en parte del personal que atiende a la madre diagnosticada.

Monitoreo y Evaluación

- La Respuesta Nacional al VIH/sida no cuenta, hasta el momento, con un sistema de M&E integrado. El PEM ha desarrollado lineamientos para el monitoreo y la evaluación y tiene indicadores para cada objetivo, aunque hasta ahora no se han transformado en un sistema de M&E funcional y efectivo.
- Para el desarrollo del informe se han encontrado algunas dificultades, como el no contar con la información precisa de acuerdo a lo solicitado, claridad en algunas definiciones (ej. la definición de “población más expuesta”, etc.), diferentes metodologías de medición, lo que hace difícil su comparación en el tiempo (medir tendencias).

VII. Apoyo de los asociados para el desarrollo del país

En los últimos años instancias gubernamentales como el Ministerio de Educación, el Ministerio de Trabajo, el Ministerio de Justicia con el Instituto Nacional Penitenciario han mostrado distintos niveles de involucramiento en la respuesta desde sus respectivas áreas de trabajo. Del mismo modo el Instituto Peruano de Seguridad Social (ESSALUD) como los Ministerios del Interior y Defensa (a través de la Sanidad de las Fuerzas Policiales y el Sistema de Salud del Ejército, La Marina y la Fuerza Aérea) han contribuido financieramente con programas de prevención, atención y tratamiento para sus afiliados en diferentes niveles.

Digno de resaltar es el compromiso de la Defensoría del Pueblo, la cual desde 2006, hasta actualidad identifica a la epidemia del VIH/Sida como uno de sus temas de atención prioritaria, a fin de promover la defensa y respeto de los derechos de las personas con VIH/Sida y de las poblaciones en situación de vulnerabilidad

Así mismo viene interviniendo activamente en la respuesta al VIH/Sida la Cooperación Internacional tanto bilateral (USAID, GTZ, Cooperación Belga, Cooperación Española, etc.), como multilateral (ONUSIDA, PNUD, UNFPA, OPS, UNICEF), otorgando asistencia técnica en coordinación con sus contrapartes nacionales e instituciones no gubernamentales y sociedad civil.

Finalmente cabe mencionar el apoyo del Fondo Mundial en las tres rondas financiadas para el componente VIH: 2da. Ronda, que concluyó en 2008, 5ta Ronda que se encuentra en su último período y 6ta Ronda, que se encuentra concluyendo su 1ra. Fase. Estos proyectos han comprometido la participación de numerosa instituciones, públicas y privadas como ONG, MINSA, Gobiernos regionales y locales, Organizaciones de poblaciones vulnerables y PVVS.

VIII. Sistemas de vigilancia y evaluación

Tabla 1

Indicador	Fuente	2006		2008		2010		Observaciones
		Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	En relación a 2008
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos de vigilancia y evaluación del programa del Sida.	Encuesta ICPN	3.6	36	6.3	63	6.4	64	Nivel de incremento 1%

Con respecto a la calificación de los **esfuerzos realizados en Vigilancia y Evaluación**, lo que se resalta es que no ha habido una variación significativa entre 2008 (6.3) y 2010 (6.4). La Dirección General de Epidemiología establece anualmente un sistema de monitoreo y evaluación de las actividades del Plan Operativo Anual para el caso de VIH; además existe un Plan de Vigilancia Epidemiológica de ITS, VIH –SIDA para ver la magnitud y tendencia epidemiológicas. También se ha establecido el monitoreo y evaluación de intervención sanitaria, como parte de un objetivo funcional de esta dirección; aunque, aún no está adecuadamente implementado. También existe una Unidad Técnica de vigilancia, investigación y análisis de las ITS, VIH-SIDA en la Dirección General de Epidemiología y se realiza la reunión anual de la Red nacional de Epidemiología (RENACE). Hasta ahora las acciones realizadas han sido: Estudios de vigilancia de VIH por el MINSA y DGE publicados en el Informe Mundial ONUSIDA 2006, el Estudio Modos de Transmisión (MOT) publicado en 2009 por ONUSIDA Ginebra, el Sistema Nacional de Vigilancia de VIH/SIDA A través del software NOTI – VIH. También se tiene el ASIS y el Boletín epidemiológico. Sin embargo todavía quedan necesidades por trabajar. Algo para resaltar es el trabajo de Transferencia Tecnológica de la DGE hacia las DIRESAS. Las dificultades más relevantes han sido la carencia de acceso a Internet en lugares alejados y los continuos recortes presupuestales, que impiden la asignación de recursos financieros para los estudios epidemiológicos del VIH, por lo que daría la impresión de que no es un tema prioritario para los decisores políticos.

Ahora bien, en el Perú, pocos sectores cuentan con un sistema de monitoreo y evaluación. Algunos pocos programas y proyectos, especialmente de lucha contra la pobreza, han desarrollado sistemas de M&E pero sin interrelación entre ellos. La Respuesta Nacional al VIH/sida tampoco cuenta, hasta el momento, con un sistema de M&E integrado; por el contrario se trata de actividades dispersas de cálculo de indicadores con información proveniente de numerosas fuentes como las Direcciones Regionales de Salud, hospitales y Centros de Referencia de Infecciones

de Transmisión Sexual, de formatos estandarizados y de la realización de visitas de campo¹²³.

Con respecto a la vigilancia epidemiológica la información proviene de la notificación ofrecida de manera periódica, disponible en la página WEB de la Dirección General de Epidemiología. Las vigilancias epidemiológicas (centinelas y también estudios transversales) han sido realizadas por esta misma Dirección, de las cuales la última información disponible en formato publicado corresponde al año 2002. También se han realizado estudios de vigilancia en el año 2006 que arrojaron información actualizada sobre la prevalencia del VIH en HSH, TS y gestantes. Estas vigilancias se iniciaron a finales de los años noventa enfocados principalmente en usuarias de control prenatal (CPN), así como en varias poblaciones vulnerables como las trabajadoras sexuales, HSH, personas privadas de libertad, clientes de TS y usuarios de clínicas de ITS.

Por su parte, la Estrategia Sanitaria Nacional de VIH/ITS colecta regularmente información sobre las actividades que realizan los servicios de AMP en poblaciones vulnerables y el tamizaje de VIH en gestantes que acuden al control prenatal o durante el parto, además de información del programa TARGA. Sin embargo no cuenta, hasta el momento, con un equipo de M&E¹²⁴, debido a que en la normas de organización y funciones del MINSA, la ESNITSS no corresponde a un organismo estructural, no compitiéndole la realización de éstas funciones. Cuenta, sin embargo con dos bases de datos nacionales: la de Personas viviendo con VIH en TARGA y la base de datos de ITS, VIH que se recoge con la Hoja de Monitorización. Aunque no cuenta con mecanismos para asegurar la calidad de la información en sus diferentes etapas, por lo cual su supervisión es bastante limitada. A nivel regional cada DIRESA tiene profesionales encargados de las estadísticas locales. Tampoco se cuenta con un sistema para la difusión de la información.

Cada cuatro años, el país lleva a cabo la Encuesta demográfica y de salud (ENDES) a nivel nacional, que incluye módulos sobre ITS y VIH/sida, con secciones referidas a conocimientos, prevención y percepción de riesgo¹²⁵.

123 Susana Guevara. Lineamientos para el Monitoreo y Evaluación del Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 para la prevención y control de las ITS y VIH/sida en el Perú (PEM/VIH). CONAMUSA, 2008

124 Op. Cit

125 Carlos F. Cáceres, Walter Mendoza, Kelika Konda, Andrés Lescano. Nuevas Evidencias para las Políticas y programas de salud en VIH/sida e Infecciones de Transmisión Sexual en el Perú. Información disponible hasta febrero – 2007. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; Organización Panamericana de la Salud, 2007

Desafortunadamente todos estos instrumentos no están integrados entre sí, ni proporcionan información periódica¹²⁶. Con la llegada del Fondo Global al Perú se incorporó una lógica de evaluación de proceso, resultados e impacto, pero que igualmente se encuentra desarticulada de los demás instrumentos nacionales.

Finalmente, para el Plan Estratégico Multisectorial se han seleccionado indicadores para su seguimiento, aunque éste no corresponde a un sistema de M&E propiamente dicho¹²⁷. Además se han desarrollado unos lineamientos para el monitoreo y la evaluación del Plan Estratégico Multisectorial 2007 – 2011, los cuales hasta el momento no se han transformado en un sistema de M&E funcional y efectivo.

126 Carlos F. Cáceres. El Toro por las Astas

127 Susana Guevara. Lineamientos para el Monitoreo y Evaluación del Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 para la prevención y control de las ITS y VIH/sida en el Perú (PEM/VIH)

ANEXO 1: Proceso de consulta y preparación del informe nacional sobre el seguimiento de la aplicación de la Declaración de Compromiso sobre VIH/Sida

a) Taller con Sectores del MINSA

Fecha: 5 de Enero de 2010

Asistentes:

Patricia Bracamonte	ONUSIDA
César Herrera	ESN PCT
Gladys Días	ESNITSS
Julissa Rivera	ESNITSS
Gladys Quilla	DGSP
Martha de los Ríos	ESNSSR
Moraima Leyva	DIGEMID
Jack Gendrau	PRONAHEBAS
Richard Alvarado	DGE
Xenia Gili	ONUSIDA
Jorge Alarcón	Consultor
Mónica Pun	DGE
Ana Escudero	DGE
Ximena Salazar	Consultora
Pablo Anamaria	Consultor

b) Taller de expertos

Fecha: 7 de enero de 2010

Asistentes:

Lourdes Kusunoki	INMENSA
Fernando Gonzales	OPS
Xenia Gili	ONUSIDA
Jorge Bracamonte	Mhol
Armando Cotrina	USAID
Silvia Montano	NMRD – Lima
Julio César Cruz	Prosa
Virginia Baffigo	CARE – Perú
Mónica Pun	DGE
Jorge Alarcón	Consultor
Ana Escudero	DGE
Richard Alvarado	DGE
Pablo Anamaria	Consultor
Jana Villayzán	Consultora
Nadya Bravo	ESNITSS - MINSA

c) Taller de presentación del proceso UNGASS 2010

Fecha: 14 de Enero de 2010

Asistentes:

Maricielo Peña	CARE – Perú
Gaby Mariño	Asociación Civil Angel Azul
Ernesto Meza	Red Peruana LGTB
Manuel Forno	Promsex
Julien Hayois	ONUSIDA

Renate Ehmer	ONUSIDA
Ximena Salazar	Consultora
José Luis Sebastián	ESNITSS/MINSA
Jorge Alarcón	UNSMS
José Best	INPE
Ana Escudero	MINSA
Richard	DGE
Fernando Gonzalez	OPS
Raquel Maldonado	CONAMUSA
Victoria Luperai	ATS Miluska
Irma Sovero	ATS Miluska
Milagros Cerna	ATS Miluska
Fernanda Aguirre	ATS Fuerza Chalaca
Zulay Chiroque	Vía Libre
Consuelo Atencio	-
Rosa Espinoza	ATS Miluska
Judith López Robles	CS Raúl Patrucco
Angela Ccapa	Vía Libre
Marcela Coronado	Vía Libre
Ada Mejía	Vía Libre
Luis Perez	Vía Libre
Xavier Bazalar	GAM Amistad y Respeto
Camila Sotelo	Red Trans Ica
Francesca Herrera	Asoc. Despertar
Patricia Bracamonte	ONUSIDA
María T. Marticorena	SENAJU
Gladys Vicente	C. Nacional de Mujeres – Callao

Pedro Pablo Prada	Redecom
Walter Salazar	Aid for Aids
Norma Plaza	Vía Libre
Ángela Benavides	Grupo de Mujeres Diversas
Roger Revollar	Redecom
Luis Cabrera	Redecom
Luz Bustillos	Tierra de Niños
Oscar Díaz	Prosa
Esther Meza	Tierra de Niños
Eliana Rodríguez	Manuela Ramos
Carolina Cossío	FICR
Angela Villón	ATS Miluska
Miguel Martínez	Vía Libre
Jana Villayzán	Consultora
Susel Paredes	CARE-Perú
Julio Gilvorio	INMENSA
Jony Ríos	Alma Chalaca

d) Taller de Validación ICPN – Funcionarios del Gobierno

Fecha: Febrero 2010

Asistentes:

Gendrau Jack	PROHAHEBAS
Arturo Ramos	PRONAHEBAS
Carmen Mayurí	ESNSSR
Jana Villayzán	Consultora
Ximena Salazar	Consultora
Xenia Gili	ONUSIDA

Carlos Gonzales	Relaciones Exteriores
Héctor Jave	ESN –PCT
Javier Loayza	MIMDES
Missa Cruz	MINEDU – DITOE
Jesús Gutierrez	DG Promoción de la Salud
Nery Fernández	ESNSSR
Morayma Leiva	DIGEMID

e) Taller de Validación ICPN – Sociedad Civil

Fecha: Febrero 2010

Asistentes:

Manuel Forno	Promsex
Gaby Mariño	Asoc. Civil Angel Azul
Luis Pérez	Vía Libre
Pilar Arce	Flora Tristán
Aida Camarena	YWCA Lima
Richard Cabello	GAM Vivir
Duveicy Ugás	Red Trans
Renate Ehmer	ONUSIDA
Xenia Gili	ONUSIDA
Julien Hayois	ONUSIDA
Pablo Anamaria	Consultor
William Eulatth	Vía Libre
Fernando Cisneros	INPPARES
Pedro Pablo Prada	Redecom
Fernanda Aguirre	ATS Fuerza Chalaca
Roger Revollar	Redecom

Raquel Maldonado	CONAMUSA
Fernando Chujatalli	INPAVIH
Angela Villón	ATS Miluska
Sonia Parodi	Coordinadora Peruana de PVVS
Susel Paredes	CARE – Perú
Astrid Mendocilla	IES
María Elena Bazán	Flora Tristán
Maricielo Peña	CARE – Perú
Jeremy Chacallaza	Elisa Natalia – Ica
Claudia Vásquez	Cepesju
Raúl Raygada	CONAMUSA
María Boto	ICW

f) Taller de Presentación de Resultados – Región Loreto

Fecha: 23 de Febrero de 2010

Asistentes:

Milagros Jaramillo	ADAR
María Herrera	DIRESA – LORETO
Jaime Tollo	DREI
Perseveranda Santillán	GOREL –GRDS –SENI
Ricardo Álvarez	ESSALUD
Irma Tuesta	CEUNAS
Flor de Azucena Paredes	M.D. Belén
Lucía Ruiz	Selva Amazónica
Carina Guerrero	CEPCO
Roberto Cuniberti	MDSTB
Anderson Pizango	GAM Fuerza que nos Une

Oscar Alvarado	GAM Fuerza que nos Une
Gerson Velasco	PEJAJ
María Vallejos	GOREL –GRDS-SGPS
Leith Zangoa	ATS Las Loretanas
Agustín Tapia	A.C. Lazos de Vida
Lupe Chistama	GAM Fortaleza
Silvia Barbarán	A.C. Lazos de Vida
Ángela Valcárcel	Lazos de Esperanza
Betty Pérez	DEMUNA de Punchana
Mayra Helmi	DIRESA – Loreto
Olenka Marín	Red Trans
Camila de Souza	Red Trans
Ruth Maltos	DRTPE
Luis Sandoval	IE Rosa Donayre de Morey – Tutor
Juan Carlos Celis	Hospital Regional de Loreto
Carlos Vela	A.C. Selva Amazónica
Lygher López	INPPARES
Sivia Torres	ATS Sarita Colonia

g) Taller de Presentación de Resultados – Región Ancash

Fecha: 25 de Febrero de 2010

Asistentes:

Luis Alberto Díaz	-
Gustavo Rosell	ESNITSS – MINSA
Pablo Anamaria	Consultor
Ximena Salazar	Consultora
Oscar Pinedo	Coordinador del GAM

Brenda Llanos	ATS Mujeres de Chimbote
Jannet Díaz	Movimiento Lésbico de Chimbote
Nohelly Bueno	Movimiento Lésbico de Chimbote
Diana Zavaleta	INPPARES
María Orellana	INPPARES
María Morello	ASU. Filial Chimbote
Gladis Pizarro	MN de Corazón
Yvonne Contreras	Red Nacional de Promoción de la Mujer – Chimbote
Carlos Hueza	DRTYPEA – Ancash
Isidro Rontilla	Red PVVS
Gisell Espinoza	Coord. ESNITSS
Margarita Castillo	Asoc. Mujeres Lazos de Amor
Gloria Córdova	DEPAS – CJS
Oscar Pinedo	GAM renaciendo en el Amor de Dios
Jorge Epifanía	Hnos. de Corazón
Oscar Arroyo	Y.P.A.
Yanny Giraldo	ASCA
Griselda Ventura	C.S. Santa
Julia Hidalgo	Servicio de Salud Integral “Santa Clara”

h) Taller de presentación de resultados – Región Callao

Fecha: 3 de Marzo de 2010

Asistentes:

Susana León	COREMUSA
Julio Calle	Red SIDA – Callao
Gustavo Reyes	Hojas al Viento
Jorge Alcántara	DIRESA – CALLAO

César Cornejo	Alma Chalaca
Ricardo Mendoza	Corazones Chalacos
Jorge Denegri	Municipalidad de La Punta
Tula Mendoza	Red de TS Sta. Micaela
Felícita Álvarez	Red de TS Sta. Micaela
Jana Villayzán	Consultora
Pablo Anamaria	Consultor
Ximena Salazar	Consultora

i) Taller de Presentación de Resultados Región Ica

Fecha 4 de Marzo 2010

Asistentes:

Jesús Vera Mendoza	Sanidad de las Fuerzas Policiales
Dara Jáuregui Ferreyra	GORE – Ica
Marina Mendoza Espinoza	FEPROMU – Ica
Hugo Alfaro	APROPO
Zoila Rosa Ascencio	FEPROMU
Karla Cortés Chacaltana	APROPO
Yessika López	ASU – Ica
Denis Gallegos Flores	FEPROMU – Ica
Jesica Cordova	Org. Elisa Natalia
Camila Sotelo	Org. Elisa Natalia
Fernando Felipa	Obj. 4 II Ronda – INPPARES
David Silva	Asoc. Volver a Vivir
Isabel Muñante	Municipalidad Provincial de Ica
Guillermo Gandarillas	Despertar
Eloy Mendosa	INPE

Cleydi Huaylas	Casas de la salud
Teddy Paniz	Iglesia
Lilia Loza	Colegio de enfermeras – Región Ica
Maricielo Ochoa	Org. Elisa Natalia

ANEXO 2: Cuestionarios del Índice Compuesto de Política Nacional

A: Funcionarios del Gobierno

Entrevistados para el ICPN

ORGANIZACIÓN	NOMBRE/CARGO	Entrevistados para la parte A				
		A.I	A.II	A.III	A.IV	A.V
ESSALUD	Fernando Mendo				x	
ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE ITS/VIH	Equipo: José Luis Sebastián, José Calderón, Gustavo Rosell, Cristina Magán, Nadya Bravo	x	x	x	x	
Defensoría del Pueblo	Susana Silva, Luisa Córdova		x	x		
MINISTERIO DE EDUCACIÓN - DITOE	María Teresa Ramos	x	x	x	x	
INPE	José Best	x	x	x	x	
COPRECOS	Luis Andrés Paredes		x	x		
DISA – LIMA CIUDAD	Luis Alberto Fuente Tafur, Zoila Almonacid, Ketty Ruiz		x	x	x	
Promoción de la Salud - MINSA	Luis Jesús Gutierrez Campos	x	x	x		
PRONAHEBAS	Norberto Quesada, Jackier Gendrau, Arturo Ramos	x	x			x
Dirección General de Epidemiología	Mónica Pun					x

I. PLAN ESTRATÉGICO

1. ¿Ha desarrollado el país una Estrategia Nacional multisectorial para responder al VIH?

(Las estrategias multisectoriales deben incluir, por lo menos, las desarrolladas por ministerios, como las que se mencionan a continuación en el apartado 1.2)

SI (x)	NO ()	NO CORRESPONDE ()
--------	--------	--------------------

Período Cubierto [Especificar

Si la respuesta es negativa o no corresponde (N/C) Explique brevemente los motivos
--

Si La respuesta es afirmativa, responda las preguntas de 1.1 a 1.10; de lo contrario pase a la pregunta 2

1.1.¿Desde cuándo tiene el país una estrategia multisectorial. Número de Años: 13 años

En 1986, tres años después del diagnóstico del primer caso de VIH, el Estado peruano impulsa la primera respuesta oficial a través de la creación de una Comisión Multisectorial de Lucha contra el SIDA, que efectuó las primeras recomendaciones para el reporte y estudio de los primeros casos. Desde aquel entonces se trabajó la Ley Contraseña 26626, que se promulgó en el año 1996. En el marco de la participación del país en la convocatoria del Fondo Mundial se creó en mayo del 2002 el Mecanismo Coordinador País- MCP. El 13 de mayo del 2004 el MCP se constituyó como la Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud – CONAMUSA. Este trabajo multisectorial permitió que se lograra el financiamiento en tres rondas (II, V y VI) en VIH 6 años desde el 2003.

1.2. ¿Qué sectores están incluidos en la estrategia multisectorial con un presupuesto efectivo para el VIH destinado a sus actividades?

Sectores	Incluido en la Estrategia		Presupuesto	
	Si (x)	No	Si	No
Salud	Si (x)	No	Si	No
Educación	Si (x)	No	Si	No
Trabajo	Si (x)	No	Si	No
Transporte	Si (x)	No	Si	No
Ejército/policía	Si	No (x)	Si	No
Mujeres	Si (x)	No	Si	No
Jóvenes	Si (x)	No	Si	No
Otros: Tamizaje de sangre (PRONAEBAS) Ministerio de Justicia, INPE	Si (x)	No	Si	No

Si no hay un presupuesto asignado para algunos o ninguno de los sectores anteriores, explique qué financiación se utiliza para asegurar la ejecución de las actividades específicas relacionadas con el VIH de dicho sector:

En el Ministerio de Salud y sus instancias descentralizadas, se utilizan recursos para el abastecimiento de medicamentos (incluyendo ARV, manejo de ITS, etc.), estrategias de prevención: tamizaje para gestantes y MEF, promotores de pares, laboratorio, condones, leche maternizada, prestaciones de servicios diferenciadas y especializadas (centro de atención de TARGA, UAMP, CERITS), asistencia técnica, campañas comunicacionales.

1.3. La estrategia multisectorial, ¿está dirigida a las siguientes poblaciones destinatarias, entornos y asuntos interrelacionados?

Poblaciones destinatarias		
a. Mujeres y niñas	a. Sí (x)	No
b. Jóvenes de ambos sexos	b. Sí (x)	No
c. Consumidores de drogas inyectables	c. Sí	No
d. Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	d. Sí (x)	No
e. Profesionales del sexo	e. Sí (x)	No
f. Huérfanos y otros niños vulnerables	f. Sí	No
g. Otras sub.poblaciones vulnerables específicas	g. Sí (x)	No
Entornos		
h. Lugar de trabajo	h. Sí (x)	No
i. Escuelas	i. Sí (x)	No
j. Prisiones	J. Sí (x)	No
Asuntos interrelacionados		
k. VIH y pobreza	k. Sí (x)	No
l. Protección de los derechos humanos	l. Sí (x)	No
m. Participación de las personas que viven con VIH	m. Sí (x)	No
n. Tratamiento del estigma y la discriminación	n. Sí (x)	No
o. Capacidad de decisión de la mujer/igualdad entre los sexos	o. Sí	No (x)

1.4 ¿Fueron identificadas las poblaciones destinatarias a través de un proceso de evaluación de necesidades?

Sí (x)	No
--------	----

Si la respuesta es afirmativa, ¿Cuándo se efectuó dicha evaluación de necesidades?

Año: 2006 - 2007

Como Ministerio de Salud se hizo un análisis de necesidades a nivel nacional, con la participación de delegados de todas las regiones para la elaboración del Plan Nacional Concertado en Salud 2007-2015.

Para la elaboración del Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 se realizó el levantamiento de necesidades con la participación de diferentes sectores gubernamentales, de la sociedad civil y los afectados.

Para la elaboración de las propuestas del Fondo Global se han realizado los estudios de línea de base para determinar las brechas de los objetivos propuestos en el marco del PEM

Si la respuesta es negativa, explique cómo se identificaron las poblaciones destinatarias:

1.5. ¿Cuáles son las poblaciones del país a las que van destinadas los programas de VIH?

1.6. ¿Incluye la estrategia multisectorial un plan operativo?

Sí (x)	No
--------	----

1.7. ¿Incluye la estrategia multisectorial o el plan operativo:

a. Objetivos formales del programa?	Sí (x)	No
b. Metas o hitos claros?	Sí (x)	No
c. un desglose de los costos de cada área programática?	Sí (x)	No
d. Una indicación de las fuentes de financiación del apoyo a la ejecución?	Sí (x)	No
e. Un marco de vigilancia y evaluación?	Sí (x)	No

1.8. ¿Ha asegurado el país la “integración y participación plenas” de la sociedad civil en el desarrollo de la estrategia multisectorial?

Participación activa (x)	Participación moderada	Participación nula
--------------------------	------------------------	--------------------

Si la participación es activa, explique brevemente cómo se organizó

La participación activa de la sociedad se ha realizado tanto en la elaboración de los planes nacionales, como en espacios consultivos como la CONAMUSA, esto además se ve reforzado en la elaboración de las propuestas del Fondo Mundial.

En agosto de 2002, el Estado Peruano convocó a la sociedad civil, a las organizaciones de personas con VIH y al sector público para formular una propuesta técnica conjunta a ser presentada al Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.

Desde la constitución de la CONAMUSA, a iniciativa del Dr. Fernando Carbone, ministro de Salud en ese entonces, se selecciona a un receptor principal de los recursos (CARE) y sub receptores técnicos para que llevaran adelante las intervenciones planteadas.

En octubre del 2003 se firma el convenio CARE Perú-Fondo Mundial para implementar la segunda ronda de financiamiento, en el que se establecen las principales responsabilidades del receptor principal: administrar los recursos financieros puestos a disposición del país, diseñar y conducir un sistema de monitoreo y evaluación que dé cuenta de los logros en materia programática y

financiera y finalmente adquirir los principales bienes y servicios para el programa.

En este sentido, la CONAMUSA cumple el rol estratégico y CARE Perú el rol gerencial y ambas han contribuido efectivamente en la respuesta frente a la epidemia del VIH y SIDA:

Con el inicio del programa de segunda ronda de convocatorias “Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y Tuberculosis en el Perú”, en febrero de 2004 se aprueba la Norma Técnica de TARGA. El 13 de mayo de 2004, el Ministerio de Salud con el respaldo del Fondo Mundial empieza a ofrecer tratamientos para pacientes adultos.

Hasta el 2008 se habían seleccionado 27 organizaciones como sub receptores de las intervenciones a desarrollar. Estos sub receptores están conformados por consorcios de instituciones de diversos sectores, según el accionar de cada objetivo.

Si la participación es NULA O MODERADA, explique brevemente por qué:

1.9. ¿Han respaldado la mayor parte de los asociados para el desarrollo externos (bilaterales y multilaterales) la estrategia multisectorial

Sí (x)	No
--------	----

1.10 ¿Han ajustado y armonizado los asociados externos para el desarrollo sus programas relacionados con el VIH con la estrategia multisectorial?

Sí, todos los asociados (x)	Sí, algunos asociados	No
-----------------------------	-----------------------	----

Si lo han hecho ALGUNOS O NINGUNO, explique brevemente en qué áreas no hay ajuste/armonización y por qué

2. ¿Ha integrado el país el VIH en sus planes de desarrollo general, tales como: (a) el plan de desarrollo nacional, (b) la evaluación nacional común/el Marco de las Naciones Unidas para la Asistencia al Desarrollo, (c) la Estrategia para la reducción de la pobreza, y (d) el enfoque multisectorial?

Sí (x)	No	N/C
--------	----	-----

- 2.1. *Si la respuesta es afirmativa*, ¿en qué plan(es) específicos (s) está integrado el apoyo al VIH?

a. Plan de desarrollo nacional	Sí (x)	No	N/C
b. Evaluación nacional común/ Marco de las Naciones Unidas para la Asistencia al Desarrollo	Sí (x)	No	N/C
c. Estrategia para la reducción de la pobreza	Sí	No	N/C (x)
d. Enfoque multisectorial	Sí (x)	No	N/C
e. Otros <i>[Especificar]</i>	Sí (x)	No	N/C

- 2.2. *Si la respuesta es afirmativa*, ¿Cuáles de las siguientes áreas específicas relacionadas con el VIH están incluidas en uno o más de los planes de desarrollo?

Área relacionada con el VIH incluida en el/los planes de desarrollo		
Prevención del VIH	✓	
Tratamiento de las infecciones oportunistas	✓	
Terapia antiretroviral	✓	
Atención y apoyo (incluidos la seguridad social y otros planes)	✓	
Alivio del impacto del VIH	✓	
Reducción de las desigualdades de <i>género</i> que se relacionan con la prevención/tratamiento, atención y/o apoyo relativos al VIH	✓	
Reducción de las desigualdades de <i>ingresos</i> que se relacionan con la prevención/tratamiento, atención y/o apoyo relativos al VIH	✓	

Reducción del Estigma y la discriminación	✓	
Mayor poder económico de las mujeres (por ej., acceso al crédito, a la tierra y a la capacitación)		
Otros: <i>[Especificar]</i>		

3. Ha evaluado el país el impacto del VIH en el desarrollo socioeconómico a efectos de planificación?

Sí	No (x)	N/C
----	--------	-----

3.1. Si la respuesta es afirmativa, ¿En qué grado ha incidido en las decisiones de asignación de recursos?

Bajo

Alto

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

4. ¿Cuenta el país con una estrategia para abordar los problemas del VIH entre sus cuerpos uniformados nacionales (incluidas las fuerzas armadas, de policía, los cuerpos para el mantenimiento de la paz, el personal penitenciario, etc)?

Sí (x)	No
--------	----

4.1. Si la respuesta es afirmativa, ¿cuáles de los siguientes programas de han puesto en marcha más allá de la fase piloto para llegar a una proporción significativa de uno o más cuerpos uniformados?

Comunicación de cambio de comportamientos	Sí	No
Suministro de preservativos	Sí (x)	No
Asesoramiento y pruebas de VIH	Sí	No (x)
Servicios de infecciones de transmisión sexual	Sí (x)	No
Tratamiento antiretrovirocico	Sí (x)	No

Atención y apoyo	Sí (x)	No
Otros <i>[especificar]</i>	Sí	No

Si se proporcionan asesoramiento y pruebas del VIH a los servicios uniformados, describa brevemente el enfoque que se ha adoptado a ese respecto (p.ej. indique si la prueba del VIH es voluntaria u obligatoria, etc.)

5. **¿Dispone el país de leyes o regulaciones que protejan específicamente de la discriminación a las poblaciones más expuestas u otras sub-poblaciones vulnerables?**

Sí (x)	No
--------	----

- 5.1. **Si la respuesta es afirmativa, ¿a qué poblaciones?**

a. Mujeres	Sí (x)	No
b. Jóvenes	Sí (x)	No
c. Consumidores de drogas inyectables	Sí (x)	No
d. Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres	Sí (x)	No
e. Profesionales del sexo	Sí (x)	No
f. Internos en prisiones	Sí (x)	No
g. Migrantes/poblaciones móviles	Sí (x)	No
h. Otros <i>[especificar]</i>	Sí (x)	No

Si la respuesta es afirmativa, explique brevemente los mecanismos establecidos para asegurar la aplicación de dichas leyes:

Comente brevemente en qué medida están aplicándose en la actualidad dichas leyes:

6. ¿Existen en el país, leyes, reglamentos o políticas que supongan un obstáculo para la prevención, tratamiento, atención y apoyo eficaces relacionados con el VIH en las sub poblaciones vulnerables?

