

INFORME NACIONAL SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS EN EL PAÍS

PERU

Periodo 2012 - diciembre 2013



RESPONSABLES

Ministra de Salud

Mg. Midori De Habich Rospigliosi

Viceministro de Salud

Dr. José Carlos Del Carmen Sara

Dirección General de Salud de las Personas

Dr. Henry Rebaza

Dirección General de Epidemiología

Dr. Martín Yagui Moscoso

Dra. Mary Reyes Vega

Dra. Mónica Pun Chinarro

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

Dr. Carlos Benites Villafane

Dr. Rubén Darío Vásquez Becerra

Lic. Emilio Olórtegui Arango

Dr. Ángel Gonzáles Vivanco

Asistencia Técnica ONUSIDA

Regina Castillo - Coordinadora de ONUSIDA para Perú, Ecuador y Bolivia

Patricia Bracamonte – Oficial de Monitoreo y Evaluación

Consultora

Mg. Ximena Salazar

Colaborador- Unidad de Salud Sexualidad y Desarrollo Humano - UPCH

Dr. Alfonso Silva Santisteban

CONTENIDO

I. Vistazo al Estado de la Epidemia

- 1. a. Inclusión de stakeholders en la escritura del proceso
- 1. b. Estado de la Epidemia
- 1. c. Respuesta política y programática
- 1. d. Tabla general de Indicadores

II. Panorama general de la Epidemia de Sida

III. Respuesta Nacional a la Epidemia del Sida

3.1. Prevención de la transmisión del VIH

- 3.1.1. Población General
- 3.1.2. Trabajadoras/es sexuales hombres, mujeres y trans
- 3.1.3. HSH y Trans
- 3.1.4. Transmisión vertical

3.2. Tratamiento antirretroviral

- 3.2.1. TARGA y Personas Viviendo con VIH
- 3.2.2. Tratamiento de TB asociada al VIH

3.3. Gasto en SIDA

3.4. Reducir las Inequidades de Género

3.5. Estigma y Discriminación

3.6. Integración del VIH

3.7. Índice de Compromiso Político Nacional

- 3.7.1. Estado
- 3.7.2. Sociedad Civil

Otras poblaciones

- a) Poblaciones Indígenas
- b) Población Privada de Libertad

IV. Mejores Prácticas

V. Principales Retos y Acciones Correctivas

VI. Apoyo de los asociados para el desarrollo del país

VII. Entorno de Monitoreo y Evaluación

ANEXOS

Anexo 1 Participantes en las consultas

Anexo 2 Cuestionarios consolidados ICPN

Bibliografía

GLOSARIO

AMP	Atención médica periódica
ARV	Antirretrovirales
CEP	Consejero Educador de Par
CERITS	Centros de referencia de ITS/VIH y SIDA
CONAMUSA	Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud
CS	Centro de Salud
CS	Convenience Sampling
COREMUSA	Coordinadora Regional Multisectorial en Salud
DDHH	Derechos Humanos
DGE	Dirección General de Epidemiología
DGSP	Dirección General de Salud de las Personas
DIRESA	Dirección Regional de Salud
DISA	Dirección de Salud
DIGEMID	Dirección General de Medicamentos y Drogas
ESNITSS	Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y
ENAH	Encuesta Nacional de Hogares
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
ESSALUD	Seguro Social del Perú
ESSR	Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
FM	Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria
FFAA	Fuerzas Armadas
GARPR	Global AIDS Response Progress Reporting
HSH	Hombres que tienen Sexo con Hombres
HSMH	Hombres que tienen sexo mayoritariamente con Hombres
HSMM	Hombres que tienen Sexo mayoritariamente con Mujeres
ICPN	Índice Compuesto de Política Nacional.
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
INPE	Instituto Nacional Penitenciario
INS	Instituto Nacional de Salud ITS Infección de transmisión sexual
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LGTB	Personas transgénero, lesbianas, gays y bisexuales
MCP	Mecanismo de Coordinación del País.
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MIMPV	Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables
MINEDU	Ministerio de Educación
MININTER	Ministerio del Interior
MINJUS	Ministerio de Justicia
MINS	Ministerio de Salud
MINTRA	Ministerio de Trabajo
MEF	Mujeres en Edad Fértil
MOT	Modelo Modos de Transmisión
OGEI	Oficina General de Estadística e Informática (Ministerio de Salud)
ONG	Organismo No Gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
PANIA	Plan Nacional por la Infancia y la Adolescencia

PVVS	Personas viviendo con el VIH
PCR	Reacción en cadena de la polimerasa
PEM	Plan Estratégico Multisectorial
PEP	Promotor Educador de Pares
PPL	Personas privadas de libertad
PPR	Presupuesto por Resultados
PTMI	Prevención de la Transmisión Materno-infantil de VIH
RSD	Respondent Driven Sampling
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIS	Seguro Integral de Salud
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
SMEII	Sistema de Monitoreo y Evaluación Integral de Indicadores
TSS	Time Space Sampling
TRANS	Transgénero, travesti, transexual
TARGA	Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad
TB	Tuberculosis
TMI	Transmisión Materno-infantil del VIH
TS	Trabajadora Sexual
UAMP	Unidades de Atención Médica Periódica
UDI	Usuarios de drogas inyectables/endovenosas
UPCH	Universidad Peruana Cayetano Heredia
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

I. Vistazo al Estado de la Epidemia

1. a. Inclusión de stakeholders en la escritura del proceso

Lamentablemente este año, dado el poco tiempo para elaborar el informe no se ha tenido una estrategia con la participación que se hubiera deseado. Sin embargo, se han organizado dos reuniones de validación: la primera con expertos (académicos y funcionarios del Ministerio de Salud) y la segunda con Sociedad Civil, Funcionarios del Estado y Cooperación Internacional (Ver Anexo)

Entre las recomendaciones más importantes para realizar un proceso más inclusivo, es comenzar a recabar la información por lo menos seis meses antes para que el proceso de preparación del informe se pueda centrar en la redacción del informe, validación del ICPN y la construcción de indicadores, dando espacio a la participación de todos los actores de la Respuesta Nacional y de esta manera podremos nuevamente elaborar un informe más participativo.

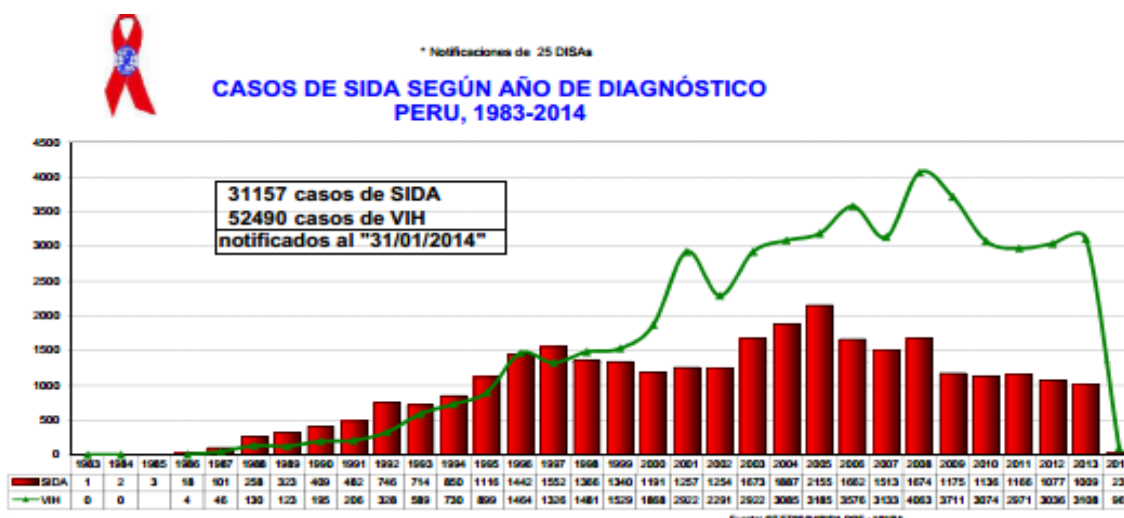
1. b. Estado de la Epidemia

La epidemia del VIH en el Perú se ratifica reiteradamente como concentrada en dos poblaciones clave: Hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) y mujeres Trans. Respecto a esta constatación también numerosos estudios han identificado a estas poblaciones como las más afectadas por la, con una prevalencia estimada entre 10 y 24%¹.

A enero de 2014 el Boletín sobre el Estado de la Epidemia, elaborado por la Dirección General de Epidemiología (DGE) notifica 52490 casos de VIH y 31157 casos de SIDA².

¹ Clark J.L., Konda K.A., Silva Santisteban A. et. al. Sampling Methodologies for Epidemiologic Surveillance of Men Who have Sex with Men and Transgender Women in Latin America: An Empiric Comparison of Convenience Sampling, Time Space Sampling, and Respondent Driven Sampling. AIDS and Behavior.DOI 10.1007/s10461-013-0680-0.Published on line 2013.

²DGE Boletín Epidemiológico de VIH/sida enero 2014



La vigilancia de 2011 presenta una incidencia en HSH menores de 25 años que demuestra un aumento en relación a la de 2002 de 6.2 a 9.6³. Por otro lado el modelo denominado Modos de Transmisión estimó que para el año 2010 se producirían 4346 nuevas infecciones por VIH donde 56% correspondían a HSH, 12% a personas que practican el sexo casual y sus parejas estables, 2% a trabajadoras sexuales (TS) y sus clientes, 13% parejas femeninas de los clientes de TS, HSH y 1% a usuarios de drogas inyectables (UDI). Finalmente la transmisión heterosexual sería responsable del 15% de nuevas infecciones en población heterosexual de bajo riesgo⁴. Sin embargo todo apunta a una estabilización de la epidemia en la población HSH a lo largo de los últimos 10 años.

Respecto a la prevalencia, a la fecha de la última vigilancia centinela en 2011, la prevalencia en HSH fue de 12.4%. Así mismo, en relación a la población trans la prevalencia en este mismo estudio alcanzó 20.8% (104/500) y la incidencia fue 9.07 por 100 personas/año, lo que demuestra que continúa siendo la población más afectada por el VIH⁵.

No obstante es necesario tomar en cuenta, de manera general, que durante esta última Vigilancia fueron puestas a prueba tres diferentes metodologías de muestreo: a) el muestreo por conveniencia (CS por sus siglas en inglés), b) El muestreo por

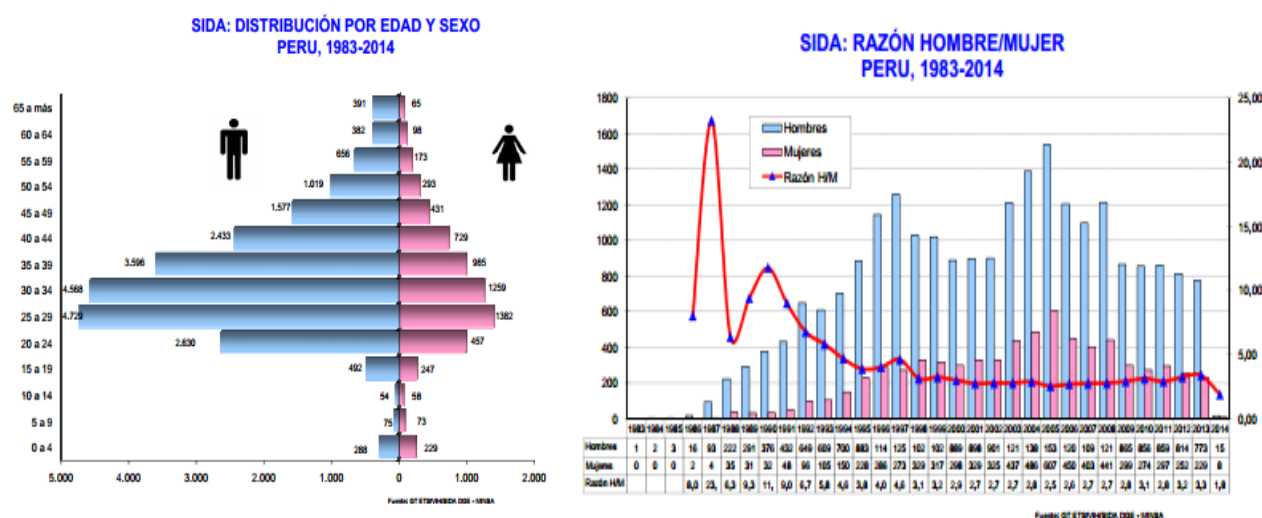
³ Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud, Fondo Mundial de Lucha Contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, CARE – PERU. Informe final: Estudio de Vigilancia Epidemiológica de ITS y VIH en Hombres que Tienen Sexo con Hombres Comparando las Metodologías de Reclutamiento: Muestreo por Conveniencia, Muestreo por Tiempo y Espacio y el Muestreo Dirigido por Participantes. Lima, 28 de Noviembre de 2011

⁴ Alarcón J, Pun M, Gutiérrez C, Whitembury A, Tejada R, Suárez L, Rosell G, Bórquez A, Cuchi P. Estimación y análisis de la incidencia de VIH en población adulta del Perú: resultados de la aplicación del modelo matemático MoT. Rev. Peru Med. Exp. Salud Pública. 2012;29(4):452-60.

⁵ Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud, Fondo Mundial de Lucha Contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, CARE – PERU. Informe final: Estudio de Vigilancia Epidemiológica de ITS y VIH en Hombres que Tienen Sexo con Hombres Comparando las Metodologías de Reclutamiento: Muestreo por Conveniencia, Muestreo por Tiempo y Espacio y el Muestreo Dirigido por Participantes. Lima, 28 de Noviembre de 2011

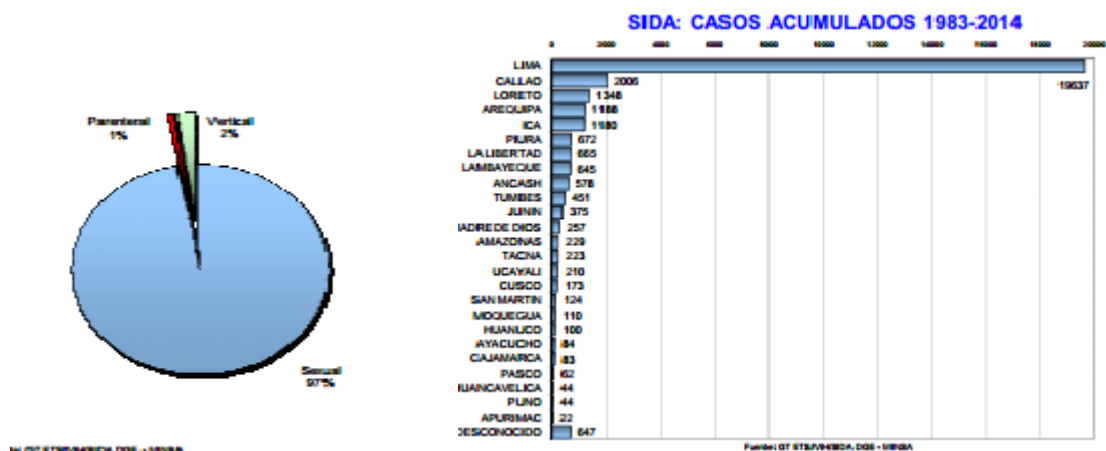
tiempo y espacio (TSS por sus siglas en inglés), y c) el muestreo dirigido por participantes (RDS por sus siglas en Inglés). Allí la prevalencia de nuevos diagnósticos fue significativamente más alta en la estimación ponderada de TSS (17.9%) comparada con la muestra de CS (10.2%); $p=0.06$. Y la diferencia en la prevalencia general de VIH entre TSS y CS mostró una tendencia hacia la significación estadística (20.1% frente a 13.4%, respectivamente; $p=0.06$)⁶

Por otro lado, la distribución de edad se concentra en varones y mujeres entre los 25 y 30 años, lo cual demuestra que la epidemia sigue afectando a poblaciones jóvenes; mientras que la razón hombre mujer, se ha mantenido estable con 3 hombres infectados por cada mujer infectada.



Así mismo la forma de transmisión continúa siendo la sexual en un 97%, donde es Lima la ciudad con mayor cantidad de casos, seguido, bastante de lejos por la Región Callao.

⁶ Clark J.L., Konda K.A., Silva Santisteban A. et. al. Sampling Methodologies for Epidemiologic Surveillance of Men Who have Sex with Men and Transgender Women in Latin America: An Empiric Comparison of Convenience Sampling, Time Space Sampling, and Respondent Driven Sampling. AIDS and Behavior. DOI 10.1007/s10461-013-0680-0. Published on line 2013.



La incidencia acumulada reportada para la ciudad de Lima hasta fines de 2013 fue de 288,04; siendo ésta para todo el Perú de 129,90.

PERÚ: CASOS NOTIFICADOS - INCIDENCIA ACUMULADA

Departamento	1983 - 2013			2014		
	CASOS	%	IA *	CASOS	%	IA**
AMAZONAS	182	0,60	49,36	0	0,00	0,00
ANCASH	574	1,88	57,25	0	0,00	0,00
APURIMAC	22	0,07	5,44	0	0,00	0,00
AREQUIPA	1179	3,86	120,62	4	17,39	0,31
AYACUCHO	84	0,27	16,48	0	0,00	0,00
CAJAMARCA	81	0,27	6,06	0	0,00	0,00
CALLAO	1970	6,45	288,76	0	0,00	0,00
CUSCO	170	0,56	15,39	1	4,35	0,08
HUANCAVELICA	43	0,14	10,61	0	0,00	0,00
HUANUCO	100	0,33	13,85	0	0,00	0,00
ICA	1163	3,81	192,92	1	4,35	0,13
JUNIN	366	1,20	32,46	2	8,70	0,15
LA LIBERTAD	651	2,13	51,36	0	0,00	0,00
LAMBAYEQUE	628	2,06	62,69	1	4,35	0,08
LIMA	19406	63,52	288,04	10	43,48	0,10
LORETO	1323	4,33	164,72	3	13,04	0,29
MADRE DE DIOS	255	0,83	246,12	1	4,35	0,75
MOQUEGUA	108	0,35	80,16	0	0,00	0,00
PASCO	60	0,20	24,95	0	0,00	0,00
PIURA	662	2,17	45,59	0	0,00	0,00
PUNO	42	0,14	3,68	0	0,00	0,00
SAN MARTIN	113	0,37	18,06	0	0,00	0,00
TACNA	192	0,63	80,84	0	0,00	0,00
TUMBES	358	1,17	213,52	0	0,00	0,00
UCAYALI	204	0,67	56,41	0	0,00	0,00
DESCONOCIDO	616	2,02		0	0,00	
PERU	30552	100,00	129,90	23	100	0,07

* Para su cálculo se tomó como referencia la población de 1994 (base por 100000hab)

Fuente: GT ETS/VIH/SIDA DGE - MINSA

** Para su cálculo se tomó como referencia la población de 2014 (base por 100000hab)

1. c. Respuesta política y programática

Encontramos la respuesta política y programática para este período 2012-2013 con cambios a varios niveles. Si bien continúa la participación de los sectores relevantes para la conducción y mejoramiento de la respuesta, tales como el sector Estatal, liderado por el Ministerio de Salud y representado por la Dirección General de Salud de las Personas con la participación operativa de la Estrategia 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); y la Sociedad Civil, incluidas las organizaciones de poblaciones clave y afectadas, las ONGs y la cooperación internacional.

El Ministerio de Salud se encuentra ad portas de implementar una reforma de salud, constituida por un número significativo de Decretos Legislativos, ya aparecidos en el Diario El Peruano el 7 de diciembre de 2013, de la cual aún no se ha analizado el impacto que tendrá sobre la respuesta al VIH. Estos decretos alcanzan varios componentes de la respuesta sanitaria peruana como son la gestión de la inversión, la calidad del servicio, el Seguro Integral de salud, como se muestra a continuación:

- ✓ DL No. 1157: Aprueba la modernización de la gestión de la inversión pública en Salud
- ✓ DL No.1155: Dicta medidas destinadas a mejorar la calidad del servicio y declara de interés público el mantenimiento de la infraestructura y el equipamiento en los establecimientos de salud a nivel nacional
- ✓ DLNo. 1158: Dispone medidas destinadas al fortalecimiento y al cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA)
- ✓ DL No. 1161: Aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud
- ✓ DL No. 1161: Incorpora disposiciones al decreto legislativo 1153
- ✓ DL No.1163: Aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud
- ✓ DL No. 1164: Establece disposiciones para la extensión de la cobertura poblacional del SIS en materia de afiliación al Régimen de Financiamiento Subsidiado
- ✓ DL No.1165: Establece el mecanismo de “Farmacias Inclusivas” para mejorar el acceso a medicamentos esenciales a los afiliados del SIS
- ✓ DL No. 1166: Aprueba la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Atención Primaria en Salud
- ✓ DL No. 1167: Crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud
- ✓ DL No. 1168: Dicta medidas destinadas a mejorar la atención de la salud a través del desarrollo y transferencia de tecnologías sanitarias
- ✓ DL No. 1169: Establece la implementación del sistema de comunicación por vía electrónica para que ESSALUD notifique los embargos en forma de retención y actos vinculados por deudas no tributarias del sistema financiero
- ✓ DL No. 1170: Establece la prelación del pago de las deudas a la seguridad social en salud
- ✓ DL No. 1171: Modifica la ley No. 26790 – Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y establece la realización de estudios actuariales en el régimen contributivo de la seguridad social en salud

- ✓ DL No. 1172: Establece medidas para cautelar el cumplimiento de las normas a la Seguridad Social en Salud y la obligación de informar del trabajador
- ✓ DL No. 1173: De las instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud de las Fuerzas Armadas
- ✓ DL No. 1174: Ley de Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú
- ✓ DL No. 1175: Ley del Régimen de Salud de la Policía Nacional del Perú

Ya el año 2004 las modificaciones administrativas realizadas a la estructura del MINSA, afectaron el poder de decisión y ejecución de la ESNITTS, la cual pasó a ser una estrategia transversal con carácter técnico y normativo.

Por otra parte a inicios del año 2012 concluyeron las actividades del programa de 6ta Fondo Mundial; dando paso al programa de 10ma Ronda del Fondo Mundial en 2013 bajo el liderazgo de INPPARES como Receptor Principal, ronda que debía favorecer exclusivamente a las poblaciones clave (HSH y trans), pero cuya 1ra. fase no dio los frutos esperados⁷. Actualmente está por iniciarse la 2da. fase, cuyo líder es ahora PARSALUD.

Por su parte la Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud (CONAMUSA) creada por Decreto Supremo 007-2007-SA continúa siendo la instancia multisectorial donde participan ministerios tales como el Ministerio de Educación (MINEDU), El Ministerio de Trabajo (MINTRA), El Ministerio de Justicia (MINJUS), a través del Instituto Nacional Penitenciario (INPE), los ministerios del Interior y Defensa. En el Sector de Sociedad Civil participan las Organizaciones No Gubernamentales (ONG), las iglesias, las universidades, las organizaciones de personas que viven con VIH (PVVS) y las organizaciones de las poblaciones clave de forma alterna (gay, trans y trabajadoras sexuales). Por otra parte interviene también la cooperación internacional, tanto bilateral como multilateral (UNFPA, UNICEF, OPS, USAID y PNUD, entre otras) lideradas por ONUSIDA.

La CONAMUSA ha cumplido una actuación clave como Mecanismo Coordinador País (MCP) para los proyectos del Fondo Mundial mencionados; rol que en la actualidad continúa cumpliendo. Es incierto aún qué rol tomará en el futuro, en tanto el MINSA, hasta ahora no ha ratificado su funcionamiento a través de un nuevo Decreto Legislativo.

En 2011 se culminó la ejecución del Plan Estratégico Multisectorial (PEM) 2007-2011, el cual hizo viables las políticas más importantes en VIH durante la década, pero también se identificaron algunas deficiencias. Luego de una evaluación correspondiente con participación de representantes del Estado, la sociedad civil, las comunidades afectadas y las universidades, se inició el proceso para el PEM 2012-2017. Este proceso se caracterizó por ser participativo e innovador, tanto en su construcción, como en su contenido; tratando de cubrir las deficiencias programáticas del anterior. Habiéndose concluido en 2013, no ha sido aún aprobado por el MINSA, lo cual coloca a la Respuesta Nacional en una situación incierta.

⁷CONAMUSA. Resumen Ejecutivo, Ronda X. Documento no publicado 2013

1. d. Tabla general de Indicadores

Objetivo	Indicador	Valor	Fuente	Observaciones
1.Reducir a la mitad el número de transmisiones sexuales del VIH para el 2015	1.1. Los jóvenes: Conocimiento sobre la prevención del VIH <i>Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años de edad que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus</i>	Total general= 27.1 (2151/8078) De 15 a 19 = 27% (1190/4489) De 20 a 24= 27.1% (961/3589) Observación: Sólo Mujeres	ENDES MUJERES 2012	
	1.2.Relaciones sexuales antes de los 15 años de edad <i>Porcentaje de mujeres y varones jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años</i>	Total general= 9% (722/8078) De 15 a 19 =8.7% (377/4489) De 20 a 24= 9.3% (3445/3589) Observación: Sólo Mujeres	ENDES MUJERES 2012	
	1.3.Relaciones sexuales con múltiples parejas⁸ <i>Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos doce meses</i>	Total general: 1.5% (289/2388) De 15 a 19: 1.1% (51/4489) De 20 a 24: 1% (35/3589) De 25 a 49: 1.2% (193/15810) Observación: Sólo Mujeres	ENDES MUJERES 2012	
	1.4.Uso del preservativo entre personas con múltiples parejas sexuales durante la última relación sexual <i>Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo</i>	Total general: 29.5% (75/289) De 15 a 19: 27.4% (11/51) De 20 a 24: 20.4% (7/35) De 25 a 49: 31.6% (57/193) Observación: Sólo Mujeres	ENDES MUJERES 2012	

⁸ Variable utilizada: V766B No. had sex including husband in last 12 months

	<i>durante la última relación sexual</i>			
	1.5. Las pruebas del VIH en la población general⁹ <i>Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados</i>	Proxy total mujeres: 45.8% (10800/24552) 15 a 19: 2.3% 20 a 24: 6.9% 25 a 49: 36.6%	ENDES MUJERES 2012	Se trata de un indicador Proxy. En ENDES se pregunta sobre la prueba de VIH “alguna vez en la vida” y no los últimos 12 meses.
	1.6. La prevalencia del VIH entre los jóvenes <i>Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años que viven con el VIH</i>	Gestantes: 0.23% (7/3075)	Dirección General de Epidemiología (DGE) 2005 – 2006.	Se está utilizando el mismo resultado que las mediciones de 2010 y 2012 al no haber un dato más reciente.
	1.7. Programas de Prevención para Trabajadoras/es Sexuales <i>Porcentaje de trabajadoras/es sexuales alcanzadas/os por los programas de prevención del VIH</i>	Proxy TS Mujeres: 43.5% (21271/48851) TS Varones: 1572 (no existe denominador)	Hoja de Monitorización ESNITSS 2013	- Se trata de un indicador Proxy ya que no cubre lo exigido por las directrices GARPR que señala dos preguntas a las TS para determinar el indicador: 1. ¿Sabe dónde puede acudir si desea someterse a la prueba del VIH? 2. ¿Ha recibido preservativos en los últimos 12 meses? (p. ej. a través de un servicio de divulgación, un centro de consulta o una clínica de saludsexual) - El tamaño poblacional de mujeres TS considera la estimación de la DGE – MINSA de 0.5% de las

⁹ No hay pregunta sobre conocimiento del resultado, por ende el numerador incluye a individuos que realizaron una prueba de VIH alguna vez.

	1.9.Prueba de HIV en trabajadoras/es sexuales <i>Porcentaje de trabajadoras sexuales que se sometieron a un examen de VIH en los últimos 12 meses y conocen sus resultados.</i>	Proxy TS mujeres: 44% (21801/48851) TS varones tamizados 1595 (no existe denominador)	Hoja de Monitorización ESNITSS 2013	Observaciones: - No se trata de un estudio de vigilancia si no de los datos de CERITSS y UAMPS - El numerador especifica el número de pruebas rápidas realizadas a TS mujeres en 2013, algunas podrían haberse tomado más de una prueba - El tamaño poblacional de mujeres TS considera la estimación de la DGE – MINSA al 0.5% de las mujeres de 15 a 49 años. - Para las mujeres se ha utilizado el dato de Spectrum 2013 este dato ha sido utilizado como denominador - Sobre hombres TS no hay estimación, por lo tanto no hay denominador
	1.10. Prevalencia de HIV en trabajadoras/es sexuales <i>Porcentaje de trabajadoras/es sexuales que viven con VIH</i>	- Proxy: 2.4% TS mujeres que viven con VIH sólo el distrito de la Victoria en Lima	<i>Trabajadoras sexuales mujeres clandestinas de la ciudad de Lima.</i> Perla et al 2012 Genit Tract Infections, Bacterial Vaginosis; HIV and Reproductive health issues among Lima - Based Clandestine Female sex workers. En Infections diseases in obstetrics ang Gynecology	- Estudio de Perla et. Colección de datos entre 2002-2003 - Estudio García et al medición del año 2006 en doce ciudades del país, sin incluir Lima y Callao - Estudio Bayer et. al. Datos sólo para Lima. La colección de datos fue en 2010

		- Proxy a nivel nacional TS Mujeres que viven con VIH: 0.5%. - Proxy TS Varones que viven con VIH: 23% (14/61) para TS varones que trabajan en el Centro de Lima (Cercado) y 4% para TS varones fuera del Centro de Lima. - Proxy Trans: 29.5% para la ciudad de Lima	Volume 2012, Article ID 739624, 9 pages <i>Prevention of sexually transmitted infections in urban communities (Peru PREVEN): a multicomponent community-randomised controlled trial.</i> García PJ, Holmes KK, Cárcamo CP, et al. Lancet. 2012 Mar 24; 379(9821):1120-8. Epub 2012 Feb 15. <i>Just getting by: a cross-sectional study of male sex workers as a key population for HIV/STIs among men who have sex with men in Peru.</i> Bayer AM, Garvich M, Díaz DA, et al. Sex Transm Infect Published Online First. doi: 10.1136/sextrans-2013-051265, 2014 Silva Santisteban et al 2011 Understanding the HIV/AIDS Epidemic in Transgender Women of Lima, Peru: Results	
--	--	---	--	--

			from a Sero-Epidemiologic Study Using Respondent Driven Sampling. AIDS Behav DOI 10.1007/s10461-011-0053-5. 2011	
	1.11. Programas de prevención para Hombres que tienen sexo con otros hombres <i>Porcentaje de HSH alcanzados por los programas de prevención</i>	Proxy HSH= 5% (12330/244253)	Hoja de Monitorización ESNITSS 2013	- El tamaño poblacional de HSH considera la estimación de la DGE – MINSA al 3% de las hombres de 15 años a más - Para el denominador se ha utilizado el dato de Spectrum 2013
	1.12. Uso de Condón en HSH <i>Porcentaje de hombres que reportan haber utilizado condón la última vez que tuvieron relaciones sexuales anales con una pareja masculina</i>	General: 49.8% (782 / 1571) < 25 años: 52.3% (323 / 618) >25 años: 48.2% (459 / 953) Observación: Solo Lima. El indicador usado en la vigilancia centinela fue: Uso de condón en ultima relación sexual con pareja masculina	Vigilancia Centinela 2011	- Datos sólo para Lima - El indicador usado en la vigilancia centinela fue: <i>Uso de condón en ultima relación sexual con pareja masculina</i>
	1.13. Prueba de VIH en HSH <i>Porcentaje de HSH que se sometieron a una prueba de VIH en los últimos 12 meses y conocen sus resultados.</i>	Proxy= 6% (14226/244253)	Hoja de Monitorización ESNITSS 2013	- El numerador especifica el número de pruebas rápidas realizadas a HSH en 2013, algunos podrían haberse tomado más de una prueba - El tamaño poblacional de HSH considera la estimación de la DGE – MINSA al 3% de las hombres 15 años a más - Para el denominador se ha utilizado el dato de Spectrum

				2013
	1.14. Prevalencia de VIH en HSH <i>Porcentaje de HSH que viven con VIH</i>	General: 12.4% (368 / 2959) < 25 años: 10.5% >25 años: 13.6%	Vigilancia Centinela 2011	- Datos solo de Lima-Callao
3. Eliminar nuevas infecciones de VIH entre los niños al 2015 y reducir sustancialmente las muertes maternas relacionadas al VIH	3.1. Prevención de la transmisión madre -niño <i>Porcentaje de mujeres embarazadas VIH positivas que se encuentran recibiendo antiretrovirales para reducir el riesgo de transmisión madre-niño.</i>	74% (704/941)	- Hoja de monitorización de la ESNITSS 2013 - Reportes de Sanidad FFAA y Policiales 2013 - Reporte Essalud 2012	- Para el numerador se tomaron en cuenta tres variables de la HM - Denominador proviene de SPECTRUM 2014
	3.1a. Prevención de la transmisión madre-niño durante la lactancia <i>Porcentaje de mujeres viviendo con VIH a las cuales se les provee antiretrovirales a ellas o a sus hijos durante el período de lactancia (Indicador anterior 3.8)</i>	N/I	N/I	
	3.2. Diagnóstico Infantil Temprano <i>Porcentaje de niños nacidos de madres VIH positivas que han recibido prueba virológica para VIH dentro de los dos meses de nacimiento</i>	37.5% (353/941)	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD (niños con prueba de PCR antes de los 2 meses)	- Para el Numerador se tomó en cuenta la suma de los niños de 0 a dos meses - Denominador proviene de SPECTRUM 2014
	3.3. Transmisión madre-niño de VIH (modelada) <i>Porcentaje estimado de infecciones de</i>	9.8%	Spectrum	Dato modelado por Spectrum

	<i>VIH en niños nacidos de madres VIH positivas que dieron a luz en los últimos 12 meses</i>			
4. Alcanzar 15 millones de personas viviendo con VIH que reciben tratamiento anti-retroviral al 2015	4.1. Terapia antiretroviral para VIH <i>Porcentaje de adultos y niños que actualmente reciben tratamiento antirretroviral entre todos los adultos y niños que viven con VIH</i>	Total General: 40% (26332/64913) - Mujeres: 41% (7946/19319) - Varones: 40% (18386/45653)	- Hoja de monitorización de la ESNITSS 2013 - ESSALUD 2012	- Denominador proviene de SPECTRUM 2014 - El denominador ha cambiado, ahora las guías piden que se coloque el Nro. de PVVS en lugar de las PVVS que requieren tratamiento
	4.2. Retención de 12 meses en terapia antiretroviral <i>Porcentaje de adultos y niños con VIH que se encuentran en tratamiento 12 meses después de haberlo iniciado.</i>	N/I	N/I	
5. Reducir las muertes por tuberculosis en personas que viven con VIH al 50% al 2015	5.1. Manejo conjunto del tratamiento de tuberculosis y VIH <i>Porcentaje de la incidencia estimada de casos de TB que reciben tratamiento tanto para TB, como para VIH</i>	TOTAL: 64.47% (795/1233)	Numerador: Hoja de Monitorización ESNITSS 2013 Denominador: Estrategia Nacional de Control de Tuberculosis	
6. Cerrar la brecha de recursos globales en SIDA al 2015 y alcanzar una inversión global anual de US\$22-24 billones en países de ingresos medios y bajos	6.1. Gasto en SIDA <i>Gastos domésticos e internacionales por categorías y Fuentes de financiamiento</i>	TOTAL: 202,126,035.2 Fuente pública: S/.189,962,516 - Prevención: S/.53,687,186 nuevos soles - Atención y tratamiento: S/.126,685,164 nuevos soles - Fortalecimiento de los sistemas y coordinación de programas: S/.9,590,166 nuevos soles	Presupuesto por Resultados (PPR) VIH Fondo Mundial: CONAMUSA	

		+ Fondo mundial: S/.12,163,519.2 - Prevención: S/.2,063,566.4 - Desarrollo de la comunidad: S/.5,405,828.4 - Fortalecimiento de los sistemas y coordinación de programas: S/.4,694,124.4		
7. Eliminar las inequidades de género	7.1. Prevalencia de violencia reciente ejercida por la pareja <i>Proporción de mujeres algunas vez casadas o convivientes entre los 15 y 49 años que experimentaron violencia física o sexual de una pareja íntima masculina en los últimos 12 meses.</i>	Total mujeres: 13.4% - 15 a 19: 7.4% - 20 a 24: 8% - 25 a 49: 14.3% ENDES 2012	ENDES MUJERES 2012	
8. Eliminar el estigma y la discriminación¹⁰	8.1. Actitudes discriminatorias hacia las personas viviendo con VIH <i>Porcentaje de mujeres y hombres entre los 15 y 49 que reportan actitudes discriminatorias hacia las mujeres viviendo con VIH</i>	General mujeres: 47.5% (11271) De 15 a 19: 48.4% (2079/4489) De 20 a 24: 47.7% (1693/3589) De 25 a 49: 47.2% (7499/15810)	ENDES MUJERES 2012	Este indicador es construido de acuerdo a las respuestas de la población general de las siguientes preguntas: - ¿Compraría Ud. Vegetales frescos de un vendedor, si supiera que tiene VIH? - ¿Piensa Ud. que los niños viviendo con VIH deben ir a la escuela con niños que son VIH negativos? - La variable ENDES no menciona “Vegetales Frescos” dice sólo “verdura o fruta de un vendedor”
10. Fortalecer la integración de VIH	10.1. Asistencia de niños huérfanos a la escuela <i>Asistencia actual a la escuela entre huérfanos y no huérfanos (10–14 años)</i>	N/I	N/I	
	10.2. Soporte externo a los hogares	Proxy: 53.8%	Encuesta Nacional	Se ha utilizado la variable:

¹⁰La pregunta es sobre un “vendedor”. Por lo tanto el indicador habla de actitudes discriminatorias en general y no hacia mujeres con VIH.

	en extrema pobreza <i>Proporción de hogares en extrema pobreza que reciben soporte económico externo en los últimos 3 meses</i>		de Hogares 2012 (ENAH 2012)	<i>"Hogares pobres con al menos un miembro beneficiario de programas alimentarios"</i>
--	---	--	--------------------------------	--

II. Panorama general de la epidemia de sida

El documento “Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú” (ASIS 2013), publicado por el Ministerio de Salud (MINSA) a través de la Dirección General de Epidemiología (DGE)¹¹, brinda información que muestra la magnitud y tendencia de la epidemia de VIH. La información ha sido recolectada de diversas fuentes: del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA, de información proporcionada por la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH/SIDA y Hepatitis (ESNITTS) y las Direcciones Regionales de Salud, de información proveniente de EsSALUD y el Instituto Nacional Penitenciario (INPE); así como instituciones académicas. En este sentido este documento ofrece una excelente recopilación de la magnitud y tendencia de la morbilidad y mortalidad por VIH/SIDA, tomando en cuenta los principales determinantes sociales relacionados con las poblaciones claves en que la epidemia se concentra; para luego analizar la evolución de la respuesta que se ha dado en el país, identificando los avances y las brechas que quedan por cubrir.

El primero de estos determinantes corresponde a la juventud de la población peruana. De 30 millones 135 mil 875 personas que viven en el país actualmente, 27.3% son jóvenes de 15 a 29 años. Se estima, además, que para el 2015, la ciudad de Lima continúe concentrando a la población joven en un 31,6%¹². El segundo determinante tiene que ver con la pobreza: para el año 2012 la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) muestra que en el área urbana el 27.5% de los hogares se encuentran en el quintil superior de riqueza y 2.9% en el quintil inferior, mientras que el área rural concentra el 59.3% de los hogares que se ubican en el quintil inferior y el 0.5% en el quintil superior¹³. Así mismo la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) constata para el año 2012 que el 25.8% de la población se encuentra en situación de pobreza, la cual afectaría en buena medida a niños y adolescentes. De esta manera se estima que el 24.4% de la población adolescente y joven presenta alguna condición de pobreza y, por tanto cuenta con menores condiciones para su desarrollo personal¹⁴.

¹¹ Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú. Ministerio de Salud-Dirección General de Epidemiología 2013.

¹² INEI. Estado de la Población Peruana 2012. Disponible en:

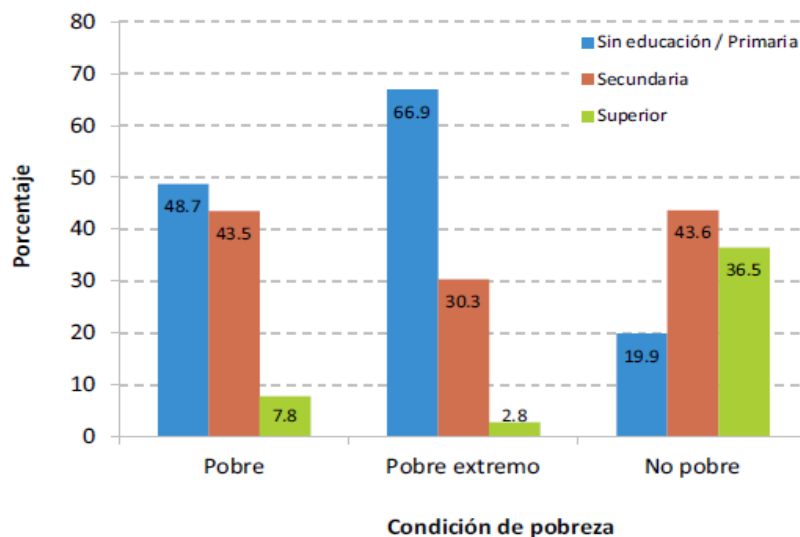
<http://www.inei.gob.pe/bibliointerpub/bancopub/Est/Lib1032/libro.pdf> (Citado en: Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú. Ministerio de Salud-Dirección General de Epidemiología 2013).

¹³ INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2012. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/Libro.pdf> (Citado en: Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú. Ministerio de Salud-Dirección General de Epidemiología 2013).

¹⁴ INEI. Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG), 2012. Informe técnico de la Evolución de la pobreza, 2007-2012. Disponible en: http://www.inei.gob.pe/DocumentosPublicos/Pobreza_InformeTecnico2013.pdf (Citado en: Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú. Ministerio de Salud-Dirección General de Epidemiología 2013).

Gráfico 1

Gráfico 7. Nivel de educación de la población de 15 a más años de edad, por condición de pobreza monetaria. Perú, 2012



Fuente: INEI. Evolución de la pobreza monetaria 2007-2012 - Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG), 2012. (Tomado de: Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú. Ministerio de Salud-Dirección General de Epidemiología 2013).

El siguiente determinante analizado por el ASIS 2013, se refiere a la educación donde, de acuerdo a las estimaciones de la ENDES 2012 entre la población de 15 a 29 años se observa que 61% del total de jóvenes ha alcanzado el nivel secundario. Es en el área urbana donde se han identificado los mayores niveles de educación, tanto para hombres, como para mujeres¹⁵.

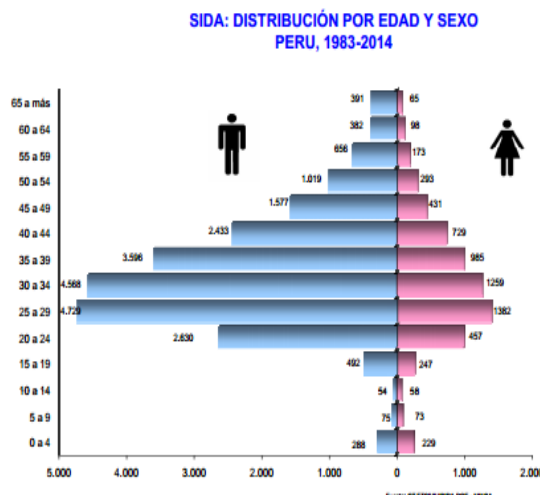
Como otro determinante para la transmisión del VIH, el ASIS ha analizado el consumo de alcohol y drogas ilegales, por su relación, ya conocida con conductas sexuales de riesgo. Entre estas conductas se encuentra, por ejemplo, el no uso del preservativo al momento de haber consumido alcohol u otras drogas psicoactivas. Esta conducta se ha reportado, tanto en hombres y mujeres heterosexuales, como también entre hombres que tienen sexo con otros hombres y en mujeres trans. Respecto a este determinante el ASIS 2013 menciona un estudio reciente que comparó los factores de riesgo para el VIH entre HSH que conocían o desconocían su estado de infección por VIH; el análisis multivariado demostró que haber tenido relaciones sexuales anales sin protección y haber consumido alcohol estaban independientemente asociados con un diagnóstico reciente de VIH¹⁶.

¹⁵ INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2012. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/Libro.pdf> (Citado en: Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú. Ministerio de Salud-Dirección General de Epidemiología 2013).

¹⁶ Vagenas P, Ludford KT, Gonzales P, Peinado J, Cabezas C, Gonzales F, Lama JR, Sanchez J, Altice FL; for the Peruvian HIV Sentinel Surveillance Working Group. Being Unaware of Being HIV-Infected Associated with Alcohol Use Disorders and High-Risk Sexual Behaviors among Men Who have Sex with Men in Peru. AIDS

En referencia al VIH, entonces, vemos que además de concentrada, la epidemia es joven, por lo que estos determinantes son de crucial importancia para la respuesta al VIH.

Gráfico 2



Es claro que si el Perú atraviesa un proceso de transición demográfica, es en este caso fundamental en relación al Bono Demográfico, que se refiere a la etapa en que la población infantil se reduce en términos relativos – e incluso absolutos – mientras que la principal proporción de la población se concentra en las edades de trabajar y donde aún no es acelerado el crecimiento de la población de mayor edad¹⁷. Si no se considera este bono demográfico y no se atienden políticas públicas efectivas para la población joven y adolescente en educación y salud; en este caso específico políticas de salud sexual y reproductiva (SSRR) (educación sexual, acceso a la atención en SSRR de los adolescentes y jóvenes, consideración de la población adolescente y joven HSH y trans etc.) el bono demográfico tenderá a perderse, constituyéndose en una pérdida para la respuesta al VIH y para el país.

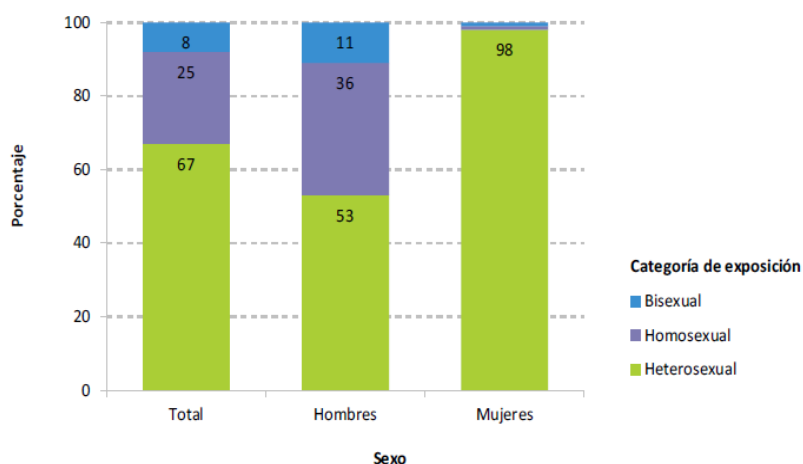
El ASIS 2013 reporta además, la categoría de exposición. En este sentido se presenta que, del total de casos de VIH notificados en el periodo 1986 - 2012, cuya transmisión fue por vía sexual, un 67% correspondió a contacto heterosexual, un 25% a contacto homosexual y un 8% a contacto bisexual. Donde el contacto homosexual y bisexual fue mayor en los varones, reportándose en el 36% y 11% de los casos respectivamente. Mientras que en las mujeres, un 98% de casos reportó el contacto heterosexual como categoría de exposición.

Behav. 2013 May 14. [Epubahead of print] ((Citado en: Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú. Ministerio de Salud-Dirección General de Epidemiología 2013)

¹⁷ UNFPA. El Bono Demográfico Regional en el Perú. Lima. 2012

Gráfico 3

Gráfico 19. Porcentaje de casos de VIH notificados por transmisión sexual, según categoría de exposición y sexo, Perú 1986-2012.



Fuente: Dirección General de Epidemiología / NOTI-VIH/ RENACE / GTTB-VIH – MINSA.

Una constatación importante que realiza el ASIS 2013 es que, en el Perú al inicio de la epidemia, los casos notificados pertenecían predominantemente a la población de HSH, incluidos los bisexuales, desempeñando este último grupo un rol determinante para el avance de la epidemia en la población heterosexual. Sin embargo, entre el total de casos notificados cuya vía de transmisión fue la sexual, se observa, en los últimos 10 años, una tendencia decreciente sólo en el caso de las mujeres heterosexuales y una tendencia ascendente en la categoría de exposición de HSH; lo que indicaría que se ha dado un mayor avance en prevención de mujeres heterosexuales y menos en HSH.

Gráfico 4

Gráfico 20. Evolución de los casos de VIH y SIDA notificados por transmisión sexual, según categoría de exposición, Perú 1986-2012.

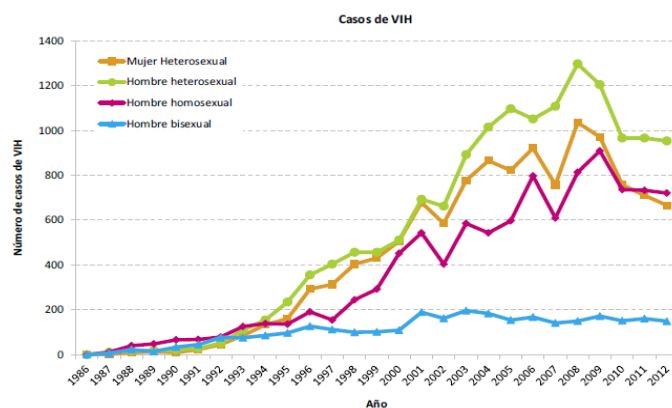
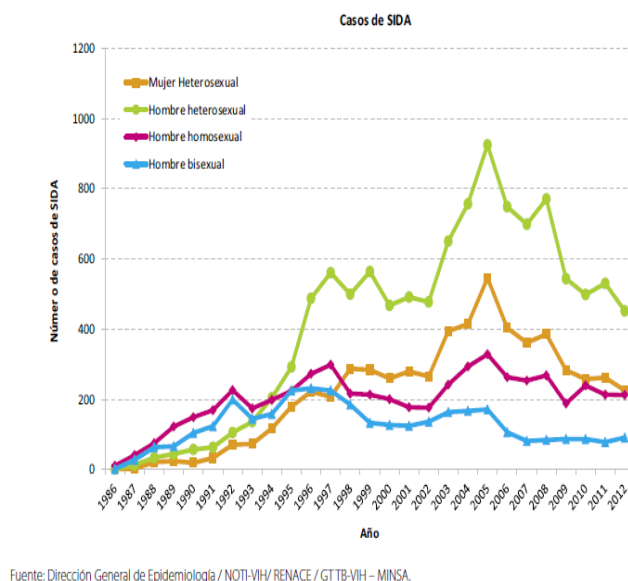


Gráfico 5



De otra parte el modelo denominado Modos de Transmisión¹⁸, que proporciona una estimación de la incidencia y su distribución entre los grupos de riesgo según el modo de transmisión, estimó una incidencia para el Perú de 0,03% para el año 2010 (4346 nuevas infecciones por VIH), distribuidas de la siguiente manera: el 84% de nuevas infecciones se concentra en grupos de mayor riesgo: hombres que tienen sexo con hombres (55%) y personas que tienen sexo casual heterosexual (6,2%). El 16% restante corresponde a la población heterosexual de bajo riesgo. La transmisión heterosexual es del 43% de nuevos casos, y dentro de estos el 18% corresponde a parejas femeninas de sujetos de alto riesgo. Sólo 2,2% de casos está relacionado al trabajo sexual femenino y 1,0% a usuarios de drogas inyectables. Por tanto los grupos de mayor riesgo lo constituyen HSH, las parejas femeninas de HSH y las TS donde 84% de las nuevas infecciones se concentra en estas poblaciones.

De otro lado la evaluación final del programa de Intervención en VIH de VI ronda del Fondo Mundial¹⁹, presenta en su primer sub-estudio un Análisis del Comportamiento de la epidemia del VIH/SIDA²⁰, utilizando el uso de Modelamiento matemático para el análisis de la Epidemia. Este estudio tuvo como objetivo explicar los resultados obtenidos al culminar el Programa de VI Ronda respecto al comportamiento de la epidemia del VIH/SIDA, haciendo énfasis en la población de HSH y de mujeres Trans. Para estas dos

¹⁸ Alarcón J, Pun M, Gutiérrez C, Whittembury A, Tejada R, Suárez L, Rosell G, Bórquez A, Cuchi P. Estimación y análisis de la incidencia de VIH en población adulta del Perú: resultados de la aplicación del modelo matemático MoT. Rev. Peru Med. Exp. Salud Pública. 2012;29(4):452-60.

¹⁹ Coordinadora Nacional Multisectorial En Salud Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y La Malaria, CARE PERU. *Evaluación final del Programa Intervención en VIH de VI Ronda del Fondo Mundial: Integrando Recursos para la Lucha contra el VIH/sida en el Perú*. 2013

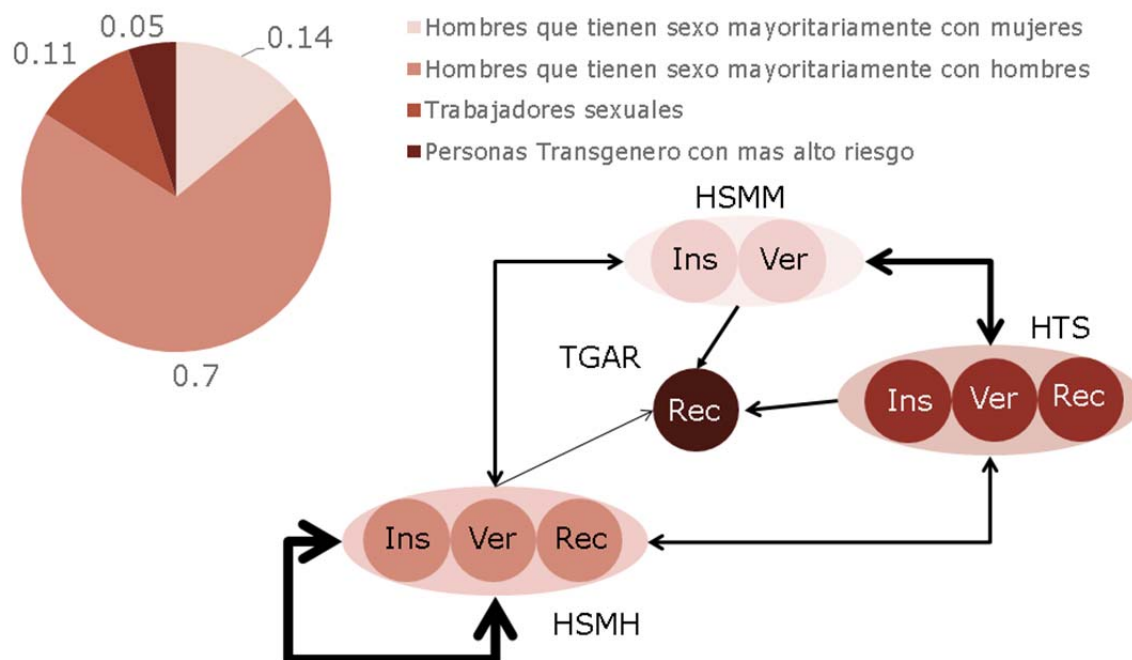
²⁰ Para la ejecución este estudio se invitó a investigadores del Imperial College London como colaboradores, aportando su experiencia en modelamiento matemático. Ellos aceptaron, en la persona de la investigadora Dra. Annick Borquez, quien es colaboradora principal de este componente.

poblaciones se tuvo en cuenta la tendencia de la tasa de incidencia y la prevalencia de VIH desagregada (según la disponibilidad de datos primarios) por sub-poblaciones, edad y ámbito geográfico, según los datos de vigilancia epidemiológica publicados, otras publicaciones científicas del país, y los indicadores reportados en el marco de desempeño de VI ronda. Asimismo, se consideró datos históricos y se tuvo como referencia otros análisis considerados a nivel internacional.

El modelo matemático utilizado representó la transmisión de VIH en la población HSH/trans de Lima. Así, éste representa a 4 subgrupos poblacionales: a) hombres que tienen sexo mayoritariamente con Hombres (HSMH) que corresponden a los hombres identificados como gay y otros HSH; b) Hombres que tienen Sexo mayoritariamente con Mujeres (HSMH) pero que esporádicamente tienen sexo con hombres y se identifican como bisexuales o heterosexuales; c) los Hombres Trabajadores Sexuales (HTS) que pueden identificarse como homosexuales, bisexuales o heterosexuales, pero cuyo riesgo se debe al alto número de parejas; y d) las mujeres Trans, que según varios estudios tienen mayor riesgo y en una alta proporción (>70%) se dedican al trabajo sexual. Cada grupo estuvo definido por: a) su frecuencia de uso de condón, b) el número de parejas y c) el número de actos sexuales por pareja, variando según el tipo de pareja. Además se consideraron tres tipos de parejas: a) parejas estables con un número importante de actos sexuales, b) parejas ocasionales con un número menor de actos sexuales, y c) parejas comerciales con pocos actos sexuales por pareja.

Finalmente se consideraron diferentes perfiles de posicionamiento sexual durante el sexo penetrativo anal y su efecto sobre la dinámica de la epidemia: a) rol insertivo fijo, b) receptivo fijo y c) versátil (insertivo y receptivo con una misma pareja; o alternancia de roles con parejas distintas). Todos estos grupos, comportamientos y características provinieron de numerosos documentos y artículos cuantitativos y cualitativos revisados para este efecto, dando como resultado el siguiente diagrama:

Diagrama 1



Distribución de los grupos considerados en el modelo y patrones de contacto sexual.

Los resultados de este modelamiento presentan una consistencia con escenarios que simulan una reducción en la incidencia durante el periodo de las intervenciones del Fondo Mundial. Con base en los datos de vigilancia de 2011, los datos sugieren que el impacto de las intervenciones ha variado según los grupos. La prevalencia en HSMH (heterosexuales y bisexuales) es mucho más consistente con una reducción en la incidencia y en menor grado este patrón se repite en HSMH (homosexuales) y HTS. En contraste, los resultados no indican un impacto en mujeres Trans. Es posible que este grupo no se hayan beneficiado de las intervenciones del fondo mundial al mismo grado, aunque son más visibles que los hombres que se identifican como heterosexuales y bisexuales, y podría esperarse que tuvieran una mayor exposición a los servicios de prevención. Es posible que, a pesar de un (supuesto) más favorable acceso a los servicios, otras barreras estructurales (discriminación, auto-exclusión) no les hayan permitido concretar dicho acceso o reducir el riesgo. Es posible que las limitaciones estructurales de acceso a la población trans (extrema exclusión social con bajo acceso a salud y educación, transfobia internalizada, trabajo sexual como actividad principal, asociado a uso de sustancias), no permitan que las intervenciones puedan llegar a ellas.

Finalmente los resultados de este estudio sugieren que la incidencia no ha aumentado y por el contrario probablemente ha disminuido en ciertos grupos, con mayor evidencia, de una reducción de la incidencia, en HSMH (heterosexuales y bisexuales), y con cierta evidencia en HSMH (homosexuales) y HTS (hombres trabajadores sexuales).

III. Respuesta Nacional a la Epidemia del SIDA

3.1. Prevención de la transmisión del VIH

El acceso a los servicios constituye un aspecto crucial para el ejercicio del derecho a la salud²¹. ASIS 2013 muestra a través de su análisis de la ENAHO que el 66.3% de la población del país se encuentra afiliada a un seguro de salud; donde el 34% accede al Seguro Integral de Salud (SIS), el 24.8% al Seguro Social de Salud (EsSALUD) y el 7.5% a otros seguros de salud. Por su parte, según ENDES 2012, citada en el ASIS 2013, de las mujeres en edad fértil, el 57% tiene algún seguro de salud, en mayor proporción el Seguro Integral de Salud (31.5%) y en EsSALUD (23%). Al SIS tuvo mayor acceso la población de mujeres en edad fértil del área rural, en mayor proporción provenientes del quintil inferior de riqueza (72.1%) y sin nivel de educación (65.6%). Así mismo ASIS 2013 afirma que para que un sistema de salud cumpla su objetivo de preservar y mejorar la salud de una población, se requiere de recursos humanos, infraestructura y equipamiento necesario que le permita el desempeño de sus funciones. Siendo el sistema de salud peruano un sistema segmentado, donde el MINSA cumple el rol de rectoría, las instituciones prestadoras de servicios se encuentran desarticuladas, tienen recursos limitados disponibles y persiste la duplicidad de funciones. Todos estos problemas afectan la respuesta en salud del MINSA, entre ellas la respuesta al VIH²².

Específicamente para VIH, la atención preventiva de los grupos poblacionales clave, y el tratamiento de las personas con VIH se realizan en el siguiente número de establecimientos: 96 establecimientos que brindan TARGA (MINSA, FFAA y Policía, ONGs), 83 UAMPs, y 25 CERITSS. El TARGA por ejemplo, requiere de la conformación de un equipo multidisciplinario en cada establecimiento donde éste se provee con personal especializado y capacitado. Existen aún brechas por superar en relación, por ejemplo al recurso humano especializado, como infectólogos, gineco-obstetras, epidemiólogos para atender las necesidades en todas las regiones del país.²³

²¹ Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú. Ministerio de Salud-Dirección General de Epidemiología 2013.

²² Op.cit.

²³ Op.Cit

3.1.1. Población General

1.1. Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años de edad que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus

2010	2012	2013	2014
- Mujeres 20.03% (58/4,283) - Varones 28.27% 605/2140 Mujeres: ENDES 2009 Varones: ENDES 2008	- General 33.6% (2578 / 7679) - 15 a 19 años: 28.7% (1226 / 4279) - 20 a 24 años: 39.8% (1352 / 3399) Observación: solo mujeres Para varones se tiene: - Varones : 28.27% (Dato reportado en el informe anterior, en base a la ENDES 2008 de varones).	- General: 33.6% (2578 / 7679) - 15 a 19 años: 28.7% (1226 / 4279) - 20 a 24 años: 39.8% (1352 / 3399) Observación: solo mujeres Para varones se tiene: - Varones : 28.27% (Dato reportado en el informe anterior, en base a la ENDES 2008 de varones).	Total general: 27.1 (2151) De 15 a 19 = 27% (1190) De 20 a 24= 27.1% (961) Observación: Sólo Mujeres

1.2. Porcentaje de mujeres y varones jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años

2010	2012	2013	2014
- Mujeres 6.68% 286/4,283 - Varones 11.60% 250/2,139 Mujeres: ENDES 2009 Varones: ENDES 2008	- General: 6.3% (482 / 7677) - 15 a 19 años: 5.8% (250 / 4278) - 20 a 24 años: 6.8% (232 / 3399) Observación: solo mujeres Para varones se tiene: - Varones : 11.7% (Dato reportado en el informe anterior, en base a la ENDES 2008 de varones).	- General: 6.3% (482 / 7677) - 15 a 19 años: 5.8% (250 / 4278) - 20 a 24 años: 6.8% (232 / 3399) Observación: solo mujeres Para varones se tiene: - Varones : 11.7% (Dato reportado en el informe anterior, en base a la ENDES 2008 de varones).	Total general: 9% (722) De 15 a 19 =8.7% (377) De 20 a 24= 9.3% (3445) Observación: Sólo Mujeres

1.3. Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos doce meses

2010	2012	2013	2014
- Mujeres 1.23% (157/12,743) - Varones 13.51% (763/5,649) Mujeres: ENDES 2009 Varones: ENDES 2008	- General: 1.0% (232 / 22945) - 15 a 19 años: 1.7% (73 / 4278) - 20 a 24 años: 1.8% (61 / 3399) - 25 a 49 años: 0.6% (99 / 15268) Observación: solo mujeres Para varones se tiene: - Varones : 13.5% (Dato reportado en el informe anterior, en base a la ENDES 2008 de varones).	Mujeres no unidas - 2% (15 a 49 años) - 0.9% (15 a 19 años) - 3.1% (20 a 24 años) - 2.5% (25 a 49 años) Mujeres unidas - 0.3% (15 a 49 años) - 1.7% (15 a 19 años) - 0.2% (20 a 24 años) - 0.2% (25 a 49 años) ENDES 2011 (mujeres)	Total general: 1.5% (289) De 15 a 19: 1.1% (51/4489) De 20 a 24: 1% (35/3589) De 25 a 49: 1.2% (193/15810) Observación: Sólo Mujeres

1.4. Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual

2010	2012	2013	2014
- Mujeres 24.84% (39/157) - Varones 71.78% (547/762) Mujeres: ENDES 2009 Varones: ENDES 2008	- General: 37.1% (92 / 248) - 15 a 19 años: 41.3% (31 / 75) - 20 a 24 años: 26.2% (17 / 65) - 25 a 49 años: 40.7% (44 / 108) Observación: solo mujeres Para varones se tiene: - Varones : 714.78% (Dato reportado en el informe anterior, en base a la ENDES 2008 de varones).	- General: 37.1% (92 / 248) - 15 a 19 años: 41.3% (31 / 75) - 20 a 24 años: 26.2% (17 / 65) - 25 a 49 años: 40.7% (44 / 108) Observación: solo mujeres Para varones se tiene: - Varones : 714.78% (Dato reportado en el informe anterior, en base a la ENDES 2008 de varones).	Total general: 29.5% (75) De 15 a 19: 27.4% (11/51) De 20 a 24: 20.4% (7/35) De 25 a 49: 31.6% (57/193) Observación: Sólo Mujeres

1.5. Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados

2010	2012	2013	2014
- Mujeres: 29.74% (3790/12,742) - Varones: 5.35% (302/5648) Mujeres: ENDES 2009 Varones: ENDES 2008	- General: 38.9% (8935 / 22946) - 15 a 19 años: 10.7% (458 / 4278) - 20 a 24 años: 41.1% (1398 / 3399) - 25 a 49 años: 46.4% (7079 / 15269) Observación: solo mujeres, y la pregunta en la ENDES es sobre pruebas alguna vez en la vida y no los últimos doce meses Para varones se tiene: - Varones : 5.4% (último año) (Dato reportado en el informe anterior, en base a la ENDES 2008 de varones).	- General: 38.9% (8935 / 22946) - 15 a 19 años: 10.7% (458 / 4278) - 20 a 24 años: 41.1% (1398 / 3399) - 25 a 49 años: 46.4% (7079 / 15269) Observación: solo mujeres, y la pregunta en la ENDES es sobre pruebas alguna vez en la vida y no los últimos doce meses Para varones se tiene: - Varones : 5.4% (último año) (Dato reportado en el informe anterior, en base a la ENDES 2008 de varones).	Proxy Total mujeres 45.8% 15 a 19: 2.3% 20 a 24: 6.9% 25 a 49: 36.6% ENDES 2012 (se pregunta por una sola vez en la vida)

1.6. Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años que viven con el VIH

2010	2012	2013	2014
- General 0.23% (7/3,075)	- 0.23% (Gestantes) (7 / 3075) - 0.27% (Parejas) (8 / 2 988) Dirección General de Epidemiología (DGE) – IMPACTA, vigilancia centinela 2006 – 2007.	- Proxy: 0.16% (697/443470) Fuente: ESNSSR (2011) (Gestantes tamizadas y gestantes reactivas) Dato proviene de todos los centros maternos	- 0.23% (Gestantes) (7 / 3075) Dirección General de Epidemiología (DGE) vigilancia centinela 2006 – 2007.

		registrados en la estrategia Sanitaria de salud Sexual y Reproductiva del país (incluye zona urbana y zona rural)	
--	--	---	--

Por consenso internacional, la vigilancia en gestantes es utilizada como medida indirecta de la situación del VIH en la población general. A partir del 2002, la metodología fue modificada, realizándose una vigilancia centinela en gestantes de 15 a 24 años que acudían a la atención prenatal en hospitales, centros y puestos de salud del MINSA. Por otra parte el estudio PREVEN presenta datos de prevalencia de VIH en población general (adultos jóvenes) correspondientes para las ciudades de control y prevención en 2002 de 0.002. Así mismo para 2006 presentó la prevalencia de 0.004 en las ciudades de control y 0.003 en las de intervención²⁴. Por lo tanto, teniendo en cuenta los diferentes estudios realizados y los resultados de la vigilancia centinela, la prevalencia de VIH en la población general se mantiene en menos del 1% hasta la actualidad²⁵.