Sí	No (x)
----	--------

6.1. Si la respuesta es afirmativa, ¿para qué sub poblaciones?

a. Mujeres	Sí	No
b. Jóvenes	Sí	No
c. Consumidores de drogas inyectables	Sí	No
d. Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres	Sí	No
e. Profesionales del sexo	Sí	No
f. Internos en prisiones	Sí	No
g. Migrantes/poblaciones móviles	Sí	No
h. Otros <i>[especificar]</i>	Sí	No

Si la respuesta es afirmativa, describa brevemente el contenido de las leyes, los reglamentos o las políticas:

Comente brevemente de qué forma suponen un obstáculo:

7. ¿Ha realizado el país el seguimiento de los compromisos adquiridos con el fin de alcanzar el acceso universal, y adoptados durante la Reunión de Alto Nivel sobre el VIH/sida de junio de 2006?

Sí (x)	No
--------	----

7.1. ¿Se ha revisado la estrategia nacional y el presupuesto nacional para el VIH en consecuencia?

Sí (x)	No
--------	----

7.2. ¿Se han actualizado las estimaciones del tamaño de los principales subgrupos de población destinataria?

Sí (x)	No
--------	----

7.3. ¿Hay estimaciones de las necesidades actuales y futuras en relación con el número de adultos y niños que necesitan terapia antirretroviral?

Estimaciones y necesidades previstas	Sólo estimaciones de necesidades futuras	No
--------------------------------------	--	----

7.4. ¿Se vigila la cobertura del programa del VIH?

Sí (x)	No
--------	----

(a) **Si la respuesta es afirmativa**, se vigila la cobertura por sexo (varones, mujeres)

Sí (x)	No
--------	----

(b) **Si la respuesta es afirmativa**, ¿Se vigila la cobertura por grupos de población?

Sí (x)	No
--------	----

<p>Si la respuesta es afirmativa, ¿Para qué grupos de población?</p> <p>Adultos, gestantes y niños</p> <p>Explique brevemente qué uso se le da a esta información</p> <p>Se cuenta con un sistema de información de VIH que recoge las principales actividades del para gestionar los recursos y planificar las acciones para mejorar el acceso al tratamiento y seguimiento.</p>
--

(c) ¿Se vigila la cobertura por zona geográfica?

Sí (x)	No
--------	----

Si la respuesta es afirmativa, ¿a qué niveles geográficos (provincial, de distrito, otros?)

Nacional, Regional, Local (Redes y micro-redes de salud)

Explique brevemente qué uso se le da a esta información:

La información es utilizada en los niveles correspondientes para el cumplimiento de sus funciones

7.5. ¿Ha desarrollado el país un plan para fortalecer los sistemas de salud, incluidos la infraestructura, los recursos humanos y las capacidades y los sistemas logísticos de suministro de fármacos?

Sí (x)	No
--------	----

En general, ¿Cómo calificaría los esfuerzos de planificación estratégica de los programas relacionados con el VIH en 2009?											
2009	Muy deficientes									Excelentes	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Desde 2007, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?											
Se cuenta con un Plan Nacional Concertado en Salud y el Plan Estratégico Multisectorial en ITS, VIH y Sida como marco de los Planes estratégicos Regionales que se vienen desarrollando.											
Se ha promulgado la nueva ley de aseguramiento universal que permite el acceso a un Plan Esencial de Atención de Salud (PEAS) que está siendo implementado en zonas pilotos.											
Se ha incluido en el Seguro Integral de Salud (SIS) el total de las prestaciones gratuitas en ITS, VIH y Sida para la población pobre											
Se logro incorporar el TARGA y se empezar a hablar de la PPL como población vulnerable, que el INPE ponga dinero para la compra de insumos, medicamentos y pruebas (RPR y VIH), que cada vez más nos invite el MINSa a capacitaciones relacionadas con esta problemática.											
Se debe incorporar indicadores de desarrollo en el Plan de Salud Sexual en las instituciones											

educativas y normas sobre Salud Sexual para la educación de Salud Sexual Integral

Existe un plan para la construcción de un Homocentro con presupuesto asignado y se encuentra listo para viabilizarlo

TARGA; adherencia de mas pacientes es un logro del sector, hay más vigilancia y monitoreo a pesar de las dificultades que a veces hay

Incluidas en las actividades de CONAMUSA y el PEM

Planes y progresos del país, pobreza, calidad de vida, responder a las muertes

¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?

Lograr que las autoridades del más alto nivel se comprometan de una manera más efectiva (discurso y los recursos), recién se está elaborando una política que se pueda desarrollar en el mediano plazo.

Es necesario fortalecer las instancias de gobierno, entre el nivel central en el marco de la descentralización de las regiones a través del ejercicio de la rectoría que permita una más eficaz correlación de la planificación y su implementación.

La sostenibilidad de los logros alcanzados tiene que tener un correlato financiero a través de partidas asegurables.

Se requiere desarrollo de capacidades, recursos humanos y apoyo técnico para la implementación de los planes regionales y operativos y recursos humanos para la implementación

Operativización de la norma

Se realizaran las coordinaciones pertinentes para la elección del terreno para el Homocentro en Lima

También se realizaran la construcción de Homocentros regionales en Ayacucho, San Martín, Junín, Cusco y hay el ofrecimiento en Trujillo

Es necesario contemplar en el PEM niños, adolescentes y jóvenes

II. APOYO POLÍTICO

1. ¿Los altos cargos hablan en público a favor de los esfuerzos relacionados con el VIH en los grandes foros locales por lo menos dos veces al año?

Presidente/jefe de gobierno	Sí	No (x)
Otros altos cargos	Sí (x)	No
Otros funcionarios regionales y/o distrito	Sí (x)	No

2. ¿Dispone el país de un órgano de gestión/coordinación multisectorial nacional del VIH reconocido oficialmente (Consejo Nacional de SIDA o equivalente)?

Sí (x)	No
--------	----

Si la respuesta es negativa, por qué y de qué forma se están gestionando los programas de sida:

2.1. **Si la respuesta es afirmativa**, ¿cuándo se creó?

Año: 2004

[Especificar

La CONAMUSA es un organismo de coordinación constituido por representantes del gobierno, la cooperación internacional bilateral y multilateral, la sociedad civil y las organizaciones de personas directamente afectadas por el VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria en el país; reconocida con el Decreto Supremo 007-2004-SA.

La CONAMUSA intenta promover y construir consensos, desarrollar mensajes y conceptos compartidos entre todos los sectores, cerrar la brecha entre lo público y lo privado y complementar y fortalecer lo que desde los gobiernos se trabaja en torno a la prevención del VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria.

2.2. **Si la respuesta es afirmativa**, ¿quién es el presidente?

Nombre: Dr. Oscar Ugarte Ubillúz Cargo/función: Ministro de Salud

Si la respuesta es afirmativa, ¿el órgano de coordinación multisectorial nacional del sida:

¿Tiene atribuciones?	Sí (x)	No
¿tiene liderazgo y participación activa de los gobiernos?	Sí (x)	No
<p>¿Tiene una composición definida?</p> <p>Si la respuesta es afirmativa, ¿Cuántos miembros lo componen? 29 personas</p> <p>¿incluye representantes de la sociedad civil?</p> <p>Si la respuesta es afirmativa, ¿Cuántos representantes? 17 personas</p> <p>¿Incluye a personas que viven con VIH?</p> <p>Si la respuesta es afirmativa, ¿cuántas personas con el VIH? 2 personas</p> <p>¿incluye al sector privado?</p>	<p>Sí (x)</p> <p>Sí (x)</p> <p>Sí (x)</p> <p>Sí</p>	<p>No</p> <p>No</p> <p>No</p> <p>No (x)</p>
¿Tiene un plan de acción?	Sí (x)	No
¿Tiene una secretaría en funcionamiento?	Sí (x)	No
<p>¿Se reúne al menos una vez al trimestre?</p> <p>¿revisa las medidas sobre las decisiones políticas de forma habitual?</p> <p>¿Promueve activamente decisiones políticas?</p> <p>¿concede la oportunidad a la sociedad civil de influir en la toma de decisiones?</p> <p>¿fortalece la coordinación de los donantes para evitar la financiación paralela y la duplicación de esfuerzos en materia de programación y preparación de informes?</p>	<p>Sí (x)</p> <p>Sí (x)</p> <p>Sí</p> <p>Sí (x)</p> <p>Sí (x)</p>	<p>No</p> <p>No</p> <p>No (x)</p> <p>No</p> <p>No (x)</p>

3. ¿Cuenta el país con un mecanismo que promueva la interacción entre el gobierno, la sociedad civil y el sector privado para ejecutar programas y estrategias relativos al VIH

Sí (x)	No	N/C
---------------	-----------	------------

Si la respuesta es afirmativa, describa brevemente los principales logros:

El Ministerio de Trabajo viene realizando coordinaciones con la sociedad civil y empresas para desarrollar actividades destinadas a la prevención del VIH /sida y en contra del estigma y discriminación en el espacio laboral.

Vigilancia ciudadana

Espacio efectivo de coordinación donde todos están representados democráticamente donde pueden opinar, son soporte

Cualitativo a las estructuras técnicas

CONAMUSA

Describa brevemente los principales problemas:

Aun existe una dificultad de integral a los diferentes sectores como el Estado, sociedad civil y el sector privado.

4. ¿Qué porcentaje del presupuesto nacional relativo al VIH se dedicó a actividades llevadas a cabo por la sociedad civil durante el año pasado?

Porcentaje:

¿Qué tipo de apoyo ofrece la Comisión Nacional de Sida (o equivalente) a las organizaciones de la sociedad civil para la ejecución de actividades relacionadas con el VIH?

Información sobre las necesidades prioritarias	Sí (x)	No
Orientación técnica	Sí (x)	No
Adquisición y distribución de fármacos u otros suministros	Sí (x)	No
Coordinación con otros asociados de ejecución	Sí	No (x)
Desarrollo de las capacidades	Sí (x)	No
Otros: <i>[especificar]</i>	Sí (x)	No

4. ¿Ha revisado el país políticas y la legislación nacionales para determinar cuáles, si las hubiera, son contradictorias con las políticas de control nacional del sida?

Sí	No (x)
----	--------

6.1. Si la respuesta es afirmativa, ¿se han enmendado las políticas y la legislación para que sean coherentes con las políticas nacionales de control del sida?

Sí	No
----	----

Si la respuesta es afirmativa, enumere las políticas/leyes y describa cómo se enmendaron:

Enumere y describa las incoherencias que persisten entre las políticas/legislación y las políticas de control nacional del sida:

Son las actividades que se ejecutan en los proyectos del Fondo Global que hace cada consorcio

Hay un esfuerzo en esta parte

Niños en estado de abandono

Ley contrasida, que tiene una modificación para adecuarla a las políticas nacionales

En general, ¿Cómo calificaría el apoyo político al programa del VIH en 2009?

2009 Muy deficientes Excelentes

0 1 2 3 4 5 6 **7** 8 9 10

Desde 2007, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?

Decreto Supremo N° 05-2006 que aprueba el PEM 2007-2011.

Planes estratégicos regionales

Incremento de coberturas en población vulnerable y de personas viviendo con VIH en el marco de la descentralización.

Financiamiento y apoyo para la organización del V Foro latinoamericano en ITS, VIH y Sida.

Desde 2007, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?: el mayor esDolamiento para el TARGA

Tratamiento retroviral =reforzado exámenes de laboratorio en genera un apoyo a todos las actividades del F.G

TARGA

Normas de MINTRA

Ordenanza regional en población general

PEM 2007-2011

La modificación de normas técnicas como la de Transmisión Vertical y Atención Médica Periódica

¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?

En prevención falta llegar a población general y vulnerable en mayor cantidad y calidad. Faltan mensajes cuya difusión sea mayor y que sobre todo llegue a las poblaciones más pobres.

Que el presidente participe en la actividades el 1 de Diciembre

Convertir lo trabajo en una política publica el tema de VIH

Estrategia de abogacía sobre el VIH

Aun falta decisión política en jóvenes y adolescentes en la prevención del VIH

Definir aspectos relacionados con el acceso de adolescentes a los servicios de salud y el trabajo sexual

Adopción de políticas internas de prevención del VIH en el sector público

Implementar acciones determinantes en contra del estigma y discriminación asociados al VIH y poner mayor énfasis en las políticas de prevención del VIH



III. PREVENCIÓN

1. ¿Tiene establecida el país una política o estrategia para fomentar la información, educación y comunicación (IEC) sobre el VIH entre la *Población general*?

Sí (x)	No	N/C
--------	----	-----

- 1.1. *Si la respuesta es afirmativa*, ¿qué mensajes clave se promueven explícitamente?

✓ Marcar los mensajes clave promovidos explícitamente

a. Abstinencia sexual	✓
b. Aplazamiento del inicio de la actividad sexual	✓
c. Fidelidad	✓
d. Reducción del número de parejas sexuales	✓
e. Uso sistemático del preservativo	✓
f. Práctica de relaciones sexuales seguras	✓
g. Evitar las relaciones sexuales remuneradas	
h. Abstenerse del consumo de drogas inyectables	
i. Uso de equipo de inyección estéril	
j. Combatir la violencia contra las mujeres	
k. Mayor aceptación y participación de las personas que viven con VIH	✓
l. Mayor participación de los varones en programas de salud reproductiva	
m. Circuncisión masculina bajo supervisión médica	
n. Conocimiento del estado serológico con respecto al VIH	✓
o. Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH	✓
Otros:	<i>[especificar]</i>

1.2. ¿Ha efectuado el país una actividad o ejecutado un programa durante el último año para promover una información correcta sobre el VIH en los medios de comunicación?

Sí (x)	No
--------	----

2. ¿Tiene el país una política o estrategia establecidas para promover la educación sobre salud sexual y reproductiva relacionada con el VIH entre los jóvenes?

Sí (x)	No	N/C
--------	----	-----

2.1. ¿Forma parte el VIH del plan de estudios de

las escuelas primarias?	Sí (x)	No
las escuelas secundarias?	Sí (x)	No
la formación de maestros?	Sí (x)	No

2.2. ¿Proporciona la estrategia/plan de estudios la misma educación sobre salud sexual y reproductiva a los jóvenes de ambos sexos?

Sí (x)	No
--------	----

2.3. ¿Tiene el país una estrategia de educación sobre el VIH para los jóvenes escolarizados?

Sí	No (x)
----	--------

3. ¿Tiene el país una política o estrategia para promover la información, educación y comunicación y otras intervenciones sanitarias preventivas para las subpoblaciones más expuestas u otras sub poblaciones vulnerables?

Sí (x)	No
--------	----

Si la respuesta es negativa, explíquelo brevemente:

3.1. **Si la respuesta es afirmativa, ¿qué subpoblaciones y qué elementos de la prevención del VIH cubre la política/estrategia?**

✓ Marque las poblaciones y elementos específicos incluidos en la política/estrategia

	CDI	HSH	Profesionales del sexo	Clientes de profesionales del sexo	Población reclusa	Otras subpoblaciones <i>[especificar]</i>
Información para destinatarios específicos sobre reducción del riesgo y educación sobre el VIH		X	X		X	
Reducción del estigma y discriminación		X	X			
Promoción del preservativo		X	X		X	
Asesoramiento y pruebas del VIH		X	X		X	
Salud reproductiva, incluidos la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual						
Reducción de la vulnerabilidad (p. ej. generación de ingresos)	N/C	N/C		N/C	N/C	
Terapia de sustitución de drogas		N/C	N/C	N/C	N/C	
Intercambio de jeringas y agujas		N/C	N/C	N/C	N/C	

En general, ¿Cómo calificaría los esfuerzos políticos de apoyo a la prevención del VIH en 2009?										
2009 Muy deficientes						Excelentes				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Desde 2007, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?										
Fortalecimiento de la estrategia de pares para las poblaciones HSH, y TS (expansión a nivel nacional).										
Implementación y fortalecimientos de las estrategias de prevención dirigida a los adolescentes, mujeres y poblaciones vulnerables en el marco del PEM.										
Coordinación intersectorial para el abordaje de VIH en poblaciones indígenas y poblaciones móviles.										
Trabajo coordinado con MINEDU para la educación sexual integral.										
Dirección de Promoción de la Salud, aunque es el Estado										
Trabajo asociado a los proyectos del Fondo Global										
Incluidas en las actividades de CONAMUSA y el PEM										
-Planes y progresos del país, pobreza, calidad de vida, responder a las muertes										
Se ha implementado el Sello de Calidad de Sangre (sangre, plasma, plaquetas y crió precipitado)										
Se ha logrado aparentemente el tamizaje del 100% de la sangre donada										
Es importante lograr una compra centralizada de insumos para el tamizaje, lograr tener estándares en la adquisición de los insumos										
En el Decreto Supremo en Salud, se especifica el trabajo con el tamizaje de sangre en PRONAEBAS										
¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?										
Lograr que se incorpore estas acciones en el presupuesto de los gobiernos regionales y locales										
Jóvenes y adultos										
Población general										
Darle sostenibilidad a los proyectos del Fondo Global que se debe reforzar con el contraparte del Estado										

Proseguir con la Campaña de Donación Voluntaria

Operativizar las normas

Seguir trabajando con el apoyo del Comité Asesor

4. ¿Ha identificado el país necesidades específicas en los programas de prevención de VIH?

Sí (x)

No

Si la respuesta es afirmativa, ¿Cómo se determinan dichas necesidades específicas?

Las actividades de Prevención y Promoción en el periodo han estado enmarcadas en cuatro líneas de acción:

Intervenciones en Poblaciones Vulnerables: Trabajadoras Sexuales (TS) y Hombres que tienen Sexo con otros Hombres (HSH).

Intervención de Consejeros Educadores de Pares.

Fortalecimiento de la Consejería en ITS y VIH/SIDA.

Intervenciones en Población General.

INTERVENCIONES EN POBLACIONES VULNERABLES:

En el proceso de elaboración del PEM se ha identificado también acciones específicas hacia población general, jóvenes, mujeres, personas viviendo con VIH y población vulnerable

Si la respuesta es negativa, ¿Cómo están ampliándose los programas de prevención del VIH?

4.1. ¿En qué grado se ha aplicado la prevención del VIH?

Componente de prevención de VIH	La mayoría de personas necesitadas dispone de acceso		
Seguridad hematológica	De acuerdo (x)	En desacuerdo	N/C
Precauciones universales en entornos e atención sanitaria	De acuerdo	En desacuerdo (x)	N/C
Prevención de la transmisión materno infantil del VIH	De acuerdo (x)	En desacuerdo	N/C
IEC sobre reducción del riesgo	De acuerdo (x)	En desacuerdo	N/C
IEC sobre reducción del estigma y la discriminación	De acuerdo (x)	En desacuerdo	N/C
Promoción del preservativo	De acuerdo (x)	En desacuerdo	N/C
Asesoramiento y pruebas del VIH	De acuerdo (x)	En desacuerdo	N/C
Reducción de daños para los consumidores de drogas inyectables	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Reducción de riesgo para los hombres que tiene relaciones sexuales con hombres	De acuerdo (x)	En desacuerdo	N/C
Reducción de riesgo para profesionales del sexo	De acuerdo (x)	En desacuerdo	N/C
Servicios de salud reproductiva, incluidos la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual	De acuerdo	En desacuerdo (x)	N/C

Educación escolar sobre VIH para jóvenes	De acuerdo	En desacuerdo (x)	N/C
Programas para jóvenes no escolarizados	De acuerdo	En desacuerdo (x)	N/C
Prevención del VIH en el lugar de trabajo	De acuerdo	En desacuerdo (x)	N/C
Otros:	De acuerdo	En desacuerdo	N/C

En general, ¿Cómo calificaría los esfuerzos de ejecución de prevención del VIH en 2009?										
2009 Muy deficientes						Excelentes				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Desde 2007, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?										
Desarrollo de campañas comunicacionales sostenidas durante el 2007, 2008 y 2009, dirigidas a prevención de ITS en jóvenes, mujeres de estrato socioeconómico. Reducción del estigma y discriminación hacia PVVS, y transmisión vertical.										
Estudios de conocimientos actitudes y prácticas en adolescentes y mujeres de estrato socioeconómico bajo.										
Sport televisivos										
Tamizar a población general										
MEF (R)										
Ofrecer pruebas rápidas de VIH ampliado										
¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?										
Mayor involucramiento de los medios masivos de comunicación, impulso de la responsabilidad social de las empresas en la prevención del VIH, asegurar el presupuesto nacional y regional para las actividades de prevención.										
Es importante trabajar las normas en los siguientes puntos:										

Operativizar la norma vigente

Adecuar al contexto actual la norma

Crear norma que son importante para el trabajo de PRONAEBAS

Falta aun capacitar a los docentes de otras regiones

FG debe intervenir en otras regiones más abandonadas, no solo el tema debe ser la alta incidencia del VIH sino debe tener un enfoque integral

Adolescentes y niños

Es importante en prevención trabajar manejo sindrómico, transmisión vertical, poblaciones vulnerables

Información, educación, comunicación en VIH

Falta recursos para mejorar la intervención

Capacidad en la elaboración de proyectos

Mayor presupuesto

Presupuesto por resultados



IV. TRATAMIENTO, ATENCIÓN Y APOYO

1. ¿Tiene establecida el país una política o estrategia para promover el tratamiento, atención y apoyo integrales relacionados con el VIH? (la atención integral incluye el tratamiento, asesoramiento y pruebas de VIH, la atención psicosocial, y la atención domiciliaria y de base comunitaria, si bien no está limitada a estos aspectos.

Sí (x)	No
--------	----

1.1. *Si la respuesta es afirmativa*, ¿se abordan los obstáculos que afectan a las mujeres?

Sí (x)	No
--------	----

1.2. *Si la respuesta es afirmativa*, ¿se abordan los obstáculos que afectan a las poblaciones más expuestas

Sí	No
----	----

2. Ha identificado el país necesidades específicas en los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?

Sí (x)	No
--------	----

Si la respuesta es afirmativa, ¿Cómo se determinaron?

A través del estudio de demanda se determinaron las necesidades de atención de las personas que viven con VIH considerando las estimaciones de personas que requieren TARGA.

Si la respuesta es negativa, ¿Cómo están ampliándose los servicios de tratamiento, atención y apoyo relativos al VIH?

2.1. ¿En qué grado están ejecutándose los siguientes servicios de tratamiento, atención y apoyo relativos al VIH?

Servicio de tratamiento, atención y apoyo del VIH	La mayoría de las personas necesitadas dispone da acceso		
Terapia antiretrovítica	De acuerdo (x)	En desacuerdo	N/C
Atención nutricional	De acuerdo	En desacuerdo (x)	N/C
Tratamiento pediátrico del SIDA	De acuerdo (x)	En desacuerdo	N/C
Tratamiento de las infecciones de transmisión sexual	De acuerdo (x)	En desacuerdo	N/C
Apoyo psicosocial para las personas que viven con el VIH y sus familias	De acuerdo	En desacuerdo (x)	N/C
Atención domiciliaria	De acuerdo	En desacuerdo (x)	N/C
Cuidados paliativos y tratamiento de infecciones comunes relacionadas con el VIH	De acuerdo (x)	En desacuerdo	N/C
Asesoramiento y pruebas del VIH para los pacientes con Tuberculosis	De acuerdo (x)	En desacuerdo	N/C
Análisis sistemático de la tuberculosis y tratamiento del VIH de las personas infectadas por el VIH	De acuerdo (x)	En desacuerdo	N/C
Terapia preventiva de la tuberculosis para las personas infectadas por VIH	De acuerdo (x)	En desacuerdo	N/C
Control de la infección de tuberculosis y tratamiento del VIH en establecimientos de atención	De acuerdo (x)	En desacuerdo	N/C
Profilaxis con Cotrimoxazol en personas infectadas por el VIH	De acuerdo (x)	En desacuerdo	N/C
Profilaxis posterior a la exposición (p. ej., exposición ocupacional, violación)	De acuerdo (x)	En desacuerdo	N/C
Servicios de tratamiento del VIH en el lugar de trabajo o sistemas de derivación para tratamiento a través del lugar de trabajo	De acuerdo	En desacuerdo (x)	N/C

Atención y apoyo relacionados con el VIH en el lugar de trabajo (incluidos acuerdos de trabajo alternativo)	De acuerdo	En desacuerdo (x)	N/C
Otros programas: <i>[especificar]</i>	De acuerdo	En desacuerdo	N/C

3. ¿dispone el país de una política para el desarrollo/uso de medicamentos genéricos o para la importación paralela de medicamentos para el VIH?

Sí (x)	No
--------	----

4. ¿ Tiene el país mecanismos de gestión regional para la adquisición y suministro de productos esenciales como fármacos antirretrovíricos, preservativos y drogas de sustitución?

Sí (x)	No
--------	----

Si la respuesta es afirmativa, ¿para qué productos?

[especificar]

En general, ¿Cómo calificaría los esfuerzos dedicados a la ejecución de programas de tratamiento, atención y apoyo en 2009?										
2009 Muy deficientes						Excelentes				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Desde 2007, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?										
<i>Desde 2007, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:</i>										
Se ha incrementado el número de pacientes eSDolados (9140 en el 2007 a 14327 en el 2009 – MINSA)										
Incremento de pacientes al TARGA										
Cobertura al tratamiento de enfermedades oportunista (FONDO GLOBAL)										
<i>¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:</i>										
<i>falta un enfoque de salud pública de parte de los especialistas, mayor capacitación de RRHH no médicos y médicos, acceso a pruebas, consejería</i>										
Coinfección de TBC y VIH										
Atención Integral para niños con VIH										
¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?										

5. ¿Tiene el país una política o estrategia para hacer frente a las necesidades adicionales relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables?

Sí	No	N/C
----	----	-----

5.1. **Si la respuesta es afirmativa**, ¿hay en el país alguna definición operativa para “huérfano” y “niño vulnerable”?

Sí	No
----	----

5.2. **Si la respuesta es afirmativa**, ¿Tiene el país un plan de acción nacional específico para los huérfanos y otros niños vulnerables?

Sí	No
----	----

5.3. **Si la respuesta es afirmativa**, ¿Tiene el país una estimación del número de huérfanos y otros niños vulnerables al que han llegado las intervenciones existentes.

Sí	No
----	----

Si la respuesta es afirmativa, ¿a qué porcentaje de huérfanos y otros niños vulnerables se llega? % [especificar]

En general, ¿Cómo calificaría los esfuerzos dedicados a satisfacer las necesidades relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables en 2009?												
2009	Muy deficientes									Excelentes		
	0	0.5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Desde 2007, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?												
¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?												



V. VIGILANCIA Y EVALUACIÓN

1. ¿Tiene establecido el país un plan nacional de vigilancia y evaluación? (V+E)

Sí	En preparación	No (x)
----	----------------	--------

Si la respuesta es negativa, describa brevemente los problemas:

El MINSA no ejerce un liderazgo que permita ser multisectorial, por deficiencias del sistema y su organización, por el lado de los otros actores no ven la intervención de una manera más integral y que sobre todo que las más altas autoridades no están convencidas de la importancia de la V+E

La DGE establece anualmente un sistema de monitoreo y evaluación de las actividades del Plan Operativo Anual para el caso de VIH, existe un Plan de Vigilancia Epidemiológica de ITS, VIH –SIDA para ver magnitud y tendencia de la epidemiología. El monitoreo y evaluación de intervención sanitarios esta como parte de un Objetivo Funcional pero no está implementado adecuadamente.

1.1. **Si la respuesta es afirmativa**, años cubiertos [especificar]

1.2. **Si la respuesta es afirmativa**, ¿el plan ha contado con el respaldo de los asociados clave de vigilancia y evaluación?

Sí	No
----	----

1.3. **Si la respuesta es afirmativa**, ¿se elaboró el plan de vigilancia y evaluación en consulta con la sociedad civil y las personas que viven con VIH?

Sí	No
----	----

1.4. **Si la respuesta es afirmativa**, ¿Disponen los asociados clave de requisitos sobre vigilancia y evaluación (incluidos los indicadores) en consonancia con el plan nacional de vigilancia y evaluación?

Sí, todos los asociados	Sí, la mayor parte de los asociados	Sí, pero sólo algunos asociados	No
-------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	----

Si la respuesta es Sí, pero sólo algunos de los asociados, o No, describa brevemente cuáles son los problemas:

2. ¿Incluye el plan de vigilancia y evaluación lo siguiente?

Una estrategia para la recopilación de datos	Sí	No
<i>Si la respuesta es afirmativa, ¿comprende ésta:</i>	Sí	No
Una vigilancia sistemática del programa?	Sí	No
Encuestas comportamentales?	Sí	No
Vigilancias del VIH	Sí	No
Evaluación/estudios de investigación?	Sí	No
Un grupo bien definido y normalizado de indicadores	Sí	No
Directrices sobre los instrumentos de recopilación de datos?	Sí	No
Una estrategia para evaluar la calidad de los datos (validez, fiabilidad)?	Sí	No
Una estrategia de análisis de los datos?	Sí	No
Una estrategia de divulgación y uso de los datos?	Sí	No

3. ¿Existe un presupuesto para el plan de vigilancia y evaluación?

Sí (x)	En preparación	No
---------------	-----------------------	-----------

3.1. **Si la respuesta es afirmativa**, ¿qué porcentaje de la financiación total del programa del VIH se ha destinado a actividades de evaluación y vigilancia en el presupuesto?

DGE 2002 fue de 33%

DGE 2009 fue de 0.5%

3.2. **Si la respuesta es afirmativa**, ¿se ha conseguido la financiación completa?

Sí	No (x)
-----------	---------------

Si la respuesta es negativa, describa brevemente los problemas:

Continúan los recortes presupuestales que no asignan presupuesto a los estudios de VIH, epidemiológicos del VIH por que los decisores no lo consideran prioritario

3.3. **Si la respuesta es afirmativa**, ¿está realizándose un seguimiento de los gastos en vigilancia y evaluación?

Sí	No
-----------	-----------

4. Las propiedades de vigilancia y evaluación, ¿se han determinado a través de la evaluación del sistema nacional de vigilancia y evaluación?

Sí (x)	No
---------------	-----------

Si la respuesta es afirmativa, describa brevemente con qué frecuencia se lleva a cabo de una evaluación nacional de la vigilancia y evaluación y en qué consiste:

Reunión anual de la Red nacional de Epidemiología (RENACE)

Si la respuesta es negativa, describa brevemente cómo se determinan las prioridades de vigilancia y evaluación

6. ¿Existe una unidad funcional nacional de vigilancia y evaluación?

Sí (x)	En preparación	No
--------	----------------	----

Si la respuesta es negativa, ¿cuáles son los principales obstáculos para establecer una unidad funcional de vigilancia y evaluación?

5.1. Si la respuesta es afirmativa, la unidad nacional de vigilancia y evaluación

¿Está ubicada en la CNS (o equivalente)?	Sí	No
¿En el Ministerio de Salud?	Sí (x)	No
¿En otra parte? [especificar]	Sí	No

5.2. *Si la respuesta es afirmativa*, ¿cuántos y qué tipo de profesionales permanentes o temporales trabajan en la unidad nacional de vigilancia y evaluación?

Número de empleados permanentes 1		
Cargo: Coordinador nacional de vigilancia	Jornada completa (x)	2001
Número de empleados temporales		
Cargo: Técnico Informático 1	Jornada completa (x)	2005

5.3. *Si la respuesta es afirmativa*, ¿se dispone de mecanismos para asegurar que todos los asociados importantes para la ejecución presenten sus informes/datos a la unidad de vigilancia y evaluación para incluirlos en el sistema nacional de vigilancia y evaluación?

Sí (x)	No
--------	----

Si la respuesta es afirmativa, describa brevemente los mecanismos que se emplean para compartir los datos

Sistema Nacional de Vigilancia de VIH/SIDA

A través del Sistema NOTI - VIH (SOFTWARE)

¿cuáles son las principales dificultades?

Acceso a Internet en lugares alejados

6. ¿Existe un Grupo o Comité de Trabajo y Vigilancia y Evaluación que se reúna periódicamente para coordinar las actividades de vigilancia y evaluación?