Si bien en el cuadro de indicadores GARPR se está volviendo a colocar el dato correspondiente a la vigilancia centinela en gestantes del año 2008, como dato proxy ofrecemos el que arroja la hoja de monitorización de la ESNITSS durante el 2013, que por cierto no corresponde solamente a jóvenes de 15 a 24 años, y que se refiere únicamente a gestantes²⁶:

- Total de gestantes como denominador: **365,325**
 - Gestantes reactivas: 507
 - Puérperas reactivas: 40
- } como numerador: **547** } **0,15%(547/365325)**

Así mismo, la población general tamizada que resultó reactiva a la prueba de VIH fue un total de 3913 personas (hombres y mujeres)

Tabla 1

0 a 11 años	12 a 17 años	18 a 29 años	30 a 59 años	60 años a más	TOTAL
80	90	1,576	2,046	121	3913

De estas **2440** fueron varones. El porcentaje de varones y mujeres entre 12 y 29 años, es decir los jóvenes, que fueron tamizados y resultaron reactivos es de 0.64% y el porcentaje de varones y mujeres del rango de edad entre 12 y 59 años es de 0.69%.

En relación al tamizaje de hombres y mujeres los datos correspondientes al 2013 provenientes de la hoja de monitorización especifican lo siguiente:

Tabla 2

²⁴ García PJ, Holmes KK, Cárcamo CP, et al. Prevention of sexually transmitted infections in urban communities (Peru PREVEN): a multicomponent community-randomised controlled trial. DOI:10.1016/S0140-6736(12)60152-4. 2013

²⁵Op.cit.

²⁶ Hoja de Monitorización de ESNITSS 2013

	0 a 11 años	12 a 17 años	18 a 29 años	30 a 59 años	60 años a más	TOTAL
Mujeres	1,646	13,509	114,968	132,854	11,383	274,359
Hombres	1,978	11,822	119,765	144,553	14,295	292,413
	3,624	25,331	234,733	277,407	25,678	566,772

Fuente: Hoja de monitorización de la ESNITSS, 2013 (al 80% de DISAS y DIREAS, no incluye Cusco 2 centros, Junín 1 centro, Lima ciudad 2 centros y Lima sur 6 centros)

En relación a los conocimientos en VIH que tiene la población general, el 2010 se realizó, a nivel nacional, la Encuesta Global de Salud Escolar en una muestra representativa de alumnos en 2do, 3er y 4to grado de educación secundaria de escuelas estatales²⁷. En esta encuesta se midió el conocimiento relativo al VIH, y los resultados indicaron que el 92.2% de los estudiantes había oído hablar alguna vez del VIH o del SIDA, al 84.6 % le hablaron del tema en sus clases, a un 83.8% le enseñaron cómo evitar el VIH o el SIDA y el 67.6% de los estudiantes habló alguna vez con sus padres o tutores sobre este tema.

Así mismo, de acuerdo a esta misma encuesta, el 19.7% de los estudiantes refirió haber tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida, siendo el porcentaje mayor en varones (28.3%) que en mujeres (11.1%). Entre estos estudiantes, 46.7% tuvieron su primera relación sexual antes de los 14 años y el 9.1% refirieron haber tenido más de una pareja sexual (15.6% de varones y 2.6% de mujeres). Entre aquellos estudiantes que tuvieron relaciones sexuales en los últimos 12 meses, el 64.3% utilizó un condón en su última relación sexual. Se observa además que el porcentaje de estudiantes que refirió haber tenido relaciones sexuales antes de los 14 años fue tres veces mayor entre los que respondieron haber bebido alcohol antes de los 14 años (64.3%), comparados con los que declararon no haber consumido bebidas alcohólicas antes de los 14 años (20.0%).

No obstante es necesario resaltar que las intervenciones en las escuelas han cesado y ello pone en riesgo lo avanzado en los años pasados en relación a los conocimientos de jóvenes y adolescentes y que las políticas o normas no están favoreciendo el abordaje de adolescentes entre 15 y 17 años en lo que se refiere a prevención lo cual está generando una brecha que se visibilizará dentro de un tiempo.

Es de resaltar que no existe en el país una relación entre VIH y pobreza aun cuando, de acuerdo al INEI, al 2012 24.4% de la población adolescente y joven presentaba alguna condición de pobreza.

La ENDES 2012²⁸ muestra que del total de mujeres entrevistadas, el 96.6% conocía o había oído hablar del VIH/SIDA y el 77.8% refirió conocer que se reduce el riesgo de adquirir el VIH usando el preservativo durante las relaciones sexuales. En el caso de las adolescentes (15-19 años), la proporción fue de 72% para esta última variable.

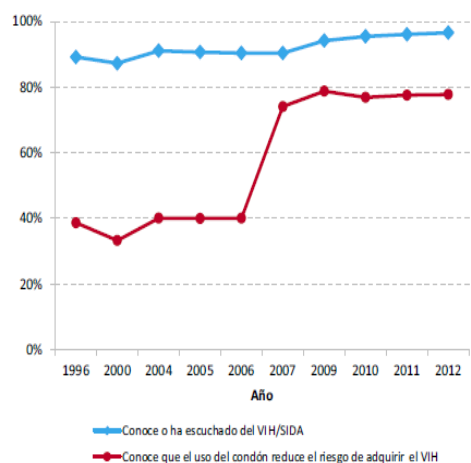
²⁷ Ministerio de Salud. Encuesta global de salud escolar. Resultados - Peru 2010. Peru, 2011. Disponible en: http://www.who.int/chp/gshs/GSHS_Report_Peru_2010.pdf ((Citado en: Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú. Ministerio de Salud-Dirección General de Epidemiología 2013).

²⁸ INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2012. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/Libro.pdf> (Citado en: Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú. Ministerio de Salud-Dirección General de Epidemiología 2013).

ASIS 2013 concluye que existe la tendencia a un mayor conocimiento sobre VIH/SIDA, que a su vez indica un mayor acceso a información entre adolescentes y mujeres. Estos progresos se observan principalmente en la capital del Perú, específicamente en la zona urbana de Lima Metropolitana²⁹. Sin embargo, un dato importante que aporta ENDES 2012, es que las mujeres que desconocen aspectos relacionados con el VIH/SIDA son aquellas con niveles educativos más bajos (27.1%) y las que pertenecen al quintil inferior de riqueza (15.7%)³⁰.

Gráfico 6

Gráfico 9. Conocimiento del VIH/SIDA y del uso del preservativo para la prevención del VIH en mujeres de edad fértil. Perú, 1996-2012



Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), 1996-2012.

El ASIS muestra también que en el 2012 el porcentaje de mujeres que refirieron que el virus no se puede transmitir durante la gestación aumentó respecto a la ENDES2009 en relación a ENDES 2012 (12.1% vs 21% respectivamente). De acuerdo a la ENDES 2012 entre las mujeres, que habían tenido al menos una relación sexual, el 9.7% tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años y el 47.1% las inició antes de los 18 años. Entre las adolescentes (15-19 años), el 85.4% tuvo su primera relación sexual antes de los 18 años, es decir, siendo aún menores de edad y por ende con el acceso restringido a los servicios de salud sexual y reproductiva en el país³¹. En la ENDES 2012, se observa un bajo nivel de uso del preservativo (15.5%). Según el estado civil, las mujeres no unidas tienen más probabilidad de usar el preservativo, en comparación con las mujeres unidas

²⁹ Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú. Ministerio de Salud-Dirección General de Epidemiología 2013

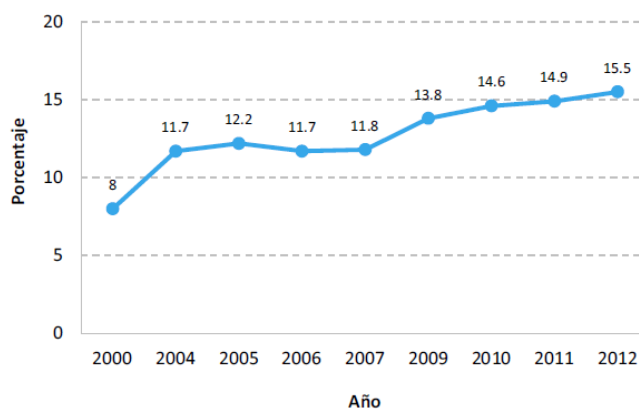
³⁰ INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2012. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/Libro.pdf> (Citado en: Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú. Ministerio de Salud-Dirección General de Epidemiología 2013).

³¹ INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2012. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/Libro.pdf> (Citado en: Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú. Ministerio de Salud-Dirección General de Epidemiología 2013).

(OR=3.38, IC95% 3.09-3.70) siendo esta asociación estadísticamente significativa ($p<0.001$)³². Los datos muestran que el conocimiento y acceso al condón aumenta en tanto mayor sea el nivel educativo y las condiciones socio-económicas en las que las mujeres viven. En relación a los varones lamentablemente aún no se les ha vuelto a incluir en ENDES por lo que únicamente se cuenta con los datos del año 2008.

Gráfico 7

Gráfico 10. Uso de preservativo en última relación sexual, en mujeres de edad fértil. Perú, 2000-2012



Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), 2000-2012.

Con respecto a la evaluación final de VI Ronda³³, la información disponible sobre la población de adolescentes y jóvenes en relación a sus conductas sexuales de riesgo y el contexto de la prevención del VIH, proviene de encuestas de hogares realizadas especialmente para dicha evaluación. Una primera constatación es que en los grupos de 12 a 18 y de 19 a 24 años, se ha producido un incremento del uso de preservativo en comparación a las primeras mediciones como se puede ver en la tabla siguiente:

Tabla 3

INDICADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	RESULTADO MEDICIÓN 2010	RESULTADO MEDICIÓN 2012
% de adolescentes escolares (12-18 años) que utiliza preservativo en la última relación sexual	Encuesta Ad-Hoc 2012	TOTAL: 58.6% (78/133*100)	TOTAL: 65% (162/249*100)
Porcentaje de adolescentes escolares 12-18 años que tienen información de ITS / VIH y aspectos de vida saludable	Encuesta Ad-Hoc 2012	TOTAL: 84.0% (1258/1497*100)	TOTAL: 90.6% (2900/3200*100)

Evaluación Final 6ta Ronda 2013

³²Op.cit.

³³ Coordinadora Nacional Multisectorial En Salud Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y La Malaria, CARE PERU. Evaluación final del Programa Intervención en VIH de VI Ronda del Fondo Mundial: *Integrando Recursos para la Lucha contra el VIH/sida en el Perú*. 2013

Tabla 4

INDICADOR DE EFECTO	FUENTE DE INFORMACIÓN	RESULTADO LINEA DE BASE 2006	RESULTADO EVALUACION INTERMEDIA 2010	RESULTADO EVALUACION FINAL 2012
Proporción de jóvenes 19 a 24 años que utilizaron preservativo en su última relación sexual, para prevenir las ITS / VIH	FUENTE PRIMARIA: Encuesta Hogares	TOTAL 37.3% (279/749)	TOTAL: 57.7% (364/631*100) HOMBRES: 67.4% (232/344*100) MUJERES: 46.0% (132/287*100)	TOTAL: 60.6% (291/480*100) HOMBRES: 61.7% (161/261*100) MUJERES: 59.4% (130/219*100)
% (19-24 años) que tienen información de ITS / VIH y aspectos de vida sexual saludable	FUENTE PRIMARIA: Encuesta Hogares	TOTAL: 84.8% (1064/1255*100)	TOTAL: 97.8% (871/891*100) HOMBRES: 98.3% (403/410*100) MUJERES: 97.3% (468/481*100)	TOTAL: 97.2% (660/679*100) HOMBRES: 96.7% (321/332*100) MUJERES: 97.7% (339/347*100)

Evaluación Final 6ta Ronda 2013

La Evaluación final del Fondo Mundial observa que el principal efecto de las intervenciones en adolescentes y jóvenes se ha dado a nivel del incremento del conocimiento sobre el VIH y otras ITS y las prácticas sexuales saludables; observándose un menor efecto en cuanto al uso de condón. Sin embargo, se debe enfatizar que, en relación a la población de escolares, persisten obstáculos estructurales; por ejemplo, se continúa manteniendo la limitación legal a las relaciones sexuales entre y con menores de edad, así como el acceso a contracepción, preservativos y servicios de SSR sin el consentimiento parental.

En la siguiente tabla elaborada por la DGE mostramos las prevalencias en Población General entre 1992 y 2007:

Tabla 5

Tabla 6. Prevalencia de VIH en población general, Perú 1992 – 2007

Autor de estudio	Año del dato	Grupo poblacional	Región	Tamaño muestral	Prevalencia (%)	IC 95%
Sánchez J.	1992	Población general	Lima	490	0.20	
McCarthy ^a	1986-1990	Población general (donadores de sangre)	Nacional	83526	0.25	
		• Don. voluntarios (89% varones)		78793	0.2	
		• Don. pagados (98% varones)		4733	0.3	
Alarcón J. ²	1996-1997	Gestantes	Lima	12436	0.50	
		• 20-35 años			0.5-0.6	
		• >35 años			0.1	
PROCETSS	1996	Gestantes 15-24 años	Nacional		0.16	
			Lima	3566	0.28	
			Regiones	2969	0.03	
PROCETSS	1997	Gestantes 15-24 años	Nacional		0.34	
			Lima	3450	0.60	
			Regiones	4343	0.20	
PROCETSS	1998	Gestantes 15-24 años	Nacional	3990	0.15	
			Lima		0.23	
PROCETSS – DGE – INS	1999	Gestantes 15-24 años	Nacional	3622	0.15	
			Lima		0.30	
PROCETSS – DGE	2000	Gestantes 15-24 años	Nacional	9429	0.26	
			Lima		0.48	
PROCETSS – DGE	2002	Gestantes 15-24 años	Nacional	10022	0.21	0.13 – 0.32
			Lima		0.43	0.23 – 0.74
			Regiones		0.11	0.05 – 0.22
			Costa		0.30	0.17 – 0.49
			Sierra		0.03	0.00 – 0.16
			Selva		0.34	0.11 – 0.79
UPCH-PREVEN	2002	Población general	Nacional*	> 15000	0.22	
			Varones		0.40	
			Mujeres		0.10	
UPCH – DGE ^a	2004	Parejas de gestantes	Lima, Ica, Tarma y Chiclayo	1835	0.8	0.5 – 1.4
PROCETSS – DGE	2005-2006	Gestantes 15-24 años	Nacional	3075	0.23	0.10 – 0.49
		Parejas de gestantes		2988	0.27	0.13 – 0.55
UPCH – PREVEN	2006	Población general (18 a 29 años)	Nacional	2988	0.27	
DGE**	2007	Gestantes 15-24 años	Nacional	5683	0.14	

Fuente: Dirección General de Epidemiología / GT TB-VIH – Ministerio de Salud
IC 95%: Intervalo de confianza al 95%; * Sin Lima y Callao; **Informe técnico preliminar

3.1.2. Trabajadoras/es sexuales hombres, mujeres y trans

1.7. Porcentaje de trabajadoras/es sexuales alcanzadas/os por los programas de prevención del VIH

2010	2012	2013	2014
N/I	N/I	N/I	Proxy TS Mujeres: 43.5% (21271/48851) TS Varones: 1572 (no existe denominador) Hoja de Monitorización ESNITSS 2013

1.8. Porcentaje de trabajadoras sexuales que reportan haber utilizado condón con su cliente más reciente

2010	2012	2013	2014
N/I	- General: 72.6% (623 / 858) - < 25 años: 70% - ≥ 25 años: 74% Observación: Es un proxy, está representando solo a los HSH que son TS, no representa a las mujeres TS. Son datos solo de Lima-Callao	- Proxy: 9.7% TS <i>Uso de condón con las tres últimas parejas</i> Fuente: Perla et al 2012	TS Mujeres: 95.3% (734/770) Fuente: Encuesta ad-hoc en trabajadoras sexuales. Evaluación final de VI Ronda del Fondo Mundial. TS Varones: 40% para Lima (Cercado y otros distritos) Fuente: Bayer et al 2013 Proxy TS Trans: 72.6%% para Lima Fuente: Vigilancia Centinela

1.9. Porcentaje de trabajadoras sexuales que se sometieron a un examen de VIH en los últimos 12 meses y conocen sus resultados.

2010	2012	2013	2014
Indicador no existía	- 37.3% (19 / 51) Observación: Es un proxy, representa solo a las mujeres que declaran haber tenido RS a cambio de regalos o dinero, no se está representando a los hombres TS. De otro lado, la ENDES pregunta si alguna vez la entrevistada se ha realizado una prueba de VIH, no en los últimos doce meses.	- Proxy: 53% TS han sido testeadas en el último año Trabajadoras sexuales mujeres clandestinas de la ciudad de Lima. Perla et al 2012 Genit Tract Infections, Bacterial Vaginosis; HIV and Reproductive health issues among Lima - Based Clandestine Female sex workers. En Infections	Proxy TS mujeres: 44% (21801/48851) TS varones tamizados 1595 (no existe denominador) Fuente: Hoja de Monitorización ESNITSS 2013 Trans: 72.6% Fuente: Vigilancia Centinela 2011

		diseases in obstetrics and Gynecology Volume 2012, Article ID 739624, 9 pages	
1.10. Porcentaje de trabajadoras/les sexuales que viven con VIH			
2010	2012	2013	2014
Indicador no existía	- General: 14.6% (125 / 858) - < 25 años: 13.6% (52 / 381) - ≥ 25 años: 15.3% (73 / 477) Observación: Es un proxy, está representando solo a los HSH que son TS, no representa a las mujeres TS. Son datos solo de Lima-Callao	- Proxy: 2.4% TS viven con VIH Trabajadoras sexuales mujeres clandestinas de la ciudad de Lima. Perla et al 2012 Genit Tract Infections, Bacterial Vaginosis; HIV and Reproductive health issues among Lima - Based Clandestine Female sex workers. En Infections diseases in obstetrics and Gynecology Volume 2012, Article ID 739624, 9 pages	- Proxy: 2.4% TS mujeres que viven con VIH sólo el distrito de la Victoria en Lima - Proxy a nivel nacional TS Mujeres que viven con VIH: 0.5%. - Proxy TS Varones que viven con VIH: 23% (14/61) para TS varones que trabajan en el Centro de Lima (Cercado) y 4% para TS varones fuera del Centro de Lima. - Trans: 29.5% para la ciudad de Lima Fuente: Perla et al 2012 Fuente: García et al 2012 Fuente: Bayer et al 2013 Fuente: Silva Santisteban et al 2011

- **Trabajadoras sexuales mujeres³⁴**

Las trabajadoras sexuales mujeres, aunque desde el inicio han formado parte de las poblaciones clave, han presentado prevalencias inferiores de infección por VIH a las prevalencias de poblaciones de HSH y trans. El estudio PREVEN reporta una prevalencia de 0.5% en el brazo de control, medida en el 2006 en doce ciudades del país, sin incluir Lima y Callao. En el brazo de intervención, la prevalencia fue de 0.3%³⁵. Al igual que en el resto de poblaciones clave, las tasas de infección por VIH son menores que en las demás ciudades de regiones fuera de Lima y Callao.

Los datos de la Hoja de Monitorización para este período reportan lo siguiente:

Total de trabajadoras sexuales tamizadas 24000 (con prueba rápida y con ELISA) ³⁶	} 0.34%
Total de trabajadoras reactivas 82	

³⁴El MINSA estima el número de trabajadoras sexuales a nivel nacional aplicando una proporción de 0.5% del total de mujeres mayores de 18 años (ASIS 2013)

³⁵García PJ, Holmes KK, Cárcamo CP, et al .Prevention of sexually transmitted infections in urban communities (Peru PREVEN):a multicomponent community-randomised controlled trial. Lancet. 2012. Mar 24;379 (9821):1120-8. Epub 2012 Feb 15.

³⁶ Algunos de estos podrían estarse duplicando

Por su parte la medición de indicadores del programa en VIH de II Ronda del Fondo Mundial en el 2008³⁷ reportó un uso de condón en la última relación sexual (con pareja no comercial) en TS que acuden a los servicios de atención médica periódica de 78%. Este dato es similar al reportado en las participantes del estudio PREVEN en el 2006 (68% en el grupo de intervención y 77% en el grupo control). La medición final de indicadores del proyecto de V Ronda del Fondo Mundial recogió información de 329 TS de 4 ciudades del Perú (Lima-Callao, Chimbote, Pucallpa e Iquitos) sobre este mismo indicador, muestra un uso de condón del 95% en la última relación sexual³⁸. Los estudios confirman que, sin bien el uso con clientes es elevado, el poder de negociación para su uso es menor con parejas no comerciales.

Sin embargo existe un dato más reciente correspondiente a la Evaluación final de VI Ronda del Fondo Mundial³⁹, donde se utilizó la hoja de monitorización del MINSA 2012 para medir la prevalencia de VIH, la cual constituye un registro programático de atenciones que se realizan en los establecimientos de salud. Para el año 2006 la prevalencia fue de 2.6% (317/12113) y para el 2008 fue de 2.8% (435/15505) y en el 2012 0.5% de (113/23504). En todo caso, en aquellas TS que acuden a los servicios de salud, la prevalencia de VIH se ha seguido reportando como menor al 1%.

Por otro lado, por lo menos en las TS encuestadas para la Evaluación final de VI Ronda, se demuestra que el uso de condón y lubricantes en el trabajo está bien establecido. El uso del preservativo, entonces, es bastante elevado, tendencia que se mantiene ya durante muchos años.

De acuerdo a este estudio, la cobertura de los servicios de AMP para TS ha sido la siguiente:

Tabla 6

	2006		2007		2008		2009		2012	
	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n
Encuesta ad-hoc UPCH (estudios de II, V y VI ronda)	43	110/254	43	113/311	77.7	261/336	81.8	234/286	No evaluado	-
Hoja de monitorización MINSA	42.3	16843/	13.9	17639/127000	Dato no consignado	-	89	5843/6600	75.9	16973/22367

Cobertura de AMP en Mujeres Trabajadoras Sexuales: Evaluación Final de VI Ronda 2013

³⁷ Coordinadora Nacional Multisectorial En Salud Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y La Malaria, CARE PERU. Evaluación final del Programa Intervención en VIH de II Ronda del Fondo Mundial. 2008. (Citado en: Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú. Ministerio de Salud-Dirección General de Epidemiología 2013).

³⁸ Coordinadora Nacional Multisectorial En Salud Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y La Malaria, CARE PERU. Evaluación final del Programa Intervención en VIH de V Ronda del Fondo Mundial 2010.

³⁹ Coordinadora Nacional Multisectorial En Salud Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y La Malaria, CARE PERU. Evaluación final del Programa Intervención en VIH de VI Ronda del Fondo Mundial: *Integrando Recursos para la Lucha contra el VIH/sida en el Perú*. 2013

Tabla 7

	2006		2007		2008		2009		2012	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Encuesta ad-hoc UPCH (estudios de II, V y VI ronda)	94.2	210/223	94.1	256/272	91.1	278/305	95%	417/439	95.3%	734/770

Uso de Preservativo en Mujeres Trabajadoras Sexuales: Evaluación Final de VI Ronda 2013

Una constatación importante es que desde hace ya varios años no se realiza una vigilancia centinela en esta población, es por ello que las organizaciones de trabajadoras sexuales desestiman los datos existentes, dado que la mayoría de estudios se concentran en las TS contactadas por los servicios de salud, cuyas principales intervenciones continúan siendo la Estrategia de Promotoras Educadoras de Pares (PEPs) y la Atención Médica Periódica (AMP), consistente en una la visita mensual a los centros de referencia para el manejo de ITS, para el diagnóstico de VIH y la detección y tratamiento de ITS bacterianas.

Las prevalencias en trabajadoras sexuales mujeres se muestran en el siguiente cuadro elaborado por la DGE:

Tabla 8

Tabla 14. Prevalencia de VIH en trabajadoras sexuales. Perú 1989-2002.						
Autor de estudio	Población	Año del dato	Región	Tamaño muestral	Prevalencia (%)	IC 95%
Alarcón J. ¹⁷	TS	1989	Callao	636	0.3	
M. McCarthy ¹	TS registradas	1986-1990	Nacional	5973	0.6	
	TS clandestinas			146	9.6	
Sánchez J.	TS	1992	Lima	400	0.6	
Sánchez J.	TS	1995	Lima y Callao	912	1.1	
Getaneh ¹⁸	TS clandestinas	1996	Lima		5.0	
PROCETSS	TS	1998	Nacional	1402	1.2	
Hierholzer ¹⁹	TS	1998-2000	Nacional	4936	0.6	
			Lima	3375	1.2	
PROCETSS	TS	2000	Nacional	5150	0.7	
DGE - PREVEN	TS	2002	Regiones (sin Lima y Callao)	4418	0.5	
Montano ⁹	TS no registradas	1999-2000	Lima (urbano)	3374	1.6	
			Regiones (rural)	4930	0.6	
Perla M.E. ²⁰	TS clandestinas	2002	Lima	212	2.4	0.3 – 4.4
CARE Perú	TS	2007	Nacional		2.6	

Fuente: Dirección General de Epidemiología / Vigilancia Centinela - GTTB-VIH - MINSA. IC 95%: Intervalo de confianza al 95%.

- Trabajadores sexuales varones

La Hoja de monitorización del año 2013 reporta lo siguiente:

Total de trabajadores sexuales tamizados 1595 ⁴⁰	}	6.7%
Total de trabajadores sexuales reactivos 107		

Esto estaría demostrando que se trata de una población sumamente vulnerable y en riesgo y de atención reciente; pero que no está siendo desatendida y posiblemente están acercándose a los servicios de salud progresivamente.

En general, los estudios sobre trabajadores sexuales han sido escasos en el Perú. Recientemente han sido publicados dos importantes estudios sobre esta población: el primero de éstos incide en las percepciones de vida y futuro de dos grupos de trabajadores sexuales aquellos que trabajan en el Cercado de Lima (Lima centro), y aquellos que trabajan en distritos urbanos de la ciudad de Lima, para entender sus riesgos y vulnerabilidades sociales, incluida la infección por VIH; ya que tal como los autores lo afirman este grupo presenta altas prevalencias de VIH y otras ITS en el Perú.

Este primer estudio⁴¹ informa sobre los espacios en los que estos grupos ejercen el oficio de trabajo sexual donde un 78% (18/23) de los TS que trabajan en el “cercado” de Lima lo hacen en plazas o parques públicos; mientras que aquellos que trabajan en otras localidades lo hacen en un 23.5% (4/17) en plazas y parques públicos y otro 23.5% (4/17) realiza el trabajo sexual en bares y night clubs. En menor porcentaje lo realizan en saunas, salas de video porno o cabinas de internet. Por otra parte la mediana de edad de inicio del trabajo sexual es de 19 años en el caso de aquellos que trabajan en el Cercado y 18 años en aquellos que trabajan en otras localidades urbanas. El estudio concluye, entre otras cosas, que los trabajadores sexuales, especialmente en el Cercado de Lima, tienen muchas necesidades relativas a su salud sexual.

El segundo estudio⁴² se centra principalmente en analizar y describir el trabajo sexual, el comportamiento sexual, el uso del preservativo y la prevalencia de VIH y otras ITS en estos grupos de trabajadores sexuales. Se concluye que aquellos trabajadores sexuales que trabajan en el Cercado de Lima asumen mayores comportamientos de riesgo, teniendo más probabilidades de adquirir el VIH, que aquellos que trabajan en otras localidades. El estudio reconoce también la necesidad de realizar mayores y más amplias investigaciones en esta población y sus parejas (clientes y no clientes) y desarrollar estrategias de prevención con ellos.

Algunos datos importantes de este segundo estudio se presentan a continuación:

⁴⁰Datos podrían estarse duplicando

⁴¹When Sex Work Becomes your Everything: The Complex Linkages Between Economy and Affection. Angela M. Bayer, Mijail Garvich, David A. Díaz, Hugo Sánchez, Patricia J. García and Thomas J. Coates..Am J Mens Health published online 23 December 2013. DOI: 10.1177/1557988313514769

⁴²Just getting by: a cross-sectional study of male sex workers as a key population for HIV/STIs among men who have sex with men in Peru. Bayer AM, Garvich M, Díaz DA, et al. Sex Transm Infect Published Online First. doi: 10.1136/sextrans-2013-051265, 2014

Tabla 9

	Cercado n=62 %	No-Cercado N=26 %	Valor p
Mediana de edad (IQR)	23 (20-28)	23 (21-26)	0.76
Identidad sexual - Heterosexual - Homosexual - Bisexual	21% 34% 45%	15% 4% 81%	>0.01
Locación principal donde ejerce el trabajo sexual - Calle - Nightclub, bar, sauna etc. - Internet, periódico o boca a boca	47% 45% 8%	42% 23% 35%	0.01
Uso de condón con parejas masculinas y transgénero - Siempre condón en práctica insertiva - Siempre condón en práctica receptiva	38% (23/62) 40% 12/30	50% (13/26) 50% (2/4)	
Uso de alcohol antes o durante la relación sexual con pareja masculina o trans	39% (24/62)	35 (9/26)	0.72
Uso de alcohol antes o durante la relación sexual con pareja femenina	33 (10/30)	39 (9/23)	0.44
Prevalencia de VIH	23 (14/61)	4 (1/23)	0.04

Bayer et. al 2013

- Trabajadoras sexuales trans

La Vigilancia Centinela 2011 observa que la proporción de HSH que son TS es de 30.5% y que con respecto al uso del condón en la última relación sexual anal, la población que practicó sexo con otro hombre en una relación sexual comercial lo hizo en una proporción de 72.6%. De otro lado el estudio de Silva Santisteban et al 2011, reporta que de 420 trans encuestadas en la ciudad de Lima, el 64% se dedica al trabajo sexual⁴³ y de éstas presenta una prevalencia de VIH el 29.5% (IC 95%: 21.7-36.8).

En relación a la evaluación final de VI Ronda⁴⁴, respecto al cuarto indicador “% de HSH abordables (TS) que acuden a AMP” se logró evidenciar un incremento de 36.3% en relación a los resultados de la medición de 2010, obteniéndose como resultado al año 2012 una cifra de 87.3%.

Tabla 10

⁴³ Understanding the HIV/AIDS Epidemic in Transgender Women of Lima, Peru: Results from a Sero-Epidemiologic Study Using Respondent Driven Sampling. Alfonso Silva-Santisteban, H. Fisher Raymond, Ximena Salazar, Jana Villayzan, Segundo Leon, Willi Mc Farland & Carlos F. Caceres. AIDS Behav DOI 10.1007/s10461-011-0053-5. 2011

⁴⁴ Coordinadora Nacional Multisectorial En Salud Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y La Malaria, CARE PERU. Evaluación final del Programa Intervención en VIH de VI Ronda del Fondo Mundial: *Integrando Recursos para la Lucha contra el VIH/sida en el Perú*. 2013

INDICADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	RESULTADO MEDICIÓN 2010	RESULTADO MEDICIÓN 2012
% de HSH abordables (TS) que acuden a AMP	MINSa – ESTRATEGIA	Año 2010 HSH (TS): 51.06% (8424/16498*100)	Año 2012 HSH (TS): 87.32% (1997/2287*100)
% de HSH abordables (TS) que utiliza preservativo en la última relación sexual	Encuesta Ad-Hoc	HSH (TS): 82% (105/128*100)	HSH (TS): 85.9% (249/290*100)

3.1.3. HSH y Trans

1.11. Porcentaje de HSH alcanzados por los programas de prevención

2010	2012	2013	2014
N/I	N/I	N/I	Proxy HSH= 5% (12330/244253) Fuente: Hoja de Monitorización ESNITSS 2013

1.12. Porcentaje de hombres que reportan haber utilizado condón la última vez que tuvieron relaciones sexuales anales con una pareja masculina

2010	2012	2013	2014
N/I	- General: 49.8% (782 / 1571) - < 25 años: 52.3% (323/618) - ≥ 25 años: 48.2% (459 / 953) Observación: Solo Lima. El indicador usado en la vigilancia centinela fue: Uso de condón en última relación sexual con pareja masculina Fuente: Vigilancia Centinela 2011	- General: 49.8% (782 / 1571) - < 25 años: 52.3% (323/618) - ≥ 25 años: 48.2% (459 / 953) Observación: Solo Lima. El indicador usado en la vigilancia centinela fue: Uso de condón en última relación sexual con pareja masculina Fuente: Vigilancia Centinela 2011	General: 49.8% (782 / 1571) < 25 años: 52.3% (323 / 618) >25 años: 48.2% (459 / 953) Observación: Solo Lima. El indicador usado en la vigilancia centinela fue: Uso de condón en última relación sexual con pareja masculina Fuente: Vigilancia Centinela 2011

1.13. Porcentaje de HSH que se sometieron a una prueba de VIH en los últimos 12 meses y conocen sus resultados.

2010	2012	2013	2014
6.1% (3/49) ENDES Varones	- 61.3% (1726 / 2816) Observación: Se preguntó por la realización de pruebas de VIH alguna vez en la vida, no en el último año. Son datos solo de Lima-Callao. Fuente: Vigilancia Centinela 2011	- 61.3% (1726 / 2816) Observación: Se preguntó por la realización de pruebas de VIH alguna vez en la vida, no en el último año. Son datos solo de Lima-Callao. Fuente: Vigilancia Centinela 2011	Proxy: 6% (14226/244253) Hoja de Monitorización ESNITSS 2013 Observación: se trata de pruebas, pueden estar duplicadas

1.14. Porcentaje de HSH que viven con VIH

2010	2012	2013	2014
Este indicador no existía	- General: 12.4% (368 / 2959) - < 25 años: 10.5% - ≥ 25 años: 13.6% Observación: Son datos solo de Lima-Callao	- General: 12.4% (368 / 2959) - < 25 años: 10.5% - ≥ 25 años: 13.6% Observación: Son datos solo de Lima-Callao	General: 12.4% (368 / 2959) < 25 años: 10.5% >25 años: 13.6% Vigilancia Centinela 2011

- Hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH)

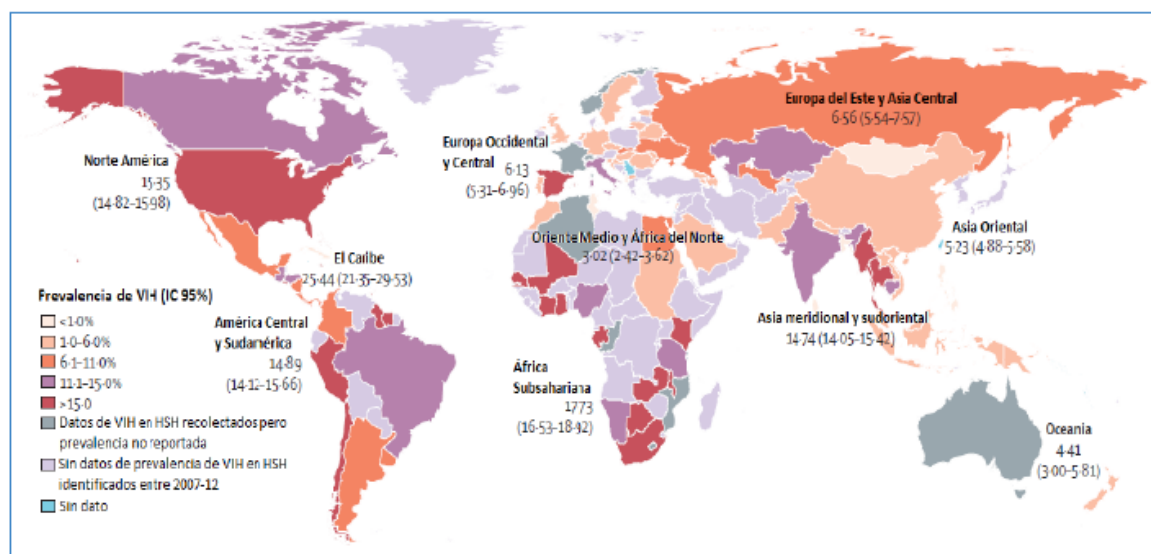
La epidemia de VIH en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) se caracteriza por una alta carga de enfermedad por VIH. Esta elevada carga de enfermedad se explica en gran medida por la elevada probabilidad de transmisión por acto y por pareja, en el sexo anal receptivo. Y su prevalencia es mayor que en la población general, siendo ésta en promedio 13 veces superior⁴⁵. Uno de los motivos que explica la persistencia de la epidemia en este grupo es que los niveles de uso sistemático del preservativo son insuficientes. Las relaciones casuales son también un conductor importante de la epidemia en HSH⁴⁶.

⁴⁵ De Santis JP. HIV infection risk factors among male-to-female transgender persons: a review of the literature. J Assoc Nurses AIDS Care. 2009;20(5):362–72. (Citado en: (Citado en: Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú. Ministerio de Salud-Dirección General de Epidemiología 2013)

⁴⁶ Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú. Ministerio de Salud-Dirección General de Epidemiología 2013

Gráfico 8

Gráfico 4. Prevalencia global de VIH en hombres que tienen sexo con hombres, de estudios publicados en 2007-2011.



Fuente: Beyrer C et al. Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. Lancet, 2012, 380:367-377.

A pesar de que el grupo HSH es uno de los más afectados por el VIH y sobre el cual se han realizado numerosas intervenciones, hay vacíos en el conocimiento de algunos aspectos relacionados a las acciones de prevención. Una dificultad adicional es el acceso a una población cuya magnitud se desconoce. Los resultados de la vigilancia centinela en HSH 2011 muestran algunos datos aproximados, aunque no el indicador exacto. El estudio más reciente en esta población fue realizado entre Junio y Septiembre del 2011, en un total de 5352 HSH, de los cuales 2959 fueron de Lima y los restantes (2393) de 4 ciudades de la costa y la selva del país.

Siendo la epidemia en el Perú concentrada, es importante conocer la situación de la misma en la población HSH. Según los resultados de las vigilancias centinelas realizadas en el Perú en este grupo poblacional la incidencia fue como sigue:

Tabla 11

2002	2006	2011
8.3 nuevos casos por cada 100 personas-año (IC95% 4.5 a 14.7)	3.1 (IC95% 1.0 a 5.3%)	5.2 (3.8 a 6.5)

La vigilancia centinela 2011 muestra que la población joven menor de 25 años es la más afectada por el VIH con incidencias de 6 por 100 personas/año, en comparación con los otros rangos de Edad. La sífilis se muestra prevalente en todos los rangos de edad. La prevalencia de VIH fue 9,3%, la de sífilis fue de 12,7% y la de sífilis reciente fue 6.7% mientras la incidencia de VIH fue de 5.42 por 100 personas/ año⁴⁷.

⁴⁷ Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud Fondo Mundial de Lucha Contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, CARE-PERU. Estudio de Vigilancia Epidemiológica de ITS y VIH en Hombres que Tienen Sexo con

Tabla 12
Tabla C: . Prevalencia e Incidencia de Infección por VIH y Prevalencia de Sífilis en
Participantes de la Fase II en Lima y Callao (variables de interés).

Edad (años)	N	VIH + (1)		Incidencia VIH (2)		Sífilis (3)		Sífilis reciente (4)	
		n(%)	IC95%*	(%**)	IC95%*	n(%)	IC95%*	n(%)	IC95%*
<25	1192	125(10,5%)	8.7-12.2	6.21%	3.8-8.5	142(11,9%)	10-13.7	83(7,0%)	5.5-8.4
25-29	643	94(14,6%)	11.8-17.3	4.00%	1.3-6.6	115(17,9%)	14.9-20.8	56(8,8%)	6.5-10.8
≥30	984	127(12,9%)	10.8-15	4.35%	2.1-6.5	260(26,4%)	23.6-29.1	60(6,2%)	4.6-7.5

Vigilancia Centinela 2011

Igualmente la prevalencia centinela 2001 afirma que la población alcanza la proporción de 82.5%, por lo menos uno de los criterios de riesgo de adquirir el VIH de acuerdo a los criterios Alaska. El uso de alcohol y drogas se muestran como determinantes del riesgo donde un 64% reportó haber tenido relaciones sexuales bajo la influencia del alcohol y un 32.3% habiendo consumido drogas.

En relación a la evaluación final de VI Ronda⁴⁸ los resultados obtenidos al año 2012 revelan que para el indicador “% de HSH que utilizó condón en la última relación sexual anal con pareja masculina” un incremento de 7.2% en referencia a los resultados de la medición 2010, obteniendo como resultado es el 2012 un 80.4%.

Tabla 13

INDICADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	RESULTADO MEDICIÓN 2010	RESULTADO MEDICIÓN 2012
% de HSH que utilizó condón en la última relación sexual anal con pareja masculina	Encuesta Ad-Hoc	HSH: 73.2 % (533/728*100)	HSH: 80.4 % (607/755*100)

Evaluación final VI Ronda: Uso de Condón

Además de los resultados antes expuestos en relación a la población HSH, se analizó información sobre disposición a adquisición de preservativos y uso de lubricantes, en este caso el 87% de la población HSH se encuentra dispuesta a pagar por un preservativo, una cifra bastante alta. La disposición fue mayor en Huancayo, Lima y Pucallpa, y menor en Arequipa.

Una observación final es que es probable que los servicios no hayan llegado, hasta la actualidad a todos los HSH, que un reto que tiene el país es desarrollar servicios para llegar, tanto a aquellos HSH difícilmente alcanzables, como también a aquellos que no necesariamente se atienden en los servicios públicos de salud.

Aquí es importante pensar en las implicancias de la cobertura de servicios para HSH y pensar que es posible que no se esté llegando a una amplia gama de HSH; ya que los CERITSS y UAMPS, servicios que cuentan con la oferta más completa para HSH

Hombres Comparando las Metodologías de Reclutamiento: Muestreo por Conveniencia, Muestreo por Tiempo y Espacio y el Muestreo Dirigido por Participante. Noviembre 2011

⁴⁸ Coordinadora Nacional Multisectorial En Salud Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y La Malaria, CARE PERU. Evaluación final del Programa Intervención en VIH de VI Ronda del Fondo Mundial: *Integrando Recursos para la Lucha contra el VIH/sida en el Perú*. 2013

(tamizaje, AMP, consejería, etc.) están diseñados para HSH de sectores C, D y E principalmente y además a quienes se reconocen como tales.

Tabla 14

Autor de estudio	Año del dato	Región	Tamaño muestral	Prevalencia (%)	IC 95%
Rojas, E. Gotuzzo ¹	1985	Lima		11	
C. Cáceres, E. Gotuzzo ²	1988	Lima		6.5	
M. Mc Carthy ¹	1986-1990	Nacional	4300	26.2	
P. Garido et al.	1993	Pisco		4.9	
S. Zurita et al.	1993	Cusco		2.1	
C. Revatta et al.	1995	Ica		1.1	
P. Campos et al.	1996	Lima		18.2	
PROCETSS - IMPACTA ⁸	1996	Lima	444	18.5	15.0 – 22.4
PROCETSS - IMPACTA ⁸	1998	Lima	1211	17.8	15.6 – 20.0
DGE - IMPACTA ⁸	2000	Nacional		10.5	9.6 – 11.4
		Lima	1357	19.7	17.7 – 22.0
		Ica		8.7	4.7 – 14.6
		Iquitos		13.5	10.2 – 17.4
		Piura		5.1	3.4 – 7.2
		Pucallpa		3.5	2.1 – 5.5
		Arequipa		10.2	6.3 – 15.2
Montano ⁹	1999-2000	Lima (urbano)	7041	13.7	
		Regiones (rural)	3898	6.1	
DGE - IMPACTA ^{8,10}	2002-2003	Nacional	3280	13.9	12.7 – 15.1
		Lima	1358	22.3	20.1 – 24.6
		Sullana	479	9.8	
		Piura	300	5.7	
		Iquitos	320	11.6	
		Pucallpa	335	5.7	
		Arequipa	488	6.8	
DGE - INMENA ³	2006	Lima	674	10.7	
		Ica	413	4.8	
		Sullana	561	9.4	
		Arequipa	417	6.5	
DGE - IMPACTA ⁸	2011	Lima y Callao	2959	12.4	11.2 – 13.6
		Ica	598	3.3	1.9 – 4.7
		Iquitos	598	5	3.2 – 6.7
		Piura	599	3.3	1.9 – 4.7
		Pucallpa	598	2.8	1.5 – 4.1

Fuente: Dirección General de Epidemiología /Estudios de Seroprevalencia-Vigilancia Centinela - GT TB-VIH - Ministerio de Salud.
IC 95%: Intervalo de confianza al 95%

- Mujeres Trans

Un estudio reciente ha mostrado la gravedad de la carga de morbilidad por VIH entre las mujeres trans, las cuales se encuentran en la urgente necesidad de prevención, tratamiento y servicios de atención⁴⁹. Es necesario recordar además que las mujeres trans (personas trans de masculino a femenino) por mucho tiempo aparecieron en las investigaciones como parte de la población HSH sin abordar sus necesidades específicas en relación a la epidemia de VIH/SIDA.

⁴⁹Baral SD, Poteat T, Strömdahl S, Wirtz AL, Guadamuz TE, Beyrer C. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2013 Mar;13(3):214-22. (Citado en: Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú. Ministerio de Salud-Dirección General de Epidemiología 2013)

Utilizando la técnica de medición del tamaño de la población denominado Network Scale – Up, Segura et. al.⁵⁰, determinaron, para el Perú, una estimación de 22,456 mujeres trans. Este dato es importante, entre otras cosas, para el desarrollo de futuras intervenciones con esta población.

La prevalencia en la población trans en la última vigilancia centinela alcanzó 20.8% (104/500) y la incidencia fue 9.07 por 100 personas/año⁵¹, lo que revela que la prevalencia e incidencia de VIH es mayor entre la población trans femenina en comparación con las otras poblaciones.

Tabla 15

Orientación sexual									
Homosexual	1153	174(15,1%)	13-17.1	5.93%	3.5-8.3	244(21,2%)	18.8-23.5	95(8,4%)	6.6-9.8
Bisexual	894	59(6,6%)	4.9-8.2	2.88%	0.9-4.7	85(9,5%)	7.5-11.4	30(3,4%)	2.1-4.5
Heterosexual	268	9(3,4%)	1.2-5.5	1.07%	1-3.1	7(2,6%)	0.7-4.5	4(1,5%)	0-2.9
Transgénero	500	104(20,8%)	17.2-24.3	9.07%	4.6-13.5	181(36,2%)	31.9-40.4	70(14,2%)	10.9-17

Vigilancia Centinela 2011

Otro estudio publicado en 2011⁵² que utilizó un diseño transversal RDS (Respondent Driven Sampling) y que enroló a 420 mujeres trans en Lima, determinó las características socio-demográficas de esta población, los procesos de transformación del cuerpo y sus conductas sexuales. Además se realizaron pruebas de laboratorio para VIH, herpes genital (HSV2) y sífilis.

Presentamos a continuación los datos más relevantes:

Tabla 16

Variable	N	% crudo	% ajustado	95% CI para % ajustado
Tipo de trabajo				
Trabajadora sexual	304	72.9	63.9	56.3-73.7
Peluquera	72	17.3	27.9	18.2-34.9
Comercio y servicios	15	3.6	4.0	1.6-7.0
Empleada asalariada	16	3.8	3.2	1.5-5.8
Otro	10	2.4	1.9	0.3-2.4
Ha procedido a hacerse alguna mejora/transición corporal				
Si				
no	335	76.0	69.8	60.4-77.4
	106	24.0	30.2	22.6-39.6

⁵⁰ Eddy R Segura, Carlos F Cáceres, Mary Mahy, Peter Ghyos, RobLeyrla, Matthew Salganik. Estimating the size of populations of men who have sex with men, transgender people and people living with HIV/Aids in Lima, Peru: An study using the Network Scale-Up Method. USSDH – UPCH. PolicyBrief distribuido en la Conferencia Internacional de SIDA en Viena, 2010 (No publicado)

⁵¹ Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud Fondo Mundial de Lucha Contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, CARE–PERU. Estudio de Vigilancia Epidemiológica de ITS y VIH en Hombres que Tienen Sexo con Hombres Comparando las Metodologías de Reclutamiento: Muestreo por Conveniencia, Muestreo por Tiempo y Espacio y el Muestreo Dirigido por Participante. Noviembre 2011

⁵² Understanding the HIV/AIDS Epidemic in Transgender Women of Lima, Peru: Results from a Sero-Epidemiologic Study Using Respondent Driven Sampling. Alfonso Silva-Santisteban, H. Fisher Raymond, Ximena Salazar, Jana Villayzan, Segundo Leon, WilliMc Farland& Carlos F. Caceres. AIDS Behav DOI 10.1007/s10461-011-0053-5. 2011

Uso de condón en la última relación sexual				
Si	340	77.5	75.1	68.4-81.9
No	94	21.4	24.5	17.7-31.2
Prevalencias				
VIH	130	29.8	29.6	22.6-38.7
Herpes 2	354	81.2	79.4	74.2-86.7
Sífilis	97	22.5	22.9	16.5-26.9

Estos datos confirman que las mujeres trans es el grupo más afectado por el VIH en el Perú, donde tres mujeres trans de cada 100, habrían contraído el VIH. En esta población varios son los factores estructurales que explicarían su vulnerabilidad (exclusión y transfobia entre otros), además de factores individuales como los comportamientos sexuales y la afirmación de la identidad femenina; siendo imperativo trabajar con las subpoblaciones más jóvenes de mujeres trans.

Para finalizar presentamos la tabla de prevalencias elaborada por la DGE para HSH y mujeres trans donde se reportan las altas prevalencias a lo largo de los años:

Tabla 17

Tabla 13. Prevalencia de VIH en la población de mujeres transgénero. Perú 1996-2011.					
Autor de estudio	Año del dato	Región	Tamaño muestral	Prevalencia (%)	IC 95%
Sánchez J. ⁸	1996	Lima	45	33.3	
Sánchez J. ⁸	1998	Lima	134	34.3	
Sánchez J. ⁸	2000	Lima	96	44.8	
Sánchez J. ⁸	2002	Lima	255	32.2	
Santisteban ¹¹	2009	Lima	417	29.6	22.6 - 38.7
DGE – IMPACTA ^{**}	2011	Lima	500	20.8	17.2 - 24.3

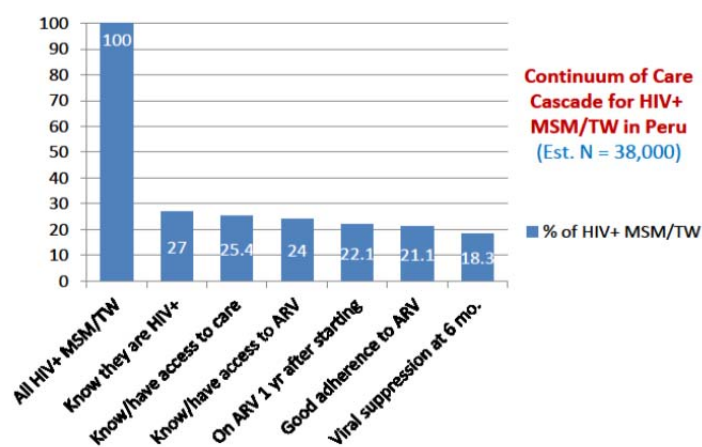
Fuente: Dirección General de Epidemiología / Vigilancia Centinela - GT TB-VIH - Ministerio de Salud. IC 95%: intervalo de confianza al 95%. ^{**} Sánchez JL, Peinado JE, Lama JR et al. Vigilancia Centinela de Infección por VIH en Hombres que Tienen Sexo con Hombres (HSH) y Mujeres Transgéneros (TRANS). Noviembre 2011.

Para terminar en relación a este acápite, un análisis relativo al Continuum de atención (Continuum of Care) entre HSH y mujeres trans en el Perú⁵³, halló que las mayores barreras a lo largo de este continuum son los bajos índices de acceso a la prueba de VIH. Se estimó que solo el 27% de personas positivas conocía su estatus y que únicamente el 18% de los HSH y mujeres trans presentaban supresión viral (ver gráfico 9). La baja frecuencia de la prueba de VIH explicaría los diagnósticos tardíos de VIH y el ingreso a tratamiento con CD4 frecuentemente por debajo de 100/mm³, lo cual implica un incremento de la infecciosidad. Esto revela la necesidad de una activa promoción y facilitación de pruebas entre HSH y mujeres trans, para mejorar el conocimiento de su

⁵³ Caceres CF, Konda K, Silva-Santisteban A, Salazar X, Leon S, Romero L, Klausner J. Continuum of Care Estimations in the Peruvian HIV Concentrated Epidemic. Abstracts subido a CROI 2014.

sero-estatus; así como mecanismos para asegurar su acceso a tratamiento y evitar que las personas desaparezcan antes o después de haber iniciado el tratamiento.

Gráfico 9



3.1.4. Transmisión vertical

3.1. Porcentaje de mujeres embarazadas VIH positivas que se encuentran recibiendo antiretrovirales para reducir el riesgo de transmisión madre-niño.

2010	2012	2013	2014
56.0% (550/982) Fuente: ESNITSS 2009	56.0% (550/982) Fuente: ESNITSS 2009	N° de embarazadas seropositivas que recibió ARV: 696 Fuente: ESNITSS (HM preliminar) Denominador: aun no será reportado (estimación SPECTRUM) Spectrum 2012 :1490 embarazadas que necesitan PCMT (mothers needing PCMT)	74% (704/941) Fuentes: - Hoja de monitorización de la ESNITSS 2013 - Reportes de Sanidad FFAA y Policiales 2013 - Reporte Essalud 2012

3.2. Porcentaje de niños nacidos de madres VIH positivas que han recibido prueba virológica para VIH dentro de los dos meses de nacimiento

2010	2012	2013	2014
N/I	9.66% (132 / 1367)	N° de lactantes que recibió una prueba del VIH en los dos primeros meses de vida: 248	37.5% (353/941) Fuente: Instituto Nacional de Salud (niños con prueba de

		Positivos: 7 Fuente: Instituto Nacional de Salud, reporte del sistema NetLab 2012 Denominador: aun no será reportado (estimación SPECTRUM)	PCR antes de los 2 meses
3.3. Porcentaje estimado de infecciones de VIH en niños nacidos de madres VIH positivas que dieron a luz en los últimos 12 meses			
2010	2012	2013	2014
11.91% Fuente: 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.	3.90% (3 / 77) Fuente: Velásquez C. Resultados de la aplicación de tres guías nacionales para prevenir la transmisión vertical del VIH en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima, Perú. Rev perú med exp salud publica, 2011; 28(3): 492-496.	Aún no será reportado (estimación SPECTRUM) Spectrum 2012: N: 364 Denominador: 1490 estimadas embarazadas que recibieron ARV en el año 2012	9.8% Fuente: Modelado de Spectrum

- Mujeres Gestantes

El Informe Final de Indicadores del Programa de 5ta Ronda del FM ha consignado datos sobre la epidemia en gestantes. Los registros administrativos de la ESNITSS (hoja de monitorización), así como en información generada por la OGEI, reportan una tasa de infección en gestantes de 0.30% en el año 2006, de 0.12% en el 2009 y finalmente de 0.02% en el año 2011. Debido a que estos datos corresponden a información programática, es difícil saber si existe una tendencia decreciente en la infección en gestantes. En todo caso, esta parecería haberse mantenido por debajo de 0.5% en la última década⁵⁴.

Por otro lado, del último estudio vigilancia centinela de la DGE (2006), muestra una prevalencia de VIH en gestantes de 0.23% a nivel nacional⁵⁵. Este estudio, realizado en

⁵⁴ Coordinadora Nacional Multisectorial En Salud Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y La Malaria, CARE PERU. Evaluación final del Programa Intervención en VIH de VI Ronda del Fondo Mundial: *Integrando Recursos para la Lucha contra el VIH/sida en el Perú*. 2013

⁵⁵ Dirección General de Epidemiología. Vigilancia Centinela en Gestantes 2006.

gestantes jóvenes (15-24 años) escogidas al azar, por lo general se interpreta como una medida *proxy* de la incidencia en población heterosexual joven sexualmente activa. No ha habido desde esa fecha otra vigilancia centinela en servicios que atienden a gestantes.

Es necesario advertir sin embargo que aún existen barreras geográficas para que las mujeres gestantes accedan a los servicios de salud en comunidades rurales y de poblaciones indígenas, por ejemplo en la zona rural del VRAEM. En efecto existen zonas difíciles en el país que impiden cubrir las necesidades de salud de las poblaciones; sin embargo hay otras zonas, que presentan dificultades, pero que son salvables y allí es necesario aún intervenir. Por ejemplo es necesario considerar el tema intercultural, que hace necesario adaptar las estrategias para prevenir la transmisión materno-infantil a la cultura local y trabajar en esto con la comunidad.

- Transmisión vertical

La transmisión vertical, según el ASIS 2013⁵⁶ es responsable del 90% de los casos de infección por VIH en los niños en todo el mundo, la misma que se produce en un 15-20% de los casos durante el embarazo, aproximadamente en un 50 a 65% durante el parto por exposición del recién nacido a sangre materna, secreciones cérvico-vaginales o líquido amniótico, y la lactancia materna agrega un riesgo adicional de 14 hasta 29%.

La principal medida para la prevención de la transmisión vertical consiste en la detección de gestantes con infección por VIH durante el embarazo. La ley CONTRASIDA (Ley 26626) especificaba en 1996 que las pruebas de tamizaje para el VIH eran voluntarias y que debían realizarse previa consejería. En su modificatoria el año 2004 (Ley 28243) se estableció la obligatoriedad de la prueba de tamizaje para gestantes, previa consejería con el fin de proteger al niño por nacer. Es así que a partir del año 2004, y con el ingreso de los Programas de II y VI Ronda del Fondo Mundial (FM) para la lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria en el país, se da un impulso a la estrategia de prevención de la transmisión materno-infantil. A medida que se ha avanzado en la implementación de las estrategias de prevención, que actualmente contemplan el uso de profilaxis ARV triple o inicio de TARGA en la gestante, la profilaxis ARV en el recién nacido, el parto por cesárea electiva y la suspensión de la lactancia materna⁵⁷ se ha disminuido dramáticamente la tasa de transmisión materno infantil del VIH.

Por ejemplo, la provisión de pruebas de VIH a gestantes ha aumentado durante la última década en los establecimientos de salud del MINSA, llegando a un 75% en el año 2008, según reporta el MINSA en el Informe Nacional Sobre los Progresos Realizados en el País en VIH 2010 – 2011 (2012). Durante el año 2011, se realizaron pruebas rápidas en 353,961 gestantes, sobre un total de 466,444 atendidas (75.9%), lo que muestra que se mantiene una cobertura en torno de 75%.

⁵⁶ Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú. Ministerio de Salud-Dirección General de Epidemiología 2013

⁵⁷ MINSA – Norma Técnica de Salud para la Profilaxis de la Transmisión Madre-Niño del VIH y la Sífilis Congénita (NTS N° 064-MINSA/DGSP-V.02), Perú, 2012.

En los últimos años, y en el contexto del proyecto de VI Ronda, se implementaron las siguientes estrategias: (i) la mejora en el seguimiento de las gestantes que reciben profilaxis; (ii) capacitación de equipos multidisciplinarios en la aplicación de la norma técnica de prevención de la TV y niño expuesto a VIH bajo una estrategia descentralizada, (iii) captación y capacitación de MVVS como promotoras de pares, quienes están facilitando el acompañamiento a gestantes positivas en sus comunidades, (iv) visitas de seguimiento a gestantes con el VIH para vigilancia y control de tratamiento profiláctico para asegurar la adherencia al tratamiento y mayor probabilidad de efectividad del mismo y (v) sensibilización y monitoreo a la provisión permanente de ARV. Las estrategias para la prevención de la transmisión vertical han tenido su mayor avance en el aumento de la cobertura de las pruebas de VIH en gestantes y el refuerzo de la implementación de protocolos de prevención y profilaxis ARV.

En los hospitales de Lima, los datos del MINSA muestran la adecuada implementación de protocolos para disminuir las probabilidades de transmisión materno-perinatal. No se cuenta con estos datos para hospitales a nivel de regiones que permitan evaluar la implementación de protocolos para gestantes VIH positivas. Sin embargo, el aumento constante de los niveles de tamizaje, la consejería pre-natal y la cobertura de la profilaxis con ARV en gestantes positivas a nivel nacional, según la Evaluación Final de VI Ronda, permiten inferir avances nacionales en el control de la transmisión vertical⁵⁸.

En relación a los niños expuestos, en el año 2007, a pesar del descenso de la tasa de transmisión materno infantil, se evidenció que aproximadamente el 50% de niños nacidos expuestos abandonaron el seguimiento y no se pudo determinar en ellos su estado serológico⁵⁹. Por su parte el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) realizó un análisis con los casos de gestantes con VIH y niños nacidos expuestos al VIH desde 1996 hasta el 2009 comprobándose una significativa disminución de niños nacidos con VIH en ese establecimiento de 15% a 4% ($p=0,0025$), siendo mayor la tasa de transmisión en aquellos niños cuyas madres no pudieron recibir tratamiento preventivo durante la gestación. Contribuyó también a este descenso la implementación de las guías nacionales para profilaxis ARV⁶⁰. Posteriormente se han realizado estimaciones de la Tasa de transmisión materno-infantil para niños expuestos al VIH, en 10 hospitales de Lima y Callao en 2010 y 2011 donde el análisis realizado hasta el momento revela que el 1.9% de niños nacidos expuestos al VIH el 2010 y el 1.6% de niños nacidos el 2011 adquirieron la infección por el VIH. Según este estudio, entre los años 2010 y 2011, 503 gestantes con

⁵⁸ Coordinadora Nacional Multisectorial En Salud Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y La Malaria, CARE PERU. Evaluación final del Programa Intervención en VIH de VI Ronda del Fondo Mundial: *Integrando Recursos para la Lucha contra el VIH/sida en el Perú*. 2013

⁵⁹ Reyes MF, Alarcón JO, Huamán B, Zunt J, Montano S. Estimación de la tasa de transmisión vertical del VIH y factores asociados en niños expuestos. Perú, 2007. Datos aún no publicados (citado en: Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú. Ministerio de Salud-Dirección General de Epidemiología 2013)

⁶⁰ Velásquez C. Resultados de la aplicación de tres guías nacionales para prevenir la transmisión vertical del VIH en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima, Perú. *RevPeruMedExp Salud Pública*. 2011;28(3):492-6. (citado en: Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú. Ministerio de Salud-Dirección General de Epidemiología 2013)

VIH dieron a luz a 508 niños potencialmente expuestos. Las medidas aplicadas para prevenir la transmisión vertical consistieron en la provisión de antiretrovirales a las gestantes (83% de cobertura), parto por cesárea (82%), profilaxis antiretroviral en niños (83%) y reemplazo de la lactancia por leche maternizada (85%)⁶¹. De los niños expuestos al VIH al nacer, el 1.3% fue diagnosticado con VIH, aunque se reconoce falta de información para el 53% de casos. Los niños expuestos deben ser seguidos por al menos dos años (18 meses según la norma técnica 064-2008). La falta de información puede explicarse por pérdidas al seguimiento, fallecimientos antes de tener un diagnóstico definitivo, o resultados indeterminados en el laboratorio.

Se evidencia entonces que desde el año 2009 se ha producido una disminución de casos de VIH y desde el 2006 de casos de SIDA en niños gracias a la implementación del TARGA en el país. Las mayores limitaciones, según la evaluación final de VI Ronda, de esta estrategia se encuentran a nivel del sistema de información. En la actualidad, no es posible determinar la tasa de transmisión vertical, tanto a nivel Lima como nacional. Por otro lado, mayor reto a afrontar en los siguientes años es el seguimiento de niños nacidos de madres VIH positivas.

Además en la Evaluación Final de VI Ronda⁶² observa que en la encuesta a 318 mujeres viviendo con VIH, un 1% (3% en Lima) reportó estar gestando, y un 26% reportó haber gestado con VIH. De las mujeres que gestan o gestaron con VIH, las tres cuartas partes fueron diagnosticadas durante dicho embarazo. La gran mayoría reporta haber recibido atención especial en su condición de gestante VVS. Del total de embarazos en estas mujeres, un 40% en general (y 75% en Lima) terminó en niños nacidos vivos y sanos, mientras un 20% terminó en abortos, 16% en niños que 'nacieron enfermos' pero están vivos, un 13% de niños que nacieron enfermos y fallecieron, y un 11% de niños que nacieron muertos.

Tabla 18

	Lima-Callao	Junín	Chimbote	Trujillo	Loreto	Pucallpa	Total
	(n=126)	(n=20)	(n=39)	(n=26)	(n=68)	(n=39)	(n=318)
Gesta actualmente	3%	1%	0%	1%	0%	1%	1%
Gestó teniendo VIH	25%	20%	16%	16%	46%	31%	26%
Ninguna de las 2 situaciones	72%	79%	84%	83%	54%	68%	73%

Evaluación final de 6ta. Ronda 2013: Mujeres gestantes o que han gestado teniendo VIH

⁶¹ Datos proporcionados por la Estrategia Sanitaria Nacional para el Control de la Prevención de ITS, VIH/ SIDA y Hepatitis B para el año 2012

⁶² Coordinadora Nacional Multisectorial En Salud Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y La Malaria, CARE PERU. Evaluación final del Programa Intervención en VIH de VI Ronda del Fondo Mundial: *Integrando Recursos para la Lucha contra el VIH/sida en el Perú*. 2013

Tabla 19

	Lima-Callao	Junín	Chimbote	Trujillo	Loreto	Pucallpa	Total
	(n=19)	(n=4)	(n=6)	(n=4)	(n=8)	(n=7)	(n=48)
Durante el embarazo	74%	75%	100%	100%	50%	71%	78%
Antes del embarazo	26%	25%	0%	0%	50%	29%	22%

Evaluación final de 6ta. Ronda 2013: Diagnóstico durante o antes del embarazo

Tabla 19

	Lima-Callao	Junín	Chimbote	Trujillo	Loreto	Pucallpa	Total
	(n=19)	(n=4)	(n=6)	(n=4)	(n=8)	(n=7)	(n=48)
Niño nació muerto	0%	50%	0%	0%	16%	0%	11%
Hubo un aborto	25%	0%	17%	25%	26%	29%	20%
Nació enfermo y sigue vivo	0%	25%	50%	0%	5%	14%	16%
Nació enfermo y falleció	0%	0%	0%	25%	37%	14%	13%
Niño nació sano	75%	25%	33%	50%	16%	43%	40%

Evaluación final de 6ta. Ronda 2013: termino del embarazo

En la evaluación se encontró que, si bien existen aún críticas por parte de las usuarias hacia algunas actitudes de los proveedores de salud y cierta variabilidad entre establecimientos de salud en relación a la atención a la gestante VVS, han sido significativos los esfuerzos realizados para la implementación de centros para la prevención de la transmisión vertical, con personal capacitado para dar orientación y consejería. El abordaje de gestantes rurales en las casas de espera y el programa de Consejeras educadoras de Pares para madres VVS y sus hijos ha permitido, además, la identificación de niños y el apoyo a las madres en información, vigilancia a su adherencia, apoyo emocional y en los trámites administrativos.