No	Sí, pero no se reúne periódicamente	Sí, se reúne periódicamente (x)
----	-------------------------------------	---------------------------------

6.1. ¿Tiene representación de la sociedad civil?

Sí	No (x)
----	--------

Si la respuesta es afirmativa, describa brevemente ¿quiénes son los representantes de la sociedad civil y cuál es su papel?

7. ¿Existe una base de datos nacional central de información relacionada con el VIH?

Sí	No
----	----

7.1. *Si la respuesta es afirmativa*, describa brevemente la base de datos nacional y quién la gestiona

{especificar}

7.2. *Si la respuesta es afirmativa*, ¿incluye información sobre el contenido, las poblaciones destinatarias y la cobertura geográfica de los servicios relacionados con el VIH, así como sobre las organizaciones ejecutoras?

a. Sí, sobre todo lo anterior

b. Sí, pero sólo sobre algunas cosas:

{especificar}

c. No, ninguna de las repuestas

7.3. ¿Existe un sistema de información de salud funcional?

En el nivel nacional	Sí	No
En el nivel subnacional	Sí	No
<i>Si la respuesta es afirmativa, ¿en qué nivel(es) [especificar]</i>		

8. ¿Publica el país por lo menos una vez al año un informe de Vigilancia y Evaluación sobre el VIH que incluya datos de vigilancia del VIH?

Sí (x)	No
---------------	-----------

9. ¿En qué grado se utilizan los datos de vigilancia y evaluación?

9.1. Para el desarrollo/la revisión de la estrategia nacional contra el sida?

Bajo Alto

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

<p>Proporcione ejemplos específicos</p> <p>Estudio de vigilancia de VIH realizados por el MINSA</p> <p>DGE Publicados en el Informe Mundial ONUSIDA 2006</p> <p>Estudio MOT Publicado el 1º de Diciembre 2009 por ONUSIDA Ginebra</p> <p>¿Cuáles son las principales dificultades, si las hay?</p>
--

9.2 para la asignación de recursos

Bajo

Alto

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Proporcione ejemplos específicos

¿Cuáles son las principales dificultades, si las hay?

Transferencia de DIRESA

9.3 para mejorar los programas

Bajo

Alto

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Proporcione ejemplos específicos

Fondo Global

¿Cuáles son las principales dificultades, si las hay?

10. ¿Existe un plan para aumentar la capacidad humana en el ámbito de vigilancia y evaluación a nivel nacional, subnacional y de prestación de servicios?

a. Sí, a todos los niveles

b. Sí, pero sólo a algunos niveles:

[especificar]

c. No

10.1. ¿se impartió en el último año capacitación en vigilancia y evaluación?

a nivel nacional?	Sí	No
<i>Si la respuesta es afirmativa</i> , número de personas capacitadas		<i>[especificar]</i>
a nivel subnacional	Sí	No
<i>Si la respuesta es afirmativa</i> , número de personas capacitadas		<i>[especificar]</i>
a nivel de prestación de servicios incluida la sociedad civil	Sí	No
<i>Si la respuesta es afirmativa</i> , número de personas capacitadas		<i>[especificar]</i>

10.2. Se llevaron a cabo otras actividades de desarrollo de capacidades en vigilancia y evaluación aparte de la capacitación?

Sí	No
-----------	-----------

Si la respuesta es afirmativa, describa que actividades *[especificar]*

En general, ¿Cómo calificaría los esfuerzos de vigilancia y evaluación del programa de VIH en 2009?												
2009	Muy deficientes											Excelentes
	0	1	2	3	4	5	6	6.4	7	8	9	10
<i>Desde 2007, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?</i>												
Supervisión y asistencia técnica a todos los bancos de sangre en regiones												
Cambio del diseño en el sello de calidad de sangre												
Se ha logrado elevado el estándar de calidad												
Se realizó el Simposio Internacional Homo vigilancia y una racionalidad sanguínea												
El esfuerzo se hace a nivel local más no nacional												

Es necesario decisión política en el tema

ASIS

Boletín Epidemiológico

NOTI VIH

MOT

¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?

Terminar el Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación

Aplicabilidad de la normatividad

Asignación de más recursos

Campaña de Donación Voluntario

Tamizaje de sangre

Se realizara un taller para cambia reformular algunos indicadores

Presupuesto

Trabajo de Transferencia Tecnológica de la DGE hacia las DIRESAS

Parte B: Sociedad Civil

ENTREVISTADOS ICPN

ORGANIZACIÓN	NOMBRE/CARGO	Entrevistados para la parte A				
		A.I	A.II	A.III	A.IV	A.V
ATS Miluska Vida y Dignidad	Ángela Villón	x	x			
Red Peruana de Mujeres Viviendo con VIH	Guiselly Flores	x		x		
Red Trans - Perú	Maricielo Peña	x				
CONAMUSA, representación PVVS	Raúl Raygada	x			x	
AID for AIDS	Lídice López	x		x		
Vía Libre	Robinson Cabello	x	x	x	x	x
CARE - Perú	Virginia Baffigo	x	x			
CONAMUSA	Ender Allain, secretaria ejecutiva		x	x		
Universidad Peruana Cayetano Heredia	Patricia García	x	x	x		
Universidad Peruana Cayetano Heredia	Carlos Cáceres	x	x	x	x	x
UNICEF	Mario Tavera	x		x		
USAID	Jaime Chang	x		x		
OPS	Fernando Gonzáles	x	x	x	x	
ONUSIDA	Renate Ehmer	x	x	x	x	
GAM "navegando en la Fe	"Tedeodolfo Tavera	x	x			
Bloque Trans	Leyla Huerta	x		x		
Posadita del Buen Pastor	Elisabeth Meza	x			x	
INMENSA	Julio Gilvonio	x	x			

ATS Mujeres del Sur	Ana luz Mamani	x	x	x		
---------------------	----------------	---	---	---	--	--



I. DERECHOS HUMANOS

1. ¿Dispone el país de leyes y reglamentaciones que protejan de la discriminación a las personas que viven con el VIH? (P. ej., disposiciones generales contra la discriminación o disposiciones que mencionen específicamente el VIH, centradas en la escolarización, vivienda, atención de salud, etc.)

Sí (X)	No
--------	----

1.1. *Si la respuesta es afirmativa*, especifique si se menciona concretamente el VIH y de qué manera, o si se trata de una disposición general contra la discriminación: (especificar)

Plan Estratégico Regional que trabajara el tema de VIH en cada región del país que aborda el trabajo en PVVS y PV

Ordenanza Regional que protegen derechos humanos de la PV y PVVS en las regiones

Ordenanzas Ejecutivas en Callao y Junín

También la Ordenanza Regional de Cusco Estas son intervenciones primarias sobre el tema

Normas de MIVEDU en VIH y educación

Resolución Ministerial del Ministerios de Trabajo, dispone de leyes o reglamentación sobre el tema

Educación No discriminación en colegios, personal de salud

Ley 28243

Código Civil

El país tiene legislación específica sobre el VIH/SIDA. La ley 26626 contempla el derecho de las PVVS a la atención integral (art.7) y al trabajo (art.6). Sin embargo, la ley no responde de manera clara a un marco de derechos humanos. La legislación no contempla explícitamente la garantía del respeto de los derechos humanos con la finalidad de evitar la discriminación y el estigma vinculados con la epidemia.

La modificatoria de ley 28243

El Artículo 2 de la Constitución Política del País protege contra cualquier tipo de discriminación: la Ley 26626 y la Modificatoria 28243, si se refieren en

forma explícita a las PVVS. Con respecto a escolarización tenemos la Ley de la no Discriminación.

En relación con el empleo y el VIH/SIDA existe la Ley 26626. Artículo 6º.- Las personas con VIH/SIDA pueden seguir laborando mientras están aptas para desempeñar sus obligaciones. Es nulo el despido laboral cuando la causa es la discriminación por ser portador del VIH/SIDA.

Reglamento de la Ley 26626. Artículo 15º.- La prueba de diagnóstico de VIH no debe ser requerida como condición para iniciar o mantener una relación laboral, educativa o social.

El presente artículo no modifica el decreto Supremo N° 011-73-CCFFAA, adicionado por los Decretos Supremos N° 005-85-CCFFAA y N° 072-94-DE/CCFFAA69

El Plan Nacional de Derechos Humanos aunque incluye a las PVVS como poblaciones especialmente vulnerable, no se cumple para nadie

Hay Tres grupos de ordenanzas regionales: Ordenanzas para aprobación de PERMs; Ordenanzas sobre la Salud Sexual y Reproductiva de los jóvenes y una sola ordenanza, la del Cuzco, referida al acceso a salud para la población vulnerable, la descentralización es un elemento nuevo, el avance en la normatividad jurídica esta un paso adelante en las regiones en relación a la normatividad nacional, hay también ordenanzas para la reducción del Estigma y discriminación

El Informe UNGASS no visibiliza la situación de los pueblos originarios o indígenas , no hay evidencia suficiente ; recomendar que en el instrumento de recojo de información se añadan indicadores respecto a estas poblaciones , hay que generar más evidencias al respecto (preguntar a UNICEF por estudios hechos con poblaciones indígenas) hay que acercarse a las organizaciones trabajando en el tema ; los casos de vih en poblaciones indígenas se registran como población general no hay especificidad en el registro ; los registros de casos no incluyen la interculturalidad lo que dificulta la identificación de las poblaciones

Factores como violencia y vulnerabilidad no se están considerando en la medición hay poblaciones que continúan in visibilizadas como las TS o las Trans

2. ¿Dispone el país de leyes y reglamentos que protejan específicamente a las poblaciones más expuestas y otras subpoblaciones vulnerables?

Sí (X)	No
---------------	-----------

2.1.- Si la respuesta es afirmativa, ¿a qué subpoblaciones?

a. Mujeres	Si (X)	No	
b. Jóvenes	Si	No	N/R (X)
c. Consumidores de drogas inyectables	Si	No	
d. Hombres que tienen sexo con otros hombres	Si	No	N/R (X)
e. Profesionales del sexo	Si	No	N/R (X)
f. Internos en prisiones	Si	No	N/R (X)
g. Migrantes/poblaciones móviles	Si	No	N/R (X)
h. Otras (especificar)	Si	No	

Si la respuesta es afirmativa, explique brevemente los mecanismos establecidos para asegurar la aplicación de dichas leyes:

Ordenanzas regionales, con ciertas limitaciones, aun falta operatividad de la ley

Normatividad sobre Transmisión vertical, mujeres viviendo con VIH

Normas de Pares (PEPS), está debilitada en esta población

AMP, limitado, en trabajadoras sexuales

Adolescentes sin acceso a servicios de salud sexual

Pobreza y VIH de debe analizarse en relación a la salud

Describa brevemente el contenido de esas leyes

La ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres

El Código de los Niños y Adolescentes

Parcial= gestantes en la prácticas hay contradicción en la obligatoriedad de la prueba del VIH, el bienestar y protección del niño por conceptos morales y culturales

Jóvenes= acceso limitado de los servicios de salud sexual

Adolescentes privados de la libertad no hay nada de salud sexual, vida sexual, Se de trabajar la prevención del VIH en centros de rehabilitación juvenil 12-18 años

Transgresores de la ley, proyecto en el marco de ONUSIDA y PNUD

En todos los jóvenes el riesgo no es igual/ vulnerables y explotación sexual

Acceso al tratamiento

Identificar epidemiología

Existe una ordenanzas regional que habla sobre las poblaciones vulnerables

Comente brevemente en que grado están siendo aplicadas actualmente

Intervenciones en poblaciones más expuestas

La ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres

El Código de los Niños y Adolescentes

3. ¿Existe en el país leyes, reglamentos o políticas que suponga obstáculos para la prevención, tratamiento, atención y apoyo eficaces relacionados con el VIH para las poblaciones más expuestas y otras subpoblaciones vulnerables?

Si (X)	No
--------	----

3.1. Si la respuesta es afirmativa, ¿para qué subpoblaciones?

a. Mujeres	Si	No	N/R (X)
b. Jóvenes	Si (X)	No	
c. Consumidores de drogas inyectables	Si	No	
d. Hombres que tiene sexo con otros hombres	Si	No	N/R (X)
e. Profesionales del sexo	Si	No	N/R (X)
f. Internos en prisiones	Si	No	N/R (X)
g. Migrantes/ poblaciones móviles	Si	No	N/R (X)
h. Otras (especificar)	Si	No	

Si la respuesta es afirmativa, describe brevemente el contenido de la leyes, reglamentación o políticas

Algunas ordenanzas regionales y municipales violentan el derecho al libre tránsito consagrado en la Constitución de las trabajadoras sexuales mujeres y trans

En el trabajo sexual existen un vacío legal, aun falta trabajar el tema

Es importante avanzar en el acceso a la salud sexual de los jóvenes, ya que leyes y normatividad que penalice las relaciones sexuales de adolescentes y jóvenes solo entorpecen la prevención del VIH

La Ley General de Salud (art.4) dispone que “ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo”. En el caso de los absolutamente incapaces y relativamente incapaces a que se refiere el artículo 44 del Código Civil, dentro de los cuales se encuentran los menores de 18 años, esta responsabilidad recaería en sus representantes legales.

Comente brevemente de qué forma supone un obstáculo

La ley general de salud que no permite el acceso a la salud sexual a los jóvenes

En el caso de los servicios de diagnóstico y tratamiento de VIH/Sida, específicamente, la Normas Técnicas del sector, establecen como requisito previo la realización del procedimiento de consentimiento informado, de lo cual se desprende que este no podrían llevarse a cabo en adolescentes sin autorización de sus representantes legales.

Lo antes señalado está limitando el acceso de este sector de la población a los servicios de salud en ITS y VIH/Sida e incidiendo negativamente en las posibilidades de prevención del VIH en los y las adolescente.

No se puede hacer acciones preventivas, con menores de 18 años

Penalización de las relaciones sexuales

En penales el acceso a prevención es un problema

Legislación sobre derechos humanos de las población vulnerables (trans, HSH, gay)

4. ¿Se mencionan explícitamente la promoción y protección de los derechos humanos en algunas políticas o estrategias relacionadas, con el VIH?

Si (x)	No
--------	----

Si la respuesta es afirmativa, describa brevemente de qué forma se menciona los derechos en dicha políticas o estrategias relacionadas con el VIH

Existen algunos avances en el ministerio de Salud. En el ministerio de trabajo existe la Ley Ministerial para la no Discriminación, promoción y asistencia y apoyo 376-2008.TR

Ley 26626 y su modificatoria 28243

Plan de MINSA Estratégico

En general todos los planes, mecanismo mencionan los DD HH, con el marco y defensa de los Derechos Humanos

Prevención .- con un enfoque de control

PVVS .- atención medica integral, con un previo analices de los determinantes sociales

Notario conciencia en el tema del VIH y sus derechos

El objetivo estratégico 7 del Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 para la prevención y control de las ITS, VIH y SIDA en el Perú, se refiere a “Promover un entorno político, social y legal favorable para el abordaje integral del VIH/SIDA y la diversidad sexual desde una perspectiva de derechos humanos y participación de las comunidades con mayor prevalencia (HSH, TS y PPL) y PVVIH”.

Los indicadores de resultado de este objetivo relativos a derechos humanos son el porcentaje de la población a nivel nacional que tiene una actitud de aceptación de PVVS y personas vulnerables, y el porcentaje de colegios que tienen una actitud de aceptación a niños PVVS.

Lineamientos de Naciones Unidas suscrito por el país

En las políticas en Salud, hay principios de Igualdad donde se menciona el acceso con igualdad sin ningún tipo de restricción por orientación sexual e identidad de género

Ley General de Salud

5. ¿Existen algún mecanismo para registrar, documentos y tratar casos de discriminación sufridos por las personas que viven con el VIH, las poblaciones más expuestas y/u otras su poblaciones vulnerables?

Si (x)	No
--------	----

Si la respuesta es afirmativa, escriba brevemente el mecanismo

Existen un comité de vigilancia en la COREMUSA, aunque esta muy debilitado

La Defensoría del Pueblo inicia el proceso de registrar, documentar y tratar a los casos de discriminación si hay una denuncia del mismo lo cual en muchos casos no se hace en las poblaciones más vulnerables socialmente y políticamente

Defensoría de la Salud demanda es del 10%, aunque es muy limitado

Y no se cuenta con información de las diferentes formas de violencia y maltrato y a las poblaciones que lo sufren cotidianamente

Los informes Defensoriales se han elaborado a través de la denuncias que se hacen; si es que se hacen

Desconocimiento de estos mecanismos por parte de la población

En su informe de Adjuntía 005-2009 “Actuación del Estado frente a la discriminación. Casos conocidos por la Defensoría del Pueblo”, en el periodo 2007-2008, la Defensoría reportó 28 quejas de presunta discriminación de personas viviendo con el VIH, referidas principalmente a la atención en los establecimientos de salud. En estos casos las autoridades acogieron las recomendaciones para subsanar el deficiente servicio prestado, sin embargo en ninguno de ellos se impuso sanciones administrativas a los funcionarios o servidores que cometieron el acto discriminatorio. En este mismo informe, se revela 7 casos de discriminación por orientación sexual relativas a malos tratos por parte de docentes a alumnos, y a la negativa injustificada para el acceso a instalaciones o dependencias públicas.

En el MINSA y ESSALUD existen Defensorías sectoriales que reciben las denuncias para su investigación, las que debieran terminar en una resolución para las acciones administrativas o legales que corresponda

6. ¿Ha facilitado el gobierno, por medio del apoyo político y financiero, la participación de las personas que viven con el VIH, las poblaciones más expuestas y/u otras subpoblaciones vulnerables en la formulación de políticas y en la ejecución del programa gubernamental sobre el VIH?

Si (x)	No
--------	----

Si la respuesta es afirmativa, escriba algunos ejemplos

El Estado afirma que no tiene recursos

Existe una gran desconocimiento del VIH y su importancia como política pública por parte de los líderes políticos y funcionarios públicos

El Congreso ha aprobado algunas leyes

Los proyectos del Fondo Global

No se ha facilitado por iniciativa propia de parte del gobierno, lo que se ha hecho ha sido bajo presión

Sector muy conservador

Las personas viviendo con el VIH y las poblaciones vulnerables tienen representantes con voz y voto en la CONAMUSA, Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud (Asamblea General, Secretaría ejecutiva y Comités). En estas instancias tienen en principio la posibilidad de participar en la formulación de las propuestas del Fondo Global, y en dar seguimiento a los programas de respuesta al VIH.

Apoyo financiero-FORO (participación)

7. ¿Tiene el país una política de gratuidad para los siguientes servicios?

a.- Prevención del VIH	Si (x)	No
b.- Tratamiento antirretroviral	Si (x)	No
c.- Intervenciones de atención y apoyo relacionado con el VIH	Si (x)	No

Si la respuesta es afirmativa, teniendo en cuenta las limitaciones de recursos, describa brevemente los pasos fijados para ejecutar estas políticas e incluya información sobre cualquier restricción o obstáculo en el acceso de las diferentes poblaciones

Hay que promover el acceso a los centros de salud por parte de los pobladores más alejados de las ciudades

Existen varias normativas, donde hay algunos avances fuera de la normas y algunos no son totalmente gratuitos

Desabastecimiento de condones entre otros insumos

TARGA.- Exámenes de gabinete tiene costo y también si hay infecciones oportunistas y otras dolencias.

Hay que cambiar la Norma técnica en este punto

AMP en HSH, Trans y TS

ITS gratuita de los medicamentos

No hay recursos claramente asignados por parte del Estado

La consejería (la norma técnica 005-2003 del MINSA), la Atención Médica Periódica (07-2003 del MINSA) son gratuitos. Sin embargo, la Defensoría del pueblo en su informe defensorial 143 reveló, entre otras cosas, que 53% de los CERETS y UAMP visitados en la supervisión no brindaban el servicio de diagnóstico de ITS y VIH en forma gratuita. Según la ley 26626 y su modificatoria la Ley 28243, se debe establecer la gratuidad progresiva en el tratamiento antirretroviral. En la actualidad, el TARGA está proporcionado de forma gratuita por el MINSA.

Si bien es cierto que los exámenes del VIH son gratuitos pero en varias ciudades del país se siguen haciendo algunos cobros como por exámenes o por consulta en trabajadoras sexuales

El tratamiento Antirretroviral según la ley 26626 y su modificatoria 28243 manifiesta la atención médica y el tratamiento antirretroviral en forma gratuita para las personas que viven con el VIH y sida, con el único inconveniente que a veces hay demoras en el traslado y distribución en las regiones.

8. ¿Tiene establecido en el país una política que asegure a varones y mujeres la igualdad en el acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionado con el VIH?

Si	No (x)
----	--------

8.1 En concreto, ¿tienes establecido una política que asegure el acceso de las mujeres a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionado con el VIH fuera del contexto del embarazo y el parto

Si (x)	No
--------	----

9. ¿Tiene establecido el país una política que asegure a las poblaciones más expuestas y/u otras subpoblaciones vulnerables la igualdad en el acceso a las prevención, tratamiento y apoyo relacionado con el VIH?

Si la respuesta es afirmativa, ¿incluye dicha política diferentes enfoques para asegurar la igualdad en el acceso de las distintas poblaciones:

No existe y si ha algunas iniciativas estas no son prolongadas

Transmisión vertical

Norma de la AMP se establece en el PEM

Lineamientos de políticas en VIH

No las tienes y si hay alguna estas no son específicas

Adolescentes de diversa poblaciones

Ausencia total decisores políticos para niños que viven en la calle

En la Estrategia Nacional Sanitaria, hay acciones pero no son políticas nacionales

Las poblaciones más expuestas, trabajadoras/es sexuales y hombres que tienen sexo con hombres, tienen acceso a los servicios de salud relacionados al VIH a través de la Atención Médica Periódica (CERETS y UAMP).

No es un enfoque de género abierto para todos

No incluye diferentes enfoques

No hay enfoques individualizados se habla de género (HSH) hay un vacío

Existe una norma técnica para el tratamiento de TARGA en adultos, Y norma técnica para la adherencia al TARGA en la cual se detalla la participación del equipo técnico multidisciplinario (medico, psicólogos, trabajador social y enfermería) para el logro de los objetivos

CERITS, UAMP

10. ¿Tiene establecido el país una política que prohíba las pruebas sistemáticas del VIH a efectos generales de trabajo y empleo (contratación, funciones/traslados, designación, promoción, cese)?

Si (x)	No
--------	----

11. ¿Tienes establecida el país una política que asegure que los productos de investigación del VIH en los que participan seres humanos son revisados y aprobados por un comité nacional o local de ética?

Si (x)	No
--------	----

11.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿participa en el comité de revisión ética representantes de la sociedad civil y de personas que viven con el VIH?

Si (x)	No
--------	----

Si la respuesta es afirmativa, describa la eficacia de dicho comité de revisión

Cada institución cuenta con su propio Comité de Ética, lo cual es propicio para que se produzcan conflictos de interés, en temas de consideraciones éticas, las investigaciones con seres humanos especialmente las poblaciones más vulnerables

En algunos comités no cuenta con representantes de cada población que se estudia

Los comité de ética, deben estar bien integrados por expertos en algunos casos se puede invitar a PVVS, HSH

Está contemplado en los reglamentos y no soy necesariamente se cumplen

En el comité nacional de ética de Instituto Nacional de Salud participan expertos que no son de sociedad civil o personas que viven con el VIH. Existen otros comités de ética que pueden pertenecer a las universidades y centros de investigación.

En ese entonces había PVVS en ese comité de ética – muy importante para velar por los derechos de las personas en participación en investigaciones

12. ¿Tiene establecidos el país mecanismos de vigilancia que asegure el respeto de los derechos humanos?

-Existencia de instrumentos nacionales independientes para la promoción y protección de los derechos humanos, incluidas comisiones de derechos humanos, de reforma de la legislación, organismos de control y defensores del pueblo que consideren como parte de su ámbito de trabajo los asuntos relacionados con el VIH

Si (x)	No
--------	----

-Puntos focales en los departamentos gubernamentales de salud y de otro tipo de vigilen los abusos en materia de derechos humanos y discriminación relacionados con el VIH en áreas como el empleo y la vivienda

Si	No (x)
----	--------

-Indicadores de desempeño y patrones de referencia para el cumplimiento de las normas de derechos humanos en el contexto de los esfuerzos relacionados con el VIH

Si	No (x)
----	--------

Si la respuesta es afirmativa, describa algunos ejemplos

Defensoría del Pueblo

Comité de Vigilancia de COREMUSAS (14), aunque están totalmente debilitadas, sin presupuesto, ya que existiría conflictos de interés

Encuesta de UNGASS, que asimila y utiliza el país para medir los avances de los compromisos país asumidos en torno al VIH

Instancias internacionales

Defensoría del Pueblo

Defensoría de la Salud

El PEM de VIH/SIDA tiene indicadores de resultado y de proceso relativos a los derechos humanos

13. En los últimos dos años, ¿se ha sensibilizado/capacitados a los miembros de la judicatura (incluidos los del fuero laboral) sobre cuestiones relativas al VIH y los derechos humanos que pueden surgir en el contexto de su trabajo?

Si (x)	No
--------	----

14. ¿Están disponibles en el país los siguientes servicios de apoyo jurídico?

Si	No (x)
-----------	---------------

- Sistema de ayuda jurídica para el trabajo de asistencia relacionado con el VIH

Si	No (x)
-----------	---------------

- Bufetes jurídicos el sector privado o centro jurídico vinculado a la universidad que ofrezcan servicios de asesoría gratuitos o a un precio reducido a las personas que viven con el VIH

Si	No (x)
-----------	---------------

- Existen para educar y sensibilizar a las personas que viven con el VIH sobre sus derechos

Si (x)	No
---------------	-----------

15. ¿Existen programas diseñados para reducir el estigma y la discriminación vinculados al VIH?

Si (x)	No
---------------	-----------

Medios de comunicación	Si (x)	No
Educación escolar	Si (x)	No
Intervenciones periódicas de personalidades	Si (x)	No
Otras (especificar) Proyectos sociales, civil ONGs – comunitarias No es un sistema, integrado no sostenible, no son un sistema Existen programas señalados pero desde el ámbito privado mas no como programa de estado	Si	No

Si la respuesta es afirmativa, ¿qué tipo de programas?

En general, ¿Cómo calificarías las políticas, leyes y reglamentación establecidas para promover y proteger los derechos humanos en relación con el VIH en 2009?

2009 Muy deficiente Excelentes

0 1 2 3 4 4.6 5 6 7 8 9 10

Desde 2007, ¿Cuáles han sido los principales logros en este campo?

La ley contrasida 26626 y su modificatoria 28243

La Ley Ministerial para la no Discriminación, promoción y asistencia y apoyo 376-2008.TR

PEM

Informes Defensoriales

Ordenanzas y directrices regionales para las poblaciones vulnerables

¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?

Es importante la implementación de las normas

Y lograr que el trabajo en VIH sea multisectorial y articulado en la sociedad en general

Se necesita políticas de eliminación de la discriminación de la vulnerabilidad

Aun informar a las poblaciones en el conocimiento de sus derechos humanos

II. PARTICIPACION DE LA SOCIEDAD CIVIL

1. ¿En qué grado a contribuido la sociedad civil a fortalecer el compromiso político de los líderes principales y formulación de políticas/estrategias nacionales?

Bajo

Alto

0 1 3 3.8 4 5

Comentarios y ejemplos

Se ha logrado incidir políticamente, eventos, entrevistas, reunión

Se ha logrado algunos compromisos asumidos por algunos congresistas

Existen algunas acciones en los proyectos, algunas con dispares, algunos han hecho un trabajo innovador y otros hacen solo su trabajo

Hay liderazgos que no proyectan y de perfil conservadores

No vemos los esfuerzos en conjunto sino de índole personal

PEM.- Esta definido y trabajado, han trabajado en la formulación del PEM

Propuestas que tienen como marco la políticas nacional en el tema del VIH

Formulando las propuestas de los proyectos del Fondo Global

Presión de la sociedad civil y del Fondo Global

Son pocos los espacios donde participa la sociedad civil en temas de VIH

Fondo Global inicio mucho

Sociedad civil tienes una visión más comprensiva del tema

Importante su participación

Se ha logrado hacer visible a través de la participación de la sociedad civil

En el marco del V Foro Latinoamericano y del Caribe en VIH/SIDA e ITS, la sociedad civil y las redes han logrado el compromiso político del Ministro de Salud para fortalecer la respuesta al VIH.

Gran parte de lo que se ha hecho no han sido iniciativas del Estado (tratamiento)

Implementación de políticas/movilización de acciones a partir de los proyectos del FM

Destacar el creciente fortalecimiento de CONAMUSA, que es un lugar trabaja derechos humanos de las personas con VIH y poblaciones vulnerables

Mayor legislación sobre poblaciones vulnerables

La incidencia política se ha ejercido en determinadas áreas de los servicios de salud, ante los decisores en el MCP, más no se ha podido incidir en los partidos políticos con altas posibilidades de conducción política del país.

Es un logro de la sociedad civil en avance en la formulación de normativas y programas por la presión que se hace sobre autoridades del estado para lograr cambios.

2. ¿En qué grado han participado los representantes de la sociedad civil en el proceso de planificación y presupuesto para el Plan Estratégico Nacional sobre el VIH o el plan de actividad actual (asistencia a las reuniones de planificación y revisión de ante proyectos?)

Bajo

Alto



Comentarios y ejemplos

Incentivar la participación activa de los representantes de las poblaciones vulnerables

No es una participación calificada, participación masiva, no hay procesos de critica de reflexión basados en evidencias, sino es una participación básica

La real participación puede haber estado en algunos líderes de ONG y las comunidades su participación es limitada debido a la información y el acceso a ella

Participo en la construcción del PEM solo en salud y no en factores sociales

CONAMUSA

La sociedad civil ha participado de manera activa en las diferentes etapas del proceso de elaboración del PEM

El reto es y ha sido los procesos en temas de cada sub – sector – brechas en la maduración del proceso

No hay misión compartida, desde las bases de cada sector, lo que se ha avanzado es a nivel de las lideres falta trabajo en base

Es aun imposible aun ver una postura política, a pesar de hacer algunos proceso en

marcha

Hace falta muchas más preparación técnica por parte de los representantes

A través del MCP y sus diferentes comités técnicos la sociedad civil ha podido intervenir, claro que siempre prima la visión de la autoridad de salud

La elaboración del PEM no tuvo una convocatoria abierta solo y las grandes ONG que tienen activistas comprados les consiguieron los cupos y no estuvieron todas las personas indicadas para determinada acción.

3. Los servicios prestados por la sociedad civil en los ámbitos de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH, ¿en qué grado se incluyen en?

a. la estrategia nacional de sida?



b. el presupuesto nacional para el sida



c. los informes nacionales sobre el sida?



Comentarios y ejemplos

Resulta que la mayor parte de la respuesta está concentrada en los proyectos

del Fondo Global que ejecutan las organizaciones

Los proyectos del Fondo Global son malos desde su propuesta, no existe una cultura de evaluación y autocrítica y sin elementos de evaluación

Sostenibilidad

La sociedad civil presta servicios relacionados al VIH, sobre todo en la parte de

prevención y apoyo, de acuerdo a los lineamientos del PEM. Sin embargo, estos servicios dependen en gran medida de la cooperación internacional (Fondo Global) y por lo tanto tienen el riesgo de no ser sostenibles

Atención y tratamiento no están incluidos en prevención solo los hace el MINSA

No existe propuesta nacional en gastos en SIDA, solo hay consultas nacionales (ONUSIDA, UNGASS, UNFPA)

Parcialmente cada vez que las actividades se notifican a salud

Y el total de la respuesta es de MINSA

Sola las intervenciones está siendo asumida por la Estrategia Nacional

No se recopila adecuadamente información desarrollada por la sociedad civil, salvo cuando es parte consultora de algún requerimiento puntual como insumo para la elaboración de propuestas y/o informes.

El estado deriva un recurso muy bajo para la prevención de VIH, pese a que su compromiso fue de invertir más recursos para el tema pero con la llegada del fondo mundial el estado se confió y por el contrario redujo los presupuestos para prevención.

4. ¿En qué grado se incluye a la sociedad civil en los aspectos relacionados con la vigilancia y evaluación de la respuesta al VIH?

a. en el desarrollo del plan nacional de vigilancia y evaluación

Bajo **Alto**

0 1 2 2.4 3 4 5

b. participando en el comité nacional de vigilancia y evaluación / grupos de trabajo encargados de coordinar las actividades de vigilancia y evaluación

Bajo **Alto**

0 1 2 3 3.1 4 5

c. en los esfuerzos de vigilancia y evaluación a nivel local

Bajo **Alto**

0 1 2 2.5 3 4 5

Comentarios y ejemplos

No existe Plan per se, tal vez el PEM y sus actividades relacionadas. Pero no hay comité nacional activo, salvo que CONAMUSA se adjudique dicho rol

Comité de monitoreo del PEM, participan PV, PVVS y otros miembros de sociedad civil

Existe con respecto a la sociedad civil en las actividades que está haciendo en el contexto del país. Están muy ligadas al proyecto del Fondo Mundial

No toda la Sociedad Civil participa

No existe ningún mecanismo que cumpla estas funciones

Cada organización o consorcio tiene sus planes de vigilancia, según sea el tema que trabajan

La sociedad civil participa en actividades vigilancia y evaluación de la respuesta al VIH en el marco de la CONAMUSA

Hay una participación no está implementado este plan, se ha definido los indicadores

El problema por el lado del MINSa, (dueño de la información, información compartida)

Hay esfuerzo e iniciativa (Fondo Global)

Cuando existía lo hacía el Colectivo por la Vida, quienes vigilaban los hospitales

Se está formulando y son parte de Objetivo 4 de la 6 Sexta Ronda del Fondo Global

El MCP no ha implementado el comité de vigilancia al interior, a nivel de las COREMUSAS los comités adolecen de relevancia.

5. ¿En qué grado la representación del sector de la sociedad civil en los esfuerzos relacionados con el VIH incluyen diversas organizaciones (redes de personas que viven con el VIH, organizaciones de profesionales del sexo, organizaciones basadas en la fe)?

Bajo

Alto

0 1 2 3 3.2 4 5

Comentarios y ejemplos

Aunque existe una representación en el MCP de poblaciones vulnerables, esto genera una serie de frustraciones ya que solicitan estar representados todas por poblaciones vulnerables en ese espacio de toma de decisión

Aunque no es participación de igual a igual siempre subalterna

Si PVVS, PV TS y TRANS

Podría mejorar

Todavía falta participación de algunos sectores como el sector privado, sub poblaciones LGBT

Brecha.- Construcción y gobernabilidad al interior de cada organización

Muchas deslegitimización de procesos de los otros problemas y no ser inclusivos

Progresivamente se ha incorporado a los representantes de las organizaciones y es necesario fortalecer a las organizaciones en situación de vulnerabilidad

Que la sociedad civil faciliten el proceso de fortalecimiento de los grupos PVVS, PV

Al interior del MCP y SE de la CONAMUSA, existen inconvenientes para que las poblaciones vulnerables intervengan en todas las instancias.

6. ¿En qué grado la sociedad civil puedes acceder al

- a. apoyo financiero adecuado para ejecutar actividades relacionadas con el VIH?

Bajo

Alto

0 1 2 3 4 5

b. apoyo técnico adecuado para ejecutar actividades relacionadas con el VIH?

Bajo **Alto**

0 1 2 3 4 5

Comentarios y ejemplos

Los pocos recurso se ha obtenido son de cooperación internacional

Aunque no es participación de igual a igual siempre subalterna

Porque no les interesa el apoyo técnico

Son los mismos

No han mejorado las capacitaciones en general no

Expertos en el tema de VIH

Apoyo del Estado para la sociedad civil

Gracias al Fondo Global, varias ONGs reciben apoyo financiero para ejecutar sus actividades. Sin embargo, para organizaciones de base más pequeñas resulta difícil acceder a los fondos de la cooperación internacional.

En el marco de los proyectos del Fondo Global, los sub-receptores deberían recibir asistencia técnica para la ejecución de sus actividades. Sin embargo, el Receptor Principal no tiene los recursos humanos suficientes para proveer esta asistencia técnica por las multitudes de actividades que se desarrollan.

Recursos hay y son para fortalecimiento de la sociedad civil. No hay "overead" no se puede hacer más sostenible

Todavía existen norma que reconozca cuales son las necesidades de abastecimiento

Es cada vez más difícil el apoyo internacional en el tema

Se hace difícil conseguir apoyo financiero y/o técnico si este no pasa a través del MCP

7.¿Qué porcentaje e los siguientes programas/relacionados con el VIH se estima que proporciona la sociedad civil?

Prevención para jóvenes	25% (x)	25 – 50%	51 – 75%	75%
Prevención para las poblaciones más expuestas				
- Consumidores de drogas inyectables	25%	25 – 50%	51 – 75%	75%
- Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	25%	25 – 50% (x)	51 – 75%	75%
-Profesionales del sexo	25% (x)	25 – 50%	51 – 75%	75%
Asesoramiento a pruebas	25%	25 – 50% (x)	51 – 75%	75%
Reducción del estigma y discriminación	25%	25 – 50% (x)	51 – 75%	75%
Servicios clínicos (IO*/terapia antirretrovírica)	25%	25 – 50% (x)	51 – 75%	75%
Atención domiciliarias	25% (x)	25 – 50%	51 – 75%	75%
Programa para HNV**	25%	25 – 50% (x)	51 – 75%	75%

*IO = Infecciones oportunistas

**HNV=Huérfanos y otros niños vulnerables

En general, ¿cómo calificarías los esfuerzos destinados a aumentar la participación de la sociedad civil en 2009?											
2009 Muy deficientes						Excelentes					
0	1	2	3	4	4.6	5	6	7	8	9	10
Desde 2007, ¿Cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?											
Se evidencio mayo participación de las poblaciones vulnerables en el MCP, aun que debido a un sola representación titular y alterna causa una serie de preocupación a la población Trans, TS y HSH ya que desean estas estar representadas en estos espacios, PEM, CONAMUSA											
Mejores mecanismo por definir la respuesta nacional asegurando participación, pero también con base en evidencias											
Elaboración de un mecanismo de seguimiento del marco legal/de la respuesta al VIH desde la perspectiva de la sociedad civil, y definición de una agenda común para poder abogar en los más altos niveles.											
¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?											
Es necesario una mayor capacitación y empoderamiento a las representaciones de PVVS y PV											
Capacitación técnica a la representación de los PVVS, PV											
Fortalecimiento de las organizaciones de las poblaciones vulnerables											
Se necesita trabajar con la Sociedad Civil en la capacitación de las redes y su sostenibilidad											
Mejorar la institucionalidad y capacitación de los participantes de la sociedad civil (PVVS, PV), en general. Las misma sociedad civil no está organizada y ni lo ha socializado											
Cuál es el rol de la CONAMUSA? Funciona para la respuesta nacional al VIH? , ¿se ha planteado esta interrogante dentro de la sociedad civil?											
Es necesario mejorar la calidad de las representaciones en los diferentes espacios											

III. PREVENCIÓN

1. ¿Ha identificado el país necesidades específicas en los programas de prevención del VIH?

Si (x)	No
--------	----

Si la respuesta es afirmativa, ¿Cómo se determinaron dichas necesidades específicas?

Plan Estratégico Regional que trabajara el tema de VIH en cada región del país y se aborda el trabajo en PVVS y PV

Existen Ordenanza Regionales que protegen derechos humanos de la PV y PVVS en las regiones de Tumbes, Ucayali, Lambayeque

Existen Ordenanzas Ejecutivas en Callao y Junín

Estas son intervenciones primarias en el tema

El trabajo se que ha propiciado desde el ámbito multisectorial

Falta aun empoderar y capacitar la participación de los representantes de las PV y PVVS +

Ordenanza Regional del Callao sobre trabajo sexual

Esta identificado la necesidad de prevención

Necesidades específicas en el tema VIH

Ningún estudio ha demostrado que el uso del condón se ha acrecentado en la población, Uso de condón

Evaluación de la situación de la epidemia

(misterio) no se sabe qué pasa con la epidemia

Pero es incipiente todo lo que se hace

Trabajar mucho más en prevención

Reducir el estigma y discriminación a PV

Prevención en poblaciones vulnerables

Adolescentes vulnerables

Población que no acude a los servicios de salud

En los procesos de formulación del PEM, de la elaboración del Plan de Asistencia

Técnica, de la propuesta de sexta ronda del Fondo Global se identificaron las necesidades en materia de prevención de acuerdo al perfil de la epidemia.

Concretamente, políticas laborales MINTRA

Prevención primaria A-D

Prevención en transmisión vertical

Prevención en ITS y VIH en población general, adolescentes y jóvenes

Prevención en Poblaciones Vulnerables en HSH, TRANS, TS y PPL

Es necesario remirar las normas técnicas en prevención y reorientar la implementación, evaluar si las estrategias funcionan , estar dispuestos a cuestionar los paradigmas existentes sobre las dinámicas de transmisión del VIH superando el modelo de los Grupos de Elevada prevalencia a las ITS (GEPITS) que aísla y segrega a las poblaciones más expuestas a partir de un enfoque de control epidémico que ignora los elementos estructurales, sociales y culturales que entran en juego en la transmisión del VIH ; Se requiere promover y comprometer presupuesto para investigación operativa que aporte nuevas evidencias sobre por qué y cómo se transmite el VIH identificando nuevos factores de vulnerabilidad

Si la respuesta es negativa, ¿Cómo se están ampliando los programas de prevención del VIH?

Se cree que se ha hecho lo necesario y no solo basta con el reparto el condones y la realización de la prueba Elisa

1.1 ¿En qué grado se han ejecutado los siguientes componentes de prevención el VIH?

Componentes de prevención del VIH	La mayoría de las personas necesitadas disponen de acceso		
	De acuerdo (x)	En desacuerdo	N/C
Seguridad hematológica	De acuerdo (x)	En desacuerdo	N/C
Precaución universal en entornos de atención sanitaria	De acuerdo (x)	En desacuerdo	N/C
Prevención de la transmisión materno infantil del VIH	De acuerdo (x)	En desacuerdo	N/C
IEC*sobre reducción del riesgo	De acuerdo (x)	En desacuerdo	N/C

IEC* sobre reducción del estigma y discriminación	De acuerdo	En desacuerdo (x)	N/C
Promoción de preservativos	De acuerdo	En desacuerdo (x)	N/C
Asesoramientos y pruebas del VIH	De acuerdo	En desacuerdo(x)	N/C
Reducción de daños para los consumidores de drogas inyectables	De acuerdo	En desacuerdo	N/C
Reducción de daños para los Hombres que tienen sexo con otros hombres	De acuerdo (x)	En desacuerdo	N/C
Reducción del riesgo para los profesionales del sexo	De acuerdo (x)	En desacuerdo	N/C
Servicios de salud reproductiva, incluidos la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual	De acuerdo	En desacuerdo (x)	N/C
Educación escolar sobre el sida para jóvenes	De acuerdo	En desacuerdo (x)	N/C
Programas para jóvenes no escolarizados	De acuerdo	En desacuerdo (x)	N/C
Prevención del VIH en el lugar de trabajo	De acuerdo	En desacuerdo (x)	N/C
Otros (especificar)	De acuerdo	En desacuerdo	N/C

* IEC= información, educación comunicación

En general, ¿Cómo calificarías los esfuerzos realizados en la ejecución de los programas de prevención del VIH EN 2009?											
2009 Muy deficiente					Excelente						
0	1	2	3	4	4.3	5	6	7	8	9	10
<i>Desde 2007, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?</i>											
Hubo avances importantes en la prevención de la transmisión vertical.											
Acceso a tratamiento											
Prevención materna infantil											
<i>¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?</i>											
Falta articulación con mayor enfoque multisectorial entre los sectores del Estado para lograr un mejor presupuesto al VIH											
No hay un trabajo fuerte y real en la prevención y falta una decisión política en el tema											
No se trabaja según el perfil de la epidemia con enfoque de multiculturalidad y pobreza											
Ampliar la cobertura en transmisión vertical, amas de casa											
Potencial la Prevención estrategias que trabajen de acuerdo al perfil de la epidemia en el país, mayor cobertura a poblaciones expuestas y bordaje integral y su entorno más allá del condón											
Trabajar en prevención en el tamizaje universal de sangre, educación para adolescentes en desarrollo y habilidades para la vida, prevención secundaria											
Persuadir a las autoridades en dotar de más recursos para la prevención en salud y en determinantes sociales											
Definición de indicadores nacionales a través del PEM											
Tal vez comenzar a darse cuenta de los problemas											
Rediseñar la estrategia nacional de prevención											
Leyes de trabajo en la prevención del VIH											
Implementar algunas de las actividades del PEM											

No hay un reconocimiento de la epidemia del VIH y su perfil a nivel político

Falta fortalecer y aumentar el alcance de la prevención en los grupos más afectas por la epidemia, particularmente en hombres que tienen sexo con hombres y población trans.

Universalizar el acceso a diagnóstico y tratamiento

Invertir en prevención ya que no hay conocimiento de lo que pasa en prevención

Incorporación de las actividades de prevención de los proyectos del Fondo Global al Estado

Hubo avances importantes en la prevención de la transmisión vertical.

Acceso a tratamiento

Prevención materna infantil

Existe UNA estrategia nacional de prevención? No tenemos más bien una suma de intervenciones cuyo impacto no ha sido adecuadamente evaluado?

Hay estrategias de prevención que se limitan a situaciones coyunturales como la profilaxis post exposición en el caso de violencia sexual, cuantas mujeres llegan a los servicios de Salud para la atención por violencia sexual

IV. TRATAMIENTO, ATENCION Y APOYO

1. ¿Ha identificado el país necesidades específicas relacionadas con los servicios de tratamiento, atención y apoyo del VIH?

Si (x)	No
--------	----

Si la respuesta es afirmativa, ¿cómo se determinaron dichas específicas?

Proyecciones, reportes epidemiológicos

Recientemente promociones de VCT (PCV)

TARGA

En base de la historia del tratamiento, sin embargo hay no se ha planificado o estudiado , las atenciones en otros temas analizando el entornos social y disminuir la discriminación

PEM INFECCIONES OPORTUNISTAS

REACCIONES ALVERSAS AL TRATAMIENTO

ATENCION INTEGRAL

En los procesos de formulación del PEM, de la elaboración del Plan de Asistencia Técnica, de la propuesta de sexta ronda del Fondo Global se identificaron las necesidades en materia de servicios de tratamiento, atención y apoyo del VIH de acuerdo al perfil de la epidemia

Como necesidad no están identificados

Acceso universal falta de integración a la prevención con programas amplios y masivos

Infecciones oportunistas aun no son totalmente gratuitos

Se necesita apoyo alimenticio que algunas ONG brindan a los niños (150 mensualmente

Si la respuesta es negativa, ¿cómo se están ampliando los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?

1.1 ¿En qué grado se ha puesto en marcha los siguientes servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?

Servicios de tratamiento, atención y apoyo del VIH	La mayoría de las personas necesitadas disponen de acceso		
	De acuerdo (x)	En Desacuerdo	N/C
Terapia antirretrovírica	De acuerdo (x)	En Desacuerdo	N/C
Atención nutricional	De acuerdo	En Desacuerdo (x)	N/C
Tratamiento pediátrico del sida	De acuerdo (x)	En Desacuerdo	N/C
Tratamientos de las infecciones de transmisión sexual	De acuerdo (x)	En Desacuerdo	N/C
Apoyo psicosocial para las personas que viven con el VIH y sus familias	De acuerdo	En Desacuerdo (x)	N/C
Atención domiciliaria	De acuerdo	En Desacuerdo (x)	N/C
Cuidados paliativos y tratamiento de infecciones comunes relacionadas con el VIH	De acuerdo	En Desacuerdo (x)	N/C
Asesoramiento y pruebas del VIH para los pacientes con tuberculosis	De acuerdo (x)	En Desacuerdo	N/C
Análisis sistemático de la tuberculosis de las personas infectadas por el VIH	De acuerdo (x)	En Desacuerdo	N/C
Terapia preventiva e la tuberculosis para las personas infectadas por el VIH	De acuerdo(x)	En Desacuerdo	N/C
Control de la infección de tuberculosis y tratamiento el VIH en establecimiento de atención	De acuerdo (x)	En Desacuerdo	N/C
Profilaxis con cotrimoxazol en personas infectadas por el VIH	De acuerdo (x)	En Desacuerdo	N/C
Profilaxis posterior a la exposición (p.ej., exposición ocupacional al VIH, violación)	De acuerdo	En Desacuerdo (x)	N/C

Servicio de tratamiento del VIH en el lugar de trabajo o sistemas de derivación para tratamiento a través del lugar de trabajo	De acuerdo	En Desacuerdo (x)	N/C
Atención y apoyo relacionados con el VIH en el lugar de trabajo (incluidos acuerdos de trabajo alternativos)	De acuerdo	En Desacuerdo (x)	N/C
Otros programas: (especificar)	De acuerdo	En Desacuerdo	N/C

En general, ¿Cómo calificarías los esfuerzos en la ejecución de los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH en 2009?

2009 Muy deficientes Excelentes

0 1 2 3 4 5 **5.9** 6 7 8 9 10

Desde 2007, ¿Cuáles han sido los principales logros en este campo?

Las necesidades en el tema de tratamiento, atención y apoyo están identificadas en el PEM, aunque es necesario realizar un análisis y reflexión con enfoque intercultural en el contexto de pobreza

Incremento de cobertura y tratamiento

Se ha avanzado en norma y tamizaje de las personas con VIH afectadas por tuberculosis

Servicios sociales para las personas con VIH y tuberculosis

Se debe estimar indicadores, aunque hay intentos de mejorar los datos disponibles

¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?

En las FF.AA y policiales los paquetes de atención son medianamente integrales pero solo cubren a los titulares no a sus familiares excepto en aquellos cuerpos uniformados en los que hay convenios con el MINSA

Según las recomendaciones del Informe Defensorial 143 de la Defensoría del Pueblo, todavía faltaría consolidar un sistema de información y monitoreo de indicadores que permita evaluar el impacto de las intervenciones sanitarias, homogeneizar la reglamentación sectorial sobre el funcionamiento de los servicios de salud, adecuar los protocolos y procedimientos para la atención a los población de mayor vulnerabilidad para que aseguran una atención adecuada y respetuosa de sus derechos, regular la prestación del servicio TARGA para los adolescentes, garantizar la gratuidad de los servicios, sensibilizar el personal de salud sobre temas de VIH/SIDA, diversidad sexual, asegurar la disponibilidad y cobertura de los medicamentos para el tratamiento del VIH/Sida, entre otros.

Incremento de personas en TARGA, sostenibilidad del TARGA, evitar la pérdida de los pacientes / adherencia mejorarla

Incentivar mayor cobertura a las personas en necesidad. Crecientes limitaciones logísticas y organizativas

Aun hay desabastecimientos de medicamentos

Estigma y discriminación y la transferencia al gobierno de asegurar el TARGA

Empezar con políticas públicas que específicamente tomen en cuenta la vulnerabilidad con el VIH. Acceso a servicios de apoyo social del Estado/acceso a educación

Emergencia de adolescentes viviendo con VIH. Acceso al TARGA pediátrico

Apoyo alimenticio en su totalidad. Estudios y capacitación a niños y adolescentes y jóvenes con VIH

En Essalud la experiencia en la entrega de TARGA y servicios para PVVS es mucho mayor que en el MINSA los sistemas de referencia y contra-referencia están mejor planteados

SES tiene un proyecto sobre tratamiento en niños con VIH , sistematización del proceso de la mesa de adolescentes y niños con VIH (UNICEF)

2. ¿Tiene el país una política o estrategia para abordar las necesidades adicionales relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables?

Si	No (x)	N/C
----	--------	-----

2.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿existen en el país una definición operativa de “huérfanos” y “niños” vulnerables?”

Si	No
----	----

2.2. Si la respuesta es afirmativa, ¿tiene el país un plan de acción nacional específico para los huérfanos y otros niños vulnerables?

Si	No
----	----

2.3 Si la respuesta es afirmativa, ¿tiene el país una estimación de los huérfanos y niños vulnerables a los que llegan las intervenciones existentes?

Si	No
----	----

Si la respuesta es afirmativa, ¿a qué porcentaje de huérfanos y niños vulnerables se está llegando?
% (especificar)

En general, ¿Cómo calificarías los esfuerzos destinados a satisfacer las necesidades relacionados con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables en 2009?												
2009	Muy deficiente									Excelentes		
	0	1	2	2.6	3	4	5	6	7	8	9	10
Desde 2007, ¿Cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?												
¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?												
Se debe estimar indicadores, aunque hay intentos de mejorar los datos disponibles												
Hay cierto consenso respecto que se incluyó este componente por oportunidad, sin tener datos sobre la magnitud no definiciones, ni tener ubicados a los niños												
Es necesario poner orden en esto de una vez												
Empezar con políticas públicas que específicamente tomen en cuenta la vulnerabilidad con el VIH. Acceso a servicios de apoyo social del Estado/acceso a educación												
Emergencia de adolescentes viviendo con VIH. Acceso al TARGA pediátrico												
Apoyo alimenticio en su totalidad. Estudios y capacitación a niños y adolescentes y jóvenes con VIH												
Establecer políticas que garanticen una mejor atención a niños más expuestos												
Estadísticas												

A

ANEXO 3: Evolución de la normatividad en VIH en el Perú - 1990-2010

Evolución de la normatividad en VIH en el Perú - 1990-2010																				
Categoría	Tema	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total	Tema
Entorno favorable	Planes VIH	Declaran prioridad VIH		Ley Contra SIDA	Reglamento Ley SIDA			Plan VIH 2001-2004				Modifica Ley Contra SIDA	Plan ESN VIH		PEM VIH 2007-2011	PERM Loreto	Prioridad Cusco Ancash PERM Tumbes	PERM Lambayeque	12	Planes VIH
	Adolescentes														Proyecto Ley adolescentes		Acceso servicios (3) Loreto, Ucayali e Ica		4	Adolescentes
	TS Y HSH																		4	TS Y HSH
	Planes otros								Plan Violencia sexual	Plan infancia y adolescencia		Plan Familia	Plan PIO - MINEDU - DDHH - Guía Poblaciones excluidos	Plan Juventud	Plan PIO - Guía Violencia de genero			10	Planes otros	
Salud sexual y reproductiva																Adecuación cultural	Tamizaje en MEF	3	Salud sexual y reproductiva	
Lugares de																Medidas		1	Lugares de	

Evolución de la normatividad en VIH en el Perú - 1990-2010																					
Categoría	Tema	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total	Tema	
Prevención	trabajo																			trabajo	
	Organización										Coprecos (2)	Coprecos (2)				nacionales			4	Organización	
	Otros				Curso inter-nacional		Curso inter-nacional		Curso inter-nacional							Aprueban Foro VIH 2009	Informe Defensorial		5	Otros	
	MCP											Creación (1) Representantes (1)	Reglamento (1) y Representantes (6)	Representantes (3)	Representantes (2)	Representantes (1)			15	MCP	
	Bancos de sangre		Crean PROMA HEBAS																1	Bancos de sangre	
	ITS			Doctrina		Consejería Manejo ITS (2)						Consejería ITS					Consejería y Manejo ITS (2)		6	ITS	
	TS Y HSH											PEPs					AMP		2	TS Y HSH	
	Adolescentes													MINSA (3) MINEDU (1)					4	Adolescentes	
	Manejo Ex post exposición							Guía manejo												1	Manejo Ex post exposición

Evolución de la normatividad en VIH en el Perú - 1990-2010																				
Categoría	Tema	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total	Tema
	Transmisión vertical - TV										Manejo ITS		Norma técnica		Plan TV	Norma técnica			4	Transmisión vertical - TV
	Adherencia y Consejería											Consejería - Adherencia							2	Adherencia y Consejería
	Coinfección											Cumio profilaxis	TB	TB MDR- Coinfección					4	Coinfección
Tratamiento	Monitoreo										Monitoreo CD4		NETLAB						2	Monitoreo
	Niños						Manejo VIH				TARGA								2	Niños
	TARGA						Atención integral					TARGA (2) Reacciones adversas (1)	TARGA	Guía Atención integral					6	TARGA
Apoyo social y económico	Otros						Proyecto Ley centro de reposo								Denuncias infectados				4	Otros
Gestión de programa	Exoneración Impuestos ARV								Ley y lista ARV (2)	Lista (1) Otros (3)	Lista (1)		Lista (1)	Lista (1)		Lista (2)	Lista (1)	12	Exoneración Impuestos ARV	
	Financiamiento									SIS (1) Otros (3)	Donación	Aseguramiento	SIS (1) y Otros (1)	SIS (1)	SIS (4) Asegura-			14	Financiamiento	

Evolución de la normatividad en VIH en el Perú - 1990-2010																				
Categoría	Tema	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total	Tema
	Medicamentos estratégicos									SISMED	Exonera proceso (2)	Lista medicamentos	SISMED (1) Lista (1)		Exonera proceso				8	Medicamentos estratégicos
	SME												Norma Supervisión integral		Vigilancia suministro ARV		Sistema SEMII VIH y TB		3	SME
	Convenio Fondo Mundial									2 Ronda Fase 1 diciembre	2 Ronda Fase 2 diciembre	2 Ronda Fase 1 diciembre	2 Ronda Fase 2 diciembre	5 Ronda Fase 1 setiembre	6 Ronda Fase 1 octubre	5 Ronda Fase 2 setiembre	6 Ronda Fase 2 octubre		6	Convenio Fondo Mundial
	Convenio Perú-Brasil									Acuerdo complementario	Acuerdo complementario		Acuerdo complementario				Acuerdo complementario (2)		4	Convenio Perú-Brasil
	Organización			DGSP es responsable Plan VIH:	Ley seguridad en salud		Ley ESSALUD		Reglamento MINSALUD	CLAS (1) MINSALUD (2)	CLAS	Categorías, Estrategias, Focalización Provisión servicios (4)					COPRECOS		13	Organización
	Otros (eventos)								4		2	2	3	2	1	1	1		16	Otros (eventos)
	Numero de normas	1	1	3	3	2	6	1	9	13	14	22	31	13	19	11	20	1	170	

Evolución de la normatividad en VIH en el Perú - 1990-2010																					
Categoría	Tema	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total	Tema	
			Publicado en página Web MINSA	Publicado en página Web			Procedimiento INS				Proyectos no aprobados										Otros (eventos) se refiere a foros y reuniones aprobados con normas legales publicadas en el Diario Oficial Los números entre paréntesis () se refiere al número de normas legales por año

ANEXO 4: Relación de entidades que han proporcionado información sobre gastos

ENTIDADES
DIRECCION DE SALUD I CALLAO
DIRECCION DE SALUD II LIMA SUR
DIRECCION DE SALUD III LIMA NORTE
DIRECCION DE SALUD IV LIMA ESTE
DIRECCION DE SALUD V LIMA CIUDAD
DISAS LIMA
HOSPITAL CHANCAY Y SERVICIOS BASICOS DE SALUD
HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION
HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL MARIA AUXILIADORA
HOSPITAL DE APOYO REZOLA
HOSPITAL DE APOYO SAN JOSE
HOSPITAL DE APOYO SANTA ROSA
HOSPITAL DE EMERGENCIAS CASIMIRO ULLOA
HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIATRICAS
HOSPITAL DE VITARTE
HOSPITAL HUACHO - HUAURA - OYON Y SERVICIOS BASICOS DE SALUD
HOSPITAL HUARAL
HOSPITAL JOSE AGURTO TELLO DE CHOSICA
HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO - SAN BARTOLOME

ENTIDADES

HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO

HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

HOSPITAL NACIONAL VICTOR LARCO HERRERA

HOSPITAL PUENTE PIEDRA Y SERVICIOS BASICOS DE SALUD

HOSPITAL SERGIO BERNALES

INSTITUTO ESPECIALIZADO DE SALUD DEL NIÑO

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLOGICAS – INCN

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS

INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGIA

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL HONORIO DELGADO-HIDEYO NOGUCHI

INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

MINISTERIO DE SALUD

SERVICIOS BASICOS DE SALUD CAÑETE-YAUYOS

SERVICIOS BASICOS DE SALUD CHILCA MALA

MINISTERIO DE EDUCACION

MINISTERIO DE LA MUJER Y DESARROLLO SOCIAL

EJERCITO PERUANO

FUERZA AEREA DEL PERU

MARINA DE GUERRA DEL PERU

MINISTERIO DE DEFENSA

MINISTERIO DEL INTERIOR

INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO

ENTIDADES
MINISTERIO DE COMERCIO EXTERIOR Y TURISMO
ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE CONTROL Y PREVENCION DE ITS/VIH/SIDA
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEFENSORIA DEL PUEBLO INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA MINISTERIO PUBLICO UNIVERSIDADES
GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS GOBIERNO REGIONAL ANCASH GOBIERNO REGIONAL APURIMAC GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA GOBIERNO REGIONAL AYACUCHO GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA GOBIERNO REGIONAL CUSCO GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO GOBIERNO REGIONAL HUANCANELICA GOBIERNO REGIONAL HUANUCO GOBIERNO REGIONAL ICA GOBIERNO REGIONAL JUNIN GOBIERNO REGIONAL LA LIBERTAD GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GOBIERNO REGIONAL LORETO

ENTIDADES

GOBIERNO REGIONAL MADRE DE DIOS

GOBIERNO REGIONAL MOQUEGUA

GOBIERNO REGIONAL PASCO

GOBIERNO REGIONAL PIURA

GOBIERNO REGIONAL PUNO

GOBIERNO REGIONAL SAN MARTIN

GOBIERNO REGIONAL TACNA

GOBIERNO REGIONAL TUMBES

GOBIERNO REGIONAL UCAYALI

No proporcionaron información para fines del presente informe:

- ✦ Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud
- ✦ Socios en Salud,
- ✦ PNUD
- ✦ USAID

ANEXO 5: Relación de fuentes de financiamiento

FUENTES DE FINANCIAMIENTO
MINISTERIO DE SALUD
MINISTERIO DE DEFENSA
MINISTERIO DEL INTERIOR
MINISTERIO DE EDUCACION
MINISTERIO DE LA MUJER Y DESARROLLO SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO – INPE
MINISTERIO DE COMERCIO EXTERIOR Y TURISMO
SEGURO INTEGRAL DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
MINISTERIO PUBLICO
RECURSOS PROPIOS UNIVERSIDADES
GOBIERNO REGIONAL HUANUCO
GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS
GOBIERNO REGIONAL ANCASH
GOBIERNO REGIONAL APURIMAC
GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
GOBIERNO REGIONAL AYACUCHO
GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GOBIERNO REGIONAL HUANCAMELICA
GOBIERNO REGIONAL ICA
GOBIERNO REGIONAL JUNIN
GOBIERNO REGIONAL LA LIBERTAD

FUENTES DE FINANCIAMIENTO
GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GOBIERNO REGIONAL LORETO
GOBIERNO REGIONAL MADRE DE DIOS
GOBIERNO REGIONAL MOQUEGUA
GOBIERNO REGIONAL PASCO
GOBIERNO REGIONAL PIURA
GOBIERNO REGIONAL PUNO
GOBIERNO REGIONAL SAN MARTIN
GOBIERNO REGIONAL TACNA
GOBIERNO REGIONAL TUMBES
GOBIERNO REGIONAL UCAYALI
MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE CARMEN DE LA LEGUA REYNOSO
MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE LA MOLINA
MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE LA VICTORIA
MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE LOS OLIVOS
MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE MAGDALENA DEL MAR
MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE MIRAFLORES
MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE NAPO
MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE SAN JUAN DE LURIGANCHO
MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE SANTIAGO DE SURCO
MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE ATALAYA
MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE LIMA
MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DEL CALLAO
MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE MAYNAS
SEGURO INTEGRAL DE SALUD

FUENTES DE FINANCIAMIENTO
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
SEGURIDAD SOCIAL
USAID
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DE LOS ESTADOS UNIDOS
USAID/PACT BRASIL
COOPERAZIONE INTERNAZIONALE / FONDO ITALO - PERUANO
CHURCH OF SWEDEN – IGLESIA DE SUECIA
AYUNTAMIENTO DE PORTUGALETE - PAIS VASCO
FONDO MUNDIAL DE LA LUCHA CONTRA EL SIDA, LA TBC Y MALARIA
UNICEF
PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS
ONUSIDA
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD – OPS
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
UNESCO
PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS-PNUD
FONDO DE POBLACION DE LAS NACIONES UNIDAS
UNIVERSIDAD DE WASHINGTON
FRED HUTCHINSON CANCER RESEARCH CENTER
MERCK SHARP & DOHME
OTROS LABORATORIOS INTERNACIONALES
ORGANIZACION INTER ECLESIASTICA PARA LA COOPERACION AL DESARROLLO (ICCO) / UNION EUROPEA
AIDS FOR AIDS
HIVOS/UNION EUROPEA

FUENTES DE FINANCIAMIENTO
TERRE DES HOMMES
MEDICUS MUNDI GIPUZKOA – ESPAÑA
PARTNERSE IN HEALTH CON SEDE EN USA
INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION - IPPF
PAN PARA EL MUNDO
CHRISTIAN AID
AMERICAN JEWISH WORLD SERVICE
LUTHERAN WORLD RELIEF – USA
LUKE SOCIETY
MACRO INTERNACIONAL
MEDICOS SIN FRONTERAS – BELGICA
WELCOME TRUST
AIDS ALLIANCE

ANEXO 6: Metodología de análisis del gasto en SIDA

Para la construcción de la información del Indicador Gasto relativo al SIDA 2007 al 2009 se han utilizado diferentes Fuentes de información.