- Infección por VIH en niños

En el Perú al año 2012, se estima 3200 niños menores de 15 años viviendo con VIH (Spectrum/ONUSIDA, 2013). En niños, el ASIS 2013 informa que se evidencia una tendencia decreciente en el número de casos notificados en el grupo de menores de 5 años de edad, desde el año 2005.

Presentamos a continuación el cuadro de niños sometidos a pruebas de PCR en niños menores de 18 meses:

Tabla 20

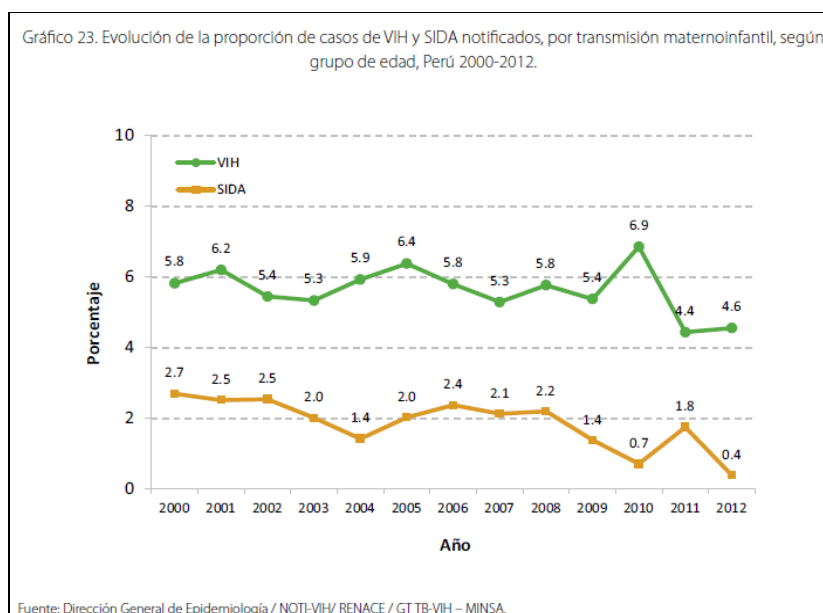
	Cuenta de PCR PRIMERA PRUEBA			Cuenta de PCR SEGUNDA PRUEBA			Cuenta de PCR TERCERA PRUEBA	
edad en meses	Negativo	pOSITIVO	Total general	negativo	Positivo	Total general	Negativo	Total general
<1	5		5					
1	163	5	168	2	0	2		1
2	174	6	180	4	1	5		1
3	134	1	135	39	1	40		0
4	98	5	103	72	1	73		1
5	48	1	49	83	0	83		1
6	30	1	31	65	1	66		3
7	22	0	22	44	1	45		3
8	11	1	12	23	0	23		2
9	15	3	18	12	0	12		1
10	11	1	12	10	1	11		5
11	6	0	6	9	0	9		2
12	2	2	4	11	0	11		5
13	7	0	7	7	0	7		0
14	11	2	13	5	1	6		1
15	6	0	6	5	0	5		1
16	9	0	9	2	0	2		2
17	3	1	4	3	1	4		1
18	4	0	4	3	1	4		2
>18 meses	10	1	11	2	0	2		0
TOTAL	769	30	799	401	9	410		32

Información provista por el Instituto Nacional de Salud

Un estudio sobre la percepción de la necesidad de atención médica integral para las familias que viven con VIH/SIDA realizado en Lima, Ica e Iquitos el año 2007 en el marco de los proyectos del Fondo Mundial, encontró que en 160 familias identificadas, 63 niños estaban en la edad escolar (15 de ellos vivían con el VIH y 48 no tenían diagnóstico de VIH). El estudio encontró una diferencia importante en la asistencia a la escuela, donde un porcentaje de niños con VIH no asistía a la escuela por diferentes razones entre ellas el temor a ser discriminados⁶³.

⁶³ Consorcio Miradas y Voces (2007) Estudio sobre la percepción de las necesidades de atención en familias viviendo con el VIH y SIDA. Proyecto Cerrando Brechas: Hacia el logro de los objetivos del Milenio en TB y VIH. FM. 2007. (Citado en: Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú. Ministerio de Salud-Dirección General de Epidemiología 2013)

Gráfico 9



El número de niños huérfanos a consecuencia del VIH/sida es impreciso. El año 2007 se informó la existencia de 267 huérfanos por el VIH en Lima. Por su parte la Asociación Vía Libre reportó para ese mismo año a Julio de 2007 un total de 232 huérfanos. Salvo iniciativas privadas como la de la Posadita del Buen Pastor o del Hogar San Camilo, existen muy pocas intervenciones para los huérfanos producto del VIH/SIDA que permitan su registro, conocimiento y atención integral.

Para el año 2012 la norma técnica 064-MINSA/DGSP – V.02, norma técnica de Salud para la profilaxis de la Transmisión Madre-Niño de VIH y Sífilis congénita, tiene nuevas disposiciones para mejorar la prevención de la transmisión madre-niño y el seguimiento a los niños expuestos⁶⁴.

⁶⁴ MINSA. Norma técnica No.946-MINSA/DGSP – V.02. Norma técnica de Salud para la profilaxis de la Transmisión Madre-Niño de VIH y Sífilis congénita. 2012

3.2. Tratamiento antirretroviral

3.2.1. TARGA y Personas Viviendo con VIH

4.1. Porcentaje de adultos y niños que actualmente reciben tratamiento antirretroviral entre todos los adultos y niños que viven con VIH

2010	2012	2013	2014
2008 79% (10,232/12,97008) 2009 73.1% (14,780/20,201) Fuente : Hoja de monitoreo ARV-ESNITSSMINSA 2008 y 2009. En 2009 se han incluido datos de ESSALUD	- General: 92.70% (21509 / 23202) - ≥ 15 años: 97.1% (20942 / 21567) - < 15 años: 34.7% (567 / 1635) Observación: Se verificó los datos en los centros más importantes encargados de administrar TARGA. Se obtuvo un factor de corrección por edad (diferencia relativa), que fue aplicado a los centros en los que no se hizo la verificación.	- 22147 (Adulto: 21561, Niño: 586) Dato incluye EESS de MINSA, ONG acreditadas y sanidades de FFAA y PNP Denominador: aún no será reportado (estimación SPECTRUM) Spectrum 2012: 36,020 adultos (adultos +15 y 2.010 niños(0-14) Sumary	Total General:40% (26332/64913) - Mujeres:41% (7946/19319) - Varones:40% (18386/45653) Fuentes: - Hoja de monitorización de la ESNITSS 2013 - ESSALUD 2012

4.2. Porcentaje de adultos y niños con VIH que se encuentran en tratamiento 12 meses después de haberlo iniciado.

2010	2012	2013	2014
- Niños 81.52% (344/422) - Adultos 86.51% (8,487/9,810)	- General: 87.8% (1352 / 1539) - Hombres: 88.0% (950 / 1079) - Mujeres: 87.4% (402 / 460) - ≥15 años: 87.7% (1316 / 1500) - < 15 años: 92.3% (36 / 39) Observación: La estimación se basa solamente en los principales hospitales de Lima del MINSA. No se toman en cuenta para el análisis los pacientes derivados.	- Proxy: 91.5% (8536/9328) Fuente: ESNITSS , GESIND (Sistema de Gestión de indicadores 2011)	N/I

Si bien la mortalidad ha disminuido en 40% desde el inicio del TARGA, para las Personas que Viven con VIH (PVVS) aún existe algunos retos importantes para lograr la integralidad de los servicios de tratamiento.

En la Evaluación Final del Fondo Mundial⁶⁵ se realizó una encuesta a promotores de Pares. Allí se muestra que parece no estarse dando un mensaje permanente sobre prevención de la transmisión sexual a las PVVS (solo 14% lo recibieron en los últimos 3 meses, aunque esta proporción se eleva a 32% en Lima-Callao), ni tampoco entrega de preservativos y de información de autocuidado (sólo una tercera parte reporta haberlos recibido, con un porcentaje algo mayor al promedio nacional en Lima y Callao). De ello se deduce que probablemente existe la asunción equivocada de las PVVS no son sexualmente activas.

Tabla 21

	Lima-Callao	Junín	Chimbote	Trujillo	Loreto	Pucallpa	Total
	(n=380)	(n=78)	(n=100)	(n=105)	(n=130)	(n=100)	(n=893)
Sí	32%	8%	18%	13%	4%	10%	14%
No respuesta	12%	25%	12%	39%	34%	10%	22%

Evaluación final de 6ta. Ronda 2013: Información recibida y recomendaciones sobre uso de condón en PVVS

Tabla 22

	Lima-Callao	Junín	Chimbote	Trujillo	Loreto	Pucallpa	Total
	(n=380)	(n=78)	(n=100)	(n=105)	(n=130)	(n=100)	(n=893)
Sí	43%	40%	38%	39%	24%	31%	36%
No	51%	55%	58%	59%	62%	67%	59%
No respuesta	6%	5%	4%	2%	14%	2%	6%

Evaluación final de 6ta. Ronda 2013: Información preventiva a PVVS

Los hallazgos de un estudio sobre Salud Sexual y Reproductiva en Personas Viviendo con VIH⁶⁶ coinciden con los de la Evaluación Final del Fondo Mundial. No parece existir en los servicios de TARGA una canal directo para despistaje de ITS; tampoco se les ofrecen respuestas respecto a cómo llevar una vida sexual satisfactoria y saludable, existiendo aún dudas que muchas veces los llevan a asumir comportamientos de riesgo.

Este mismo estudio enfatiza que los servicios de información, consejería, diagnóstico y tratamiento para PVVS, están concentrados fundamentalmente en la provisión de anti-retrovirales y los procesos en torno a su distribución, pero careciendo de integralidad. No se ofrecen como parte del itinerario regular de orientación, aquellos servicios relacionados a la salud sexual o de la Salud reproductiva, como orientación sobre fertilidad o prevención de neoplasias como cáncer a la próstata, cervical o por VPH a menos que sean demandados por el usuario/a o a través de derivaciones solicitadas. El enfoque de género y de diversidad sexual está ausente en la gestión de los servicios, en particular no

⁶⁵ Coordinadora Nacional Multisectorial En Salud Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y La Malaria, CARE PERU. Evaluación final del Programa Intervención en VIH de VI Ronda del Fondo Mundial: *Integrando Recursos para la Lucha contra el VIH/sida en el Perú*. 2013

⁶⁶ Diagnóstico del Acceso a Servicios y Programas de prevención y de Salud Sexual y Reproductiva por parte de las Personas Viviendo con VIH. Ximena Salazar Jorge Luis Maguiña, Jana Villayzán, Pablo Anamaria. IESSDEH, RedTrans, Peruanos Positivos, ONUSIDA, UNFPA. 2012

se dan las condiciones para una atención diferenciada de las mujeres trans. Aunque la mayoría de los entrevistados refiere la adopción de medidas para garantizar la confidencialidad y privacidad de los usuarios, se reconoce, en algunos casos, la existencia de códigos (código blanco), la atención en el mismo espacio y horario que la población en general, además de estigma y discriminación que coadyuvan a la ruptura de la confidencialidad y afectan que los usuarios se acerquen a los servicios.

En la Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) de 2012 (R.M. 607-2012/MINSA)⁶⁷, se ratifica el protocolo de atención integral para la PVVS, la gratuidad del tratamiento antiretroviral (TARGA) y la iniciación de todo paciente diagnosticado que presente recuento de CD4 <350 células/mm³, independientemente de su estado clínico.

Es necesario acotar que cuando hay una reducida entrega de preservativos y de información de autocuidado, desabastecimiento, ESNITSS recurre a dares para identificar nudos críticos y resolverlos. El último gran desabastecimiento fue 2012, aunque ESSALUD ha presentado interrupciones en el tratamiento en 2013. Actualmente si bien los medicamentos existen, a la gente no le llega el tratamiento y eso se denomina interrupción del tratamiento. Sin embargo son las unidades ejecutoras las que deben destinar los recursos necesarios para solucionar el problema.

3.2.2. Tratamiento de TB asociada al VIH

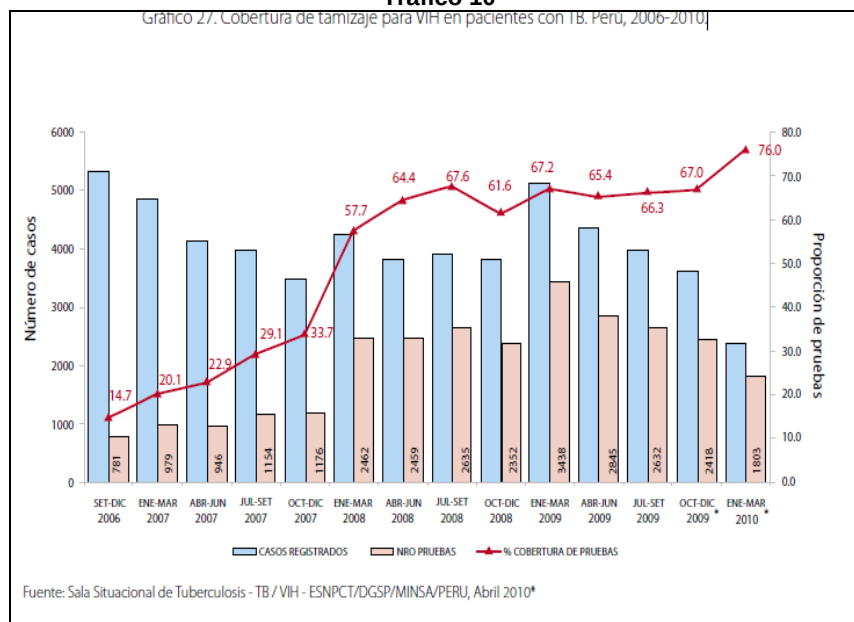
5.1. Porcentaje de la incidencia estimada de casos de TB que reciben tratamiento tanto para TB, como para VIH

2010	2012	2013	2014
70% (29/750) Fuente: Fuente: Hoja de Monitoreo ARV ESNITSS –MINSA Enero- Diciembre 2009	42.4% (518/1221) Fuente: ESNITSS hoja de monitorización al 90% de DISA/DIRESA para el año 2011	- Proxy: 77.8% (747/960) Se está considerando PVVS en TARGA que han sido diagnosticados con TB. La NT vigente indica que a todo paciente diagnosticado con TB debe iniciar tratamiento inmediatamente) Fuente: ESNITSS (hoja de monitoreo 2012)	Total: 64.47% (795/1233) Numerador: Hoja de Monitorización ESNITSS 2013 Denominador: Estrategia Nacional de Control de Tuberculosis

La infección por el VIH es un potente factor de riesgo para adquirir la tuberculosis (TB), es por ello que es necesario que estas personas tengan acceso a TARGA. En este sentido desde 1996, el Programa de Control de TB, ahora Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la TB (ESNPCT), monitorea la comorbilidad TB-VIH, habiéndose incrementado la cobertura de tamizaje progresivamente.

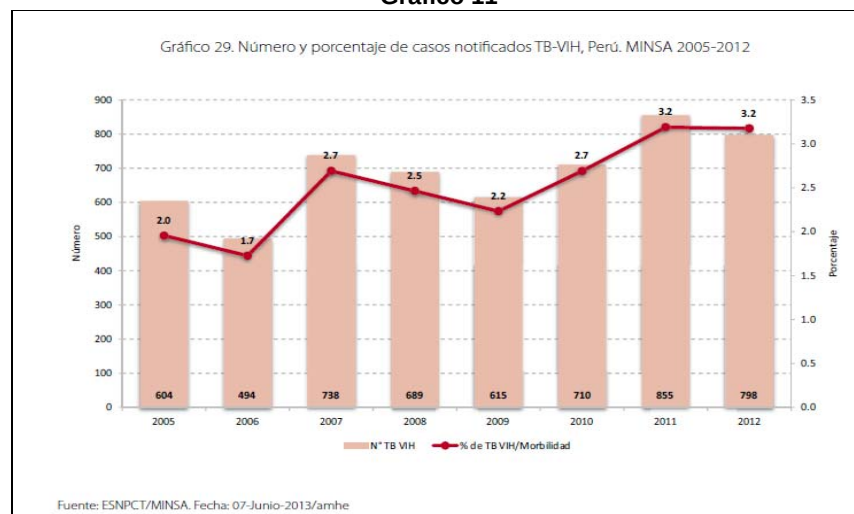
⁶⁷ MINSA. Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). 2012

Tráfico 10



El ASIS refiere que el número y porcentaje de casos de comorbilidad TB-VIH ha presentado una tendencia ascendente, siendo la comorbilidad de 3.2% para el año 2012 a nivel del país; así mismo, para los pacientes con TB-VIH ingresados a la cohorte de la ESNPCT el año 2011, el 71.9% fueron curados de TB, el 14.3% falleció, el 9.8% abandonó el tratamiento para TB y el 2.2% fracasó al tratamiento⁶⁸.

Gráfico 11



Según lo indicado en la Norma Técnica de Atención Integral del Adulto con VIH vigente (N°097-MINSA-DGSP-V.01), se debe ofertar y realizar la prueba de VIH, de manera voluntaria e informada a toda persona con diagnóstico de TB; debiéndose iniciar el

⁶⁸ Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú. Ministerio de Salud-Dirección General de Epidemiología 2013

tratamiento lo más temprano posible en todos los pacientes coinfectados. Sin embargo, a pesar de los avances, de acuerdo al ASIS, es posible que aún no se alcance el nivel óptimo de tratamiento oportuno para ambas infecciones⁶⁹.

3.3. Gasto en SIDA

6.1. Gastos domésticos e internacionales por categorías y Fuentes de financiamiento

2010	2012	2013	2014
\$ 401,166,582 dólares americanos - Prevención: 126,815,664 - Atención y tratamiento: 168,876,124 - Huérfanos y niños vulnerables: 5,859,795 - Gestión y administración de programas: 17,436,580 - Recursos humanos 153,945 - Protección social y servicios sociales 6,172,806 - Entorno favorable 21,985,268 - Investigación relacionada con el VIH 53,866,400	\$36, 427,000 dólares americanos - Prevención: \$ 16 125 000 - Atención y tratamiento: \$ 12 587 000 - Contratación de RRHH e incentivos de retención: \$ 17 000 - Huérfanos y niños más vulnerables: \$ 9 000 - Gestión de programas y fortalecimiento de la administración: \$ 2 952 000 - Protección social y servicios sociales (excluyendo huérfanos): \$ 549 000 - Desarrollo comunitario y ambiente mejorado: \$ 2 932 000 - Investigación relacionada con VIH SIDA (excluye investigación operativa): \$ 1 256 000 - Sector público: \$ 15 441 000 - Internacional: \$ 12 474 000 - Privado: \$ 8 512 000 (MEGAS 2010)	S/. 202,964,210 nuevos soles (Ejecución según PPR 2012 Público) - Prevención: S/. 96,235,997 nuevos soles - Tratamiento: S/. 86,470,582 nuevos soles - Gestión S/. 16,352,466 nuevos soles - Desarrollo de la comunidad S/. 3,905,165 nuevos soles	TOTAL: 202,126,035.2 Fuente pública: S/.189,962,516 - Prevención: S/.53,687,186 nuevos soles - Atención y tratamiento: S/.126,685,164 nuevos soles - Fortalecimiento de los sistemas y coordinación de programas: S/. S/.9,590,166 nuevos soles + Fondo mundial: S/.12,163,519.2 - Prevención: S/.2,063,566.4 - Desarrollo de la comunidad: S/.5,405,828.4 - Fortalecimiento de los sistemas y coordinación de programas: S/.4,694,124.4

Durante el año 2012, y probablemente en el futuro, la principal fuente de financiamiento para VIH será el sector público; mientras que entre los años 2005 al 2009, la principal fuente de financiamiento fue el sector internacional a través de las subvenciones del Fondo Mundial de lucha contra el sida, tuberculosis y malaria en tres Rondas de financiamiento: 2da. Ronda (2004 – 2008), 5ta. Ronda (2005 – 2009) y 6ta. Ronda (2006 – 2010)⁷⁰.

⁶⁹Op. Cit.

⁷⁰Op. Cit.

Gráfico 12



El gasto en VIH representa aproximadamente 0.14% del gasto total en salud y el VIH genera el 1.8% de los DALYS (Años Ajustados de Vida de Incapacidad, por sus siglas en inglés)⁷¹ del país. Así mismo, el VIH se encuentra en el 13° lugar entre las principales causas de muertes en el país⁷², por lo cual, el citado informe concluye que invertir en VIH resultaría rentable. La inversión del Fondo Mundial que recibió el Perú desde el año 2004, ha sido en los últimos años reemplazada en parte, por recursos públicos asignados al Programa presupuestal de TB/VIH en el marco de su estrategia de sostenibilidad. Este presupuesto, además, guarda, por lo general, relación con las regiones de mayor carga de enfermedad.

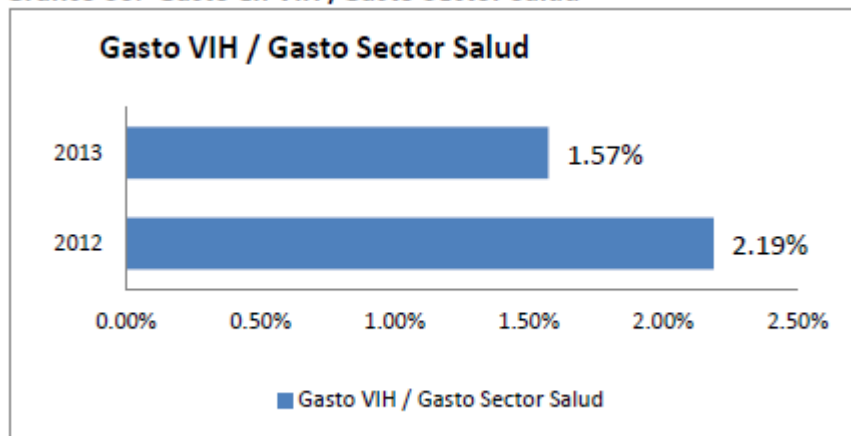
El gasto en VIH para el año 2012 representó el 2.19% del presupuesto total del sector salud (incluidos los gobiernos regionales). Se prevé una disminución para el año 2013, en la cual VIH representaría el 1.57% del gasto del sector salud.

⁷¹ Fuente de DALYS: <http://www.healthmetricsandevaluation.org/> (Citado en: María del Carmen Navarro y Lourdes Kusunoki (consultoras). Informe sobre las Opciones para Mejorar la Inversión en VIH en el Perú: Síntesis de la Evidencia- Informe Final (no publicado) 2014

⁷²Op cit.

Gráfico13

Gráfico 30. Gasto en VIH /Gasto Sector Salud



Fuente: SIAF consulta amigable

En el PPR se busca incidir en generar cambios a nivel de resultados, en ese marco se identifican intervenciones específicas hacia determinadas poblaciones para reducir la incidencia del VIH/Sida. El presupuesto de cada una de las regiones va a depender del gobierno regional y del nacional en el pliego MINSA. Así, el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), entrega el presupuesto a cada región, el cual es dividido para cada programa presupuestal. Sin embargo cada gobierno regional, en el marco de la descentralización tiene autonomía para decidir a qué le asigna mayor presupuesto.

En el sector público 95.2% se financia con Recursos ordinarios, 1.9% con Recursos directamente recaudados por las entidades (por los servicios prestados no gratuitos en el sector público que son financiados con gasto de bolsillo) y 2.9% por donaciones y transferencias (presupuesto 2013). Un elemento importante de resaltar es el incremento del financiamiento del Seguro Integral de Salud (SIS) para las atenciones en intervenciones descritas por el PPR TB/VIH. Por otro lado, se debe precisar que a partir de la aprobación del programa presupuestal PPR TB/VIH, el Perú es cada vez menos dependiente del financiamiento internacional. El gasto de VIH con respecto al presupuesto total del sector público representó el 0.19% para el año 2012, mientras que se prevé una disminución para el año 2013 en 0.14% del presupuesto total⁷³.

Es necesario notar, sin embargo, que el estudio sobre el Marco de Inversión en VIH⁷⁴ afirma que, a pesar que el estudio MoT⁷⁵ estima que las nuevas infecciones estarán concentradas en mayor cantidad en la población HSH y sus parejas femeninas (61.2%); el gasto en prevención dirigido a estas poblaciones no ha tenido un incremento significativo;

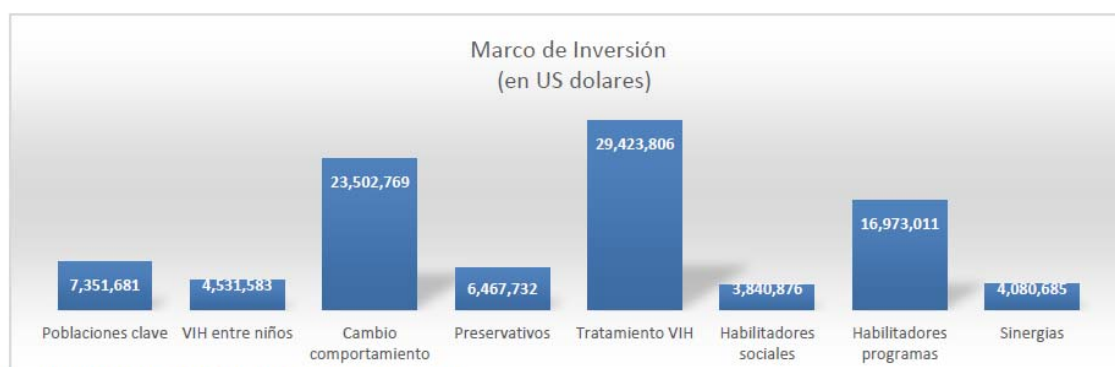
⁷³ María del Carmen Navarro y Lourdes Kusunoki (consultoras). Informe sobre las Opciones para Mejorar la Inversión en VIH en el Perú: Síntesis de la Evidencia- Informe Final (no publicado) 2014.

⁷⁴ Opcit

⁷⁵ Alarcón J, Pun M, Gutiérrez C, Whittembury A, Tejada R, Suárez L, Rosell G, Bórquez A, Cuchi P. Estimación y análisis de la incidencia de VIH en población adulta del Perú: resultados de la aplicación del modelo matemático MoT. RevPeruMedExp Salud Pública. 2012; 29(4):452-60.

observa también que aún existe una brecha de cobertura y de financiamiento, enfocada principalmente en las poblaciones clave con relación a una mejor distribución del gasto entre los programas básicos, en la asignación de mayor presupuesto a los programas destinados a estas poblaciones que contribuya a disminuir el número de infecciones y muertes por VIH.

Gráfico 14



Fuente: SIAF-MEF, APCI, FM, ESSALUD, INPE Año 2012

Por ejemplo con respecto a la distribución de condones para el 2012, según la hoja de monitorización de ESNITSS, el mayor porcentaje de condones se destinó a la Planificación familiar (SSR) (19,1 millones de condones), seguido por población general (10,3 millones de condones). Por el contrario, la distribución de condones en la población HSH, población clave en la respuesta, se encuentra en el cuarto lugar (4,8 millones de condones). Además las necesidades de presupuesto para condones según las normas y guías de atención y el costo de lo que debió comprarse en 2012 comprenden alrededor de S/.80.273.622; sin embargo la compra que comprende MINSA, seguridad social, Hospital Cayetano Heredia, INPE Chiclayo, INPE Pucallpa, Municipalidad de Carabaylo, FOSPOLI, ascendió a S/.6.500.000 lo que origina una brecha de S/.73.773.621 para cubrir las necesidades⁷⁶.

Tabla 23

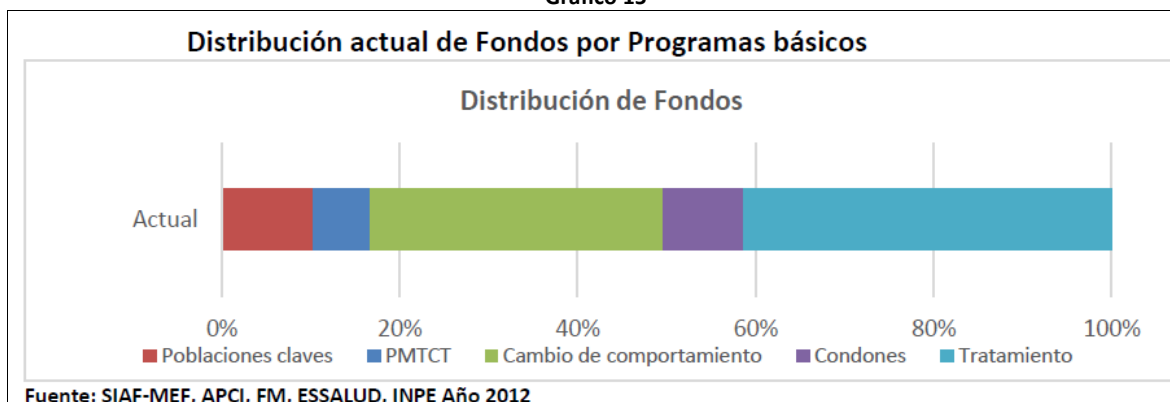
Tabla 20. Necesidades de condones. 2012. (En nuevos soles)

Grupo poblacional		Necesidad	Presupuesto
HSH	Contactos	7,996,544	1,159,499
	AMP	239,896,332	34,784,968
TS	Contactos	5,081,976	736,887
	AMP	152,459,289	22,106,597
TV		21,726,663	3,150,366
PVV		2,587,440	375,179
PG		122,188,540	17,717,338
Campañas			-
PPL		1,674,400	242,788
TOTAL		551,936,785	80,273,622

Elaboración equipo consultor teniendo en cuentas las Normas Técnicas del MINSA

⁷⁶Opcit

Gráfico 15



Tomado de: Informe sobre las Opciones para Mejorar la Inversión en VIH en el Perú: Síntesis de la Evidencia- Informe Final (no publicado) 2014

Es por ello, afirman las autoras, importante que, de acuerdo al análisis de los componentes de gasto del sector público, mejorar la calidad de éste y enfocar el presupuesto en los grupos en los que se encuentra concentrada la enfermedad. Las autoras, además, aportan con una estimación de las necesidades presupuestales en VIH, cuyos resultados demuestran las brechas existentes, que deberían cubrirse para lograr un marco de inversión del VIH más efectivo que llegue a las poblaciones que más lo requieren.

Tabla 23

Tabla 14. Necesidades Presupuestales (Miles de US dólares) ⁶⁸

	Actividad	Necesidades	Actual 2012	Brecha
1	Programas orientados a las poblaciones clave de mayor riesgo (en particular, trabajadores/as sexuales y sus clientes, hombres que tienen sexo con hombres y usuarios de drogas inyectables);	44,413	7,352	37,062
2	La eliminación de las nuevas infecciones por el VIH entre los niños;	4,696	4,532	165
3	Los programas que se centran en la reducción del riesgo de exposición al VIH a través de cambiar los comportamientos y las normas sociales	17,624	23,502 (1)	-5,878
4	Adquisición, distribución y comercialización de preservativos masculinos y femeninos	30,430	6,468 (2)	23,962
5	Tratamiento, atención y apoyo para las personas que viven con el VIH	31,170	29,424	1,746
6	Circuncisión médica masculina voluntaria (en los países con alta prevalencia del VIH y baja prevalencia de circuncisión)	-	-	-
7	Habilitadores sociales	5,668	3,841	1,827
8	Habilitadores de programas	19,713	16,973	2,739
9	Sinergias con sectores del desarrollo	19,376	4,080	15,296
	Total	173,089	96,172	76,917

(1) El rubro de Cambios de Comportamiento, incorpora fundamentalmente el gasto del Presupuesto por resultados en remuneraciones del personal de salud. La estimación de las necesidades realizada ha incorporado sólo los principales conceptos ajustando el rubro de recursos humanos a la dimensión de las actividades previstas.

(2) Este rubro incorpora recursos del Sector Público asignados al PPR, por aproximadamente 3 millones de US dólares que corresponden a Gasto en Remuneraciones, lo que nos llevaría a concluir que en la actividad "Adquisición, distribución y comercialización de preservativos masculinos y femeninos", sólo se destina 3.3 millones de US dólares a este concepto.

3.7. Reducir las Inequidades de Género

7.1. Proporción de mujeres algunas vez casadas o convivientes entre los 15 y 49 años que experimentaron violencia física o sexual de una pareja íntima masculina en los últimos 12 meses.