La información correspondiente al gasto público del año 2008 a setiembre del año 2009 fue obtenida del estudio de contrapartidas nacionales realizado con recursos del Fondo Mundial de lucha contra el sida, tuberculosis y malaria¹²⁸. Se complementó con la información registradas en el sistema de registro de compras estatales, Sistema electrónico de adquisiciones y contrataciones del estado - SEACE.

La información de las fuentes de financiamiento externa corresponde a la consignada en las Declaraciones anuales presentadas por las Organización no gubernamentales sin fines de lucro nacionales – ONG y ENIEX, por fuentes de financiamiento externas a la Agencia Peruana de Cooperación Internacional – APCI.

El gasto del sector privado ha sido estimado en función de los criterios encontrados en la medición del gasto en SIDA en el Perú 2005- 2009.

128 Realizado en noviembre del 2009 por CARE Perú

ANEXO 7: Metodología empleada para el cálculo de los indicadores sanitarios y de impacto

El informe UNGASS recopila indicadores básicos que tratan de medir la eficacia de la respuesta nacional al SIDA.

La construcción de estos indicadores se ha realizado con la participación del equipo técnico de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH-SIDA y la Unidad Temática de Vigilancia Epidemiológica de VIH-SIDA, de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud del Perú. Los indicadores fueron expuestos progresivamente a diferentes personas involucradas en la lucha contra esta enfermedad, con la finalidad de recibir sugerencias acerca de los valores obtenidos y su interpretación.

MÉTODO

Para la elaboración de los indicadores, se procedió a revisar las directrices para el desarrollo de indicadores básicos (Informe 2010). De acuerdo a ella se procedió a:

- Comprender e interpretar los indicadores de acuerdo a las definiciones operacionales.
- Identificar las fuentes de información para los numeradores y denominadores.
- Recolectar la información disponible.
- Comparar la información recogida con los valores reportados anteriormente y la metodología empleada.
- Seleccionar la mejor estimación, de acuerdo a los siguientes criterios:
 - ✓ Correspondencia con la definición operacional.
 - ✓ Actualidad
 - ✓ Representatividad
- Consulta con los equipos técnicos de la UT Vigilancia Epidemiológica de VIH-SIDA, DGE, y la ESNPC ITS/VIH-SIDA, del MINSA.
- Consultas con expertos de ONUSIDA, Ginebra.

FUENTES PRINCIPALES

- Bases de datos de las ESN de VIH y TB
- Base Noti-VIH, DGE, MINSA.
- Informes de vigilancia centinela, DGE, MINSA
- Base de datos de la ENDES 2008, mujeres y varones.
- Estimaciones proporcionados por Spectrum 2010.
- Informes técnicos existentes en el MINSA.
- Investigaciones publicadas en revistas científicas.

ESTRUCTURA DEL INFORME DE CADA INDICADOR

La información correspondiente a cada indicador se presenta en siguiente orden:

- Valor del indicador, según lo solicitado.
- Numerador y denominador.
- Desagregado del indicador, según cada caso.
- Observaciones.
- Valores reportados anteriormente.
- Interpretación.

ANEXO 8: INFORMACIÓN PRONAHEBAS (INDICADOR 3)

2008						
DIRESA / DISA	Control de la calidad del cribado sistemático para la detección de VIH		Unidades de Sangre			Positivos en VIH
	Procedimientos operativos normalizados	Plan externo de control de la calidad	Sangre Donada	Sangre Analizada	Sangre analizada sistemáticamente con criterios de calidad asegurada	
AMAZONAS	NO	NO	638	638	0	0
ANCASH	SI	SI	2041	1986	1986	3
APURIMAC - ABANCAY	SI	SI	586	552	552	0
APURIMAC - ANDAHUAYLAS	SI	SI	389	389	389	0
AREQUIPA	SI	SI	8371	8371	8371	11
AYACUCHO	SI	SI	1319	1296	1296	
CAJAMARCA	SI	SI	1051	1051	1051	1
CAJAMARCA - CHOTA	SI	NO	250	250	250	0
CAJAMARCA - CUTERVO	SI	SI	115	115	115	0
CAJAMARCA - JAEN	SI	SI	452	448	448	0
CALLAO	SI	SI	14505	14388	13388	47
CUSCO	SI	SI	1552	1552	1552	
HUANCAVELICA	SI	SI	307	286	286	2
HUANUCO	SI	SI	2064	2063	2063	2
ICA	SI	SI	2723	2723	2723	12
JUNIN	SI	SI	1930	1297	1297	2
LA LIBERTAD	SI	SI	6176	4635	4635	
LAMBAYEQUE	SI	SI	8711	8711	8711	46
LIMA CIUDAD	SI	SI	112294	94800	94800	359
LIMA ESTE	SI	SI	5168	5169	5169	9
LIMA NORTE	SI	SI	2072	1957	1957	2
LIMA SUR	SI	SI	7139	7104	7104	19
LORETO	SI	SI			0	
MADRE DE DIOS	SI	SI	303	303	303	2
MOQUEGUA	SI	SI			0	
PASCO	SI	SI	384	384	384	1
PIURA	SI	SI	6733	6409	6409	11
PIURA - SULLANA	SI	SI	1681	1676	1676	4
PUNO	SI	SI	2182	2089	2089	1
SAN MARTIN	SI	NO	1496	1496	0	2
TACNA	SI	SI	1154	1152	1152	2
TUMBES	SI	SI	421	421	421	0
UCAYALI	SI	SI	1564	1389	1380	4
TOTAL		0	195771	174268	171957	542
33 Disas	32	30				
171957 *100 / 195771: 87.83%						
Fuente : PRONAHEBAS- Ministerio de Salud. Informe Enero-Diciembre 2008						

2007						
DIRESA / DISA	Control de la calidad del cribado sistemático para la detección de VIH		Unidades de Sangre			Positivos en VIH
	Procedimientos operativos normalizados	Plan externo de control de la calidad	Sangre Donada	Sangre Analizada	Sangre analizada sistemáticamente con criterios de calidad asegurada	
AMAZONAS	SI	SI	646	646	646	0
ANCASH	SI	SI	2114	1182	1182	4
APURIMAC - ABANCAY	SI	SI	473	472	472	2
APURIMAC - ANDAHUAYLAS	SI	SI	401	401	401	0
AREQUIPA	SI	SI	6981	6817	6817	14
AYACUCHO	SI	SI	1133	864	864	0
CAJAMARCA	SI	SI	1147	1128	1128	1
CAJAMARCA - CHOTA	SI	SI	235	235	235	0
CAJAMARCA - CUTERVO	SI	SI	133	125	125	0
CAJAMARCA - JAEN	SI	SI	359	359	359	1
CALLAO	SI	SI	12887	11794	11794	39
CUSCO	SI	SI	1850	1850	1850	37
HUANCAVELICA	SI	NO	356	356	0	0
HUANUCO	SI	SI	2013	1999	1999	1
ICA	SI	SI	2770	2770	2770	12
JUNIN	SI	SI	2089	1158	1158	4
LA LIBERTAD	SI	SI	12003	8955	8955	7
LAMBAYEQUE	SI	SI	6847	6792	6792	16
LIMA CIUDAD	SI	SI	100953	92666	92666	300
LIMA ESTE	SI	SI	5976	5935	5935	15
LIMA NORTE	SI	SI	3053	2348	2348	3
LIMA SUR	SI	SI	6778	5942	5942	2
LORETO	SI	SI	2730	2730	2730	12
MADRE DE DIOS	SI	SI	265	265	265	0
MOQUEGUA	SI	SI	386	386	386	0
PASCO	SI	SI	342	321	321	0
PIURA	SI	SI	4735	3903	3903	9
PIURA - SULLANA	SI	SI	996	970	970	4
PUNO	SI	SI	2042	2041	2041	3
SAN MARTIN	SI	NO	0	0	0	0
TACNA	SI	SI	2139	2134	2134	7
TUMBES	SI	SI	322	322	322	0
UCAYALI	SI	SI	1121	1101	1101	0
TOTAL			186275	168967	168611	493
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 168611 *100 / 186275: 90.51% </div>						
Fuente : PRONAHEBAS- Ministerio de Salud. Informe Enero-Diciembre 2007						



**Informe de Monitoreo del cumplimiento de
compromisos de las metas de la UNGASS en
salud sexual y salud reproductiva de mujeres y
poblaciones trans**

Marzo 2009

Consultora responsable
Rocío Valverde

Equipo de VÍA LIBRE
Ada Mejía Navarrete
Luis Pérez Ramírez
Robinson Cabello Chávez

Sumario

1. **Presentación**
2. **La propuesta de monitoreo**
3. **Definiciones operacionales**
4. **Poblaciones de análisis**
5. **Momentos y técnicas de colección de información**
6. **Resultados**
 - 6.1 **Sección I: Panorama general del sistema de salud del Perú y de las políticas de salud sexual y salud reproductiva y de VIH y Sida**
 - 6.2 **Sección II: Análisis del cumplimiento según las metas UNGASS**
7. **Sección III: Conclusiones**

1. Presentación

El presente reporte corresponde al proceso de monitoreo que se viene realizando en el Perú organizado por VÍA LIBRE, como parte de un proceso multicéntrico desarrollado por GESTOS, para el monitoreo de las Metas UNGASS de salud sexual y salud reproductiva en mujeres, y que en el caso del Perú se involucró a población trans femenina.

Este énfasis se debe a la importancia y necesidad de integrar los componentes de salud sexual y reproductiva en el trabajo con el VIH, así como otros retos que involucren una mirada integral y sistémica tal como, por ejemplo, la integración de la coinfección TB/VIH. Asimismo, es importante enfatizar que el abordaje de estos componentes no se resume a un enfoque desde el lado femenino, sino más bien a incorporar un enfoque de género. De la misma manera, es importante que este informe complementario sea valorado como una oportunidad para ampliar el abordaje de la respuesta al VIH y no debe considerarse como la resultante de una discusión sobre las prioridades de respuesta en el país.

Es conocido que aproximadamente la mitad de las personas con VIH/Sida en el mundo son mujeres. Muchos factores son responsables por esta situación, como la pobreza, que afecta más a las mujeres, la desigualdad de poder frente a los hombres, e incluso las diversas formas de violencia ejercidas contra las mujeres. Sin embargo, hubo una gran dificultad de incorporación de acciones específicas para las mujeres en los planes nacionales de lucha contra el VIH/SIDA, especialmente en países en situación de epidemia generalizada. Al mismo tiempo, las iniciativas en el campo de la salud sexual y salud reproductiva de las mujeres no han sido efectivas en la prevención del VIH ni en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con VIH a nivel mundial.

Así, resulta imprescindible, desde una mirada internacional, que las propuestas de monitoreo desde la sociedad civil empiecen a dar visibilidad a los vacíos y a las potencialidades existentes en cada país para un enfrentamiento efectivo de la epidemia desde un enfoque de género.

Sin embargo, es una preocupación legítima lo antes expresado y debe asumirse el doble reto de pensar el VIH desde la perspectiva de la salud sexual y de reflexionar sobre la población femenina; para el caso peruano, donde la **epidemia es concentrada** y aún no puede hablarse de feminización de la misma, se hace imprescindible visibilizar la situación de poblaciones trans femeninas, quienes presentan la mayor vulnerabilidad conocida hasta la fecha. Este proceso, en el Perú, se alimenta del proyecto mayor que pretende profundizar el debate sobre las metas de UNGASS relativas a la salud sexual y salud reproductiva en quince países; además, se adhiere a la construcción de una red de monitoreo y evaluación integrada por representantes de la sociedad civil organizada, personas con VIH/Sida y académicos —en cada uno de los países participantes—, y desarrollado con apoyo de la Fundación Ford.

El presente informe se propone como complementario al informe oficial sobre monitoreo del cumplimiento de compromisos de la UNGASS. Es importante anotar que el documento no constituye un informe sombra en la medida en que se circunscribe a 13 metas específicas y dos poblaciones en particular: mujeres y poblaciones trans femeninas.

Este esfuerzo, que cuenta con el apoyo de Gestos (Brasil) y de Hivos (Holanda), es parte del compromiso de la Asociación Vía Libre, desde el 2004, con el seguimiento constante, reporte y socialización de los hallazgos que aporten a la vigilancia social de la respuesta nacional al VIH/Sida en el país.

2. La propuesta de monitoreo

Esta propuesta de monitoreo toma como eje la importancia de la visión de la sociedad civil sobre las políticas que pueden resultar en acciones de integración de la salud sexual y salud reproductiva, además, estas acciones deben ser un componente fundamental para detener la epidemia del VIH. Así, el foco del monitoreo son los procesos de implementación de las políticas y su concreción en programas y servicios. Por tanto, se busca recolectar datos cuantitativos y cualitativos que permitan el análisis del grado de implementación de la política y registren la perspectiva de personas clave.

El instrumento-guía para la recolección de los datos fue elaborado por GESTOS, teniendo como referencia experiencias anteriores de monitoreo desarrolladas por LACCASO y otras organizaciones, e incluso a partir de la metodología desarrollada por Women's Health Project, de construir propuestas de investigación que puedan servir como herramienta de refuerzo a las acciones políticas y de articulación entre distintos sectores de la sociedad civil. Este instrumento ha sido adaptado por el equipo de investigación encargado en Perú. Será aplicado en todos los países participantes, como forma de producir informaciones compatibles y comparables sobre los países, y también como una estrategia para estimular el diálogo entre diferentes sectores de la sociedad civil involucrados en la lucha contra el VIH/Sida y en la defensa de la salud sexual y salud reproductiva.

El proceso de recolección de los datos está orientado al análisis de las políticas, planes y programas de salud sexual y salud reproductiva para mujeres consideradas más vulnerables, incluidas las poblaciones trans, implementados en respuesta a los compromisos asumidos por el país frente a UNGASS, en los aspectos de adecuación, alcance, cobertura, efectividad y participación de la sociedad civil; y el análisis de los servicios correspondientes, en las dimensiones de acceso, calidad y calidez, a partir de las definiciones operacionales presentadas adelante.

3. Definiciones operacionales

3.1 Para el análisis de las políticas:

- Alcance: la preocupación por si la política incluye a los diferentes tipos de personas afectadas por el problema.
- Adecuación: supone la reflexión sobre si la política provee respuestas a los problemas considerados clave por la sociedad civil, se toma en cuenta la diversidad y los niveles.
- Cobertura: ¿abarca a un mayor número de personas afectadas por esos problemas?; ¿recurso humano capacitado para su implementación?; ¿estrategias de divulgación para la sociedad civil?; ¿estrategias de monitoreo y evaluación?

- Efectividad: enfoca el análisis de si la política se concretiza en la práctica; si tiene presupuesto; si existen recursos humanos capacitados para su implementación y si existen estrategias de divulgación para la sociedad civil.
- Participación efectiva de la sociedad civil: ¿sus sugerencias son tomadas en consideración en el diseño, monitoreo y evaluación de las políticas?, ¿hay representantes de la sociedad civil en los espacios de toma de decisión?, ¿existe un diálogo y rendición de cuentas por parte de los gobiernos?

3.2 Para el análisis de programas y servicios

- Acceso: Se interroga sobre si las personas tienen acceso a los servicios con facilidad.
- Adaptabilidad: Supone la reflexión sobre si los servicios tienen características acorde con la cultura de las poblaciones.
- Calidez: Analiza si en los servicios las personas se sienten bien recibidas y respetadas con relación a sus derechos.
- Calidad: Reflexiona sobre si las personas tienen, de hecho, sus necesidades atendidas.

3.3 Vulnerabilidad al VIH

La vulnerabilidad es la incapacidad de resistencia cuando se presenta un fenómeno amenazante, o la incapacidad para reponerse después de que ha ocurrido un hecho negativo, en este caso frente a infectarse o vivir con VIH. En realidad, la vulnerabilidad depende de diferentes factores, tales como la edad y las condiciones biológicas de la persona y las condiciones ambientales, así como la calidad y condiciones del entorno y su ubicación en relación con las amenazas. De acuerdo a la naturaleza de esos factores se puede denominar:

- Vulnerabilidad social: relacionada a los condicionamientos sociales que distribuye recursos simbólicos diferenciados tanto a varones como a mujeres, a adultos como a jóvenes y adolescentes, o a personas con identidades de género o sexuales hegemónicas frente a aquellas identidades no hegemónicas; y les confiere a mujeres, jóvenes y adolescentes menos capacidades, por ejemplo, para negociar el uso del condón, y a las poblaciones trans o poblaciones gay las coloca como sujetos desacreditados socialmente.
- Vulnerabilidad económica: relacionada a la distribución desigual de recursos materiales en la población, que limita a algunos a contar con recursos de protección como condones femeninos y masculinos.
- Vulnerabilidad biológica: relacionada a las condiciones biológicas que predisponen, por ejemplo, a las mujeres y poblaciones trans a una mayor exposición a fluidos.

4. Poblaciones de análisis

Este análisis focaliza su atención en las mujeres, en particular en las más vulnerables, e incluye el estudio de la situación de las poblaciones trans. A continuación se presenta el listado de poblaciones integrando una clasificación. 1 se refiere a poblaciones directamente afectadas por el VIH, 2 se refiere a las poblaciones o grupos poblacionales vulnerables y 3 se refiere a la población general. Con asterisco (*) aparecen las poblaciones no consideradas para el caso peruano.

1. Mujeres con VIH	1	11. Mujeres trabajadoras sexuales	2
2. Mujeres privadas de libertad	2	12. Niñas huérfanas por causa de sida	1
3. Mujeres parejas de varones bisexuales	2	13. Mujeres indígenas	3
4. Mujeres que viven en instituciones cerradas	2	14. Emigrantes y mujeres indígenas migrantes	2
5. Mujeres usuarias de drogas	2	15. Mujeres afectadas por la migración	*
6. Mujeres afectadas (familiares cercanos con VIH)	1	16. Poblaciones móviles (nacional e internacional)	*
7. Niñas con VIH	1	17. Mujeres bisexuales y lesbianas	3
8. Niñas y adolescentes en situación de calle	2	18. Mujeres y niñas víctimas de explotación sexual	2
9. Mujeres transexuales	2	19. Mujeres y niñas víctimas de violencia y violencia sexual	2
10. Mujeres jóvenes	3	20. Mujeres y niñas con discapacidad	3

5. Momentos y técnicas de recolección de datos

El proceso tuvo cuatro momentos diferenciados de recolección de datos, tratamiento y validación del informe:

- Primer Momento: Foro de Presentación de Estudio y Primer aporte participativo.
- Segundo Momento: Acopio y Análisis de Información.
- Tercer Momento: Análisis Participativo de Información.
- Cuarto Momento: Validación y consolidación del Informe de Monitoreo.

Luego de redactado el informe se procederá a desarrollar las acciones de abogacía en las distintas poblaciones priorizadas.

Para la recolección de los datos se utilizaron las siguientes técnicas:

- Talleres de discusión participativa con:
 - Líderes y representantes de poblaciones vulnerables.
 - Líderes de organizaciones de mujeres.
 - Representantes de organizaciones no gubernamentales.
 - Líderes de poblaciones trans femeninas (dos talleres)
 - Autoridades y actores sociales claves de la respuesta nacional al VIH/Sida.

- Revisión de documentos oficiales y bibliografía específica sobre el tema: artículos publicados en revistas científicas, tesis y otros trabajos académicos; reportes de ONG.

- Entrevistas con informantes clave:
 - Lucy del Carpio – Coordinadora de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud sexual y salud reproductiva.
 - Liliana La Rosa – Miembro de Alta Dirección del Ministerio de Salud.
 - Carmen Murguía – Fondo de Población de las Naciones Unidas.
 - Consuelo Carrasco – Ministerio de Educación.

Se solicitó entrevistas con funcionarios de la Dirección General de Epidemiología sin tener éxito. Tendencia que se repite también en el informe 2006/2007.

6. Resultados

6.1 Sección I: **Panorama general del Sistema de Salud del Perú y de las Políticas de Salud sexual y salud reproductiva y de VIH y SIDA**

En el presente acápite se presenta una caracterización general del país, la situación del VIH/Sida y las principales líneas de acción como respuesta a la epidemia y las acciones nucleares de la estrategia de salud sexual y salud reproductiva también en términos generales.

Caracterización general del país

La población del Perú bordea los 27,5 millones de personas y viene de un proceso de urbanización creciente desarrollado en el siglo pasado, de modo que en la actualidad sólo un cuarto de la población peruana es rural, situación generada en las últimas cinco décadas en las cuales ha cambiado la distribución geográfica de la población.

Población por área de residencia	27 412 157	100
Urbana	20 810 288	75,9
Rural	6 601 869	24,1

Fuente: INEI - Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda.

En relación con la edad y sexo de la población de Perú, se viene dando una transición demográfica marcada en las poblaciones de mayores recursos, visibilizándose la pirámide de base angosta que sugiere menores tasas de fecundidad y mayor esperanza de vida, mientras que en el estrato de menores recursos persiste la pirámide de base ancha. Con relación al sexo la población peruana se divide 1 a 1.

VARIABLE / INDICADOR	PERÚ	
	Cifras absolutas	%
POBLACIÓN		
Población censada	27 412 157	100
Hombres	13 622 640	49,7
Mujeres	13 789 517	50,3
Población por grandes grupos de edad	27 412 157	100
00-14	8 357 533	30,5
15-64	17 289 937	63,1
65 y más	1 764 687	6,4

Fuente: INEI - Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda.

El Perú enfrenta, todavía, altos niveles de pobreza y desigualdad, a pesar del crecimiento económico experimentado por el país en la última década y la tendencia a la baja de los índices de la pobreza observada en los últimos años. El Instituto Nacional de Estadística e Informática para cuantificar la incidencia de la pobreza utiliza el enfoque monetario absoluto y objetivo de la pobreza. Según esta noción de pobreza, se considera pobre a todas las personas residentes en hogares particulares, cuyo gasto por habitante, valorizado monetariamente, no supera el umbral de la línea de pobreza o monto mínimo necesario para satisfacer sus necesidades alimentarias y no alimentarias¹. En el 2004, cerca de la mitad de la población del Perú era pobre, de la cual 17,1% estaba en pobreza extrema; el 2007 la pobreza total experimentó una reducción de 9,3%, que afectó al 39,3%, en tanto que la pobreza extrema disminuyó en 3,4% e involucró al 13,7% de la población en pobreza. La variación más importante se produce en el último año del período analizado, pues la incidencia de la pobreza total se reduce en 5,2%, asimismo, la pobreza extrema disminuyó en 2,4%. Si bien es cierto que en el ámbito nacional los indicadores de pobreza muestran progresos interesantes, en el interior del país se observa que aún persisten fuertes inequidades.

Si bien en el análisis de la pobreza no siempre ingresa la variable sexo, es importante mencionar que los niveles de pobreza en unidades familiares que reportan como jefe de hogar a una mujer son aún mayores que las cifras promedio.

VIVIENDA CON OCUPANTES PRESENTES		
Régimen de tenencia		
Propias totalmente pagadas	4 241 044	66,3
Propias pagándolas a plazos	293 051	4,6
Alquiladas	979 657	15,3
Material predominante en paredes		
Con paredes de ladrillo o bloque de cemento	2 991 627	46,7
Con paredes de adobe o tapia	2 229 715	34,8
Con paredes de madera	617 742	9,7
Con paredes de quincha	183 862	2,9
Con paredes de estera	144 511	2,3
Con paredes de piedra con barro	106 823	1,7
Con paredes de piedra o sillar con cal o cemento	33 939	0,5
Otro	91 912	1,4
Material predominante en pisos		
Tierra	2 779 676	43,4
Cemento	2 441 884	38,2
Losetas, terrazos	597 734	9,3
Parquet o madera pulida	288 703	4,5
Madera, entablados	217 547	3,4
Láminas asfálticas	45 493	0,7

¹ INEI. "Informe Técnico sobre la pobreza en el Perú en el año 2007". Lima-Perú, 2007.

Otro	29 094	0,5
Viviendas con abastecimiento de agua		
Red pública dentro de la vivienda	3 504 658	54,8
Red pública fuera de la vivienda pero dentro de la edificación	568 800	8,9
Pilón de uso público	243 241	3,8
Viviendas con servicio higiénico		
Red pública de desagüe dentro de la vivienda	3 073 327	48
Red pública de desagüe fuera de la vivienda pero dentro de la edificación	393 506	6,1
Pozo ciego o negro / letrina	1 396 402	21,8
Viviendas con alumbrado eléctrico		
Red pública	4 741 730	74,1

Fuente: INEI - Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda.

En torno a la educación los niveles de escolaridad han ido en aumento, sin llegar aún al óptimo de 100% en los niños y adolescentes. Aún hay una brecha de 5% en edades menores y un 12% en edades intermedias.

Un avance importante es el porcentaje de mujeres que accede a una educación superior y alcanza el 30% frente a 32% en los varones; sin embargo, es importante anotar que la mayor brecha respecto al analfabetismo es en mujeres, reportándose un 10,6% que supera hasta en tres veces al porcentaje en varones, lo que nos muestra la postergación de la mujer en la sociedad peruana como un hecho de larga data. Esto se acrecienta si se estudia al rural o menos moderno.

EDUCACIÓN		
Asistencia al sistema educativo regular (6 a 24 años)	7 308 023	70,5
De 6 a 11 años	3 143 247	94,9
De 12 a 16 años	2 572 208	88,3
De 17 a 24 años	1 592 568	38,4
Población con educación superior (15 a más años)	5 922 674	31,1
Hombre	2 996 418	32
Mujer	2 926 256	30,2
Población analfabeta (15 a más años)	1 359 558	7,1
Hombre	336 270	3,6
Mujer	1 023 288	10,6
Urbana	548 790	3,7
Rural	810 768	19,7

Fuente: INEI - Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda.

La movilidad de la población en el país es alta, el 20% reporta vivir en un lugar distinto al de su nacimiento y 6% ha cambiado de domicilio en los últimos cinco años. Por último, el 10,4% de familias, es decir 1 de cada 10, tiene algún miembro de la familia que vive fuera del país.

MIGRACIÓN		
Población migrante 3/ (por lugar de nacimiento)	5 460 296	19,9
Población migrante 3/ (por lugar de residencia cinco años antes)	1 537 099	6,2
Hogares con algún miembro en otro país	704 746	10,4

Fuente: INEI - Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda.

El Perú es un país mestizo, multilingüe y pluricultural que muestra diversidades pero también marcadas inequidades relacionadas a ello. Más del 15% de sus pobladores tienen como lengua materna un idioma diferente al castellano. El idioma es uno de los ejes de postergación y barrera para la inclusión en los diversos sistemas y programas sociales ya que, por ejemplo, en los servicios de salud no existe una política pluricultural y multilingüe acorde.

Otro eje que muestra barreras para el acceso e inclusión a los sistemas sociales y económicos, y que son parte de la exclusión en el país, es el acceso a la identidad: 1% no posee una partida de nacimiento y más del 3% no cuenta con un Documento Nacional de Identidad, esta situación se agrava en las mujeres y en las poblaciones rurales.

ETNIA (idioma o lengua aprendida en la niñez, se considera la población de 5 a más años) 5/		
Idioma castellano	20 718 227	83,9
Idioma o lengua nativa 4/	3 919 314	15,9
IDENTIDAD		
Población sin partida de nacimiento	277 596	1
Hombre	121 591	0,9
Mujer	156 005	1,1
Urbano	155 413	0,7
Rural	122 183	1,9
Población sin DNI (18 y más años)	564 487	3,2
Hombre	245 025	2,9
Mujer	319 462	3,6
Urbano	329 955	2,4
Rural	234 532	6,4

Fuente: INEI - Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda.

Con relación al empleo, la tasa de actividad de la Población Económicamente Activa (PEA) supera ligeramente los 50 puntos, las mujeres no llegan al 38%, mientras los varones superan el 70%. Pese al crecimiento experimentado en el país en términos macroeconómicos, los índices de subempleo y desempleo son igualmente preocupantes.

PARTICIPACIÓN EN LA ACTIVIDAD ECONÓMICA (14 a más años)		
Población Económicamente Activa (PEA)	10 637 880	
Tasa de actividad de la PEA		54,1
Hombres		71,2
Mujeres		37,7
PEA ocupada	10 163 614	95,5
Hombres	6 561 246	95,4
Mujeres	3 602 368	95,8

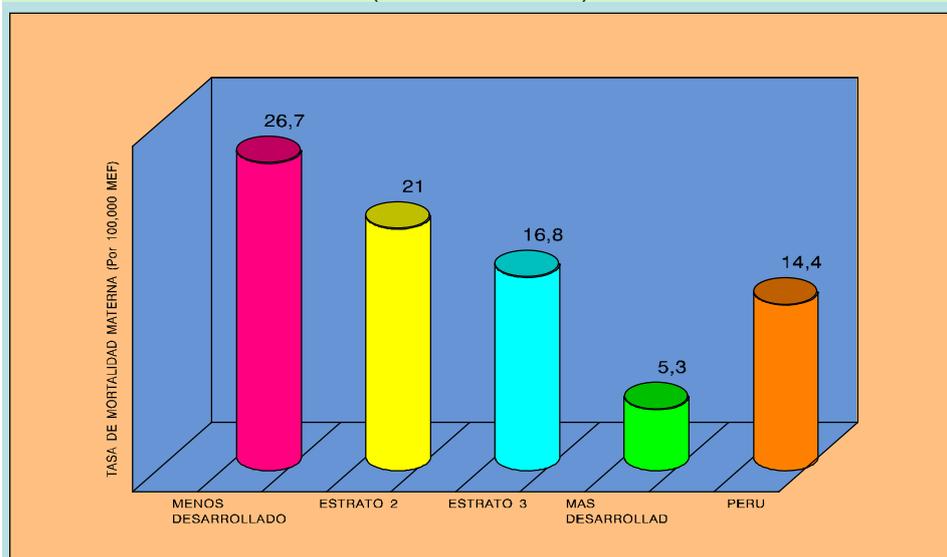
Fuente: INEI - Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda.

La situación de la salud sexual y salud reproductiva y el VIH/Sida en el Perú

La tasa de mortalidad materna en el Perú tiene cifras preocupantes y, cuando se observa las cifras según estrato de desarrollo, pueden identificarse grandes diferencias que expresan las profundas inequidades a las cuales la población está expuesta, es un indicador clave para cuantificar la pobreza y el sistema de salud aún excluyente de un contingente poblacional importante.

Perú: Tasa de mortalidad materna, según estratos de desarrollo, 2007

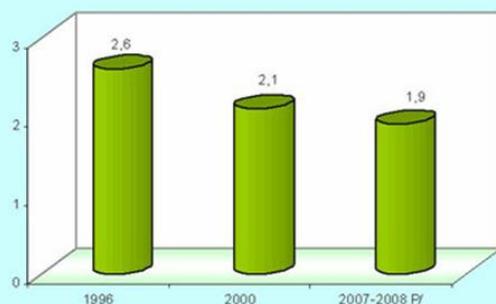
(Por cien mil MEF)



Fuente: INEI. ENDES 2004-2007

Si bien la tasa global de fecundidad ha decrecido, tal como se aprecia en el gráfico siguiente, es necesario mencionar que las mayores reducciones se han dado en los estratos de mayor modernidad, mientras en los de menores ingresos y con necesidades insatisfechas aún se aprecian tasas mayores. Véase los cuadros siguientes.

LIMA: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD, 1996, 2000 y 2007-2008^{P/}
(Hijos por mujer)

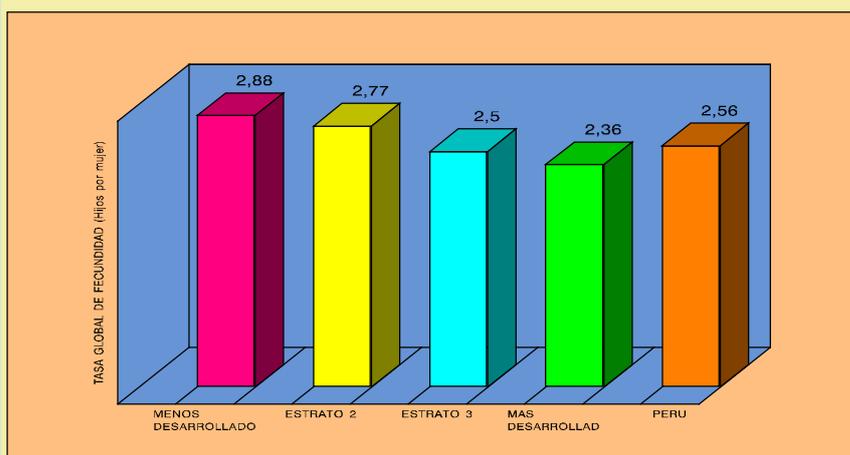


Nota: Incluye la Provincia Constitucional del Callao.
Fuente: INEI - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 1996, 2000 y 2007-2008.

La tasa global de fecundidad de las mujeres en edad fértil, para el periodo 2007-2008, fue de 1,9 hijos por mujer y 2,1 hijos en el año 2000. En el año 1996, este indicador fue de 2,6 hijos, observándose una reducción en la fecundidad de 0,7 hijos por mujer, entre el periodo 1996 y 2007-2008.

7

Tasa Global de Fecundidad, según estratos, 2007



Fuente: INEI. Censo 2007

Es preocupante el estrato de madres adolescentes que supera el 7% como se muestra en la tabla siguiente.

FECUNDIDAD		%
Mujer en edad fértil (15 a 49 años)	7356048	53,3
Total de madres (12 y más años)	6821386	64,5
Madres solteras (12 y más años)	487321	7,1
Madres adolescentes (12 a 19 años)	160258	7,3
Promedio de hijos por mujer	1,7	
Urbana	1,5	
Rural	2,5	

Fuente: INEI - Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda.

Sobre los partos según lugar de asistencia y estratos socioeconómicos, aún es preocupante que en los estratos de menor desarrollo cerca al 45% se dé en casa, mientras que en los sectores más desarrollados sólo llega al 5%. Lo que evidencia los niveles de inequidad de la sociedad peruana y la accesibilidad diferenciada a los servicios de salud, fuertemente influenciada por las dificultades de propuestas interculturales.

Perú: Lugar del parto, según estratos de desarrollo, ENDES 2004-2007					
ESDRATOS DE DESARROLLO	SECTOR		EN SU CASA	EN OTRO LUGAR	TOTAL
	PUBLICO	PRIVADO			
TOTAL	65.9	6.7	25.8	1.6	100.0
MENOS DESARROLLADO	52.8	1.1	44.8	1.3	100.0
ESTRATO 2	59.4	4.7	33.8	2.1	100.0
ESTRATO 3	61.1	8.5	29.3	1.1	100.0
MAS DESARROLLADO	82.3	10.8	5.0	1.9	100.0

Fuente: ENDES 2004-07

Panorama general de la situación y de las políticas de VIH y Sida

Según los datos oficiales², a enero de 2010 en el país se han reportado 25 748 casos de sida y 40 181 casos de VIH. La razón hombre-mujer es de 2,8; es decir, por cada mujer con VIH hay 2,8 varones con VIH. Se estima un acumulado de 630 menores de 14 años con VIH, muchos de ellos en estado de orfandad. Lima y Callao, las ciudades que congregan un tercio de la población del país, concentran más de la mitad de los casos a nivel nacional, personas comprendidas entre 25 y 35 años que representan una población económicamente activa y probablemente dependiente.

Alrededor de 10 183 personas con VIH se encuentran en el programa TARGA, es decir, reciben tratamiento antirretroviral. Con relación a las vías de transmisión, el 97% es reportado por transmisión sexual, el 2% por transmisión vertical y 1% por vía sanguínea. La última estimación disponible sobre la población afectada en nuestro país es, aproximadamente, de 90 mil personas (considerando un rango de 57,000 a 144,000)³.

Según la clasificación del nivel epidemiológico propuesto por la OMS y ONUSIDA, el Perú se encuentra en el nivel de epidemia "concentrada" por tener una prevalencia en la población en general por debajo del 1% y prevalencia mayor del 5% en hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Los últimos datos disponibles del Minsa (2006) muestran que la prevalencia entre los HSH alcanzó un promedio de 13.9%, mientras que entre la población privada de

² Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. Situación del VIH/Sida en el Perú. Boletín Epidemiológico Mensual. Enero 2010-Noviembre 2009.

³ Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. Análisis de la situación epidemiológica del VIH/Sida en el Perú. Bases epidemiológicas para la prevención y control. Lima: MINSa, 2006.

libertad llegó al 2%, en las trabajadoras sexuales a 0.6% y las gestantes cuyas edades fluctuaban entre 15 y 24 años a 0.21%. Se debe precisar que el riesgo no se distribuye uniformemente entre toda la población HSH, sino que existen diferentes niveles de prevalencia entre gays, bisexuales, travestis y transgénero, inclusive en las últimas se eleva más la prevalencia.

El país ha respondido a la epidemia desde sus inicios en la década de los 80. Sin embargo, esta respuesta puede verse de manera más contundente en 1990, cuando se promulgó la Ley N° 25275 que declaró de interés nacional –y asignó carácter prioritario dentro de la Política Nacional de Salud– a la prevención y lucha contra el sida. La ley antes mencionada estableció la obligación de practicar el examen para detectar el virus a las personas que solicitaban residencia en el Perú, a las que deseaban contraer matrimonio civil, a las que iban a recibir atención en un centro asistencial del sector público, a todas las mujeres gestantes y a las denominadas poblaciones epidemiológicamente en riesgo. La Ley N° 25275 fue reemplazada por la Ley N° 26626, la llamada Ley Contrasida, como un avance significativo respecto a la anterior norma, estableció que las pruebas de diagnóstico fueran voluntarias y requerían consejería previa, asimismo, les asignó carácter confidencial a los resultados, así como a la causa cierta o probable de contagio. Respecto a la atención que se debía brindar a las personas con VIH, se estableció que “toda persona tiene derecho a la atención médica integral y a la prestación previsional que el caso requiera”, obligándose al Estado a “brindar dichos servicios a través de las instituciones de salud donde tenga administración.

Debido a que la Ley N° 26626 y su Reglamento no reconocían explícitamente el derecho al tratamiento de las personas con VIH/Sida (antirretroviral), la movilización social logró la promulgación de la Ley N° 28243, publicada en mayo del 2004, que “amplía y modifica” la anterior ley en dos aspectos relevantes: la modificatoria establece la obligatoriedad de la prueba de Elisa en las madres gestantes “a fin de proteger la vida y la salud del niño por nacer, cuando exista riesgo previsible de contagio o infección y para disponer las medidas o tratamientos pertinentes”. Y reconoce el derecho de las personas a recibir tratamiento, estableciendo que la atención a las PVVS debe responder de manera integral a sus componentes biológico, psicológico y espiritual, “comprendiendo en dicho proceso a su familia y la sociedad”.

Finalmente, mediante el Decreto Supremo N° 005-2007-SA, se promulgó el Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 para la prevención y control de las ITS y el VIH/Sida en el Perú, el cual fue suscrito por los diferentes sectores del Estado. Este plan fue promovido por la Coordinadora Nacional Multisectorial de Salud (Conamusa) y elaborado gracias a la participación de diferentes actores, como representantes del Estado, la sociedad civil (ONG, PVVS, etc.), las entidades privadas, la cooperación internacional, entre otras, y tiene por finalidad guiar y articular acciones contra el VIH/Sida en el Perú, por lo cual se han fijado los siguientes Objetivos Estratégicos:

- Objetivo Estratégico 1.– Reducir en 50% el número de nuevos casos de VIH y en 50% la prevalencia de ITS en poblaciones HSH, trabajadoras sexuales (TS) y personas privadas de su libertad (PPL) al año 2011.
- Objetivo Estratégico 2.– Reducir en 50% la prevalencia de ITS en la población general al 2011.
- Objetivo Estratégico 3.– Promover la prevención de ITS/VIH, la educación sexual y estilos de vida y conductas sexuales saludables en adolescentes y jóvenes.
- Objetivo Estratégico 4.– Reducir la transmisión vertical a menos del 2% al 2011.
- Objetivo Estratégico 5.– Garantizar el 100% de tamizaje de paquetes sanguíneos al 2011.
- Objetivo Estratégico 6.– Alcanzar un 90% de acceso de las PVVS (adultos y niños) a una atención integral y de calidad.
- Objetivo Estratégico 7.– Promover un entorno político, social y legal favorable para el abordaje integral del VIH/Sida y la diversidad sexual desde una perspectiva de derechos humanos y participación de las comunidades con mayores prevalencias (HSH, TS y PPL) y las PVVS.
- Objetivo Estratégico 8.– Asegurar una respuesta multisectorial amplia y articulada para el desarrollo intersectorial e interinstitucional de actividades conjuntas para la prevención y control de las ITS y el VIH/Sida.
- Objetivo Estratégico 9.– Fortalecer los Sistemas de Información y establecer un Sistema de Monitoreo y Evaluación que permita la toma de decisiones oportuna y la medición de los logros obtenidos.

El Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación de UNGASS respecto al gasto en SIDA⁴, durante el periodo 2005-2007, encuentra que: *“En el año 2005, el gasto total asciende a S/. 91.7 millones de nuevos soles, siendo la categoría de Atención y Tratamiento el que mayor gasto presenta. En cuanto a fuente de financiamiento, la cooperación externa es aproximadamente el 40% en todo el año, con mayor énfasis en tratamiento, pero no llegando a ser superior al gasto realizado por la Seguridad Social. Si comparamos el gasto realizado por Seguridad Social en prevención y atención-tratamiento se podría asumir que el gasto en esta primera categoría es incipiente. En el año 2006, el gasto fue de S/.110.5 millones de nuevos soles, habiendo un incremento en cada una de las categorías de gasto, permaneciendo siempre el mayor gasto en Atención y Tratamiento. El año 2007 presenta S/. 107.7 millones de nuevos soles como gasto en SIDA. En este año sí se observa un aumento de un 60% en el rubro de prevención y hay disminución en lo relacionado a atención y tratamiento, que podría deberse a disminución de los precios de los medicamentos antirretrovirales.”*

Es importante mencionar que el Plan Estratégico incluye nominalmente a otros sectores, muchos de los cuales ya vienen trabajando en la respuesta nacional de manera significativa aunque aún insuficiente. Es el caso del Ministerio de

⁴ KUSUNOKI, Lourdes; NAVARRO, María del Carmen; y GUANIRA, Juan. *Plan para alcanzar el acceso universal a la atención integral de salud 2006-2010*. Lima: ONUSIDA, 2006.

Educación, que ha promulgado lineamientos pedagógicos para la educación sexual y viene implementándolos en forma de un piloto. Por consiguiente, han asumido el reto de la educación sexual en el país y han iniciado el proceso de construcción de consensos que ello requiere. El Ministerio de Justicia a través del INPE ha desarrollado actividades de prevención y control de la epidemia en el interior de los penales, para ello ha fortalecido su unidad de salud. El Ministerio de Trabajo ha publicado los documentos: "Políticas y programas sobre el VIH y sida en el lugar de trabajo en el Perú" y "¿Cómo responder al VIH y sida en el lugar de trabajo?". Los Ministerios de Relaciones Exteriores y del Interior vienen acompañando las labores que desarrolla la Conamusa.

El Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, además de incorporarse a la Conamusa, desde el 2004, implementa desde sus fueros los programas por la equidad de género y la reducción de la violencia familiar y de género. Estos programas incluyen acciones de prevención ligados a control de ITS, es importante mencionar que habiendo solicitado los informes de avances de dichas actividades nos respondieron que aún no son accesibles; por otra parte, se viene consolidando un Plan Nacional Estratégico Multisectorial contra la Violencia.

Sin embargo, la participación y contribución de la sociedad civil no se visualiza y continúa siendo una tarea pendiente su integración explícita a la respuesta nacional y su articulación a las políticas públicas. El avance más importante en este sentido ha sido la integración a un solo sistema, el programa de atención y tratamientos que incluye a organizaciones de la sociedad civil que contribuyen hasta con un 15% del total nacional.

Política de salud sexual y salud reproductiva en el país

Sería discutible plantear la existencia de una política de salud sexual, con mayor claridad se puede sustentar la existencia en el país de una política de salud reproductiva o por lo menos la preeminencia de la segunda sobre la primera. El ente rector es el Minsa y el ente técnico la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva.

Dentro de las prioridades de la política de salud están la mortalidad materna e infantil, la planificación familiar para el control de la natalidad desde el Ministerio de Salud y el control de la violencia familiar y sexual desde el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. De manera menos nítida se puede citar los esfuerzos desarrollados desde el Ministerio de Educación a favor de la educación sexual

En consideración de la existencia de ciertas resistencias y prejuicios para tratar los temas relacionados con el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, en especial en el caso de las mujeres, la consejería que los profesionales de la salud brindan a las usuarias de estos servicios de salud adquiere singular relevancia, sobre todo si advertimos que la información que

se brinda en este espacio es fundamental para adoptar decisiones derivadas de un proceso de información, sin persuasión, manipulación o coacción.

En esa línea, el Minsa aprobó el *Manual de orientación y consejería en salud sexual y salud reproductiva*, que contiene un modelo de cinco pasos para brindar consejería en la atención de la salud sexual y salud reproductiva en los establecimientos de salud públicos, de acuerdo con el modelo de consejería 220 *Norma Técnica N° 032-MINSA/DGSP-V.01, Norma Técnica de Planificación Familiar*, p. 19. 221, *Norma Técnica N° 032-MINSA/DGSP-V.01, Norma Técnica de Planificación Familiar*, p. 33. En el último informe defensorial sobre supervisión a los servicios de planificación familiar, la Defensoría del Pueblo registró 45 quejas por desconocimiento de la Norma Técnica de Planificación Familiar por parte del personal de salud de los establecimientos de salud visitados en el período del informe. Cf. Defensoría del Pueblo. *Informe Defensorial N° 111. Supervisión a los servicios de planificación familiar V, Casos investigados por la Defensoría del Pueblo.*

En el *Manual de orientación y consejería en salud sexual y salud reproductiva* se propone que el profesional de la salud a cargo de la atención deberá: 1. Establecer una relación cordial con el usuario o la usuaria, 2. Identificar las necesidades del usuario o la usuaria, 3. Responder a las necesidades de la usuaria, 4. Verificar la comprensión de la usuaria, y 5. Mantener una relación cordial para realizar el seguimiento correspondiente.

De manera adicional al referido modelo de consejería, que establece cinco pasos básicos para su realización, este manual prescribe un conjunto de procedimientos específicos para el caso de orientación/consejería en anticoncepción para adolescentes, para varones, orientación para la prevención, detección precoz y tratamiento de cáncer de cuello uterino, orientación para problemas de fertilidad, para mujeres en etapa de climaterio, orientación/consejería para la atención de casos de violencia basada en género, orientación para la prevención, detección precoz y tratamiento de las ITS y VIH/Sida.

Para el caso de las mujeres embarazadas, así como para las mujeres que se encuentran en el período posparto, el manual sugiere que la consejería sea integral debido a que el cuidado de su salud y la de su niño son primordiales. Ello permitirá a la gestante conocer aspectos importantes sobre los cuidados de su salud durante el embarazo, signos de alarma, cuidados posparto, anticoncepción y cuidados del recién nacido.

Con relación a este manual, resulta oportuno precisar que se trata de un documento que los profesionales de la salud deberán emplear de manera complementaria a las guías, normas técnicas, protocolos de atención aprobados por el sector Salud en las diferentes materias relacionadas con la atención gineco-obstetra.

A modo de síntesis, resulta relevante señalar que “durante los últimos años el Ministerio de Salud ha considerado como prioridad política sectorial la reducción de la mortalidad materna y neonatal, desarrollando diferentes actividades para contribuir en el logro de tales metas”. Una de las medidas adoptadas con el propósito de lograr dicho objetivo ha sido la aprobación de un conjunto de documentos sectoriales, lo que ha permitido que los profesionales de la salud cuenten con protocolos detallados para la atención de las usuarias, lo que contribuye de forma definitiva con la reducción de las negligencias médicas, con estandarizar los procedimientos de atención y mantener actualizados a los profesionales de la salud, así como reducir las muertes maternas.

Sin embargo, de la revisión y análisis de la normatividad existente advertimos la necesidad de que el Minsa tome las medidas administrativas correspondientes para sistematizar y unificar la reglamentación sobre el funcionamiento de los servicios de ginecología y obstetricia, con el fin de facilitar su difusión y conocimiento entre el personal de salud y, de esta manera, contribuir con elevar la calidad de la atención de la salud sexual y salud reproductiva de las mujeres de nuestro país.

Asimismo, se hace indispensable problematizar y responder a la desintegración y hasta paralelismo en el que operan las distintas estrategias del Ministerio de Salud, sobre todo la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva y la Estrategia de VIH.

6.2 Sección II: Análisis del cumplimiento según las metas UNGASS

A continuación se presentan las 13 metas seleccionadas para el análisis del cumplimiento de compromisos en la respuesta nacional al VIH/Sida desde la perspectiva de la salud sexual y salud reproductiva para las poblaciones de mujeres y trans femeninas. La meta se identifica con su respectiva descripción, las preguntas indicadoras del cumplimiento y los hallazgos encontrados para el país.

Meta 37: Liderazgo en planes sectoriales y multisectoriales para el control de VIH

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

¿Las mujeres, las mujeres en trabajo sexual y poblaciones trans participan, de hecho, en los procesos de toma de decisión en el Programa Nacional de VIH/Sida? Describa y analice:

¿Las representantes del movimiento de TS y de poblaciones trans participan en el planeamiento y monitoreo de acciones dirigidas para la reducción de su vulnerabilidad frente al HIV?

El jueves 3 de mayo del 2007 aparece en *El Peruano* el Decreto Supremo N° 005-2007-SA, donde se aprueba el Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 para la prevención y control de las ITS y VIH/Sida en el Perú. El documento fue fruto de un proceso de planeamiento participativo desarrollado en la capital del país, en el que participaron diversos actores y sectores de la sociedad peruana, que incluyó delegaciones de las regiones con mayor incidencia; plantea objetivos y metas para el 2011 en torno a nueve objetivos estratégicos⁵.

Se puede considerar como un avance el hecho de tener un plan nacional que busque incorporar una perspectiva multisectorial, que su diseño haya convocado a actores de la sociedad civil comprometidos con la respuesta al VIH y que los líderes de poblaciones afectadas hayan participado en la preparación del mismo. Sin embargo, pueden anotarse como retos aún pendientes respecto a este proceso de planificación: la concepción e integración de las determinantes sociales asociadas a la epidemia y la identificación de necesidades y metas de las poblaciones de mujeres y de las poblaciones trans, sin subsumirlas en el término HSH que les niega aún presencia e invisibiliza sus necesidades específicas.

Participación comunitaria y social en VIH, de mujeres y jóvenes

El movimiento de mujeres en el Perú se ha desarrollado desde mediados del siglo pasado, estuvo involucrado inicialmente en denunciar las condiciones inequitativas en las cuales la mitad de la población peruana está sujeta por el solo hecho de ser mujer. Rápidamente, uno de sus espacios de lucha y acción se ligan a la salud reproductiva, circunscrita en la denominada estrategia de planificación familiar, y busca que las mujeres puedan controlar cuándo y cuántos hijos tener, así como disminuir los riesgos asociados a la muerte materna.

⁵ Ministerio de Salud del Perú. *Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 para la prevención y control de las ITS, VIH y SIDA en el Perú*. 2007.

En los años 90, de acuerdo a los discursos y orientaciones internacionales, las organizaciones que conforman el movimiento se ligan a la lucha por los derechos sexuales y reproductivos, y posibilitan una visión más clara de la vinculación del movimiento con la salud sexual, con la prevención y control de las ITS, VIH y sida. Sin embargo, esta asociación no va a darse hasta desarrollar sus primeros esfuerzos en la presente época; por tanto, en los fueros de la lucha contra la epidemia del VIH y sida la presencia del movimiento de mujeres es tardía.

En el entorno de la epidemia y con el desarrollo del movimiento de personas con VIH y sida, aparecen las líderes y grupos de mujeres con VIH, orientados desde su origen a luchar por la mejora de la atención a las personas diagnosticadas, elevar sus condiciones de vida y luchar contra el estigma asociado a la epidemia.

Las organizaciones de trabajadoras sexuales, las promotoras de pares TS y algunas de sus líderes aparecen en la escena en el quehacer de los programas financiados por el Fondo Mundial, con ello logran legitimar su participación en ciertos espacios; sin embargo, sus debilidades están asociadas a las debilidades intrínsecas a la organización, liderazgos en proceso de consolidación, existencia de conflictos internos que limitan la consolidación de una agenda común que posibilite que el movimiento logre incorporar sus necesidades. Algunas instituciones de la sociedad civil han desarrollado durante el 2009 estudios sociales, instrumentos y talleres destinados a fortalecer capacidades para el ejercicio de la ciudadanía⁶.

Algunos retos aún pendientes corresponden a la apertura de los espacios de participación en la toma de decisiones respecto de la epidemia a representantes de grupos y poblaciones de mujeres en general y de mujeres en situación de mayor vulnerabilidad.

Participación comunitaria y social en VIH de poblaciones trans

Con relación a la participación de las poblaciones trans se han dado experiencias positivas de planificación de proyectos estratégicos locales y distritales, en cuyos procesos, para su elaboración, han sido convocados a participar líderes de la población trans. Sin embargo, esto no es sistemático aún y obedece a una participación puntual y poco efectiva para integrar las demandas de su agenda específica.

En entrevista colectiva a líderes trans femeninas, éstas manifestaron que en los últimos dos a tres años puede notarse el desarrollo de un proceso de empoderamiento y construcción de liderazgos en la comunidad trans, basado en el creciente número de espacios a los cuales son llamadas las poblaciones para participar, así como las actividades de proyectos preventivos y de atención

⁶⁶ Vargas Valente, María Elizabeth. Ganando fuerza para el ejercicio de nuestra ciudadanía. Guía dirigida a mujeres y personas trans que realizan trabajo sexual. IESSDEH, REDTRANS, Miluska Vida y Dignidad, UNFPA, 2009.

financiados por la cooperación internacional⁷ (UNFPA, Fondo Mundial, ONUSIDA).

Es importante anotar el desarrollo de dos tipos de liderazgos, interno y externo; el primero, movilizado a través de la estrategia de PEP (Promotores Educadores de Pares) y, el segundo, por la existencia de mayor cantidad de actividades y espacios de encuentros que permiten la visibilidad de las líderes.

Sigue siendo un reto consolidar desde las instancias estatales la participación de las líderes en instancias que posibiliten la inserción de las agendas pendientes de las poblaciones de mujeres y trans. Asimismo, desde las organizaciones de la sociedad civil se debe fortalecer los liderazgos en términos del desarrollo de capacidades para la gestión, construcción de consensos, abogacía y negociación de conflictos; desplazar el puro activismo hacia el desarrollo de liderazgos democráticos y efectivos, que consoliden una agenda consensuada entre los distintos grupos que conforman estas poblaciones.

La participación de los distintos grupos de mujeres no deberá circunscribirse a la existencia de una epidemia generalizada, ni a la participación de mujeres con VIH, se hace indispensable comprometer a las mujeres en la prevención y desde una perspectiva de género que considere las relaciones inequitativas aún imperantes en nuestra sociedad; esto será posible cuando se conciba la respuesta desde una perspectiva más amplia de salud sexual y, de otro lado, la participación de las poblaciones trans no será real mientras no se supere la concepción de homogeneidad y distante de la realidad que plantea la mirada sanitarista de los hombres que tienen sexo con otros hombres, que minimicen y oculten la mirada de la población trans, e invisibilicen los patrones de conducta y las necesidades particulares.

⁷ Reporte de la entrevista colectiva a líderes trans. Vía Libre, 16 diciembre 2009.

Meta 52 Prevención general

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

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

¿Cuáles son las estrategias implementadas para reducir la prevalencia del VIH? ¿Su implementación está siendo efectiva? ¿Tiene buena cobertura? ¿Cómo se hace su evaluación?

¿Existen campañas específicas con uso de distintos medios? ¿Cómo evalúa usted la efectividad de estas iniciativas? ¿Tienen buena cobertura?

¿Cuáles son las estrategias para garantizar que las mujeres y poblaciones trans tengan acceso a la información y educación sobre el VIH?

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

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

¿Las mujeres, TS y poblaciones trans tienen facilidad de obtener, en cantidad suficiente y de modo gratuito, condones (masculino y femenino) y lubricantes?

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

Política nacional de prevención

El Minsa es el organismo rector en salud, estructura las normas a nivel nacional para todos los sectores en la materia y es uno de los principales ejecutores. Según el PEM⁸, la política de prevención está diseñada sobre cinco objetivos estratégicos. 1) Reducir la incidencia y prevalencia de VIH en poblaciones HSH, TS y PPL con provisión de condones, incidencia para la información y atención médica periódica. 2) Reducir la incidencia de ITS en población general con la promoción del uso correcto del condón y la estrategia de manejo sindrómico. 3) Promover la educación sexual y los comportamientos saludables en adolescentes y jóvenes, con prioridad a aquellos en situación de vulnerabilidad incrementada. 4) Reducir la transmisión vertical a través del tamizaje, profilaxis y el autocuidado. 5) Garantizar el tamizaje sanguíneo al 100%.

Asimismo, es importante anotar algunos elementos que nos parecen aún ausentes. La falta de una perspectiva de género en la declaración de los objetivos y estrategias. El uso de la terminología de HSH que invisibiliza a las

⁸ Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 para la Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA en el Perú. Ministerio de Salud, Conamusa. 2007.

poblaciones de más alta vulnerabilidad y riesgo como son las poblaciones trans. El relativo énfasis en las estrategias de comunicación y educación destinadas a poblaciones vulnerables. La inexistencia de objetivos y estrategias relacionadas a las condiciones estructurales que elevan la vulnerabilidad en poblaciones de trans o mujeres trabajadoras sexuales.

En el mismo documento se estima la necesidad anual de 18 millones de dólares en promedio aproximadamente, que para el quinquenio suman 93 millones, y es el 48% del total estimado. Lamentablemente no se tiene una evaluación de lo ejecutado, ni en términos programáticos ni financieros.

Programas preventivos desarrollados

A nivel de prevención en poblaciones vulnerables, las acciones desde el Estado se han traducido en el desarrollo de la estrategia de promoción de pares, la provisión de condones, la atención médica periódica y el fortalecimiento de los CERITS y UAMP. Asimismo, en el control prenatal del embarazo se hace el tamizaje de VIH en forma obligatoria y la prueba rápida en caso de mujeres que recurren al servicio de salud a parir sin control previo. Así también están incluidos en el paquete las consejerías preparto y posparto y la administración de profilaxis prenatal, tratamiento del neonato en caso de las madres infectadas por VIH y sucedáneos de la leche materna⁹. Estas acciones tienen relación con la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención de Control de las ITS y VIH/Sida. Es importante mencionar que estas acciones fueron y en algunos casos siguen siendo apoyadas desde los programas financiados por el Fondo Mundial y, paulatinamente, lo referente a transmisión vertical ha sido asumido por el Estado en su totalidad.

En cuanto a la población general, los servicios de salud sexual y salud reproductiva brindan información y refieren para el diagnóstico o tratamiento de ITS. Esto al interior de un paquete más amplio de información focalizado en brindar herramientas para el control de la fecundidad principalmente y controlar los riesgos del embarazo, el parto y el puerperio. Es importante mencionar que las coordinaciones entre las estrategias se han venido dando paulatinamente, fortalecidas por las acciones apoyadas por la cooperación internacional¹⁰. Sin embargo, el reto aún persiste, al considerar que las barreras se producen desde la propia concepción de los problemas de salud como daños y no se soportan en el desarrollo de la salud sexual de las personas como objetivo, enfoque que vincularía ambas estrategias.

La Resolución Ministerial N° 125-2004/Minsa, establece que la consejería es un servicio prioritario de prevención que debe ser brindado en todos los establecimientos de salud a la población general, grupos específicos (mujeres, adolescentes, centros laborales), así como a los grupos con elevada prevalencia

⁹ Resolución Ministerial N° 316-2007/Minsa, Anexo N° 3.

¹⁰ Entrevista a Carmen Murguía. Oficial de Proyectos UNFPA.

de infecciones de transmisión sexual (GEPETS). La consejería es un servicio gratuito de carácter confidencial que se debe brindar, especialmente, en todo proceso de despistaje-diagnóstico, así como en un espacio y tiempo adecuados para asegurar su efectividad¹¹.

La Directiva N° 07-2003-Minsa/ DGSP-DEAIS-V.01 establece la atención médica periódica, que es el control sistemático y periódico realizado a los trabajadores y trabajadoras sexuales para el diagnóstico y tratamiento de ITS. Este control se brinda en los CERITS o en las UAMP reconocidas en el ámbito nacional. Estos CERITS son establecimientos de salud que cuentan con recursos humanos capacitados, infraestructura, equipamiento de laboratorio, insumos y medicamentos para ofrecer el diagnóstico y tratamiento gratuito de las ITS a la población en general y atención especializada a los GEPETS, incluidas las mujeres trabajadoras sexuales y las poblaciones trans ligadas al trabajo sexual. Las UAMP son establecimientos que brindan atención especializada y sistemática a los GEPETS y realizan intervenciones de búsqueda de lugares de trabajo sexual (mapeo de lugares y zonas de trabajo sexual) y estimación de trabajadores y trabajadoras sexuales, así como promoción de los servicios de salud. Siendo gratuitos los servicios, pruebas y medicamentos, con una periodicidad de 28 días, tres meses para el tamizaje de sífilis y seis meses para el tamizaje de VIH/Sida.