2010	2011	2012	2013
Este Indicador no existía	- General: 13.9% (1704 / 12281) - 15 a 19 años: 14.9% (53 / 355) - 20 a 24 años: 20.5% (278 / 1358) - 25 a 49 años: 13.0% (1373 / 10568)	- General: 13.9% (1704 / 12281) - 15 a 19 años: 14.9% (53 / 355) - 20 a 24 años: 20.5% (278 / 1358) - 25 a 49 años: 13.0% (1373 / 10568)	Generalmujeres: 13.4% (1681/11760) - 15 a 24: 7.8% (169/1908) - 24 a 49: 14.3% (1522/9852)

La violencia y el VIH constituyen problemas graves de desarrollo y salud, que afectan la vida de tod@s aquell@s que la sufren. Cualquier tipo de violencia y discriminación basadas en el género debería reconocerse como una violación de los derechos humanos y un elemento que puede aumentar su vulnerabilidad frente al VIH. La violencia basada en el género o su amenaza pueden impedir que la persona que lo sufre pueda protegerse adecuadamente de la infección por el VIH u otras ITS, afecte la toma de decisiones para una vida sexual saludable, lo cual puede ser agravado por condiciones de desigualdad en el acceso a educación, trabajo, salud, seguridad y justicia⁷⁷.

La ENDES 2012 observa que en el país, el 66.3% de las mujeres alguna vez unidas manifestó que el esposo o compañero ejerció alguna forma de control sobre ellas; la mayor proporción se presentó en las mujeres de 15 a 19 años (70.4%), con educación secundaria (68.6%) y primaria (68.3%), y las ubicadas en el segundo quintil y quintil inferior de riqueza (69.3% y 68.3%, respectivamente). Revela también que el 37.2% de las mujeres fueron víctimas de violencia física y sexual por parte de su esposo o compañero; siendo mayor la proporción en mujeres de 40 años amas (42%), sin educación (42.1%) y situadas en el segundo y tercer quintil de riqueza (42.4%, en promedio). Entre las formas de violencia sexual, el 7.9% manifestó que su esposo o compañero las obligó a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad, y el 4.5% manifestó que su esposo o compañero la obligó a realizar actos sexuales no aprobados por ella. El 56.7% de mujeres agredidas indicó que la violencia se dio cuando el esposo o compañero se encontraba bajo los efectos de alcohol y/o drogas. La pobreza acompañada de la dependencia económica obliga a la mujer a soportar la violencia doméstica que en muchos casos se hace habitual. Aun es baja la proporción de mujeres que experimentaron violencia por parte de la pareja y que buscaron ayuda en personas cercanas (41.5%) o en alguna institución (27.3%), aunque esto último ha aumentado

⁷⁷ Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú. Ministerio de Salud-Dirección General de Epidemiología 2013

respecto al 2009 (16.1%)⁷⁸. Todas estas formas de violencia generan vulnerabilidad al VIH.

Un estudio nacional menos reciente determinó que en el Perú la percepción de riesgo es más baja en mujeres que no han vivido violencia, que entre aquellas que la experimentaron; esto puede estar indicando que aunque las mujeres tengan una mayor percepción de riesgo las intermediaciones que impone la relación de violencia restringen las posibilidades de la mujer de negociar sexo seguro⁷⁹. Otro aspecto a resaltar es que existe una mayor probabilidad de violencia en mujeres que viven con el VIH, que en aquellas las que no han adquirido el virus⁸⁰. Así mismo la violencia puede actuar como una barrera para el acceso a los servicios de prevención y atención de VIH, como de la misma manera puede limitar la notificación de haber adquirido el virus a sus parejas, por temor al abandono y nuevamente a la violencia⁸¹, demostrando que esta situación puede generar un círculo vicioso crucial para la vida de las mujeres.

Es importante también tomar en cuenta que la violencia hacia la mujer no solamente se ejerce al interior de la pareja, sino también fuera, producto de la inseguridad, por ejemplo la violencia o abuso sexual por terceras personas, en la calle o por familiares. Ello también puede conllevar a contraer el VIH. Este fenómeno hace resaltar la necesidad de contar en todos los centros de salud de terapia post-exposición para mujeres que sufren este tipo de violencia

3.5. Estigma y Discriminación

8.1. Porcentaje de mujeres y hombres entre los 15 y 49 que reportan actitudes discriminatorias hacia las personas viviendo con VIH			
2010	2012	2013	2014
Este indicador no se reportó	Este indicador no se reportó	Este indicador no se reportó	General mujeres: 47.5% (11271/22962) 15 a 19: 48.4% (2079/4489) 20 a 24: 47.7% (1693/3589) 25 a 49: 47.2% (7499/15810)

El estigma y la discriminación siguen vigentes en el Perú. Los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), las mujeres trans y las trabajadoras sexuales a

⁷⁸ INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2012. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/Libro.pdf> (Citado en: Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú. Ministerio de Salud-Dirección General de Epidemiología 2013)

⁷⁹ Referencia tomada de: Violencia Contra las mujeres. Explorando las intersecciones entre empoderamiento, VIH y Violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe. Development Connections. Washington D.C. 2007.

⁸⁰ The Global Coalition on Women and AIDS and WHO. 2004 (Citado en: Violencia Contra las mujeres. Explorando las intersecciones entre empoderamiento, VIH y Violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe. Development Connections. Washington D.C. 2007)

⁸¹ Op.cit.

menudo sufren vulneraciones a sus derechos motivadas por el odio y el desprecio hacia sus formas de vida o por cuestiones de género. Los esfuerzos para generar ambientes propicios para la protección de los derechos humanos en el contexto del VIH para las PVVS, las mujeres, los jóvenes y adolescentes, las mujeres trans, los gays y otros HSH y los y las trabajadoras/es sexuales son fundamentales.

El VIH ha constituido un terreno fértil para el desarrollo del estigma y la discriminación, principalmente porque ha sido asociado a sexualidades no normativas donde se identifican dos tipos de componentes: uno relacionado con la infección propiamente dicha y el otro con el tema sexual. En el Perú se continúa aun experimentando estigma y discriminación, abuso y violencia, tanto hacia las poblaciones viviendo con VIH, como hacia las poblaciones LGBT. Mucho de esa discriminación es ejecutada por instituciones estatales como los servicios de salud, la policía y la justicia; incluidos los medios de comunicación que promueven la construcción de estereotipos y prejuicios hacia estas poblaciones⁸². Al respecto presentamos un cuadro que resume las vulneraciones contra los DDHH de las poblaciones LGTBI registradas por el Observatorio de los DDHH LGBT y VIH/sida del IESSDEH, que la Defensoría del Pueblo ha recogido para el Informe Defensorial 003/2014 de la Defensoría del Pueblo, Adjuntía para los derechos humanos y discapacidad.

Tabla 24

Problemática	Nº de casos
Atentados contra la integridad	17
Discriminación en el ámbito de la salud	10
Discriminación en el ámbito familiar	10
Discriminación en el ámbito laboral	10
Asesinatos	7
Discriminación en espacios públicos	5
Problemas de identidad	5
Discriminación en el ámbito educativo	4
Insultos o burlas	3
Suicidios	2
Detenciones arbitrarias	2
Otros	21
Total	96

83

Fuente: Observatorio de Derechos LGBT y VIH/SIDA

Elaboración: Defensoría del Pueblo

Es así que el estigma y la discriminación corresponden a factores socio-culturales y del ambiente. Adicionalmente las regulaciones, políticas y normativas aún no favorecen en muchos aspectos a estas comunidades. Así mismo aún no existen el compromiso político,

⁸² Al respecto revisar: Red peruana TLGB, PROMSEX. Informe Anual sobre derechos humanos de personas Trans, Lesbianas, gays y bisexuales en el Perú, 2012. Disponible en: <http://promsex.org/docs/Publicaciones/informetlgb2012.pdf>

⁸³ Defensoría del Pueblo. Informe de Adjuntía 003/2014 DP/ADHPD. Opinión respecto del Proyecto de Ley N° 2647/2013-CR, que establece la unión civil no matrimonial para personas del mismo sexo. Situación de los derechos fundamentales de la población LGBTI en el país.

las leyes, las políticas y las prácticas para eliminar progresivamente el estigma y la discriminación, lo que favorecería ambientes adecuados para la reducción de la vulnerabilidad y el riesgo al VIH. Es por ello que la existencia de entornos sociales y jurídicos de protección frente al estigma y discriminación resulta fundamental para alcanzar el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH.

El año 2012 se presentó la evaluación final de la V Ronda del Fondo Mundial⁸⁴, esta ronda fue dirigida en gran parte al fortalecimiento de las personas viviendo con VIH y varias de sus actividades giraron en torno a mejorar el clima de estigma y discriminación hacia las PVVS. Una encuesta ad hoc reveló que el 90% del personal de los establecimientos de salud tiene actitud positiva hacia las PVVS y personas vulnerables, a diferencia de la encuesta ad hoc del 2006 que mostró un 81%. El personal de salud, en el estudio cualitativo mostró una disposición de respeto hacia los derechos de las PVVS; más no hacia las poblaciones vulnerables (HSH, trans y trabajadores/as sexuales). Además aún se notó la poca disposición y compromiso del este personal a formar parte del programa TARGA, esto especialmente en las regiones fuera de la capital. Además del hecho de la persistencia del estigma y la discriminación en los servicios de medicina general u otros servicios fuera de control y prevención del VIH y TARGA.

En relación a la población general, el resultado de la evaluación final muestra un 76% de la población a nivel de todas las regiones donde se ejecutó el programa de V ronda del Fondo Mundial, una actitud de aceptación a las PVVS y a las poblaciones vulnerables a diferencia del 2006 donde sólo un 50% presentaba esta actitud. Siempre se constata que en la ciudad de Lima existe una mayor aceptación a estas comunidades.

Finalmente con respecto a la actitud hacia los niños viviendo con VIH por parte del personal de las escuelas se muestra un 85% de actitud positiva frente a un 64% durante el 2006. La comparación entre las cifras entre 2006 y 2012 muestra un incremento de la aceptación de los niños VVS. Esto se debe a que las políticas de no discriminación por parte del Ministerio de Educación han sido entendidas por los docentes y éstos, a su vez, tienen herramientas importantes para enfrentarse a padres de familia o docentes que aún no se encuentran sensibilizados en el tema.

⁸⁴Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud, Fondo Mundial De Lucha Contra el SIDA, la Tuberculosis y La Malaria, CARE – Perú. Informe de Medición de Indicadores y Evaluación Final V Ronda. Programa en VIH. 2012

3.6. Integración del VIH

10.1. Asistencia actual a la escuela entre huérfanos y no huérfanos (10–14 años)

2010	2012	2013	2014
Este indicador no se reportó	- Huérfanos: 88.9% (16 / 18) - No huérfanos: 93.6% (10486 / 11200) (ENAH 2010)	- Huérfanos: 88.9% (16 / 18) - No huérfanos: 93.6% (10486 / 11200) (ENAH 2010)	N/I

10.2. Proporción de hogares en extrema pobreza que reciben soporte económico externo en los últimos 3 meses

2010	2011	2012	2013
Este indicador no se reportó	35.1% (474064 / 1350815) Observación: No se cuenta con proyecciones del número de hogares, es por eso que se trabajó con el valor del censo de 2007 (Programa Juntos Dic 2011 e INEI 2007)	35.1% (474064 / 1350815) Observación: No se cuenta con proyecciones del número de hogares, es por eso que se trabajó con el valor del censo de 2007 (Programa Juntos Dic 2011 e INEI 2007)	Proxy: 53.8% Observación: Se ha utilizado la variable: "Hogares pobres con al menos un miembro beneficiario de programas alimentarios" Fuente: Encuesta Nacional de Hogares 2012

Lo resaltante en relación a estos indicadores es que no tienen conexión con la Respuesta al VIH. Respecto a ello, es importante resaltar que el País no ha construido aún el vínculo entre pobreza y VIH. Ello correspondería al órgano multisectorial con la promoción de la participación del Ministerio de Inclusión Social en CONAMUSA para establecer un trabajo coordinado con esta institución. Por parte del MINSA, es importante la universalización del SIS a todas las personas que viven con VIH.

Otras poblaciones

a) Indígenas

Ya en el informe UNGASS 2010 se mencionaba los cambios en el equilibrio demográfico de las poblaciones indígenas y sus desplazamientos en el territorio, debido a diversas presiones económicas y sociales, intensificando su vulnerabilidad, incluido el VIH/sida. No existen datos nuevos acerca de estas poblaciones, aunque es un hecho que, a pesar de ser poblaciones pequeñas, tanto el VIH, como la Hepatitis B, están ocasionando en ellas una mella. En varias poblaciones indígenas originarias ha sido detectada la presencia del VIH y otras ITS, tanto por estudios, como por informes como los de la defensoría del Pueblo. Aquí el tema de los roles de género en las comunidades indígenas es crucial para entender la aparición del VIH. Los estrictos roles de género, donde el varón es el que migra para trabajar, se ha detectado que en esa migración se

producen relaciones sexuales entre hombres. Por todas estas razones es importante incluir datos sobre las comunidades indígenas originarias del Perú.

b) Población privada de Libertad

Es necesario tomar en cuenta de que, por lo menos en el penal de Lurigancho casi el 100% tiene acceso a la prueba de VIH. Aunque es necesario advertir que, también en Lurigancho 30% a 40% de PPL adquiere el VIH en las prisiones, donde las primeras pruebas son negativas y a la tercera o cuarta prueba ésta resulta positiva. De la misma manera varones llegan al penal con VIH, estos casos se han dado en población obrera de la Construcción Civil⁸⁵. Por lo tanto dos cosas quedan claras, que la población de varones es una población fundamental para la respuesta cuando se encuentran fuera del penal, y la PPL también por la cultura sexual existente en penales.

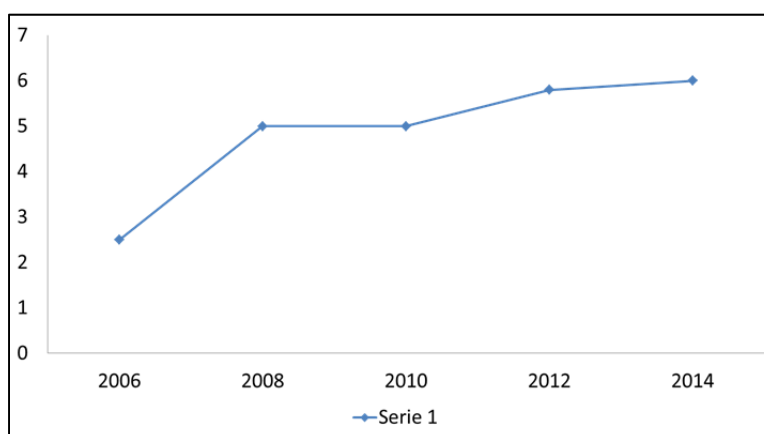
⁸⁵ Información proporcionada por el Dr. José Best

3.7. Compromisos y políticas nacionales

3.7.1. ESTADO

- PLAN ESTRATÉGICO

2006		2008		2010		2012		2014	
Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%
2.5	25	5.0	50	5.0	50	5.8	58	6	60



En el tema del Plan Estratégico no notamos un incremento del puntaje desde el año 2010 hasta ahora, desde el gran salto del 2006 al 2008, a pesar que los/las entrevistados/as del Estado reconocen la participación de la Sociedad Civil en la elaboración y discusión del Plan 2012 – 201. Los comentarios tienen que ver con:

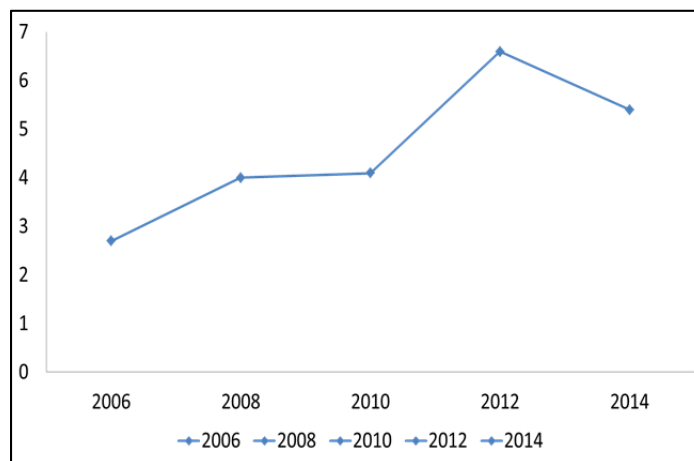
- El papel de la Sociedad civil ha sido y sigue siendo muy importante en relación al seguimiento del PEM los planes y el cumplimiento de sus objetivos. La representación internacional bi-lateral y multilateral también han participado activamente.
- Mientras que lo más importante del primer plan fue la descentralización, que se trabajó bastante en el marco de los proyectos del Fondo Mundial, el siguiente plan ha tenido muchas observaciones en cuanto al contenido de documentos donde, tanto la población general, como las mujeres no han sido priorizadas, sobredimensionando a las poblaciones clave, especialmente HSH y trans; ya que las intervenciones en población general son incipientes, siendo necesario vencer las resistencias en el sector educación en lo que a Educación Sexual se refiere. Pero existe otra corriente de opinión en el Estado que afirma que las mejoras en el nuevo PEM 2012-2017, tienen

que ver con el cambio de enfoque, ya que el anterior tenía un enfoque biomédico asistencial, mientras que ahora se han aumentado componentes de fortalecimiento comunitario y un cambio de visión hacia un enfoque de derechos humanos y de fortalecimiento comunitario.

- Un segundo punto es el hecho de que el PEM 2012-2017 aún no haya sido aprobado, habiendo discurrido el año 2013 sin contar con un plan vigente. Se está trabajando el tema, entonces a través de CONAMUSA sin contar con un plan como paraguas y guía de la respuesta.
- El 2014 ha sido la consolidación del TARGA asegurando el tratamiento al 100%, el nuevo PEM se ha dado un cambio en los indicadores, incluyendo propuestas de tipo social relacionadas a las poblaciones vulnerables. Sin embargo se resalta que no se haya puesto el énfasis necesario a la prevención.
- Por otro lado se destaca el hecho de estar perdiendo oportunidad de que el PEM tenga impacto, por la falta de decisión política para que éste se constituya en un mecanismo para mitigar el impacto que las iglesias están teniendo en el tema general de Salud Sexual y reproductiva.
- El MINSA tiene un plan para fortalecer los servicios de Salud, incluido VIH.
- Los sistemas de salud se están fortaleciendo a través del SIS y la descentralización del tratamiento, pero los resultados tienen que ser más tangibles y se tiene que hablar del VIH como se habla de otras enfermedades. Aquí se percibe una falta de apoyo de las autoridades porque las prioridades son otras. Más bien la mejora de los sistemas de salud, especialmente en VIH, se auguran con la creación de la Red integrada de Servicios MAIC, que trabaja con determinantes sociales y que debe ser implementada en el programa de 10ma Ronda del Fondo Mundial.
- En relación al MINEDU, este no tiene aún un espacio claro en la respuesta al VIH, ya que el tema de Educación Sexual Integral se ha replegado y se encuentra en compás de espera, ya que ésta va a pasar a formar parte del programa de Educación Básica Regular. En este sentido se observa un retroceso en términos de país.
- En relación a CONAMUSA el logro que más se resalta es la representación de las personas afectadas y la sociedad civil lo cual ha permitido conocer los problemas en su real dimensión y articular esfuerzos de otros sectores para este fin. En este sentido CONAMUSA ha mejorado en los aspectos técnicos pero operativamente ha sufrido un retroceso. Siendo el modelo muy bueno, éste no ha capitalizado bien en los últimos años. Actualmente en la CONAMUSA existe un debilitamiento, una falta de representatividad y un desinterés de las comunidades para reactivarla.
- En general los logros más importantes son que la epidemia se haya mantenido concentrada y que la mortalidad y la transmisión vertical se hayan reducido.
- Lo más importante es que el PEM se apruebe, y que los sectores se involucren en la respuesta y en la toma de decisiones.

- **APOYO POLÍTICO**

2006		2008		2010		2012		2014	
Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%
2.7	27	4	40	4.1	41	6.6	66	5.4	54



En este punto vemos un decaimiento significativo del puntaje, sin llegar a los niveles del 2010. La percepción es que el liderazgo del sector salud ha decaído y eso ha provocado un retroceso, expresado en que no ha habido apoyo del gobierno central, principalmente en Educación y Salud. Tampoco se han respetado las programaciones presupuestales, para lograr las metas programadas; ya que el VIH es un problema prioritario y es necesario evitar más casos. Existen además numerosas trabas administrativas. Mientras que entre los logros más relevantes están que en el PPR se tiene asegurado el financiamiento de ARV y que el desabastecimiento se ha controlado. Sin embargo, en este aspecto no ha habido otros logros, ya que no han sido precisadas las acciones con mayor participación efectiva de los sectores fuera del tratamiento. Se necesita un proceso de cambio más que en la respuesta al VIH en sí, la cara de la epidemia tiene que cambiar, es decir a las poblaciones más afectadas (HSH y trans) es allí donde para algunos entrevistados se pierde conexión con el nivel político.

El apoyo político se ve principalmente el 1ro de diciembre: por ejemplo el año 2103 3 ministerios apoyaron la campaña: Salud, Justicia y Trabajo. Un logro sectorial del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables MIMP es el haber introducido el tema del VIH en plan nacional por la Infancia y la Adolescencia (PANIA)

- DERECHOS HUMANOS

En relación a Derechos Humanos, lo más problemático sigue siendo la posición del gobierno y el congreso en relación al nuevo código del niño y del adolescente, y el inciso 4 de la ley general de salud que impide la atención autónoma de los y las adolescentes en los servicios de salud.

Si bien las leyes de no discriminación son generales para toda la población, comenzando por artículo 2, inciso 2 de la Constitución Política del Estado, y por ende deben favorecer a todos; algunas poblaciones están más bien obstaculizadas de ejercer sus derechos y por ende su ciudadanía, como ejemplo se puede nombrar la población de mujeres trans y las trabajadoras sexuales, cuyo oficio se ve dificultado por ejemplo con la ordenanza 1718 de la Municipalidad de Lima, que les impide desempeñar su oficio en las calles de Lima. Así mismo los jóvenes y adolescentes que, de acuerdo al artículo 4 de la Ley General de Salud no pueden ser atendidos de manera autónoma en los servicios de salud, lo cual atenta, como hemos dicho líneas arriba, con el Bono Demográfico con el que actualmente cuenta nuestro país. La opinión es que sí se cuenta con leyes que constituyen un obstáculo para la prevención, tratamiento y cuidado; por ejemplo, no existen sistemas de protección, ni normas que viabilicen los derechos a la educación por ejemplo de las poblaciones clave. Otro obstáculo es que muchas personas no califican para el SIS, por lo que no pueden tener acceso gratuito a prevención y tratamiento. Y finalmente que siendo los hombres una población importante a la cual llegar; éstos no asisten a los servicios de salud actuales lo cual exigiría contar con servicios diferenciados para ellos.

Muchas de las leyes, normas y políticas contra la discriminación existentes, dependen de la interpretación que se les dé y de su implementación. Respecto a esto último muchas no cuentan con mecanismos claros de implementación lo que las hace meramente declarativas.

A continuación presentamos un listado de las leyes, normas y políticas existentes en el Perú en relación a los Derechos Humanos:

LEGISLACIÓN NACIONAL	
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.
Código Procesal Constitucional, Ley N° 28237	Artículo 37° del Código Procesal Constitucional. El amparo procede en defensa de los siguientes derechos: 1) De igualdad y de no ser discriminado por razón de origen, sexo, raza, <u>orientación sexual</u>, religión, opinión, condición económica, social, idioma, índole.”
Acuerdo Nacional – 2002	(Contiene políticas coincidentes con los Objetivos del Milenio) 2002. <u>Undécima Política de Estado: Promoción de la Igualdad de Oportunidades sin Discriminación:</u> Combatir toda forma de discriminación, promoviendo la igualdad de oportunidades; • Fortalecer la participación de las mujeres como sujetos sociales y políticos que dialogan y conciertan con el Estado y la sociedad civil; • Fortalecer una instancia al más alto nivel del Estado en su rol rector de políticas y programas para la promoción de la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, es decir equidad de género; • Dar acceso equitativo a las mujeres a los recursos productivos y al empleo; • Desarrollar sistemas que permitan proteger a niños, niñas adolescentes, adultos mayores, mujeres responsables del hogar, personas desprovistas de sustento, personas con discapacidad y otras personas discriminadas y excluidas.
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)
Ley Antibullying 29719 (2011)	Ley que promueve la convivencia sin violencia en las instituciones educativas <i>que regula la prohibición del acoso escolar en cualquiera de sus modalidades, cometido por los alumnos entre sí que provoca violencia y saldo de víctimas</i>
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. 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”

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. <i>El que discrimina a otra persona o grupo de personas, por su diferencia racial, étnica, religiosa o sexual, será reprimido con prestación de servicios a la comunidad de treinta a sesenta jornadas o limitación de días libres de veinte a sesenta jornadas.</i>
Ley 28806	Ley General de Inspección de Trabajo. Prohíbe las conductas discriminatorias en toda la relación laboral, señalando que constituyen una “infracción muy grave”.
Ley 27741	Mayo de 2002 que establece una <u>Política Educativa en Derechos Humanos</u> la misma que establece que se debe dar enseñanza en derechos humanos y en derecho internacional humanitario en todos los niveles del sistema educativo, tanto civil o militar, educación superior, universitario o no universitario.
Ley 27942	Ley de prevención y sanción del hostigamiento sexual
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>
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.
Ley 28983 (2007)	Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres 2007- 2011. Establece el marco normativo, institucional y de políticas públicas en los ámbitos nacional, regional y local, para garantizar a mujeres y hombres el ejercicio de sus derechos a la igualdad, dignidad, libre desarrollo, bienestar y autonomía, impidiendo la discriminación en todas las esferas de su vida, pública y privada, propendiendo a la plena igualdad. <i>“Para los efectos de la presente Ley, se entiende por discriminación cualquier tipo de distinción, exclusión o restricción, basada en el sexo, que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos de las personas, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad entre la mujer y el hombre, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural o en cualquier otra, en concordancia con lo establecido en la Constitución Política del Perú y en los instrumentos internacionales ratificados por el Estado peruano”.</i>
Ley 29282	Ley de Protección frente a la violencia familiar. Amplía el ámbito de alcance respecto a los protagonistas de la violencia,

	en los siguientes términos: <i>“Uno de los convivientes y los parientes del otro hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, en las uniones de hecho”.</i>
Ley 28927	Ley de Presupuesto del Sector Público para el año Fiscal que establece en su Octava disposición final que las entidades públicas evaluarán la incidencia de las políticas de equidad de género en la ejecución presupuestal
Ley 29083	Modifica el artículo 47° de la Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto y establece <i>que “en la evaluación presupuestal de ejecución del Presupuesto del Sector Público, las entidades públicas incorporarán en el análisis, la incidencia en políticas de equidad de género”</i>
Decreto Supremo 019-TR-2006	Las conductas discriminatorias en el trabajo serán sancionadas como infracción muy grave.
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 educativo.
Decreto Supremo N° 003-2009	Plan Nacional contra la Violencia Hacia la Mujer El Plan es un instrumento de política que implica la acción conjunta del Estado y de la Sociedad, en tres ámbitos:· • Garantizar la implementación de políticas tendientes a enfrentar el problema de la violencia. • Garantizar el acceso de las mujeres afectadas por la violencia a servicios públicos de calidad • Identificar y promover la transformación de cambios en los patrones socio-culturales hacia nuevas formas de relaciones sociales entre mujeres y hombres basadas en el respeto pleno de los derechos humanos. <u>Para el PNVHM el concepto violencia es:</u> <i>Violencia contra la mujer es toda acción o conducta que se dirige hacia ella, con el propósito de causarle daño, sufrimiento físico, psicológico o sexual o provocarle la muerte</i>

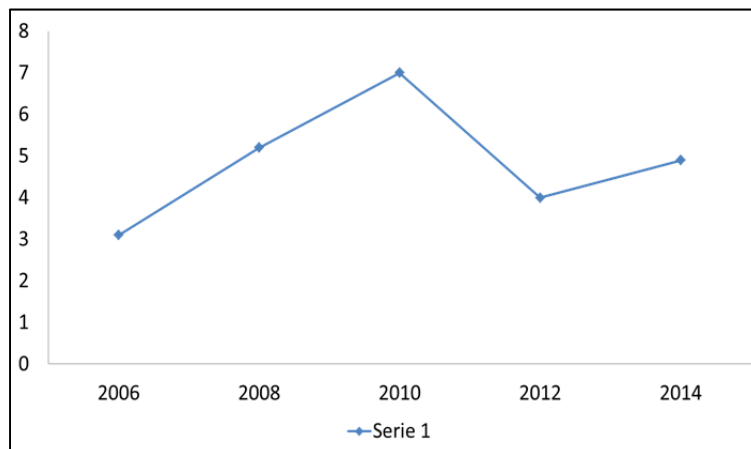
Decreto supremo N° 004-2012-MIMP	Plan Nacional de Igualdad de Género 2012 – 2017⁸⁶ <i>“El Plan Nacional de Igualdad de Género 2012-2017 (PLANIG) es el instrumento cuyo objetivo es transversalizar el enfoque de género en las políticas públicas del Estado Peruano, en sus tres niveles de gobierno, garantizando la igualdad y la efectiva protección de los derechos humanos para mujeres y hombres, la no discriminación y el pleno desarrollo de las potencialidades y capacidades individuales y colectivas. De esta manera, se espera garantizar a todas las personas, el ejercicio de sus derechos a la igualdad, dignidad, libre desarrollo, bienestar y autonomía; así como erradicar toda forma de discriminación, para alcanzar la igualdad real y efectiva. Todo ello en el marco del cumplimiento de la Ley N° 28983, Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres y el Decreto Legislativo N° 1098, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables”</i>
RM 039-2005/MINSA	Creación de la Unidad Técnica Funcional de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud: Establece criterios y procedimientos que permitan diseñar, implementar y evaluar políticas, planes, programas, proyectos y presupuestos que incorporen de manera efectiva y eficaz los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en salud, en la organización y gestión del sector salud y en todas las acciones de las Unidades orgánicas, órganos desconcentrados, organismos públicos descentralizados, direcciones regionales de salud, direcciones de salud, establecimientos del sector etc.
Resolución Ministerial 141-2007/MINSA	Aprueban Guía Técnica de Atención Integral de Personas Afectadas por la Violencia basada en Género.
Artículo 170 del código penal	Especifica que el que con violencia o grave amenaza obliga a una persona a tener acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal o realiza otros actos análogos introduciendo objetos o partes del cuerpo por alguna de las dos primeras vías, será reprimido con pena privativa de la libertad no menor de cuatro ni mayor de ocho años. Interesa en específico las consideraciones de aplicación de la ley, especialmente las condiciones siguientes: Si la violación se realiza por dos o más sujetos; si para la ejecución del delito se haya prevalido de cualquier posición o cargo que le dé particular autoridad sobre la víctima.

⁸⁶ Cabe resaltar que en la elaboración del Plan participaron diversos grupos de lesbianas.

- **PREVENCIÓN**

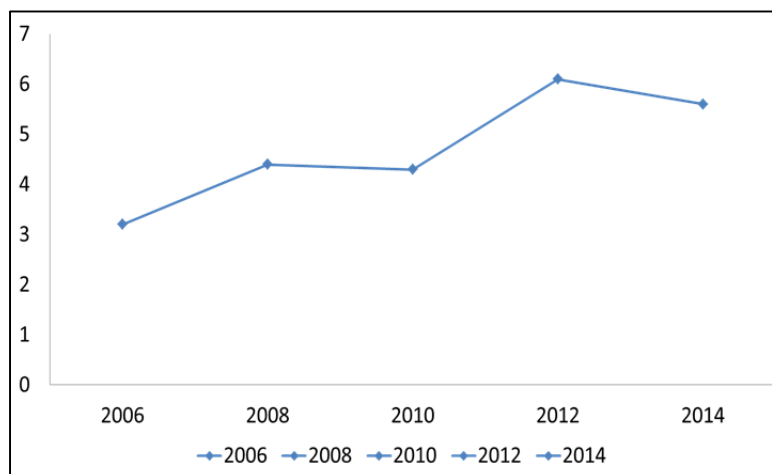
a) Políticas de Prevención

2006		2008		2010		2012		2014	
Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%
3.1	31	5.2	52	7.0	70	4	40	4.9	49



b) Implementación de Prevención

2006		2008		2010		2012		2014	
Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%
3.2	32	4.4	44	4.3	43	6.1	61	5.6	56

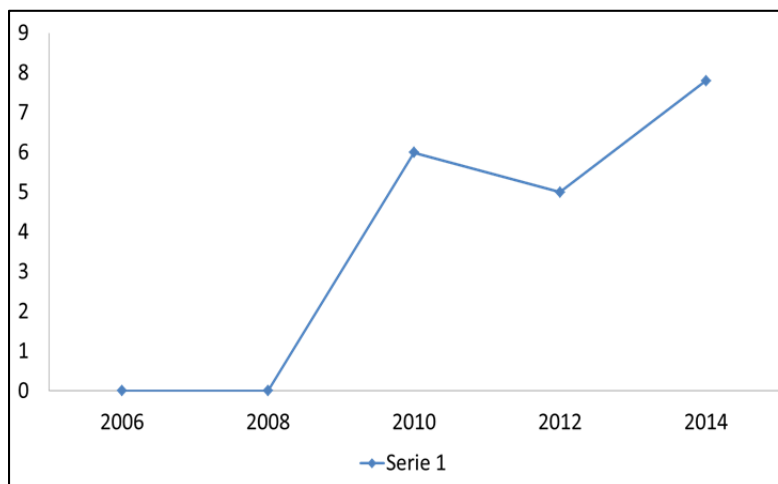


Observamos que en relación a las políticas de Prevención un ligero incremento en el puntaje, pero que no logra llegar al puntaje obtenido en 2010. Por su parte observamos que el puntaje sobre la implementación de la prevención ha descendido más de un punto lo cual es importante. Esto se debe a varios factores mencionados por los entrevistados:

- Existe una falta de decisión política y una inestabilidad orgánica del Estado, por lo que por ejemplo, las políticas o estrategias para promover la información, educación y comunicación están muy débiles actualmente.
- La visión es que en prevención todo está normado e implementado, y que no se ha incorporado ninguna innovación; más bien el problema es la demora en la compra de insumos como condones y pruebas rápidas.
- En general la Educación sexual integral (ESI) tiene una política y unos lineamientos pero ha quedado en el terreno discursivo. Ha habido limitaciones en su implementación y no ha podido ser extendida a todo el país, ni tampoco cuenta con presupuesto para su implementación.
- El más importante logro en prevención ha sido, de acuerdo a las entrevistas evitar la expansión de la transmisión vertical. Otros logros no se visualizan y más bien se percibe un estancamiento y un presupuesto reducido.
- Ha habido pocas campañas, salvo para el 1ro. De diciembre y pocas normas tienen una real implementación. Por ejemplo, en el PPR del Callao, se han colocado spots publicitarios para prevención, pero esto no se ha cumplido porque a pesar de la programación presupuestaria, el dinero ha sido destinado a otros rubros.
- En relación a las campañas, es necesario mirirlas con un enfoque multicultural. Es necesario dar mensajes claves, y conocer la forma como se tiene que abordar a la población. Por ejemplo en algunas comunidades la palabra “contagio” puede conducir a la discriminación e incluso a la violencia
- Siendo la prevención prioritaria en la respuesta al VIH, ésta no se está atendiendo. Así, las estrategias de prevención siguen siendo la estrategia de Promotores Educadores de Pares (PEPs) y la Atención Médica Periódica (AMP) en CERITSS y UAMPs. Sin embargo se percibe un debilitamiento en estas intervenciones.
- Algo bueno a resaltar es que en la programación de insumos de este año se van a adquirir condones y pruebas rápidas en cantidad suficiente para cubrir las necesidades.
- Otro aspecto que algunos entrevistados han resaltado es la visibilización de las comunidades GBT, aunque han sufrido una pérdida del capital ganado con el Fondo Mundial.
- Se afirma que existe un porcentaje de la población que no ha sido cubierto y ello podría cubrirse con intervenciones novedosas diferenciadas y nuevas herramientas de prevención que aún no se discuten oficialmente.