Es importante mencionar que la AMP es una actividad implementada en el Perú desde la década pasada y trabaja coordinadamente con los Promotores Educadores de Pares de los grupos de elevada prevalencia, si bien ha sido considerado un componente educativo, en términos reales ha perdido fuerza reduciéndose al contacto y referencia al servicio de salud la actividad principal.

No se cuentan con evaluaciones de costo-efectividad o impacto de estas estrategias ni en población general, ni en GEPETS.

Programas de educación sexual y VIH

El período 2000-2004 para la educación sexual desde el Estado fue sin lugar a dudas de decrecimiento y postergación, debido fundamentalmente al ingreso en las instituciones de salud y educación de autoridades de pensamiento tradicional, que dismantelaron lo iniciado la década pasada con respecto a la educación sexual y la capacitación del recurso humano. Del 2004 al 2006, con el impulso de las acciones del programa financiado por el Fondo Mundial y la cooperación alemana, se revitalizan las acciones en particular en la Dirección de Tutoría (DITOE), se trabajó con 121,267 adolescentes de escuelas e institutos¹². En el 2006 se inicia la creación de los lineamientos técnicos pedagógicos que se publica el 2008, lo que constituye una norma de política del sector educación, respaldada por una resolución directoral.

¹¹ Informe 143. Defensoría del Pueblo, 2009.

¹² Programa fortalecimiento de la prevención y control del VIH y sida en el Perú. Sistematización del componente VIH/Sida 2003-2008. CARE, 2009.

El trabajo con las instituciones educativas desde los programas del Fondo Mundial enunciaron dificultades como la alta necesidad de monitoreo de las actividades educativas, la alta rotación de autoridades regionales, especialistas y directores que no permiten un trabajo continuo y la aún relativa importancia asignada, por parte de las autoridades educativas, de los contenidos preventivos en VIH y sida.

Esta normatividad incluye los temas de prevención de VIH como tema transversal priorizado, además de incluirlo en los componentes de relación consigo mismo en el nivel inicial, de Personal Social, Ciencia y Ambiente en el nivel primaria, y Ciencia Tecnología y Ambiente, Persona Familia y Relaciones Humanas y Educación Cívica y Ciudadanía en el nivel secundaria. Estos avances en términos de normatividad contaron con algunos recursos para el desarrollo de competencias en los recursos humanos, se han dado esfuerzos directos para capacitar con una experiencia piloto en seis regiones.

Programas de acceso a condón

El condón femenino y masculino es una herramienta para la prevención del VIH con la doble protección hacia otras ITS y embarazos no planificados y no deseados, su uso es aún limitado en la sociedad peruana.

El acceso a condones desde el Ministerio de Salud demanda la articulación de las estrategias sanitarias de salud sexual y salud reproductiva y la de prevención y control de ITS y VIH/Sida. Cada una de ellas tiene criterios de programación dispares de acuerdo a sus normatividades respectivas. Frente a este asunto se plantea un primer punto de divergencia, la ESN SSR estima el número de condones como parte de los métodos anticonceptivos necesarios para las mujeres en edad fértil sobre los ocho días de cada mes durante su período fértil.

Según Chávez y Ferrando¹³, este método de programación supone que la mujer estaría limitada para el uso de doble protección, el hombre accede al condón masculino sólo a través de su pareja, limita la opción anticonceptiva al consumo histórico.

La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/Sida del Minsa considera para la programación, por su lado, el número de consejerías por ITS a la población en general, consejerías a PVVS, atención médica Periódica a población vulnerable y campañas de promoción de los servicios.

Según el estudio de Chávez y Ferrando, las dificultades más tangibles son los problemas relacionados a “garantizar el transporte y el desencuentro entre lo que estiman como necesidades y lo que realmente reciben”.

¹³ Chávez Susana y Delicia Ferrando. *Perú: Análisis situacional y diagnóstico de necesidades en torno al acceso a condones masculinos y femeninos*. MINSA UNFPA. 2009.

El acceso a la compra de un número considerable de condones masculinos para la prevención del VIH/Sida como parte de las actividades de los programas financiados por el Fondo Mundial, evidenció las dificultades en los procesos de distribución y la ausencia de un plan nacional integrado de programación, distribución y entrega del condón, que involucra superar el débil conocimiento de las necesidades reales y las dificultades de coordinación en el sector público y de éste con el sector privado.

En un esfuerzo, el Minsa, con apoyo de la sociedad civil, elaboró un plan de Mercadeo Social del Condón 2009 a 2011, donde se estimó la demanda potencial, y más del 50% del total de la demanda aún no está cubierta ni por el sector público (38%), ni por el sector privado (62%).¹⁴

Aún queda pendiente incorporar la distribución de condones en estrategias educativas más amplias que involucren asertabilidad en la negociación, habilidades para un uso correcto, valoración de la doble protección, entre otras. Asimismo, está pendiente el fortalecimiento del acceso a condones femeninos evaluando su uso, aceptabilidad y protección real.

Profilaxis post exposición sexual sin protección

Si bien esta acción se concibe al interior de las normas técnicas de la ESN PC ITS/VIH/Sida, no se integra en los procesos comunicacionales. Se carece de información sobre la entrega de tratamientos profilácticos para casos de exposición sexual sin protección.

A partir de los hallazgos para la META 52 se concluye:

- Existe una política de prevención al interior de la respuesta de VIH/Sida plasmada de manera explícita en un documento multisectorial denominado Plan Estratégico Multisectorial (PEM-VIH).
- Los programas preventivos al interior del subsector Minsa obedecen a una estructura de gestión fragmentada entre la ESN PC ITS/VIH/Sida y la ESN SSR, el subsector es el que ejerce la rectoría y liderazgo de la respuesta.
- Las acciones se han concentrado desde un lado en el acceso al condón y a la atención médica periódica en las denominadas poblaciones más vulnerables, al control de la calidad de sangre y la prevención de la transmisión vertical, para ello se ha implementado la prueba obligatoria a gestantes y la prueba rápida en mujeres no controladas.
- Las acciones en torno a las poblaciones vulnerables no las reconoce como tal: es el caso de las poblaciones trans que son subsumidas en las denominadas HSH. En el caso de las trabajadoras sexuales el trabajo se focaliza en la prevención de VIH y no se incluye una atención a su salud sexual y reproductiva de manera integral.

¹⁴ Perú: Plan de Mercadeo Social del Condón 2009-2011.

- Las acciones de educación sexual están orientadas a la población en general, pero aún con limitaciones de recursos y decisión política para llegar a todos los niveles operativos de implementación.

Meta 53: Prevención jóvenes

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

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

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

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

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

Programas de salud sexual para jóvenes

En su Informe Defensorial 143, publicado en mayo del 2009¹⁵, la Defensoría del Pueblo, encargada de vigilar el cumplimiento de los compromisos del Estado con sus ciudadanos, hace una reflexión específica hacia la consejería y tamizaje en los adolescentes, que resume de manera sustentada la situación actual del acceso de los adolescentes a los servicios de salud sexual:

un aspecto que merece un comentario especial es la prestación del servicio de consejería y diagnóstico en ITS y VIH/Sida en adolescentes, puesto que la Norma Técnica N° 05-2003-MINSA/DGSP-V.01 sólo señala que “en situaciones especiales, como niños, personas con trastornos mentales o con incapacidad para decidir sobre la realización de las pruebas diagnósticas para VIH/Sida, se deberá contar con la firma de un apoderado o representante debidamente identificado”. Defensoría del Pueblo. Informe Defensorial 143.

Frente a esto, la propia Defensoría del Pueblo considera “necesario advertir” que, en el caso de adolescentes, si bien se ha emitido normatividad dirigida a garantizar su atención integral en salud, en la práctica hasta el momento no se han implementado mecanismos que aseguren la “adecuada atención de este sector de la población en todo establecimiento de salud”. Por el contrario, la regulación penal sobre la “violación presunta” y la Norma Técnica N° 032-MINSA/DGSPV. 01, “Norma Técnica de Planificación Familiar”, evidencian una contradicción al priorizar, por un lado, la protección a los menores de 18 años respecto a las decisiones sobre su libertad sexual (Art. 173° del Código Penal);

¹⁵ Informe Defensorial 143, Defensoría del Pueblo, 2009.

y, por otro, el establecimiento de estrategias de consejería con poblaciones con vida sexual activa (Protocolo de Consejería para la Atención Integral del adolescente, aprobado por Resolución Ministerial 583-2005/Minsa), por lo que concluye que es una situación que requiere ser atendida.

Asimismo, el consentimiento informado en el caso de los adolescentes para la prueba del diagnóstico de VIH, que es indispensable para la realización de la consejería y según lo dispuesto por el art. 4º de la Ley General de Salud, en el caso de menores de 18 años, son sus representantes legales los llamados a expresar su consentimiento. Esto limita el acceso de este sector de la población a los servicios de salud en ITS y VIH/Sida e incide en la situación de especial vulnerabilidad en el cual se encuentran los adolescentes frente a la epidemia del VIH/Sida. Esta situación se agrava aún más si se piensa en los que viven en la calle y en abandono o los jóvenes de poblaciones más vulnerables.

De la misma manera, el balance político normativo sobre el acceso de los adolescentes a los servicios de salud sexual, salud reproductiva y prevención de VIH/Sida¹⁶, concluye que los adolescentes son sujetos de derechos con capacidad progresiva, que el actual código penal significa un retroceso y límite en la medida que se criminaliza todo acto sexual en menores de 18 años. Existen iniciativas pero no hay voluntad política expresa, por lo que se hace necesaria una movilización de los propios afectados y respaldar los procesos regionales para proteger los derechos de las usuarias adolescentes mediante la declaratoria de la inaplicabilidad de la modificatoria del Código Penal.

Programas de educación sexual y VIH

Del 2004 al 2006, con el impulso de las acciones del Programa financiado por el Fondo Mundial y la cooperación alemana, se revitalizan las acciones en particular en la Dirección de Tutoría (DITOE). Se trabajó con 121267 adolescentes de escuelas e institutos¹⁷. En el 2006 se inicia la creación de los lineamientos técnicos pedagógicos que se publica el 2008, y constituye una norma de política del sector educación, respaldada por una resolución directoral.

El trabajo con las instituciones educativas desde los Programas del Fondo Mundial mostraron dificultades como la alta necesidad de monitoreo de las actividades educativas, la alta rotación de autoridades regionales, especialistas y directores que no permiten un trabajo continuo y la aún relativa importancia asignada, por parte de las autoridades educativas, de los contenidos preventivos en VIH y sida.

¹⁶ Balance político normativo sobre el acceso de los adolescentes a los servicios de salud sexual, salud reproductiva y prevención de VIH/Sida. Elaborado por el Minsa, UNFPA e IES.

¹⁷ Programa fortalecimiento de la prevención y control del VIH y sida en el Perú. Sistematización del componente VIH/Sida 2003-2008. CARE, 2009.

A pesar de los significativos avances en este aspecto contando con dos documentos de lineamientos de inclusión temática en los contenidos de la educación básica, es importante mencionar que el proceso es de mediano plazo en la medida que no basta la normatividad sino los recursos humanos con los cuales se implementarán las acciones. En una entrevista a una funcionaria de DITOE¹⁸, ésta menciona la incomodidad de directores frente a contenidos de los materiales educativos relacionados a prácticas sexuales y diversidad sexual.

Actualmente se vienen ejecutando proyectos pilotos, pero falta recursos y voluntad política para desarrollar el programa de manera consistente. No existen programas de acceso a condones en jóvenes que atiendan a las consideraciones iniciales y según un estudio¹⁹ del 2004 y otro del 2009²⁰: existe una alta proporción de adolescentes que usan condones para evitar el embarazo y una mucho menor para evitar el VIH, asimismo, hay una alta proporción de adolescentes mujeres que han tenido relaciones sexuales (20%) sin haber usado nunca un condón, solo el 54% de varones adolescentes usó condón en su última relación sexual y solo el 30% de mujeres adolescentes encuestadas, existe una barrera cultural para el acceso de los adolescentes a los condones ya sea por compra o por solicitud en los establecimientos de salud.

En conclusión para la Meta 54 la normatividad existente se halla en una aparente contradicción que provoca una falta de acceso de los adolescentes a los servicios de salud, vulnerando sus derechos fundamentales. Esta situación a pesar de haber sido expuesta por la propia Defensoría del Pueblo no encuentra solución, siendo aún más graves las consecuencias en adolescentes mujeres, trans y varones que se hallan en mayor vulnerabilidad.

Por parte de las acciones del Estado para asegurar una educación sexual de amplio acceso y de calidad los esfuerzos han sido importantes pero aún insuficientes para asegurar la implementación de los lineamientos desarrollados.

¹⁸ Fortalecimiento de la prevención y control del VIH y sida en el Perú: Evaluación final del componente VIH y sida del Programa de Segunda Ronda financiado por el Fondo Mundial.

¹⁹ Estudio diagnóstico en adolescentes en el Perú. UPCH 2004.

²⁰ Análisis de situación de salud de las y los adolescentes. Minsa, 2009.

Meta 54: Prevención vertical. Programas y servicios para mujeres embarazadas infectadas por el VIH

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

¿Los servicios (públicos y privados) que atienden mujeres embarazadas ofrecen información, consejería y pruebas de diagnóstico de VIH?

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

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

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

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

Sobre la normatividad, el informe defensorial manifiesta que la Ley N° 26626 encarga al Minsa la elaboración del Plan Nacional de Lucha contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el sida y las enfermedades de transmisión sexual. Con respecto a las pruebas para el diagnóstico del VIH y sida, la Ley N° 28243, que amplía y modifica la Ley N° 26626 sobre el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) y las enfermedades de transmisión sexual, establece que dichas pruebas son de carácter voluntario, previa consejería obligatoria. La modificatoria mantiene el principio de voluntariedad respecto de las pruebas para diagnosticar el VIH y sida. Sin embargo, considera como una excepción a la voluntariedad el caso de «... la madre gestante, a fin de proteger la vida y la salud del niño por nacer, cuando exista riesgo previsible de contagio o infección y para disponer las medidas o tratamientos pertinentes”.

La Defensoría del Pueblo ha señalado que el principio de igualdad no garantiza que siempre y en todos los casos se deba dar un trato igual a todos, sino que las diferencias que el legislador introduzca obedezcan a razones objetivas y razonables. En este caso un trato diferenciado para la gestante, cuando exista riesgo previsible de contagio o infección. La obligatoriedad de las pruebas solo podría justificarse en situaciones cuyas características particulares ameriten una razonable restricción a los derechos fundamentales implicados.

Sobre este punto, la Defensoría del Pueblo ha señalado que la obligatoriedad de las pruebas podría conducir a las madres gestantes, temerosas de ser forzadas a someterse a este tipo de prueba, a no acudir a los centros médicos.

Adicionalmente, si las pruebas fuesen voluntarias, previa consejería, se le daría a la mujer la posibilidad de adoptar conscientemente una decisión responsable que no solo beneficiaría a su hijo o hija, sino también a ella misma".²¹

Más adelante, el Minsa promulgó la Norma Técnica de Salud para la Profilaxis de la Transmisión Madre-Niño del VIH y la Sífilis Congénita que establece procedimientos y disposiciones con el fin de lograr la disminución de la transmisión del VIH a menos del 2% y la incidencia de sífilis congénita a menos de 0.5 x mil nacidos vivos para el año 2011. La estrategia es la detección temprana de ambas condiciones durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como la adecuada administración del tratamiento, que es gratuito.

Se dispone el establecimiento de un sistema descentralizado de diagnóstico oportuno durante la gestación, el parto y el puerperio, y para los niños nacidos de madres con VIH.

El servicio de diagnóstico del VIH/Sida a gestantes

El diagnóstico temprano del VIH es determinante no sólo para poder acceder a un tratamiento oportuno y recibir atención integral en salud, sino también para la prevención de nuevas infecciones mediante la adopción de las medidas necesarias para evitar la transmisión del VIH a otras personas. Así, en el caso de las gestantes, el tamizaje del VIH permite, por un lado, brindar la atención médica requerida a la mujer embarazada; y, de otro, prevenir la transmisión vertical del virus durante la gestación, el parto o la lactancia.

El Ministerio de Salud, a través de sus establecimientos, desde el 2008 y con el apoyo del Fondo Mundial, brinda acceso a la prueba de Elisa para el VIH a todas aquellas personas que acepten voluntariamente la realización de dicha prueba, según lo establecido por la Ley N° 26626. En el caso de las gestantes menores de edad se requiere la aceptación del padre o tutor. Este procedimiento se hace a través de las pruebas rápidas y se ofrece en los servicios de planificación familiar de mayor demanda. Se han programado un total de 850 mil mujeres. Para los primeros meses del 2009 se habían alcanzado 210 mil mujeres, de las cuales se encontró a 200 con pruebas reactivas. Es importante el avance, sin embargo aún no se ha expandido el acceso a estos servicios.

El servicio de prevención de la transmisión vertical del VIH/Sida

La Norma Técnica N° 064-MINSA/DGSP-V.01, "Norma Técnica de Salud para la Profilaxis de la Transmisión Madre-Niño del VIH y la Sífilis Congénita", ofrece la profilaxis de la transmisión madre-niño del VIH y el *Treponema pallidum* (sífilis) con la finalidad de reducir la transmisión del VIH a menos del 2% y la incidencia de sífilis congénita a menos del 0.5% x mil nacidos vivos para el 2011. Comprende el suministro gratuito de antirretrovirales y medicamentos

²¹ Defensoría del Pueblo. Informe Defensorial 143. Fortaleciendo la respuesta frente a la epidemia del VIH/Sida: Supervisión de los servicios de prevención, atención y tratamiento.

para el tratamiento de la madre y leche artificial. Estos deben ser cubiertos por el SIS. Se han dado cambios respecto al tratamiento profiláctico en gestantes con VIH, reemplazando la monoterapia sobre la base de Zidovudina (AZT) o Nevirapina (NVP) por la terapia antirretroviral triple, según el escenario que se presente.

Para el período de análisis del presente informe, en el 2006 se tamizaron 290,399 gestantes, en el 2007 se tamizaron 311,889; en el 2008 se incrementó a 399,466 y hasta setiembre del 2009 había un acumulado reportado de 305,539. De ellas resultaron reactivas a VIH 488, 402, 552 y 358, respectivamente. Estas cifras deben analizarse con cautela debido a una serie de limitaciones identificadas en el informe situacional de la atención al VIH y sífilis durante el embarazo²².

Entre estas limitaciones, en dicho informe se señalan: problemas en la planificación por falta de datos completos, el Minsa no cuenta con un sistema unificado, las dos estrategias sanitarias involucradas manejan información en paralelo y generan inconsistencias, lo que dificulta la gestión y el monitoreo de las acciones. Por otro lado, también el sistema de laboratorios maneja su sistema de información e incorpora una nueva complejidad.

También se informan problemas en la compra y financiamiento de las pruebas diagnósticas al no existir instancia ni normas para la centralización de las compras, por lo que no se accede a mejores precios, crea períodos de desabastecimiento. Los establecimientos de salud con personal médico recuperan los montos con reembolsos del Seguro Integral de Salud (SIS), los establecimientos sin médico asumen los costos, lo que involucraría resistencias a su aplicación en estos establecimientos.

Así mismo Arachu y varios señalan problemas en la clasificación y compra de antirretrovirales, ya que hay un desfase entre la compra de medicamentos estratégicos que se adquieren de manera conjunta y los de soporte que los compra cada DISA o DIRESA, con estimaciones sobre lo ejecutado, lo que lleva a dificultades en momentos de ampliación de coberturas como es el caso del país en este rubro.

En el mismo informe se enuncia el inicio tardío de la atención prenatal debido a la existencia de barreras culturales, socioeconómicas, geográficas y administrativas que excluyen a las poblaciones y genera limitada búsqueda de atención prenatal.

La desarticulación de la atención durante el control prenatal, relacionada a la falta de coordinación de las estrategias sanitarias, también es considerado como una limitación que hace que muchas veces no se ofrece la prueba, que

²² Castro, Arachu y Utpal Sandesara. Integración de la atención prenatal con los procesos de detección y manejo clínico del VIH y de la sífilis en el Perú.

no la acepten, no están logísticamente accesibles para el personal, personal no capacitado, entre otros.²³

También se citan:

- Problemas en la obtención de resultados de laboratorio, ya que al no contar con personal capacitado muchas veces la muestra se invalida, otras veces por no contar con equipo para almacenar o transportar las muestras, falta de insumos, tardía respuesta por parte de los laboratorios, etc.
- Demoras en el inicio de la profilaxis y el tratamiento durante la gestación, a consecuencia de la cadena de demoras previas, muchas mujeres no retornan para los resultados, establecimientos donde hay desabastecimiento de medicamentos y en otros casos por el nivel de complejidad no cumplen con la normatividad.
- Problemas en el seguimiento tras el parto a las mujeres diagnosticadas con VIH o sífilis y al recién nacido expuesto, es muy frecuente que el seguimiento se interrumpa después del parto; asimismo, las posibilidades de acceder a las pruebas de seguimiento como las de carga viral y CD4 son limitadas en la mayoría de establecimientos de nivel 2 y 1 del país. Complementariamente, no se ha potenciado el seguimiento de las usuarias con actividades extramurales, lo que limita al personal a esperar la llegada de las usuarias.

Finalmente, la actitud del personal de salud hacia la mujer diagnosticada con VIH que menciona la existencia de temor y estigma, así como la priorización de la salud del niño frente a la salud de la mujer.

En conclusión, existe una normatividad para el control de la transmisión vertical, que da acceso a las gestantes a una prueba rápida y descarte de VIH; de resultar positiva a la prueba, la madre cuenta con profilaxis y leche maternizada en la expectativa que el infante a los 18 meses logre la serorreversión. No obstante el avance normativo, más allá de la voluntariedad o no de la prueba, a nivel programático se ha encontrado serias deficiencias relacionadas con el acceso a medicamentos e insumos, calidad de la atención y acceso a los servicios de salud.

²³ Op. Cit.

Meta 59: Derechos humanos de las mujeres

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

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

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

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

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

Políticas y programas de gobierno dirigidos a la promoción, garantía y reparación de los derechos de las mujeres

Con relación a estas políticas dirigidas a los derechos de las mujeres, los mayores esfuerzos se han centrado en disminuir la muerte materna asociada a los derechos a la salud reproductiva.

Frente a esto en la ENDES y los estudios relacionados encargados por el INEI²⁴ se han realizado esfuerzos analíticos para dar cuenta de la inequidad en la cual las mujeres en el país se embarazan, paren y crían a sus hijos. En estos estudios hay una gran diferencia respecto de la protección perinatal que el Estado proporciona. Para el 2007, casi todos los departamentos tuvieron alta protección perinatal de baja complejidad, a través de redes vinculadas con establecimientos de categoría II-1 y II-2, excepto Amazonas, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Huancavelica, Loreto, Piura y San Martín.

Según el mismo estudio, para el 2007, los únicos cinco departamentos que tuvieron alta protección perinatal de alta complejidad, a través de redes vinculadas con establecimientos de categoría III-1 y III-2 fueron Arequipa, Cusco, La Libertad, Lambayeque y Lima. La protección perinatal depende de la distribución geográfica de las redes de establecimientos de salud categorizados

²⁴ Delgado, Análisis espacial de coberturas según categorías de los establecimientos de Salud ENDES 1996-2007. Lima, 2009.

del Minsa, y tiene relación directa con las coberturas de intervenciones verificables con ENDES.

Por otro lado, sobre el control de la violencia contra la mujer los esfuerzos por parte del Estado son aún muy débiles, hace pocos años se endurecieron las leyes respecto a este problema y se implementó el programa de los Centros de Emergencia Mujer para promover la denuncia de los maltratos.

Sin embargo, el problema es mayor y obedece a múltiples causas que aún no han sido enfrentadas. De las mujeres unidas que fueron entrevistadas por la ENDES entre el período 2004-2007, 13 938 (41,1%) declararon haber sido víctimas de algún tipo de violencia doméstica.

Entre los factores de este problema se encontró²⁵ que a mayor altitud del lugar de residencia o marginalidad social, es mayor la probabilidad de que una mujer sufra violencia conyugal. A mayor edad, mayor probabilidad de que la mujer sufra violencia conyugal. Las mujeres con lengua materna indígena tienen menos probabilidades de sufrir violencia conyugal, si se las compara con las que tienen el español como lengua materna. Las mujeres con menor quintil de ingresos tienen mayor probabilidad de sufrir violencia conyugal.

El logro educativo de la mujer no aumenta ni disminuye la probabilidad de las mujeres de sufrir violencia conyugal. Se encontró una asociación directa entre el consumo de alcohol y la incidencia de la violencia física conyugal.

- El efecto potencial de embriagarse (con frecuencia u ocasionalmente) respecto a no consumir alcohol, es 1.9 veces mayor que el efecto del consumo no embriagante del alcohol.
- A pesar de esa diferencia, incluso el consumo no embriagante del alcohol está positivamente asociado a la violencia contra la mujer.
- Este resultado indicaría que la causa de la violencia no es la situación de intoxicación sino las razones por las cuales se embriaga.

De allí que en el mismo estudio se recomienda trabajar con Programas de Prevención en escuelas e instituciones educativas de todo nivel: modelamiento de roles de género, equidad de género, formas no violentas de resolución de conflictos. Fomentar a través de escuela y de instituciones abocadas al tema de la violencia conyugal, la importancia de la presencia paterna masculina de manera estable y no violenta en el ámbito del hogar. Desarrollar campañas de difusión masiva que aborden el tema de la fuerte asociación entre consumo de alcohol y violencia conyugal. Que si bien se han integrado en términos nominales, necesitan mayores esfuerzos.

²⁵ Matos, Silvia y David Sulmont. Factores asociados a la violencia Doméstica. ENDES 2006-2007, INEI 2009.

Vinculación de las políticas dirigidas a los derechos de las mujeres con los Programas de VIH/Sida

Existen políticas relacionadas a los derechos reproductivos y fundamentalmente a controlar la violencia, sin embargo, es importante anotar que las relaciones entre estas iniciativas y las de los programas de VIH/Sida son mínimos a pesar de los nexos naturales entre los problemas como son: la pertinencia de la doble protección con el uso de condón, la alta prevalencia de violencia en poblaciones de mayor vulnerabilidad al VIH —trabajadoras sexuales y poblaciones trans— y todas las condiciones sociales de base que constituyen factores de vulnerabilidad de las personas ante estos problemas, como las relaciones inequitativas de género, la censura a la diversidad sexual.

Las políticas, programas y acciones del gobierno dirigidas para la promoción de la responsabilidad masculina en cuestiones de salud sexual y salud reproductiva son muy puntuales, la acción más relevante en estos tres años puede asociarse a la aprobación de la ley de descanso masculino, que da licencia remunerada de cuatro días a los varones en los días siguientes al nacimiento de sus hijos. En los otros campos es mínima o nula la incorporación de la responsabilidad masculina.

Políticas y programas de protección de los derechos sexuales reproductivos de las mujeres más vulnerables

A partir del Documento Defensorial N° 2, titulado “La discriminación en el Perú. Problemática, normatividad y tareas pendientes”, se incluyó la problemática de la discriminación que sufren las personas con el VIH/Sida, en este se precisa la posición asumida por el Tribunal Constitucional en el sentido de que la ejecución presupuestal en la atención de personas con el VIH/Sida debe dejar de ser vista como mero gasto, sino más bien como inversión social.

Posteriormente fue publicado el Informe Defensorial N° 89, titulado “La infección de nueve pacientes con VIH por transfusión de sangre donada en el Instituto Especializado Materno Perinatal (IEMP)”, que fue el primero en abordar específicamente el tema de personas con VIH/Sida. Este Informe estaba orientado a esclarecer las causas de la infección de nueve personas y de la muerte de cinco de ellas, así como a evaluar la idoneidad y cumplimiento de las normas y procedimientos utilizados en la transfusión y recolección de sangre. Con estos antecedentes, y el mandato constitucional, a partir del 2007, la Defensoría del Pueblo ha asumido el compromiso de incluir entre sus líneas de trabajo específicas el tema del VIH/Sida y la no discriminación a las personas que viven con la enfermedad o a aquellas que se encuentran en grupos vulnerables por comportamientos de riesgo.

Meta 61 Derechos Humanos (más vulnerables)

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

¿Cómo analiza usted la cobertura y la efectividad de las iniciativas gubernamentales para impedir la violencia contra mujeres, niñas, TS y trans?

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

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

¿Son realizadas regularmente campañas nacionales de combate a la violencia contra las mujeres y explotación sexual de las niñas, TS y trans? Si es así, ¿cómo evalúa la efectividad de esas iniciativas y la pertinencia de los contenidos de los mensajes?

¿Cuáles son las iniciativas gubernamentales para impedir la explotación sexual de las niñas?

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

Las leyes específicas para prevenir, castigar y reparar el daño en relación a la violencia contra las mujeres

Según datos del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social son 203 casos reportados en el año 2009 de mujeres víctimas de feminicidio y tentativas a nivel nacional. De los cuales 140 casos fueron feminicidio, los lugares de mayor prevalencia fueron Lima, Junín, Puno y Ayacucho. Entre los distritos destacan: Comas, Ate-Vitarte, Los Olivos, San Martín de Porres y San Juan de Lurigancho. Todos ellos periféricos y en su mayoría del Cono Norte.

Asimismo, 49.8% de las víctimas eran madres con 1 a 3 hijos y 7.9% ha estado embarazada en el momento del feminicidio o tentativa. 66% de las víctimas mantienen o mantuvieron una relación sentimental con la persona agresora y 16% estaba separada de la pareja agresora.

Por otro lado, de enero a diciembre de 2009 se han notificado 40 882 atenciones por violencia, en un promedio de 155 casos diarios. De ellos, el 89,6 refirió violencia física y/o psicológica y 10,4% fue por violencia sexual. Asimismo, cerca del 27% de las víctimas eran menores de edad, el 70% entre 18 y 59 años y el restante en víctimas mayores de 59 años. Por último, el 87% del las víctimas fueron mujeres y 13% varones, no se especifica en la información proporcionada los casos relacionados a población trans, es de suponerse que ese 13% contiene estos casos. 3,200 casos fueron violencia sexual con víctimas menores de 0 a 17 años.

Por lo expuesto, la violencia contra la mujer es, lamentablemente, una práctica extendida y generalizada en nuestro país. Esta práctica, que anula o restringe el ejercicio de los derechos fundamentales de las mujeres, merece especial atención de las instancias responsables de enfrentarla y erradicarla. El Estado tiene la obligación de garantizar a las víctimas de violencia, entre otros aspectos, una atención de calidad en los servicios públicos de salud. Para ello, el personal de salud debe estar debidamente capacitado en la atención de casos de violencia y los establecimientos de salud deben contar con todos los elementos necesarios –infraestructura, equipos, personal, medicamentos, entre otros– para brindar a la víctima una atención adecuada y oportuna. Desde la primera consulta de la atención prenatal, los profesionales de la salud tienen que aplicar los procedimientos médicos correspondientes para determinar si la paciente es o ha sido víctima de actos de violencia. El objetivo del protocolo para la detección y atención de la violencia es proporcionar a los operadores de salud los procedimientos básicos necesarios para brindar una oportuna atención a las personas afectadas por la violencia de género que acuden a los establecimientos de salud.

Al carecer de un informe operacional y de avances de esta respuesta desde el Minsa, se entrevistó a la Coordinadora de la Estrategia de Salud Sexual y Salud Reproductiva, responsable de la estrategia de respuesta desde el sector. Nos manifestó que se ha desarrollado la normatividad necesaria y se cuenta con una respuesta de debiera considerar atención de salud sexual ante las víctimas de violencia, anticoncepción oral de emergencia a pesar de algunas limitaciones que se vienen dando para su distribución, antirretrovirales a pesar que es de conocimiento que no todos los establecimientos de salud cuentan con ese tipo de insumos, ni con el personal autorizado para darlos, por último se menciona que en la normativa se establece el seguimiento de estos casos, elemento que también resulta dificultoso de ser cumplido por la escasez de personal y la limitación para contabilizar las visitas extramurales.

Desde otro sector, el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, se implementa el Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual que tiene como finalidad diseñar y ejecutar a nivel nacional acciones y políticas de atención, prevención y apoyo a las personas involucradas en hechos de violencia familiar y sexual, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de la población.

Por Decreto Supremo N° 008-2001-Promudeh, crean el Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual, y en el 2005, según Decreto Supremo N° 012-2005-Mimdes, disponen que el Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual se constituya en Unidad Ejecutora del Mimdes.

Dentro de las funciones del programa están:

- Formular y proponer lineamientos y normas respecto a la atención, prevención e investigación del problema de violencia familiar y sexual necesarios para el funcionamiento del Programa;
- Promover y desarrollar mecanismos de articulación intersectorial para la atención de la violencia familiar y sexual;

- Promover y ejecutar en coordinación con la Dirección de Investigación y Desarrollo Social del Mimdes, el estudio e investigación sobre las causas de la violencia familiar y sexual, y de las medidas a adoptarse para su corrección y prevención;
- Coordinar y fortalecer redes, con participación activa de los diferentes actores sociales en las materias de su competencia;
- Diseñar y ejecutar estrategias de información, educación no formal, comunicación y difusión a nivel nacional en las materias de su competencia;
- Diseñar, aplicar y evaluar las estrategias de prevención, atención y apoyo integral para las personas afectadas o involucradas en hechos de violencia familiar o sexual;
- Convocar a instituciones públicas y privadas y a organizaciones de base para una mejor prestación de los servicios que se brinda el PNCVFS;
- Promover el desarrollo de las "Casas Refugio" en coordinación con los gobiernos locales y la sociedad civil;
- Proponer la suscripción de convenios y acuerdos orientados a la mejor implementación del Programa y velar por su cumplimiento;
- Promover, en coordinación con la oficina de Cooperación Internacional del Mimdes, la captación de recursos de la cooperación internacional;
- Velar por el desarrollo de la gestión eficiente de los recursos humanos a su cargo, para el logro de sus objetivos y metas;
- Ejecutar, supervisar y evaluar las acciones de capacitación para el cumplimiento de sus objetivos.

Para la realización de este informe se le solicitó al Programa información sobre evaluaciones programáticas o de resultados, sin embargo, a pesar de la buena disposición de la responsable nos manifestó que no tenían la información solicitada y que en este momento el programa se encuentra en el diseño de una plan multisectorial de lucha contra la violencia y que a partir de dicho esfuerzo se diseñará el basal y las posteriores evaluaciones.

Lo que es evidente es que según el mapa de los Centros de Emergencia Mujer (CEM), son sólo 89 a nivel nacional, lo que puede estar colaborando con un subregistro de casos. Los Centros de Emergencia Mujer resultaron como una estrategia apropiada para lograr que las víctimas denuncien los actos de violencia, debido a que los establecimientos policiales en su mayoría no procesaban las denuncias porque consideran o consideraban la violencia familiar y de género como un problema de orden privado.

Los CEM se hallan por lo general en centros urbanos, han dejado las áreas rurales y ciudades intermedias con dificultades de acceso. Se desconoce las metas de escalamiento al respecto.

Meta 62: Reducción de la vulnerabilidad

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

¿Existen programas o acciones específicas de represión del tráfico de mujeres? Si la respuesta es afirmativa, ¿cómo evalúa su efectividad?

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

Programas de apoyo a las mujeres y poblaciones trans

La explotación comercial (ESC) es un problema social sumamente importante y grave, pues involucra como víctimas principalmente a niños, niñas y adolescentes en situaciones de alta vulnerabilidad. Según el estudio realizado por la Oficina Internacional del Trabajo y Vía Libre²⁶, Lima es la ciudad con mayor incidencia de ESC, “sin embargo, son cada vez más las ciudades del interior del país, principalmente los polos de desarrollo económico, las que ofrecen condiciones favorables para que se produzca esta situación de explotación”, vinculada a violencia, delincuencia y drogas.

Se encontró que los niños y niñas en ESC tienen alrededor de 15 a 17 años; aunque es más frecuente encontrar menores de 12 o 13 años. La mayoría de los NNA en ESC (más del 50,0%) tienen secundaria incompleta y no continúan sus estudios escolares. Consumen drogas (principalmente pegamento químico de fuerte olor narcotizante) y alcohol impulsado por los explotadores para incrementar su dependencia e inhibir vergüenza o pudor. En el caso de las niñas y adolescentes se sabe que tienen información sobre planificación familiar, ITS, VIH/Sida, pero no se perciben en riesgo.

Asimismo, en este estudio se afirma que desde las autoridades hay un desconocimiento de los procedimientos e instancias a seguir para dar atención oportuna a las víctimas. Las instituciones tienen como desafío el trabajo coordinado frente al problema. Se identifica a los «hogares transitorios o albergues» como los únicos recursos frente a estos casos. El marco jurídico sobre la protección de los derechos de niños y adolescentes es bastante

²⁶ OIT Vía Libre: Imperdonable: Estudio sobre la explotación sexual comercial en el Perú. Cajamarca, Cusco, Iquitos y Lima.

general, los acuerdos internacionales firmados son asumidos solo como enunciados, mas no como vinculantes en el marco legislativo nacional. Las propuestas que se están planteando en el ámbito jurídico nacional al respecto, se orientan principalmente hacia la sanción del cliente o explotador, pero se carece aún de una norma que haga referencia directa a la figura penal de la ESC y las modalidades que contempla.

Por lo expuesto, se hace necesario desarrollar políticas públicas destinadas a la protección integral de las niñas, niños y adolescentes, que deben incluir medidas de protección, procedimientos y mecanismos eficaces para el establecimiento de programas sociales, con el objetivo de proporcionar la asistencia necesaria, atención integral con un protocolo de atención establecido que contemple más posibilidades que la asignación de un albergue, donde parece castigar a la víctima.

La situación de las poblaciones trans en el país es sumamente vulnerable, en particular con relación a derechos elementales como identidad, salud e integridad. Según el estudio de Salazar y Villayzán²⁷, es “necesario contar con protocolos de salud integral que contengan aspectos específicos para las personas trans y que contemplen el tema de trabajo sexual, que alcance a las personas trans privadas de libertad. Estos protocolos deben tomar en cuenta el nombre femenino, el consumo de alcohol y drogas, experiencias de violencia, TBC y terapias de transformación del cuerpo”.

El referido estudio plantea que en relación con “prevención, tratamiento y soporte de personas trans viviendo con VIH, se debe considerar igualmente la atención integral, no necesariamente en hospitales, sino fortaleciendo los CERITTS. Esta atención integral debe tomar en cuenta los aspectos mencionados en el párrafo anterior, asimismo los efectos del TARGA y sus interrelaciones con la hormonoterapia, las siliconas líquidas, el consumo de alcohol y droga y los estilos de vida que impiden la adherencia”.

Para ello se hace indispensable iniciar por mostrar los datos epidemiológicos de estas poblaciones, también desarrollar estudios en diversas regiones del país, desarrollar estudios socioeconómicos y culturales que permitan conocer más a estas poblaciones, sus dinámicas y significados para poder diseñar las estrategias preventivas adaptadas a su realidad social real. Por otra parte, complementar estos estudios con diagnósticos sobre la realidad de la atención de estas poblaciones en los servicios de salud y estudios que transparenten el estigma y la discriminación hacia estas poblaciones.

²⁷ Ximena Salazar y Jana Villayzán: La situación de la población trans en el Perú en el contexto del acceso universal a tratamiento, atención y apoyo en VIH/Sida, 2007.

Políticas y programas de protección de los derechos humanos de las mujeres en trabajo sexual

Reunidas las representantes de organizaciones y líderes de las comunidades de trabajadoras sexuales y travestis que ejercen el trabajo sexual y las autoridades del Ministerio de Salud en Consulta Nacional sobre Trabajo Sexual y Derechos Humanos²⁸ en el Perú, se discutieron y determinaron las principales demandas. De manera resumida se puede sintetizar en:

- Ausencia de insumos para el servicio de salud.
- Limitaciones de personal de laboratorio y personal médico.
- Ampliación de horario de atención.
- Mejoramiento del abastecimiento y la dispensación de preservativos.
- Necesidad de atención integral para estas poblaciones.
- Respeto de la identidad femenina de travestis en los servicios de salud.
- Protección de los derechos humanos y laborales de las TS y travestis.
- Eliminar el maltrato por parte de la Policía y el serenazgo, situación que afecta a la población de TS y travestis.
- Desarrollo de un marco normativo de protección de derechos a la población de TS y travestis.
- Eliminar el estigma y discriminación por parte de los proveedores de salud.

En conclusión, en torno a las poblaciones de trabajadoras sexuales y poblaciones trans no hay una política de promoción y reconocimiento de sus derechos ciudadanos, incluidos el acceso a la atención de salud. Estas poblaciones demandan eliminar ambigüedad normativa, situaciones de maltrato y discriminación de los propios funcionarios públicos y falta de reconocimiento integral a sus derechos ciudadanos.

²⁸ Informe de la Consulta Nacional: Trabajo sexual y derechos humanos en el Perú. Ministerio de Salud, Asociación Miluska Vida y Dignidad, Red Nacional por los Derechos de las Personas Travestis, Travestigénero y Travestisexuales del Perú. 2007.

Meta 63: Reducción de la vulnerabilidad

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

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

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

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

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

Acceso a vivienda, educación, alimentación para niñas afectadas o infectadas por el VIH

El VIH/Sida es una enfermedad que está afectando a mujeres, jóvenes y niños en el Perú. Aproximadamente, el 2% de los casos reportados de personas con sida en el país corresponden a niñas y niños de 0 a 14 años. Según la hoja informativa de la Red SIDA Perú–2010 1, 576 niños, niñas y adolescentes están enrolados en el TARGA (programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad).

El INABIF es una entidad pública especializada en la conducción y ejecución de programas sociales dirigidos a promover la protección y desarrollo integral de niñas, niños, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores que se encuentran en situación de riesgo o abandono, y propicia la generación y mejoramiento de las condiciones que aseguren su desarrollo integral.

Según las condiciones de ingreso que aparecen en la página web institucional, el niño debe llegar al Inabif con la siguiente documentación:

Examen médico legal: Reconocimiento de edad aproximada, integridad física, integridad sexual, exámenes de VIH y VDRL.

Examen psicológico y social, para establecer el estado mental, emocional y conocer la situación familiar del niño.

Estos exámenes deben realizarse antes de que el niño ingrese al Inabif (su gestión corresponde a la Policía Nacional o Ministerio Público). Si por la urgencia del caso, no se hubieran realizado, el Inabif —previa autorización judicial— deberá realizarlos en el más breve plazo.

La prueba de VIH explicita la restricción real a niños con VIH, frente a lo cual las autoridades han manifestado que el hecho no es discriminatorio sino que parte de la evaluación de no tener las condiciones para su atención integral.

Son instituciones de la sociedad civil las que vienen supliendo la labor del Estado en este rubro, es el caso del albergue La Posadita y el Hogar San Camilo.

Educación a niños, niñas y adolescentes con VIH

La Convención sobre los Derechos del Niño fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, en el entendimiento de que estos derechos no son especiales sino específicos. “La especificidad de derechos implica mejorar y reforzar las normas a favor de la infancia, frente a las normas otorgadas a los seres humanos en general”. El Gobierno peruano, por su parte, ratificó dicha Convención el año siguiente.

Entre los derechos que incluye la Convención está el de no-discriminación. Al respecto refiere que: “Todos los niños y niñas sin excepción, independientemente de su raza, idioma, religión, lugar de nacimiento, opinión política o de otra índole, deben gozar de todos los derechos que les otorga, y es función de los estados nacionales proteger a los niños de toda forma de discriminación”.

La Constitución Política del Perú, en su artículo 2º, inciso 2, señala la no discriminación como un derecho fundamental de la persona, que no puede ser vulnerado ni amenazado por ningún acto de autoridad o de particulares.

Por su parte, la Ley General de Educación N° 28044, señala como principios de la educación, la equidad, “que garantiza a todos iguales oportunidades de acceso, permanencia y trato en un sistema educativo de calidad”, y la inclusión que incorpora a todas las personas, “contribuyendo así a la eliminación de la pobreza, la exclusión y las desigualdades” (artículo 8º, incisos b y c). Esto es, para cerrar distancias injustificables que separan a unas personas de otras y así promover una sociedad que acoja a todos los peruanos.

Cada vez va aumentando el número de niños y niñas que son portadores del VIH, porque lo adquirieron durante el parto o la lactancia (transmisión vertical) de una madre portadora. Estos niños y niñas son ahora estudiantes del nivel primario. Además, algunos de ellos son huérfanos porque sus padres han fallecido víctimas del sida.²⁹

Sin embargo, el propio Ministerio de Educación reconoce que cuando por algún motivo se hace público que estos niños y niñas están infectados, éstos se enfrentan al estigma y la discriminación, dentro y fuera de la escuela. Y es que con el acceso al TARGA, los portadores de VIH han reemplazado el temor a la

²⁹ ONUSIDA. Marco conceptual y base para la acción: Estigma y discriminación relacionados con VIH/Sida. Colección Prácticas Óptimas del ONUSIDA, 2002.

muerte por el temor a la discriminación y el rechazo. Ellos pueden sentirse afectados en sus derechos humanos, ignorados y maltratados por sus profesores y compañeros de aula, experimentan sentimientos de culpa, de vergüenza y desesperanza que afectará su autoestima y los coloca en situaciones de aislamiento, depresión y autoagresión, lo que al final afecta su salud y por ende, su rendimiento escolar.

Para enfrentar esta situación, el Ministerio de Educación, a través de las áreas curriculares, la hora de tutoría y las acciones de la Campaña "Tengo derecho al buen trato", difunde información científica con el fin de eliminar falsas percepciones y mitos.

Por último, el Ministerio de Educación, a través de la Dirección de Tutoría y Orientación Educativa, ha expedido dos directivas en las que contempla el tema de la no discriminación. La Directiva N° 001-2006-VMGP/OTUPI garantiza la matrícula y permanencia en la escuela de las niñas y niños con el VIH (VII, 7.7), y la Directiva N° 001-2006-VMGP/DITOE establece el desarrollo de la Campaña "Tengo derecho al buen trato", que tiene como uno de sus componentes la prevención de todo tipo de discriminación, que incluye la discriminación de niñas y niños con el VIH (V, 4).

Programas de salud integral para adolescentes con VIH

En la actualidad el Estado no cuenta con un programa de salud integral orientado a adolescentes con VIH, existen algunas actividades que han fomentado la participación efectiva de jóvenes para la solicitud de condiciones de vida óptimas desde organizaciones no gubernamentales.

Meta 64: Reducción de la vulnerabilidad

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

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

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

¿Existen barreras legales o tradicionales (informales, socioculturales) que limiten a las mujeres, trabajadoras sexuales y las mujeres privadas de libertad de obtener cuidados de salud sexual y salud reproductiva y tratamiento ARV, cuando sea necesario? Si es sí, describa buscando dar ejemplos y ser lo más específico posible.

Programas y actividades específicas de atención a la salud sexual y salud reproductiva para mujeres viviendo con VIH/Sida

Las mujeres con VIH/Sida reciben atención, tratamiento y apoyo en su condición de persona con VIH, pero no hay el reconocimiento de necesidades específicas para dicha población, más aún en el caso bastante frecuente de mujeres que son jefes de hogar.

En el país, a partir del 2004, se viene universalizando progresivamente el acceso a tratamiento antirretroviral a las personas con VIH de manera gratuita, según algunos estudios el gasto de bolsillo aún persiste para exámenes auxiliares y de seguimiento, pero es en la actualidad bastante menor que hace seis años atrás, aunque dependiendo del nivel de ingreso de las personas podría constituirse en una barrera para seguir con el tratamiento.

Los principales problemas en este entorno plantean las dificultades de un acceso a medicamentos regular por desabastecimientos, estigma por su condición de mujeres VVS que lleva muchas veces a consideraciones que invisibilizan su sexualidad, violando su derecho al acceso de servicios y recursos de planificación familiar, sus derechos sexuales y reproductivos.

Programas o acciones específicas de protección a la salud sexual y salud reproductiva y prevención del VIH para mujeres de minorías étnicas

La atención a mujeres VVS se centraliza en el país en los CERITSS y en los establecimientos de mayor complejidad, situación acorde con la distribución de la epidemia concentrada en los sectores urbanos prioritariamente. Sin embargo,

las condiciones determinantes de vulnerabilidad de las mujeres se extienden a nivel nacional y en muchos casos se concentran en los sectores menos modernos. En el caso de las minorías étnicas la situación es más preocupante y es necesario contar con un enfoque de control de la epidemia y de la salud sexual en general que contemplen acciones al interior de estas comunidades, en particular relacionadas a una cultura de igualdad entre los géneros y respuesta a la violencia familiar y sexual. Es un reto aún pendiente a pesar de algunas acciones muy puntuales como las acciones de trabajo con las comunidades asháninkas en la prevención de la violencia familiar del Centro Emergencia Mujer Satipo y la municipalidad distrital de Río Negro, ubicada en esta provincia de la región Junín. En este marco, durante el año 2009 se desarrollaron 19 charlas dirigidas a la población nativa en general y 7 dirigidas a estudiantes de instituciones educativas con el apoyo de la empresa Repsol y en alianza con el Poder Judicial.

En el 2010, el Centro Emergencia Mujer continúa su intervención permanente para prevenir y reducir la violencia familiar en las comunidades asháninkas ubicadas en la selva central de la región Junín.

Situación de las mujeres privadas de libertad de obtener cuidados de salud sexual y salud reproductiva y tratamiento ARV

Aunque la situación de los derechos humanos en Perú ha mejorado mucho en los últimos años, las violaciones a los derechos humanos siguen siendo un problema grave y permanente³⁰. Cientos de presos inocentes, varones y mujeres, continúan en las cárceles sin las garantías procesales mínimas, y en muchos casos sin pruebas válidas. Las condiciones carcelarias son pésimas y los derechos de los familiares a visitar a los presos son repetidamente violados. La tortura y los malos tratos siguen siendo comunes, y el sistema judicial carece de independencia y eficiencia.

Con el apoyo del Fondo Mundial algunos Centros Penitenciarios han recibido recursos y han mejorado infraestructura de los servicios de salud, se ha fortalecido la prevención de pares con talleres, guías e insumos. Aun así, para la situación inicial, estos esfuerzos son muy limitados para lograr impactos significativos en estas poblaciones.

³⁰ APRODEH: Nota de Prensa. Consulta 27 febrero 2010.

Meta 65. Huérfanos

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

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

Preocupante es la situación de abandono en el que quedan los niños que han perdido a sus padres a causa de esta enfermedad. Por lo general, la calidad de vida de estos niños se ve empobrecida, tienen menores oportunidades en la vida y son discriminados en sus comunidades o en su escuela. La falta de protección y apoyo a las familias afectadas pone en riesgo la mayoría de los derechos de los niños.

En la actualidad, el principal esfuerzo es promover el acceso de las mujeres gestantes a pruebas de diagnóstico y a tratamiento. Si se identifica que la gestante es portadora del virus se debe aplicar un protocolo que consiste en administrar medicamentos específicos durante el embarazo, realizar una cesárea al momento del parto y controlar al niño hasta el año y medio, para realizarle un diagnóstico definitivo. Sin embargo, aún es limitado el esfuerzo encaminado a dar a los huérfanos el apoyo y soporte necesario para responder a la epidemia de manera integral.

Meta 68: Mitigación de impactos

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

Estudios sobre el impacto socioeconómico de la epidemia del VIH

Responder desde el Estado a las consecuencias e impactos sociales y económicos de la epidemia del VIH supone, como primer paso, desarrollar la evidencia de los mismos. Esto quiere decir que el Estado ha asumido el compromiso de evaluar, determinar y difundir el impacto socioeconómico de la epidemia de manera científica y periódica.

El país no cuenta con estudios de nivel nacional o multirregional que evalúe el impacto socioeconómico de la epidemia y menos aún de manera regular y periódica.

Se han realizado algunos estudios que han proporcionado algunos datos relacionados al impacto de la epidemia, esfuerzos desde la sociedad civil y la publicación reciente de un diagnóstico situacional de la condición laboral de las PVVS realizado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

En el caso del *Estudio de lecciones aprendidas de la colaboración del Fondo Mundial en VIH y SIDA en el Perú*, realizado por un equipo de la Universidad Cayetano Heredia³¹, se presentan algunos datos importantes como el porcentaje de gasto de bolsillo en torno a la atención de salud en PVVS, según una encuesta aplicada en PVVS usuarios de los servicios de salud en el 2007³². Este gasto llega a 4,8 soles en promedio, sobre un total de 680,7 soles de promedio de gasto del hogar. El estudio concluye que habiendo información de que en el 2000 el gasto de bolsillo sobre el tratamiento constituía alrededor del 90% de los costos del tratamiento, ha sido importante la disminución del

³¹ Cáceres, C; López, R; Girón, M; Sandoval, C; Valverde, R; Pajuelo, J; Vásquez, P; Rososco, A; Silva Santisteban, A. Estudio de Lecciones Aprendidas de la Colaboración del Fondo Mundial en VIH y SIDA en el Perú. UPCH, Lima, 2009.

³² El estudio se realizó en cuatro cinco ciudades, Lima. Callao, Iquitos, Huancayo y Chimbote.

gasto en relación a la entrega gratuita del tratamiento asumido por el Estado. Asimismo, respecto a la condición de la actividad laboral de los encuestados, cerca al 69% se encuentran ocupados, cifra superior al promedio de ocupación a nivel nacional. Sin embargo, el 40% declaró que alguna vez habían perdido el trabajo a causa del VIH, habiéndose reinsertado en un 70% al mercado laboral. Todos los datos planteados en el informe del estudio no incluyen el dato por sexo, desconociéndose si este análisis es igual para varones y mujeres VVS.

En la misma dimensión laboral, en un estudio de diagnóstico situacional realizado por la OIT³³ en Lima y Callao sobre la condición laboral de las PVVS, se encontraron algunos datos importantes tales como:

- A partir del diagnóstico, los PVVS solteros continúan siendo solteros pero los casados o convivientes han cambiado hacia la viudez y la separación, por lo que sugiere las dificultades de constituir o mantener unidades familiares. Probablemente relacionado a la discriminación, autoestigma, dificultades para tener una vida sexual activa sin riesgos, limitaciones autodeterminadas para procrear, la vivencia de VIH de la pareja con posibilidades de deterioro y muerte, etc. Lo que claramente involucra a esta dimensión social en parte de las enormes consecuencias de la epidemia en los afectados.
- El 16% de miembros del hogar se ven en la necesidad de abandonar o reducir horas de trabajo para apoyar a sus familiares VVS.
- El 23% de los entrevistados tenían a otro miembro de la familia VVS con sus implicancias importantes para el impacto social en estas familias.
- Cerca al 70% de los entrevistados trabajaban, coincidiendo con los hallazgos del estudio anterior y con el estudio a nivel mundial realizado por la OIT. Lo declarado era que 76% trabajaba antes de su diagnóstico.
- En el caso de las mujeres 48% trabajan a la hora de la encuesta, 52% no trabajaba y 76% en el caso de los varones trabajaba. Obsérvese la diferencial.
- En varones y mujeres se encontró una tasa de subempleo mayor al promedio nacional y mayor en mujeres que en varones, lo que muestra la precariedad de la ocupación.
- De las mujeres, el 68% recibe un ingreso menor o igual a la remuneración mínima vital y solo el 27% de los varones se halla en esta situación. Los ingresos percibidos son sustancialmente mayores en el caso de los varones.
- El 40% de PVVS faltó a su trabajo por lo menos una vez en los últimos seis meses y se estima un ausentismo laboral promedio de 16 días anuales y una estimación poblacional de 11 millones de soles de costo total por ausentismo en el supuesto de 55,481 PVVS.
- El estigma y discriminación constituyen una vulneración de derechos fundamentales y una importante barrera para la prevención, ya que limita la comunicación de la situación de salud en el trabajo, 74% de los entrevistados manifestaron no tener facilidades para cumplir con las actividades de prevención y tratamiento.

³³ Resultados de la encuesta a personas que viven con el VIH sobre su condición laboral en Lima y Callao. Organización Internacional del Trabajo, Lima, 2009.

En conclusión, existen datos importantes sobre las implicancias laborales de la epidemia, por lo que consideramos un avance significativo relacionado al anterior informe en el cual no se contaba con información al respecto. Sin embargo, estudios sobre el impacto social y económico del VIH en el país con un enfoque de género, de manera sistemática y periódica, no se han realizado aún.

En principio, el levantamiento de evaluaciones del PEM/VIH debería dar información al respecto, si bien aún no se ha realizado ninguna evaluación, esto será posible en la medida en que el enfoque multisectorial supere la sumatoria de las fracciones ligadas a la salud en los diversos sectores y se inicie un análisis transversal de la epidemia para el cual se necesitará sostenidamente estudios como el que se especifica en la meta 68.

Meta 72: Investigación y Desarrollo

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

Debe señalarse los avances que se han dado con la normatividad en los últimos años. Ahora existe un reglamento de ensayos clínicos, que se da a partir de los años 2006 y 2007. El INS ha desarrollado supervisiones exhaustivas a estudios con selección de sitios de manera aleatoria. El INS ha rechazado algunos estudios, estos datos están disponibles en la página web del INS.

Por otro lado, es importante mencionar como limitaciones o brechas pendientes que la vigilancia de la resistencia es un tema trascendental, pues los continuos desabastecimientos y progresivos fracasos, especialmente en tratamientos de primera, están relacionados con la falta de este tipo de información.

No existen investigaciones específicas que conduzcan a un conocimiento mayor del VIH en las mujeres en el país.

Según información del equipo encargado de la ESNITSS, el Minsa no cuenta con un sistema de vigilancia de los efectos colaterales de los ARV y menos aún que se identifique sexo y género, si bien hay recuperación de información al respecto no se tienen datos de su procesamiento y análisis. No se dispone de intervención sobre los reportes de farmacovigilancia, sobre ARV, que los hospitales reportan periódicamente a la DIGEMID

Sobre los efectos de la resistencia y efectos secundarios de los ARV en mujeres, la información es limitada según información de la ESNITSS, no se cuenta con un sistema y tampoco se han realizado investigaciones sobre ello.

Sección III Conclusiones

1. Las políticas y programas de prevención y control del VIH no logran insertarse en el país en una política mayor de salud sexual inexistente que relacione a los distintos programas y acciones de manera sinérgica. Se circunscribe a responder el daño y no se involucra en la transformación de los condicionantes sociales que crean las vulnerabilidades en algunos grupos de personas, en particular en mujeres, poblaciones trans, niños, niñas y adolescentes, personas dedicadas al trabajo sexual y mujeres privadas de su libertad.
2. La participación de los distintos grupos de mujeres no debe circunscribirse a la existencia de una epidemia generalizada, ni a la participación de mujeres con VIHVS, se hace indispensable que el Estado genere las condiciones para que las mujeres participen en la prevención desde una perspectiva de género, y luchen contra las relaciones inequitativas aún imperantes en nuestra sociedad. Esto será posible cuando se conciba la respuesta desde una perspectiva más amplia de salud sexual.
3. De la misma manera la participación de las poblaciones trans no será real mientras no se supere la concepción de homogeneidad y distante de la realidad que plantea la denominación sanitarista de "hombres que tienen sexo con otros hombres", que minimiza y oculta la visión de la población trans, e invisibiliza los patrones de conducta y necesidades particulares. Esto será posible desde una perspectiva de salud sexual y derechos ciudadanos que respete irrestrictamente la diversidad de opciones sexuales y de género.
4. Las acciones propiamente sanitarias de prevención y control de VIH/Sida han debilitado sus estrategias preventivas, han focalizado sus esfuerzos en la implementación del tratamiento antirretroviral, aún son deficitarios los sistemas de información, incluidos los relacionados a las reacciones adversas y el seguimiento a la resistencia a los medicamentos. Se hace indispensable el fortalecimiento de las acciones preventivas en poblaciones de trabajadoras sexuales y poblaciones trans.
5. Existe una normatividad para el control de la transmisión vertical, que da acceso a las gestantes a una prueba rápida y descarte de VIH, de resultar positiva a la prueba la madre cuenta con profilaxis y leche maternizada en la expectativa que el infante a los 18 meses logre la serorreversión. No obstante el avance normativo, más allá de la voluntariedad o no de la prueba, a nivel programático se han encontrado serias deficiencias relacionadas al acceso a medicamentos e insumos, calidad de la atención y acceso a los servicios de salud.

6. Se hace necesario estrechar las vinculaciones entre las estrategias sanitarias de salud sexual y salud reproductiva, vida adolescente y VIH/Sida a nivel central en torno a la normatividad, la planificación y la evaluación de resultados, como también a niveles operativos para generar verdaderas sinergias de las acciones. Se deberá lograr la prevención de VIH desde las distintas acciones y estrategias, así como fortalecer la atención integral de salud sexual y salud reproductiva a los denominados grupos de elevado riesgo de ITS y VIH: adolescentes vulnerables, trabajadoras sexuales, gays, trans y en las poblaciones: mujeres y varones con VIH.
7. A pesar de los avances significativos en el entorno del Minedu, al contar con dos documentos de lineamientos de inclusión temática en los contenidos de la educación básica, es importante mencionar que el proceso es de mediano plazo en la medida que no basta la normatividad sino los recursos humanos con los cuales se implementarán las acciones. Hacen falta recursos y voluntad política para instalar a nivel operativo la educación sexual de manera consistente. No existen programas de acceso a condones en jóvenes y sigue existiendo una cultura adulta que cuestiona la sexualidad activa adolescente que se impone como una barrera cultural para el acceso de los adolescentes a los condones y a prevenir.
8. Existen políticas relacionadas a los derechos reproductivos y a controlar la violencia fundamentalmente; sin embargo, es importante anotar que las relaciones entre estas iniciativas y las de los programas de VIH/Sida son mínimos a pesar de los nexos naturales entre los problemas como son: la pertinencia de la doble protección con el uso de condón, la alta prevalencia de violencia en poblaciones de mayor vulnerabilidad al VIH —trabajadoras sexuales y poblaciones trans— y todas las condiciones sociales de base que constituyen vulnerabilidad de las personas a estos problemas, como las relaciones inequitativas de género o la censura a la diversidad sexual.
9. Las políticas, programas y acciones del gobierno dirigidas a la promoción de la responsabilidad masculina en cuestiones de salud sexual y salud reproductiva son muy puntuales, las acciones programáticas relacionadas a la igualdad entre los géneros al constituirse en muchos espacios sectoriales en perspectivas transversales, en muchas acciones se limitan a una relatoría pero no han sido operacionadas a actividades concretas que puedan ser visibilizadas, reportadas y evaluadas.
10. En torno a las poblaciones de trabajadoras sexuales y poblaciones trans no hay una política de promoción y reconocimiento de sus derechos ciudadanos, incluidos el acceso a la atención de salud. Se hace indispensable visibilizar sus condiciones de vulnerabilidad frente a la epidemia y que los programas de salud, control de la violencia y otros

reconozca su especificidad y desarrollen estrategias explícitas de trabajo con estas poblaciones, solo así podrá garantizarse el ejercicio de sus derechos sexuales y con ello la prevención de VIH.

11. Debilidad o insuficiencia de acciones de prevención y tratamiento integrales en el contexto de las instituciones penitenciarias que permitan el respeto del derecho a la salud de las mujeres privadas de su libertad.
12. No hay políticas ni programas de apoyo integral para niños, niñas y adolescentes con VIH que superen la declaratoria de derechos a nivel educativo. Acciones concretas de apoyo en vivienda, alimentación, salud y educación desde una perspectiva de derechos humanos y lucha contra la estigmatización por vivir con VIH a nivel nacional.