- **TRATAMIENTO, ATENCIÓN Y APOYO**

2006		2008		2010		2012		2014	
Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%
N/A		N/A		6	60	5	50	7.8	78



Al contrario de lo que ocurre con la Prevención, en el aspecto de tratamiento el puntaje ha tenido un constante incremento a lo largo de los años, llegando a este período a casi 8 puntos.

Los elementos que han sido priorizados en tratamiento han sido la consejería y la adherencia al tratamiento. Lo que se destaca en tratamiento es un enrolamiento cada vez mayor y la reducción de la mortalidad.

Parte de este puntaje es que han sido priorizados centros especializados para la madre y el niño, supervisados por la defensoría de la salud. Siendo los elementos esenciales para tratamiento los ARV, el soporte familiar, la evaluación periódica y el aseguramiento para disminuir costos. Se percibe que los servicios han sido mejorados porque ya no hay desabastecimiento y más bien se está trabajando en el aseguramiento (SIS) para que todas las personas que lo necesiten puedan incorporarse al TARGA. Además se está trabajando en la inclusión de medicamentos de 3ra línea y en la descentralización del TARGA para evitar el colapso de los centros de atención principalmente en hospitales.

La impresión de algunos entrevistados es que los servicios pueden ser mejorados a través del Modelo de Atención Integral Comunitaria (MAIC) de la 10ma Ronda.

Quedan como problemas a resolver la falta de recursos humanos, suficientes y mayor presupuesto para la compra de insumos, para campañas y para Consejeros Educadores de Pares (CEPs).

Los logros son haber reducido la mortalidad y la mejora de la adherencia al tratamiento. Aún falta resolver el tema de los efectos adversos de los medicamentos para la PVVS.

- HUÉRFANOS Y NIÑOS VULNERABLES

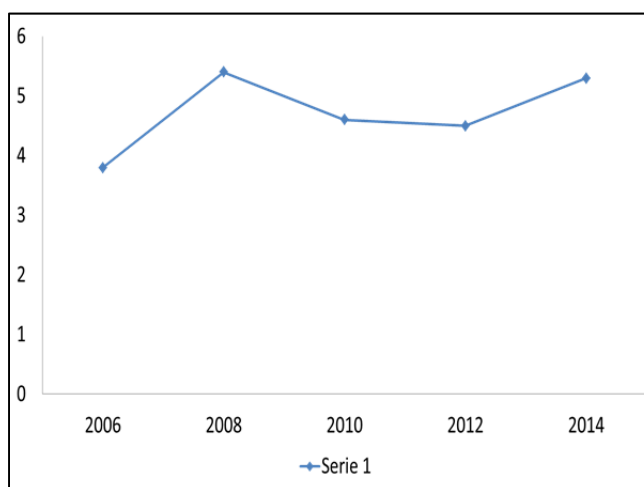
2006		2008		2010		2012		2014	
Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%
N/A		N/A		N/A		1.4	14	1	10

En este aspecto, los adolescentes y los niños no están visualizados como vulnerables, ni tampoco se ha medido el impacto del VIH en ellos. No forman parte importante de la respuesta al VIH por ello es que el puntaje, aunque se haya incrementado sigue siendo bastante bajo. No existe información sobre esta población vulnerable.

3.7.2. SOCIEDAD CIVIL

- PARTICIPACIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL

2006		2008		2010		2012		2014	
Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%
3.8	38	5.4	54	4.6	46	4.5	45	5.3	53



El puntaje en relación a la percepción sobre la participación de la sociedad civil ha aumentado en este período. Esto podría deberse en el papel crucial que ésta ha tenido en el desabastecimiento de ARV durante el 2012 a través de GIVAR; así mismo las organizaciones LGBT han cumplido un papel importante en el logro de algunas políticas, aunque no se ha llegado a un movimiento tan firme que pueda plantear exigencias al Estado. Aún, por ejemplo tiene que monitorearse la gestión pública en el sistema de suministro de tratamiento a VIH; ya que no se tiene información de las personas que reciben Atazanavir en el seguro social.

A pesar que los fondos han disminuido existe una buena representación de sociedad civil, aunque ésta no ha sido incorporada a la estrategia Nacional. La Sociedad Civil tiene y ha tenido un rol decisivo en la vigilancia y en temas de derechos humanos donde siguen muy involucrados. Es necesario que los servicios que brinda Sociedad Civil sean incluidos en el Estado para que sean sostenibles. El tema es que la respuesta es aún muy medicalizada con un protagonismo fuerte del MINSA.

La Sociedad Civil no tiene carácter de grupo de interés político, más bien su rol ha sido otro y es importante que se empodere para poder replantear ese rol. En este sentido, fuera del esfuerzo de GIVAR, no existen logros sostenidos, la mayoría son específicos y puntuales para resolver un problema. Por otra parte algunos entrevistados cuestionan sus mecanismos de representación y resaltan la falta de mecanismos de rendición de cuentas. Por ello plantean la necesidad de evaluar el rol de la sociedad civil. Otra crítica hacia la Sociedad Civil es que ha estado sesgada por el Fondo Global y muy sintonizada con estos recursos y su implementación es lo que ha generado más movilización. En este sentido la Sociedad Civil participa y se involucra pero no rompe la lógica dominante del financiamiento del Fondo Global. Todos están participando pero no con un proyecto propio y no hay pensamiento crítico. La sociedad civil ha estado “fondoglobalizada”.

Por su parte, si bien se han mencionado algunos logros, CONAMUSA ha perdido el espacio por parte de la sociedad civil para lo que es la asignación presupuestaria. Existe la percepción que la Sociedad Civil está venida a menos en CONAMUSA; aunque siguen teniendo representación. No obstante el proceso de participación de la Sociedad Civil es activo en CONAMUSA; suele vérselo como más reactivo ante escenarios de vulnerabilidad de sus derechos, como por ejemplo frente a la ley de penalización de la transmisión del VIH. A pesar de todo CONAMUSA sigue estando activa y con involucramiento de la sociedad civil pero sin llegar a las bases. Algo a destacar es el proyecto de la Cooperación Británica con el MINJUS que se está proponiendo desde CONAMUSA. A través de la Sociedad Civil la CONAMUSA ha reaccionado por ejemplo con la evaluación de la transmisión vertical y también con la evaluación de la 1ra. Fase de 10ma Ronda; aunque aún queda mucho por hacer.

En relación al Estado, se afirma que los funcionarios no saben cómo trabajar con las Sociedad Civil, cooptarlos a los programas que se integren a los planes del MINSA. Es difícil lograr una relación entre Estado y Sociedad Civil. Existe la percepción de que hay

motivación por parte de la Sociedad Civil y poca respuesta del Estado. El Estado no tiene infraestructura, menos tiene algo que ofrecer a la Sociedad Civil, al contrario muchas veces la Sociedad Civil contribuye con el Estado. En estos años se espera que los roles se reviertan. La Sociedad Civil ha sido dejada de lado en una posición antagónica, no hay colaboración con el Estado. No existen mecanismos para formalizar la participación de la Sociedad Civil a nivel nacional; mientras que a nivel regional sí existen estos mecanismos. No existe soporte para la Sociedad Civil, más bien trabas y negación, lo que hace que no exista conexión entre Estado y Sociedad Civil. Mientras el gobierno vea a la Sociedad Civil como un enemigo, no va a haber un trabajo conjunto, ni empatía entre ambos.

ONUSIDA cumplió un papel de convocatoria a los involucrados para la elaboración del PEM 2012-2017, estando más centrada la participación en su diseño y no en el presupuesto. Cuando se construyó el PEM se convocó a distintos grupos dentro de la población clave y se generó un Plan que tiene ya 18 meses sin aprobarse. Lo cual implica que no haya estrategia, ni hoja de ruta. Muchos ven en esta participación una pérdida de tiempo; ya que luego de un proceso participativo, las decisiones se toman en otro lado recortando o no aprobando este plan. Más allá de que el compromiso se traduzca en acciones, la Sociedad Civil ha presionado para incluir los temas de HSH y trans en el PEM 2012-2017; también ha participado en el planeamiento del PEM pero no necesariamente se han incluido sus demandas. Lo mismo ha sucedido esto, también en el Plan de Derechos Humanos y en el Plan de Igualdad de Género. Si se aprueba el PEM la posibilidad de participación de la Sociedad Civil sería un logro.

La SC debería participar en la elaboración del PPR, se deberían considerar proyectos en el ESNIP; ya que no hay nada sobre VIH. Los retos son articular esfuerzos, en la elaboración del PPR se podría incluir a las Sociedad Civil.

- SOPORTE POLÍTICO Y LIDERAZGO

La mayoría de los entrevistados afirma que no existe en este período soporte político y liderazgo; ya que las demandas de las poblaciones están ausentes para la generación de políticas del Estado. Lo único que existe es el TARGA. En este sentido recomiendan que Estado y Sociedad Civil mejoren su relación.

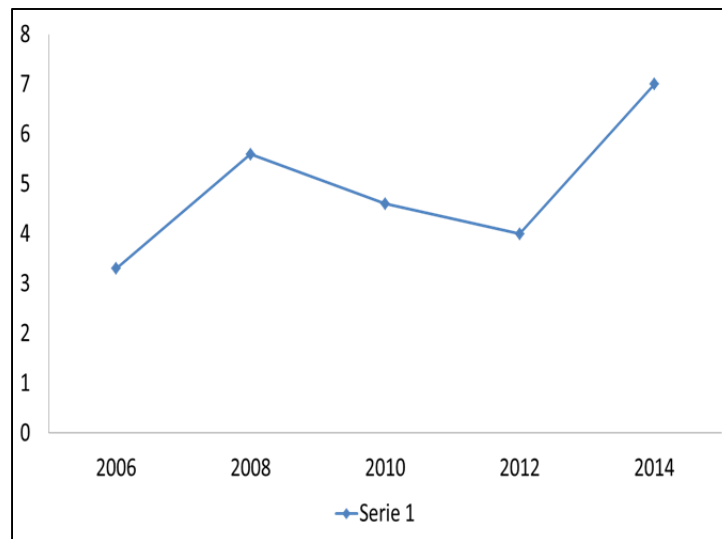
Hay quienes piensan que sí existe en términos de normas y discusión, pero no en términos financieros.

Y existe otro grupo que plantea que sí hay soporte político y liderazgo a insistencia de la Sociedad Civil, que esto se ha construido a través de los proyectos del Fondo Mundial. No obstante los mecanismos no son los óptimos. Uno de los ejemplos es la elaboración del PEM, aunque aún no se haya aprobado.

- **DERECHOS HUMANOS**

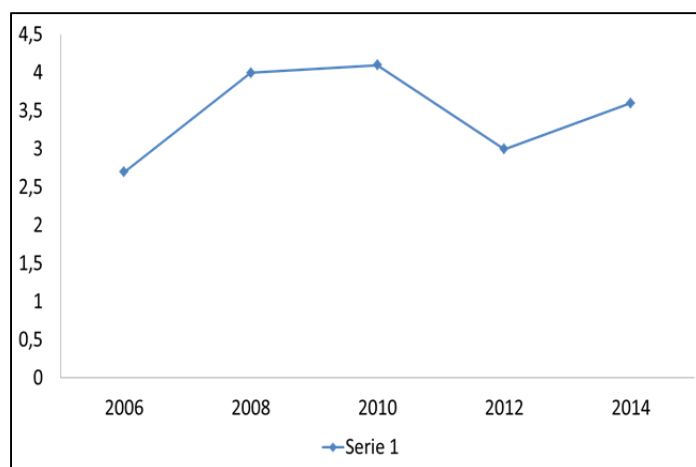
a) Leyes y políticas relativas a derechos humanos

2006		2008		2010		2012		2014	
Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%
3.3	33	5.6	56	4.6	46	4	40	7	70



b) Implementación de leyes y políticas relativas a derechos humanos

2006		2008		2010		2012		2014	
Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%
2.7	27	4	40	4.1	41	3	30	3.6	36



En relación a las leyes, normas y políticas de Derechos Humanos, el puntaje otorgado para este período es 7 puntos, bastante más alto que los puntajes de períodos anteriores. Sin embargo, en relación a la implementación de estas leyes, normas y políticas el puntaje baja a 3.6.

La primera constatación es que en el Perú no existen leyes específicas contra la discriminación, las normas incluyen a todas las poblaciones, tal como la Constitución Política del Estado en su artículo 2do, la Ley de discriminación 323 del código penal, que por cierto no incluye orientación sexual, ni identidad de género. Salvo la ley CONTRASIDA que podría ser una de las leyes específicas para PVVS. Aunque existen mecanismos para que la ley contra la discriminación se cumpla, el problema es que fallan los mecanismos de implementación.

Existen obstáculos para que las personas accedan a Prevención, Tratamiento, y apoyo en VIH, especialmente las regulaciones que impiden a los jóvenes atenderse autónomamente en los servicios de salud (inciso 4 de la ley general de salud) y también la ordenanza 1718 de la Municipalidad de Lima contra el trabajo sexual. Otro obstáculo podría ser la Reforma de Salud, de la cual no se conoce mucho; ya que en el Perú la salud no es un derecho sino un servicio, no está universalizado como derecho. Existen opiniones que con la Reforma de Salud se tiene ya la base legal para poder privatizarla; además de un sistema unificado por tipos de seguros cubiertos por usuarios o por el Estado que elimina la gratuidad del servicio de salud para todos los ciudadanos.

En relación a la violencia hacia las mujeres existe el plan Nacional contra la violencia hacia las mujeres, los centros de emergencia mujer para todas las mujeres.

Aparentemente el Plan Nacional de Derechos Humanos que está por aprobarse ha incluido alguna estrategia o política referente a VIH; sin embargo éste aún no ha sido aprobado. En este sentido la vigilancia de los Derechos Humanos se encuentra más a cargo de la Sociedad Civil, que del Estado; salvo en lo que se refiere al Rol que juega la

Defensoría del Pueblo. Salvo este organismo que cuenta con el respeto de la ciudadanía, en general el sistema está diseñado más bien para desalentar la denuncia.

Si bien se supone que las políticas de acceso son iguales para hombres y mujeres, algunos entrevistados resaltan que en este caso los hombres son los que menos tienen posibilidades de acceder a estos servicios, ni los servicios acercarse a ellos. Así mismo las opiniones están divididas entre la existencia o no de una política que asegure el acceso a mujeres fuera del contexto del embarazo, ya que las gestantes siempre han sido la prioridad. De la misma manera las opiniones están divididas sobre la existencia de una política que fomente el acceso igual para las poblaciones vulnerables y clave; ya que algunas poblaciones como las trans femeninas tienen restringido su acceso.

Si bien existe una ley que prohíbe el tamizaje de VIH en el trabajo, los entrevistados afirman que muchas veces esa ley no se cumple y las empresas someten a exámenes de sangre a sus empleados.

La mayoría de actividades que tienen que ver con defensa de los derechos de las PVVS o las poblaciones vulnerables, o sobre estigma y discriminación se encuentra a cargo de la Sociedad Civil.

La percepción general es que aún hay mucho por hacer en este campo y existen muchos vacíos en las leyes, normas y políticas que están vigentes. Algunos entrevistados manifiestan que es necesario readecuar las leyes, por ejemplo el hecho que se brinde TARGA solamente en hospitales discrimina a las personas que viven en zonas alejadas. Por ello es necesaria la descentralización del TARGA.

Existen algunos mecanismos para medir los DDHH con indicadores pero no todos a cargo del Estado: Convención Iberoamericana de DDHH y los principios de Yogyakarta para la población TLGB, Observatorios, Indicadores de defensoría del Pueblo, Fondo Global. Por su parte los Gobiernos locales si han hecho un esfuerzo por tener sus ordenanzas contra la discriminación.

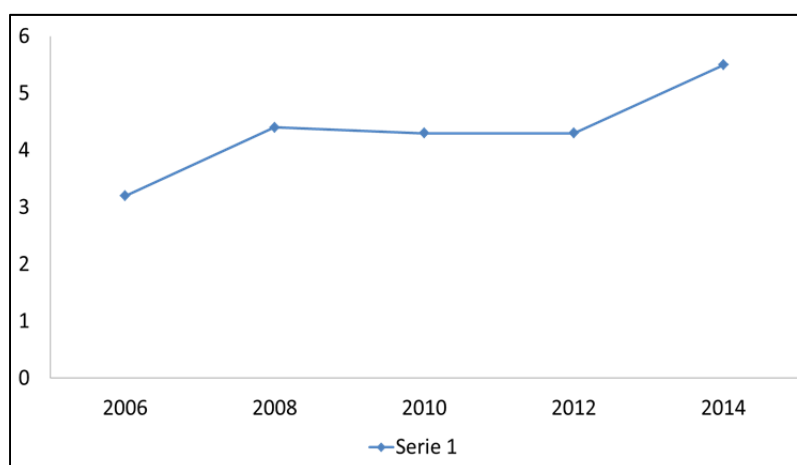
Se habla de la necesidad de ambientes propiciadores, pero todos esos esfuerzos se han bloqueado y en el Plan de DDHH no ha incluido a las poblaciones clave. No existe voluntad política para centrarse en la población afectada y TLGB. El Estado es muy conservador y los políticos actúan de acuerdo al poder. Negocian con las iglesias. Las normas aparentemente no generan barreras son las interpretaciones de las normas. Muchas veces se da una negación de tratamiento por una interpretación errada de la norma.

Los logros son que existen evidencias de la vulneración de derechos de las poblaciones clave como el informe de la Red Peruana TLGB y otros informes regionales además de acciones de incidencia pública y política internacionales.

Los problemas por resolver son el estigma y la discriminación y el descuido en la prevención. El problema es la implementación de muchas de las leyes y normas. Las normas y leyes son muy buenas, pero la implementación no tanto. Hay normas, leyes, regulaciones pero ¿Cuánto se cumplen?

- PREVENCIÓN

2006		2008		2010		2012		2014	
Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%
3.2	32	4.4	44	4.3	43	4.3	43	5.5	55



En relación al tema de Prevención el puntaje se ha incrementado a 5.5 de acuerdo a la percepción de los entrevistados de Sociedad Civil, siendo el puntaje más alto desde el 2006.

Si bien CERITSS y UAMPS incluyen servicios para PVVS, HSH y trabajadoras sexuales, existen aún impedimentos para que estas poblaciones lleguen a los servicios, tales como el horario no adecuado. Además los entrevistados plantean que las mismas dificultades continúan, lo que indica que no se está haciendo lo que se debe hacer, afirman que todo sigue igual o que no ha habido mayores esfuerzos durante el período.

Los estudios de universidades, las intervenciones y las experiencias, a partir de información epidemiológica, evaluaciones de la cooperación internacional se han determinado como necesidades a priorizar:

- Servicios para mujeres gestantes (ha ayudado mucho la disminución de la transmisión vertical)

- Población trans (prevención de la transmisión y de la coinfección con otras enfermedades)
- HSH uso responsable del condón
- La descentralización del TARGA,
- El seguimiento para los recién nacidos de madres infectadas,
- El tratamiento terapia combinada de dosis fija.
- Garantizar pruebas rápidas duales
- Impulsar estrategias novedosas en consejería e impulsar mecanismos para facilitar el tratamiento para poblaciones dispersas.

En este período los logros han sido:

- La descentralización del TARGA,
- Acceso a pruebas rápidas,
- El compromiso de las obstétricas en la prevención de la transmisión vertical
- Esfuerzos del MINSA, estimando a la población sujeto de programación; ya que en prevención es necesario llegar a poblaciones que no acceden a los servicios.

Los retos son:

- Concluir la implementación de la descentralización del TARGA,
- El seguimiento del recién nacido,
- El tamizaje oportuno y seguimiento de las personas
- Crear servicios que se acerquen a las personas
- Pruebas gratuitas para todos
- Mayor monitoreo de gestantes
- Lograr la adherencia en el tratamiento
- Mayor calidez en los servicios
- Mejorar los servicios para poblaciones clave y población general en especial jóvenes, adolescentes (escolares) y la prevención en el trabajo.
- Una campaña agresiva sobre el uso del condón.
- Un sistema de prevención focalizado en las trans.
- La identificación de estrategias innovadoras de prevención.
- Ampliar cobertura de prueba de VIH en los grupos de riesgo, enlace a los servicios de prevención en grupos de mayor riesgo
- Aseguramiento al tratamiento
- Marco legal para los derechos de poblaciones vulnerables

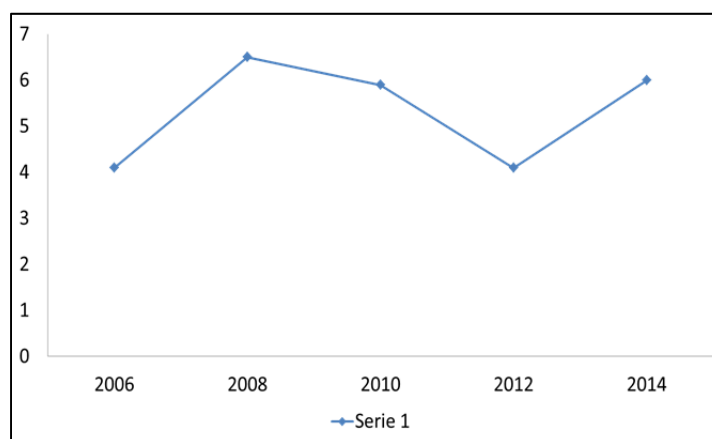
Los problemas son:

- La desarticulación de la estrategia de PEPS y consejeros de pares,
- El desabastecimiento de insumos y pruebas rápidas
- Los horarios de los servicios no se adecúan a los de la comunidad.
- Un vacío grande continúa siendo el tema de Educación Sexual.
- Es necesario así mismo focalizar a la población más afectada la cual no tiene acceso al sistema de salud, en especial las trans femeninas.

- Por otra parte el tema de estigma y la discriminación no ha mirado a la población más afectada. Hay una decisión política del MINSA de no tocar el tema de orientación sexual e identidad de género por postura actual del gobierno.
- No se está cumpliendo la atención integral de PVVS.
- Aún se produce estigma y discriminación en los servicios
- No hay seguimiento a gestantes por la falta de CEPs
- Se necesita contar con personal para tratar con adolescentes y personal sensibilizado para GTB.
- No se han propuesto mejores estrategias de prevención, hay menos PEPS que antes, muchos desempeñan roles administrativos y no hacen su labor.
- Los servicios de prevención son actualmente limitados.

- **TRATAMIENTO, ATENCIÓN Y APOYO**

2006		2008		2010		2012		2014	
Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%
4.1	41	6.5	65	5.9	59	4.1	41	6	60



Sobre Tratamiento, Atención, Cuidado y Apoyo en VIH el puntaje de este período ha sido 6 puntos, puntaje mayor que el período anterior, pero unas décimas, menor que en el 2010.

Los entrevistados manifiestan que ha habido logros específicos en este período y que hay que trabajar mucho y fortalecer las iniciativas de la sociedad civil. Sin embargo identifican algunos logros como el detenimiento de la mortalidad, la inclusión de la cobertura para todas las infecciones y la mejora en la actualización de la norma TARGA, la descentralización del TARGA, la descentralización de laboratorios, y la mejora del abastecimiento, aunque en ESSALUD aún persisten los problemas.

Las prioridades en tratamiento mencionadas son las siguientes:

- Tratamiento de ARV
- Manejo de la co-infección
- Terapias profilácticas
- Exámenes auxiliares
- Seguimiento de laboratorio oportuno periódico

Aunque se reconoce que el programa se encuentra debilitado, también se reconoce que existe una guía de trabajo, cuya aplicación es heterogénea. Un problema detectado es que no existe una política de trato al paciente con VIH. Aún hay maltrato a las personas que se acercan a los CERITTS y no se provee atención integral.

A pesar de que el acceso a tratamiento es universal y gratuito, se considera necesario descentralizarlo por el crecimiento de la población. Adecuación a nuevos esquemas, retiro de medicamentos prohibidos en otros países. Disminución de la dosis a una diaria, además de complemento nutricional y soporte y controles médicos adyacentes. Por lo cual se infiere que existe un énfasis en el tratamiento, más no en los servicios. Para ello hace falta recurso humano entrenado a nivel nacional.

En tratamiento también se afirma que el programa de tratamiento toca básicamente el tema de antiretrovirales y que ha llegado a un equilibrio, por eso todo permanece igual. Sin embargo mencionan algunos problemas:

- Mejor seguimiento a pacientes,
- no hay un sistema de registro de pacientes,
- los pacientes tienen atenciones paralelas eso oculta las deficiencias del sistema.
- Se necesita una identificación y tipificación de la población.
- Los niños no son suficientemente protegidos de los riesgos y su atención
- Dificultades en el monitoreo del tratamiento

- **HUERFANOS Y NIÑOS VULNERABLES**

2006		2008		2010		2012		2014	
Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%
N/A		N/A		2.6	26	N/A		1	10

Los entrevistados afirman que sólo cuando hay casos públicos se presiona al INABIF para que pueda acogerlos pero esos son uno o dos casos. Los niños huérfanos están a merced de sus familiares que no tienen conocimiento adecuado para tratarlos y controlar

su toma de medicamentos. El Estado no se enfoca en estos niños y el INABIF no quiere ocuparse de ellos. Es por ello que el puntaje es de 3.

IV. Mejores Prácticas

Es necesario aclarar que en este período ha habido logros significativos:

En cuanto a la epidemia del VIH

- La epidemia de VIH se sigue manteniendo estable, concentrada en población de hombres que tienen sexo con otros hombres y mujeres trans (población más afectada por la epidemia)
- Se ha logrado que más del 90% de gestantes infectadas y sus niños expuestos accedan a los protocolos de atención y tratamiento para prevenir la transmisión vertical.
- La mortalidad por VIH/SIDA ha disminuido en 40% desde que se inició el TARGA en el 2004.

En cuanto a prevención los logros han sido siguientes:

- La continuación de la AMP en los CERITSS y UAMPS con atención gratuita para HSH, trans y trabajadoras y trabajadores sexuales.
- La existencia de pruebas rápidas para VIH y las campañas que priorizan que la población se haga la prueba de VIH.

En tratamiento los logros han sido los siguientes:

- Continuación del TARGA provisto por el Estado de manera gratuita y universal
- La voluntad política para iniciar la descentralización del TARGA
- La voluntad política para frenar el desabastecimiento de medicamentos producto de la vigilancia de la Sociedad Civil
- El mejoramiento de la norma técnica de Atención Integral para el adulto con infección por VIH.

V. Principales Retos y Acciones Correctivas

De acuerdo al análisis realizado de la respuesta al VIH, los principales retos y acciones correctivas son:

- Si bien el enfoque de género y derechos humanos está incorporado en la Respuesta, es necesario también incorporar el enfoque intercultural a fin de adaptar culturalmente las estrategias de prevención del VIH (lenguaje y mensajes), y mejorar el acceso a tratamiento ya que el Perú es un país culturalmente heterogéneo.

- Poner el énfasis en la Prevención, sin descuidar el tratamiento para ello, la prueba de VIH, constituye un punto vital de entrada para todas las intervenciones en prevención. Es claro que existe aún una brecha en este sentido.
- Es importante realizar intervenciones que combinen intervenciones biomédicas, comunitarias y estructurales (Derechos Humanos, Género e Interculturalidad)
- Generar campañas de prevención para la población general, así como para poblaciones clave (HSH y Trans)
- Desarrollar aproximaciones comunitarias, tanto a la prueba de VIH como a las intervenciones preventivas.
- Preparar al personal de los establecimientos de salud para atender a las poblaciones clave
- Ofrecer servicios que cubran las prioridades de cada población clave y afectada
- Reactivar y dar fuerza e innovación a las estrategias de PEPs, CEPs y AMP
- Reactivar el Programa de Educación Sexual Integral, habiendo evaluado sus debilidades y fortalezas.
- Cambiar la legislación relativa a la atención de adolescentes en los servicios de salud.
- Crear servicios cercanos a las personas
- Mejorar los servicios para poblaciones clave y población general en especial jóvenes, adolescentes (escolares) y la prevención en el trabajo.

En relación al tratamiento, los principales retos y acciones correctivas son las siguientes:

- Continuar con la descentralización del TARGA para llegar a todas las personas que lo necesitan, tanto en las zonas urbanas, como en las zonas más alejadas del país
- Realizar esfuerzos relativos al seguimiento de las gestantes y sus hijos por ello es crucial retomar la estrategia de CEPs en los hospitales
- Seguir controlando el abastecimiento de medicamentos e insumos, tratando de introducir aquellos medicamentos de última generación
- Mejorar el seguimiento de pacientes con un sistema de registro ordenado y oportuno que impida las atenciones paralelas
- Garantizar la integralidad del tratamiento y no solamente el medicamento
- El SIS debe garantizar el acceso a tratamiento de todas las personas que lo requieran
- Seguir interviniendo para luchar contra el estigma y la discriminación hacia las PVVS, pero también hacia las poblaciones clave (HSH y Trans), tanto en los servicios de salud, como en el ámbito social.

En relación al sistema de información los principales retos son:

- Contar con un sistema de información programática unificado, y oportuno
- Actualizar los datos, informatizarlos y realizar controles de calidad
- Mejorar los indicadores a monitorear
- Particularizar cada población en los indicadores y en las vigilancias
- Realizar vigilancias centinelas en centros materno-infantiles
- Periodizar las vigilancias centinelas en HSH y trans
- Realizar vigilancias centinela periódicas a mujeres, hombres y trans trabajadores sexuales

En el plano político se requiere la aprobación pronta del PEM y la reactivación de la CONAMUSA como Mecanismo de Coordinación de País con la presencia de todos los estamentos sociales de la Respuesta al VIH.

VI. Apoyo de los asociados para el desarrollo del país

Este periodo se ha caracterizado por un mayor aporte en financiamiento del Estado a la respuesta del VIH y ello es positivo. Por otro lado, con la calificación del Perú como “país de ingresos medios y altos” y el crecimiento económico sostenido. El País es cada vez menos elegible para la cooperación internacional, aunado esto a la crisis económica en los países desarrollados que ha hecho que mucho de la cooperación se vea reducido y que se prioricen otros países en continentes afectados por el VIH de manera generalizada. Es por todas estas razones que el Estado ha tomado protagonismo, tanto en el ámbito financiero, como en el programático. Este periodo también se ha caracterizado por la finalización de las tres rondas del Fondo Mundial que desde el 2006 el Perú fue receptor, lo cual ha generado un repliegue de algunas organizaciones de la sociedad civil, y de la 1ra fase de la 10ma Ronda del Fondo Mundial que no tuvo resultados auspiciosos quebrando las expectativas de las poblaciones vulnerables beneficiarias de esta Ronda. En este contexto los organismos del Estado, especialmente Ministerio de Educación, Ministerio de Trabajo, Ministerio del Interior Ministerio de Justicia, Ministerio de Defensa y Ministerio de la Mujer, y Defensoría del Pueblo han continuado colaborando en CONAMUSA. Aunque en relación al Ministerio de Educación se notó un repliegue en lo relativo al programa de Educación Sexual Integral.

Los aliados Bilaterales y Multilaterales, como ONUSIDA, OPS, UNICEF, UNESCO, GIZ y otras, a pesar que han visto reducidos su fondos, han continuado también su involucramiento con la Respuesta al VIH, brindando, sino asistencia financiera para algunos proyectos en relación a evaluaciones de componentes de la respuesta al VIH como la transmisión vertical, la descentralización del TARGA, la construcción del PEM 2012-2017, y programas que tienen que ver con la defensa de los Derechos Humanos de las poblaciones vulnerables y afectadas, la asistencia técnica requerida, tanto por el Estado, como por la Sociedad Civil. Así mismo las Organizaciones No Gubernamentales comprometidas con el VIH, sea con intervenciones o investigación o servicios han contribuido también a la respuesta al VIH; así como las organizaciones de poblaciones vulnerables y afectadas, en el terreno de implementación de programas, participación en investigaciones o en el ámbito de la Vigilancia Social.

Dado que el panorama mundial está cambiando en lo que a cooperación al desarrollo se refiere, toca fortalecer las relaciones entre el Estado y la Sociedad Civil, incluidas las organizaciones de base comunitaria, para la implementación de programas y proyectos como el MAIC y en la elaboración de los planes Estatales como el Plan Nacional de Derechos Humanos, el Plan Estratégico Multisectorial de VIH, el Plan Nacional contra la

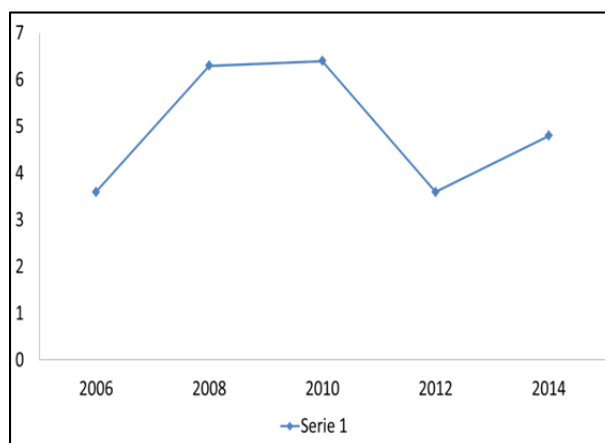
Violencia hacia la Mujer, el Plan Nacional de Igualdad de Género, el Plan Nacional de Paz Escolar, incluidos sus presupuestos e implementación; así como las investigaciones y estudios pertinentes como las Vigilancia Centinela, por ejemplo.

Toca a la Sociedad Civil en todos sus estamentos también seguir realizando la Vigilancia Social y la incidencia política para la implementación de nuevas y mejores políticas relacionadas con la Respuesta al VIH.

Finalmente se espera que la cooperación multilateral y bilateral continúe brindando asistencia técnica y financiera, priorizando los sectores que el Estado no cubra.

VII. Entorno de Monitoreo y Evaluación

2006		2008		2010		2012		2014	
Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%	Puntaje promedio	%
3.6	36	6.3	63	6.4	64	3.6	36	4.8	48



Los funcionarios estatales entrevistados afirman que no existen sistemas de reporte integrado, ni información confiable. En este período han calificado el monitoreo y la respuesta al VIH con un 4.8 de puntaje, un tanto más alto que el período anterior, sin llegar a alcanzar al puntaje de 2010.

El monitoreo y la evaluación está a cargo de la DGE. La DGE se ocupa de la vigilancia y la Estrategia del programa. La Oficina de Estadística e Informática centraliza el envío de datos y existe un sistema de notificación y vigilancia. Sin embargo existe información paralela lo cual recarga el trabajo de los prestadores de servicios, lo que hace necesario unificar este sistema de información.

Si bien la información sirve para priorizar intervenciones y para conocer la magnitud de la epidemia, afirman que este sistema de información no es bueno, ni está actualizado y no se tiene un control de calidad. La información no está estandarizada, no existe un sistema de información unificado, existen vacíos y huecos en la información y los ensayos del SMEI no han funcionado.

Por su parte la Sociedad Civil no está lejos de esta misma percepción. Los entrevistados opinan que se han dado avances pero están en proceso y que se debe dar una articulación entre la DGE y la Estrategia para mejorar el sistema de monitoreo y vigilancia. Se percibe también que no existe un sistema de información, sino que existen diversos subsistemas que no están articulados (MINSA, ESSALUD, COPRECOS). Tampoco está articulado con la información que genera la sociedad civil, y al interior del MINSA tampoco existe la articulación eso se refleja en diferentes sistemas, diferentes formas de gestión. El sistema no está automatizado, se trabaja a través de Excel, y los datos se pierden o se demoran. En general el monitoreo y evaluación depende de la voluntad política de quien esté en el cargo, está desactualizado, no se han hecho esfuerzos para mejorar los indicadores. Por ejemplo no se usan los modelamientos desarrollados por la academia. Se afirma que la información debe ser actualizada y que está limitada al ámbito urbano, muchos indicadores no tienen fuente, tampoco hay capacidades para utilizar la información. La gente no sabe utilizar la información, no se sabe para qué se quiere esa información. Es necesario fortalecer en el uso de la información para la incidencia política. En relación a monitoreo y evaluación se piensa que no se han identificado los problemas reales de las poblaciones vulnerables.

Por lo tanto opinan que es necesario conseguir un sistema informatizado eficiente que de información a todo nivel de manera rápida y oportuna. Por lo que hacen falta políticas claras, liderazgo, supervisión, y control de calidad para que los datos sean confiables.

Sin embargo se está mejor que hace 5 años. Por lo pronto existe información para diversos públicos que tendrían que ser dados en formatos más amigables y se cuenta con el boletín de la DGE, el cual amerita una evaluación de su utilidad.

ANEXOS

Anexo 1

Participantes en la consulta de Expertos para la preparación del reporte de la respuesta de VIH

- Dr. Juan Guanira - INMENSA
- Dr. Alejandro Llanos – OPS
- Dr. Walter Mendoza - UNFPA
- Dr. Carlos Cáceres – UPCH
- Dr. Alfonso Silva Santisteban – UPCH
- Dra. Magaly Blas – UPCH
- Dr. Rubén Vásquez – ESNITSS
- Lic. Emilio Olórtegui – ESNITSS

Participantes en la consulta para Sociedad Civil y Estado para la preparación del reporte de la respuesta de VIH

- Nilda Altamirano Consultora
- Carlos Velasquez Instituto Materno-Perinatal
- José Pajuelo CONAMUSA
- Rubén Vasquez ESNITSS
- Jorge Alcántara DIRESA – Callao
- Tehri Aaltonen ONUSIDA
- Ximena Salazar Consultora
- Rita Rentería Abogada
- Christopher Franz Parsalud
- Ricardo Chuquimia Parsalud
- Juan Bernaldes Parsalud
- Patricia Bracamonte ONUSIDA
- Pablo Anamaria Educador
- Roger Revollar REDECOMS
- Ana María Rosasco Red Sida Perú
- Raquel Pino INPE
- José Best INPE
- Sara Ortega INPE
- Guiselly Flores Red Peruana de Mujeres Viviendo con VIH
- Pedro Pablo Prada Peruanos Positivos
- Claudia Vásquez CEPESJU
- Elio Estupiñán CONSEMAR
- Fernando Chuquitalli INPAVIH
- María Mejía DGSP – MINSA
- Lucy del Carpio ESNSSR – MINSA
- Lídice López AIS
- Marina Soto ICW – Perú
- Mary Reyes DGE-MINSA

ANEXO 2

Cuestionario del Índice Compuesto de Política Nacional

Parte A

(Para quienes respondan los funcionarios del gobierno)

Entrevistados

Organización	Nombre y Cargo	Indique sobre qué partes Se ha preguntado a cada encuestado					
		A.I	A.II	A.III	A.IV	A.V	A.VI
MINISTERIO DE SALUD	Oficina del Vice-Ministerio de Salud	x	x	x	x	x	x
MINISTERIO DE EDUCACIÓN - DITOE	Consuelo Carrasco y Gilbert Oyarce	x	x	x			x
MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES	Jenny Yamamoto - Dirección del Niño y del Adolescente	x	x	x			x
PARSALUD - MINSA	Ricardo Chuquimia Coordinador de los proyectos del Fondo Mundial 10ma Ronda	x	x	x	x	x	x
DIRESA CALLAO	Jorge Alcántara- Coordinador Regional de la Estrategia Sanitaria de VIH/SIDA	x	x	x	x	x	x
ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE ITS/VIH	Dr. Angel González – Equipo Técnico	x	x	x	x	x	x
ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD, SEXUAL Y REPRODUCTIVA	Dra. Lucy del Carpio – Ex coordinadora	x	x	x	x	x	x
MINISTERIO DE JUSTICIA- INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO	Dra. Celia Floriano Coordinadora Nacional	x	x	x	x	x	x

I. PLAN ESTRATÉGICO

1. ¿Ha desarrollado el país una estrategia nacional multisectorial para responder al VIH?

(Las estrategias multisectoriales deben incluir, pero sin limitarse a, aquellas elaboradas por los ministerios, como las enumeradas en 1.2)

SI ☒

NO

☐

Si la respuesta es SI ¿cuál es el período cubierto?:

El período es 2012 - 2017

SI LA RESPUESTA ES SÍ, explique brevemente las modificaciones/mejoras principales entre la estrategia actual y la anterior. SI LA RESPUESTA ES NO o NO CORRESPONDE, explique brevemente los motivos.

- Mientras que lo más importante del primer plan fue la descentralización, que se trabajó bastante en el marco de los proyectos del Fondo Mundial, el siguiente plan ha tenido muchas observaciones en cuanto al contenido de documentos donde, tanto la población general, como las mujeres no han sido priorizadas, sobredimensionando a las poblaciones clave, especialmente HSH y trans; ya que las intervenciones en población general son incipientes, siendo necesario vencer las resistencias en el sector educación en lo que a Educación Sexual se refiere. Pero existe otra corriente de opinión en el Estado que afirma que las mejoras en el nuevo PEM 2012-2017, tienen que ver con el cambio de enfoque, ya que el anterior tenía un enfoque biomédico asistencial, mientras que ahora se han aumentado componentes de fortalecimiento comunitario y un cambio de visión hacia un enfoque de derechos humanos y de fortalecimiento comunitario.
- Un segundo punto es el hecho de que el PEM 2012-2017 aún no haya sido aprobado, habiendo discurrido el año 2013 sin contar con un plan vigente. Se está trabajando el tema, entonces a través de CONAMUSA sin contar con un plan como paraguas y guía de la respuesta.

SI LA RESPUESTA HA SIDO AFIRMATIVA, responda las preguntas 1.1 a 1.10. SI LA RESPUESTA HA SIDO NEGATIVA, pase a la pregunta 2.

¿Qué ministerios u organismos gubernamentales son los responsables generales de elaborar y aplicar la estrategia nacional multisectorial para responder al VIH?

Ministerio de Salud

Estrategia Nacional de Control de las ITS, el VIH y la Hepatitis B

1.2. ¿Qué sectores ha sido incluidos en la estrategia multisectorial con presupuesto específico para el VIH destinado a sus actividades?

Educación en la estrategia

SI ☒ NO ☐

Presupuesto asignado

SI ☐ NO ☒

Salud

Incluido en la estrategia

SI ☒ NO ☐

Presupuesto asignado

SI ☒ NO ☐

Trabajo

Incluido en la estrategia

SI ☐ NO ☒

Presupuesto asignado

SI ☐ NO ☒

Ejercito/ policía

Incluido en la estrategia

SI ☒ NO ☐

Presupuesto asignado

SI ☒ NO ☐

Bienestar social

Incluido en la estrategia

SI ☐ NO ☒

Presupuesto asignado

SI ☐ NO ☒

Transporte

Incluido en la estrategia

SI ☐ NO ☒

Presupuesto asignado

SI ☐ NO ☒

Mujer

Incluido en la estrategia

SI ☒ NO ☐

Presupuesto asignado

SI ☒ NO ☐

Jóvenes

Incluido en la estrategia

SI ☐ NO ☒

Presupuesto asignado

SI ☐ NO ☒

Otros

Incluido en la estrategia

SI ☐ NO ☐

Presupuesto asignado

SI ☐ NO ☐

SI NO hay un presupuesto asignado para algunos o ninguno de los sectores anteriores, explique qué financiación se utiliza para garantizar la ejecución de las actividades específicas relacionadas con el VIH en cada sector.

Cada sector maneja su presupuesto, no se cuenta con información al respecto

1.3 ¿La estrategia multisectorial está dirigida a las siguientes poblaciones clave y otras poblaciones vulnerables, entornos y aspectos transversales?

POBLACIONES CLAVE Y OTRAS POBLACIONES VULNERABLES

Parejas serodiscordantes

SI ☒ NO ☐

Adultos mayores

SI ☐ NO ☒

Hombres que tienen sexo con hombres

SI ☒ NO ☐

Migrantes/poblaciones móviles

SI ☐ NO ☒

Huérfanos y otros niños vulnerables

SI ☐ NO ☐ 4 sí /4 no

Personas con discapacidad

SI ☐ NO ☒

Usuarios de drogas inyectables

SI ☐ NO ☐

Trabajadores/as sexuales

SI ☒ NO ☐

Población trans

SI ☒ NO ☐

Mujeres y niñas

SI ☒ NO ☐

Jóvenes hombres y mujeres

SI ☒ NO ☐

Otras poblaciones vulnerables específicas

SI ☒ NO ☐ Indígenas y personas privadas de libertad (PPL), gestantes, niños con VIH

ENTORNOS

Prisiones

SI ☒ NO ☐

Escuelas

SI ☒ NO ☐

Lugar de trabajo

SI ☒ NO ☐

ASPECTOS TRANSVERSALES

Estigma y discriminación

SI ☒ NO ☐

Capacitación de la mujer y/o igualdad de género

SI ☒ NO ☐

Pobreza y VIH

SI ☐ NO ☒

Protección de los derechos humanos

SI ☒ NO ☐

Participación de las personas viviendo con VIH

SI ☒ NO ☐

SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, explique cómo se identificaron las poblaciones clave.

1.4. ¿Cuáles son las poblaciones y grupos vulnerables para los programas de VIH en el país?

Personas viviendo con VIH

SI ☒ NO ☐

Hombres que tienen sexo con hombres

SI ☒ NO ☐

Migrantes/poblaciones móviles

SI ☐ NO ☒

Huérfanos y otros niños vulnerables

SI ☒ NO ☐

Personas con discapacidad

SI ☐ NO ☒

Personas privadas de su libertad

SI ☒ NO ☐

Usuarios de drogas inyectables

SI ☐ NO ☐

Trabajadores/as sexuales

SI ☒ NO ☐

Población trans

SI ☒ NO ☐

Mujeres y niñas

SI ☐ NO ☐ 4 no/4 si

Jóvenes hombres y mujeres

SI ☒ NO ☐

Otras poblaciones vulnerables específicas

SI ☒ NO ☐ Indígenas y niños con VIH

1.5 Tiene el país una estrategia que dirija los temas de VIH entre los servicios correspondientes a uniformados? (militares, policía, INPE etc.)

SI ☒ NO ☐

1.6. ¿Incluye la estrategia multisectorial un plan operativo?

SI ☒ NO ☐

1.7. La estrategia multisectorial o plan operativo incluye:

a) Objetivos formales del programa

SI ☒ NO ☐

b) Metas o hitos claros

SI ☒ NO ☐

c) Un desglose de los costos de cada área programática

SI ☒ NO ☐

d) Una indicación de las fuentes de financiación del apoyo a la ejecución del programa

SI ☐ NO ☐

e) Un marco de monitoreo y evaluación

SI ☒ 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 ☒ Participación Moderada ☐ Participación Nula ☐

SI SU PARTICIPACIÓN ES ACTIVA, explique brevemente cómo se ha organizado.

- El papel de la Sociedad civil ha sido y sigue siendo muy importante en relación al seguimiento del PEM los planes y el cumplimiento de sus objetivos. La representación internacional bi-lateral y multilateral también han participado activamente.

SI SU PARTICIPACIÓN ES MODERADA O NULA, explique brevemente los motivos.

1.9. ¿Ha respaldado la mayoría de los asociados para el desarrollo externos (bilaterales y multilaterales) la estrategia multisectorial?

SI ☒ NO ☐ NO CORRESPONDE ☐

1.10. ¿Los asociados para el desarrollo externos han ajustado y armonizado sus programas relacionados con el VIH a la estrategia nacional multisectorial?

Sí, todos los asociados ☐ Si, algunos asociados ☒ No ☐ No corresponde ☐

SI LO HAN HECHO ALGUNOS o NINGUNO, explique brevemente en qué áreas no hay ajuste o armonización y por qué:

2.1 ¿Ha integrado el país el VIH en los siguientes planes de desarrollo específicos?

PLANES DE DESARROLLO ESPECÍFICOS

Seguimiento Común de País/Asistencia en el Marco de Desarrollo de las Naciones Unidas

SI ☐ NO ☒ NO CORRESPONDE ☐

El plan de desarrollo nacional

SI ☒ NO ☐ NO CORRESPONDE ☐

La estrategia para la reducción de la pobreza

SI ☐ NO ☒ NO CORRESPONDE ☐

El plan estratégico nacional de protección social

SI ☐ NO ☒ NO CORRESPONDE ☐

El enfoque multisectorial

SI ☒ NO ☐ NO CORRESPONDE ☐

Otros (especifique):

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 O LOS PLANES DE DESARROLLO

Eliminación de leyes punitivas

SI ☐ NO ☐ (No corresponde)

Alivio del impacto del VIH (incluidos los cuidados paliativos para adultos y niños)

SI ☒ NO ☐

Reducción de las inequidades de género relacionadas a VIH (Prevención, tratamiento, cuidado y apoyo)

SI ☒ NO ☐

Reducción de las inequidades en ingresos relacionadas al VIH (Prevención, tratamiento, cuidado y apoyo)

SI ☐ NO ☒

Reducción del estigma y la discriminación

SI ☒ NO ☐

Tratamiento, atención y apoyo (incluidos la seguridad social u otros planes)

SI ☒ NO ☐

Mayor autonomía económica de la mujer (p.ej., acceso al crédito, a la tierra y a la capacitación)

SI ☐ NO ☒

Otros (especifique):

3. ¿El país ha evaluado el impacto del VIH en su desarrollo socioeconómico a efectos de planificación?

SI ☐ NO ☒ NO CORRESPONDE ☐

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, en una escala de 0 a 5 (donde 0 es “bajo” y 5 “alto”), ¿en qué grado ha influido la evaluación en las decisiones de asignación de recursos?

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ (no hay respuesta)

4. ¿El país cuenta con un plan para fortalecer los sistemas de salud?

Incluya información sobre cómo ha influido en las infraestructuras relacionadas con el VIH, los recursos humanos y las capacidades, los sistemas logísticos de suministro de fármacos y los niños

- El MINSA tiene un plan para fortalecer los servicios de Salud, incluido VIH.
- Los sistemas de salud se están fortaleciendo a través del SIS y la descentralización del tratamiento, pero los resultados tienen que ser más tangibles y se tiene que hablar del VIH como se habla de otras enfermedades. Aquí se percibe una falta de apoyo de las autoridades porque las prioridades son otras. Más bien la mejora de los sistemas de salud, especialmente en VIH, se auguran con la creación de la Red integrada de Servicios MAIC, que trabaja con determinantes sociales y que debe ser implementada en el programa de 10ma Ronda del Fondo Mundial.

a) Asesoramiento y pruebas del VIH con salud sexual y reproductiva

MUCHOS ☒ POCOS ☐ NINGUNO ☐

b) Asesoramiento y pruebas del VIH con servicios para la tuberculosis

MUCHOS ☒ POCOS ☐ NINGUNO ☐

c) Asesoramiento y pruebas del VIH con atención ambulatoria general

MUCHOS ☐ POCOS ☒ NINGUNO ☐

d) Asesoramiento y pruebas del VIH con servicios para enfermedades crónicas no transmisibles

MUCHOS ☐ POCOS ☐ NINGUNO ☒

e) El tratamiento antirretrovírico con los servicios para la tuberculosis

MUCHOS ☒ POCOS ☐ NINGUNO ☐

f) El tratamiento antirretrovírico con la atención ambulatoria general

MUCHOS ☐ POCOS ☒ NINGUNO ☐

g) El tratamiento antirretrovírico con los servicios para enfermedades crónicas no transmisibles

MUCHOS ☐ POCOS ☐ NINGUNO ☒

h) La prevención de la transmisión maternoinfantil con la atención prenatal y la salud materna e infantil

MUCHOS ☒ POCOS ☐ NINGUNO ☐

i) Otros comentarios sobre la integración de los servicios del VIH:

6. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos de planificación estratégica de los programas de su país relacionados con el VIH en 2013?

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☒ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

Desde 2011, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

- En general los logros más importantes son que la epidemia se haya mantenido concentrada y que la mortalidad y la transmisión vertical se hayan reducido.
 - Lo más importante es que el PEM se apruebe, y que los sectores se involucren en la respuesta y en la toma de decisiones.

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

- En relación a CONAMUSA el logro que más se resalta es la representación de las personas afectadas y la sociedad civil lo cual ha permitido conocer los problemas en su real dimensión y articular esfuerzos de otros sectores para este fin. En este sentido CONAMUSA ha mejorado en los aspectos técnicos pero operativamente ha sufrido un retroceso. Siendo el modelo muy bueno, éste no ha capitalizado bien en los últimos años. Actualmente en la CONAMUSA existe un debilitamiento, una falta de representatividad y un desinterés de las comunidades para reactivarla.
- En relación al MINEDU, este no tiene aún un espacio claro en la respuesta al VIH, ya que el tema de Educación Sexual Integral se ha replegado y se encuentra en compás de espera, ya que ésta va a pasar a formar parte del programa de Educación Básica Regular. En este sentido se observa un retroceso en términos de país.

II. LIDERAZGO Y APOYO POLITICO

El soporte político incluye: líderes políticos y gubernamentales que frecuentemente hablan sobre VIH y Sida y demuestran liderazgo en diferentes formas: Colocación de presupuesto para soporte de programas de VIH, uso efectivo de organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil para el soporte de programas de VIH.

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

a. Ministros del gobierno

SI ☒ NO ☐

b. Otros altos cargos a nivel sub-nacional

SI ☐ NO ☒

1.1. En los últimos 12 meses, ¿el jefe de gobierno u otros altos cargos han emprendido alguna acción que demostrara liderazgo en la respuesta al VIH? (Por ejemplo, prometer más recursos para solventar las deficiencias identificadas en la respuesta al VIH, hablar del VIH como cuestión de derechos humanos en un gran foro nacional o internacional, y actividades que incluyan visitas a clínicas del VIH, etc.)

SI ☐ NO ☒

Describe brevemente algún ejemplo de un caso donde el jefe de gobierno u otro alto cargo hayan demostrado su liderazgo:

El primero de diciembre altos funcionarios hablan sobre el tema en los medios de comunicación y participan de las actividades

2. ¿El país dispone de un órgano de coordinación sobre el VIH multisectorial nacional reconocido oficialmente (Consejo Nacional del VIH o equivalente)?

SI ☒ NO ☐

SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, explique brevemente la razón y cómo se gestionan los programas del VIH:

2.1. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, el órgano de coordinación sobre el VIH multisectorial nacional:

¿Tiene términos de referencia?

SI ☒ NO ☐

¿Cuenta con liderazgo y participación activos del gobierno?

SI ☒ NO ☐

¿Cuenta con un presidente oficial?

SI ☒ NO ☐

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿cuál es su nombre y su cargo?

El Vice Ministro de Salud

¿Tiene una composición definida?

SI ☒ NO ☐

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿cuántos miembros lo componen?

Aproximadamente 25 miembros

¿Incluye a representantes de la sociedad civil?

SI ☒ NO ☐

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿a cuántos?

Aproximadamente 15

¿Incluye a personas que viven con el VIH?

SI ☒ NO ☐

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿a cuántos?

2 un hombre y 1 mujer

¿Incluye al sector privado?

SI ☐ NO ☒

¿Fortalece la coordinación de los donantes para evitar la financiación paralela y la duplicación de esfuerzos en materia de programación y elaboración de informes?

SI ☐ NO ☐ No hay respuesta

3. *¿El país cuenta con un mecanismo que promueva la coordinación entre el gobierno, las organizaciones de la sociedad civil y el sector privado para ejecutar programas y estrategias relativos al VIH?*

SI ☒ NO ☐ NO CORRESPONDE ☐

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, describa brevemente los principales logros conseguidos al respecto:

El apoyo político se ve principalmente el 1ro de diciembre: por ejemplo el año 2103 3 ministerios apoyaron la campaña: Salud, Justicia y Trabajo.

Un logro sectorial del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables MIMP es el haber introducido el tema del VIH en plan nacional por la Infancia y la Adolescencia (PANIA)

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

Se explicó líneas arriba

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

No hay respuesta

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

Desarrollo de capacidades

SI ☐ NO ☒

Coordinación con otros asociados de ejecución

SI ☒ NO ☐

Información sobre las necesidades prioritarias

SI ☒ NO ☐

Adquisición y distribución de fármacos u otros suministros

SI ☐ NO ☒

Orientación técnica

SI ☐ NO ☒

Otros (especifique):

6. ¿El país ha revisado las políticas y la legislación nacionales para determinar cuáles, si las hubiera, son contradictorias con las políticas nacionales de control del VIH?

SI ☐ NO ☒

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 VIH?

SI ☐ NO ☐

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, enumere y describa cómo se enmendaron las políticas y la legislación:

Nombre y describa las incoherencias que persisten entre las políticas y la legislación y las políticas nacionales de control del VIH:

7. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría el apoyo político al programa del VIH en 2013?

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☒ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

Desde 2011, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

Ya se especificaron

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

Ya se especificaron

III. DERECHOS HUMANOS

.1. ¿El país dispone de leyes o regulaciones contra la discriminación que protejan de forma específica a una población clave determinada y a otros grupos vulnerables? Elija "sí" si la política se refiere específicamente a alguna de las siguientes poblaciones clave y grupos vulnerables:

Personas que viven con el VIH

SI ☒ NO ☐

La ley CONTRASIDA es específica para las PVVS, para las otras poblaciones tienes las leyes generales para todos/as los ciudadanos

Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

SI ☐ NO ☒

Migrantes y poblaciones móviles

SI ☐ NO ☒

Huérfanos y otros niños vulnerables

SI ☐ NO ☒

Personas con discapacidades

SI ☐ NO ☒

Usuarios de drogas inyectables

SI ☐ NO ☒

Reclusos

Profesionales del sexo	SI	☐	NO	☒
Personas transgénero	SI	☐	NO	☒
Mujeres y niñas	SI	☐	NO	☒
Mujeres y hombres jóvenes	SI	☐	NO	☒

Otras subpoblaciones vulnerables específicas [especifique]:

Indígenas, Poblaciones Privadas de Liberad

1.2. ¿El país dispone de una ley general (es decir, que no se refiera a la discriminación relacionada con el VIH específicamente) contra la discriminación?

SI ☒ NO ☐

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA a las preguntas 1.1. O 1.2, describa brevemente el contenido de la o las leyes:

Explique brevemente qué mecanismos están en marcha para garantizar la implementación de estas leyes:

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL PERÚ artículo 2 inciso 2

Comente brevemente en qué grado están siendo aplicadas actualmente:

Los entrevistados manifiestan que los problemas están en la implementación de las leyes

2. ¿El país dispone de leyes, reglamentaciones o políticas que presenten obstáculos a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH para las poblaciones clave y los grupos vulnerables?

SI ☒ NO ☐

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿para qué poblaciones clave y grupos vulnerables?

Personas que viven con el VIH

SI ☐ NO ☐ 4 si/4 no

Ancianos

SI ☐ NO ☒

Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

SI ☐ NO ☒

Migrantes y poblaciones móviles

SI ☐ NO ☒

Huérfanos y otros niños vulnerables

SI ☐ NO ☒

Personas con discapacidades

SI ☐ NO ☒

Usuarios de drogas inyectables

SI ☐ NO ☐

Reclusos

SI ☐ NO ☒

Profesionales del sexo

SI ☐ NO ☒

Personas transgénero

SI ☐ NO ☒

Mujeres y niñas

SI ☐ NO ☒

Mujeres y hombres jóvenes

SI ☒ NO ☐

Otras poblaciones vulnerables concretas [especifique]:

Describa brevemente el contenido de estas leyes, regulaciones o políticas:

Los jóvenes y adolescentes están impedidos de atenderse de manera autónoma en los servicios de salud,

V.PREVENCIÓN

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

SI ☒ NO ☐

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA ¿qué mensajes clave se promueven explícitamente?

Aplazamiento del inicio de la actividad sexual

SI ☒ NO ☐

Práctica de relaciones sexuales (más) seguras

SI ☒ NO ☐

Combatir la violencia contra las mujeres

SI ☒ NO ☐

Mayor aceptación y participación de las personas que viven con el VIH

SI ☐ NO ☒

Mayor participación de los varones en programas de salud reproductiva

SI ☒ NO ☐

Conocimiento del estado serológico con respecto al VIH

SI ☒ NO ☐

Circuncisión masculina bajo supervisión médica

SI ☐ NO ☒

Prevención de la transmisión materno infantil del VIH

SI ☒ NO ☐

Promoción de una mayor igualdad entre hombres y mujeres

SI ☒ NO ☐

Reducción del número de parejas sexuales

SI ☒ NO ☐

Uso de equipo de inyección estéril

SI ☐ NO ☐

Uso sistemático del preservativo

SI ☒ NO ☐

Otros [especifique]:

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

SI ☒ NO ☐

2. ¿El país cuenta con una política o estrategia establecidas para promover educación para la vida cotidiana relacionada el VIH entre los jóvenes?

SI ☒ NO ☐

2.1. ¿El VIH forma parte del plan de estudios de:

¿Escuelas de educación primaria?

SI ☐ NO ☒

¿Escuelas de educación secundaria?

SI ☐ NO ☒

¿La formación de profesores?

SI ☐ NO ☒

2.2. ¿La estrategia incluye:

a) ¿Elementos apropiados para cada edad?

SI ☐ NO ☐

b) ¿Elementos sobre salud sexual y reproductiva que tengan en cuenta la dimensión de género?

SI ☐ NO ☐

2.3. ¿El país tiene una estrategia de educación sobre el VIH para los jóvenes no escolarizados?

SI ☐ NO ☒

3. ¿El país cuenta con una política o estrategia para promover la información, la educación y la comunicación y otras intervenciones sanitarias preventivas para las subpoblaciones clave u otras subpoblaciones vulnerables?

SI ☒ NO ☐

Describa brevemente el contenido de esta política o estrategia:

A través de las estrategias de PEPs y de Atención Médica Periódica

3.1. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿qué poblaciones y qué elementos de la prevención del VIH cubre la política o la estrategia?

Usuarios de drogas inyectables

- ☐ Fomento del uso del preservativo
- ☐ Terapia de sustitución de drogas
- ☐ Asesoramiento y pruebas del VIH
- ☐ Intercambio de agujas y jeringuillas
- ☐ Salud reproductiva, incluidos la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual
- ☐ Reducción del estigma y la discriminación
- ☐ Información para destinatarios específicos sobre reducción del riesgo y educación sobre el VIH
- ☐ Reducción de la vulnerabilidad (p.ej., generación de ingresos)

Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

- ☒ Fomento del uso del preservativo
- ☐ Terapia de sustitución de drogas
- ☒ Asesoramiento y pruebas del VIH
- ☐ Intercambio de agujas y jeringuillas
- ☒ Salud reproductiva, incluidos la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual
- ☒ Reducción del estigma y la discriminación
- ☐ Información para destinatarios específicos sobre reducción del riesgo y educación sobre el VIH
- ☐ Reducción de la vulnerabilidad (p.ej., generación de ingresos)

Profesionales del sexo

- ☒ Fomento del uso del preservativo
- ☐ Terapia de sustitución de drogas
- ☒ Asesoramiento y pruebas del VIH
- ☐ Intercambio de agujas y jeringuillas
- ☒ Salud reproductiva, incluidos la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual
- ☒ Reducción del estigma y la discriminación
- ☐ Información para destinatarios específicos sobre reducción del riesgo y educación sobre el VIH
- ☐ Reducción de la vulnerabilidad (p.ej., generación de ingresos)

Clientes de los profesionales del sexo

- ☒ Fomento del uso del preservativo
- ☐ Terapia de sustitución de drogas
- ☒ Asesoramiento y pruebas del VIH
- ☐ Intercambio de agujas y jeringuillas
- ☒ Salud reproductiva, incluidos la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual
- ☒ Reducción del estigma y la discriminación
- ☐ Información para destinatarios específicos sobre reducción del riesgo y educación sobre el VIH
- ☐ Reducción de la vulnerabilidad (p.ej., generación de ingresos)

Reclusos

- ☒ Fomento del uso del preservativo
- ☐ Terapia de sustitución de drogas
- ☐ Asesoramiento y pruebas del VIH
- ☐ Intercambio de agujas y jeringuillas
- ☒ Salud reproductiva, incluidos la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual
- ☐ Reducción del estigma y la discriminación
- ☐ Información para destinatarios específicos sobre reducción del riesgo y educación sobre el VIH
- ☐ Reducción de la vulnerabilidad (p.ej., generación de ingresos)

Otras poblaciones [especifique]:

- ☐ Fomento del uso del preservativo
- ☐ Terapia de sustitución de drogas
- ☐ Asesoramiento y pruebas del VIH
- ☐ Intercambio de agujas y jeringuillas
- ☐ Salud reproductiva, incluidos la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual
- ☐ Reducción del estigma y la discriminación
- ☐ Información para destinatarios específicos sobre reducción del riesgo y educación sobre el VIH
- ☐ Reducción de la vulnerabilidad (p.ej., generación de ingresos)

3.2. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos políticos de apoyo a la prevención del VIH en 2013?

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☒ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

Desde 2011, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

- Algo bueno a resaltar es que en la programación de insumos de este año se van a adquirir condones y pruebas rápidas en cantidad suficiente para cubrir las necesidades.
- Otro aspecto que algunos entrevistados han resaltado es la visibilización de las comunidades GBT, aunque han sufrido una pérdida del capital ganado con el Fondo Mundial.
- Se afirma que existe un porcentaje de la población que no ha sido cubierto y ello podría cubrirse con intervenciones novedosas diferenciadas y nuevas herramientas de prevención que aún no se discuten oficialmente.

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

- Existe una falta de decisión política y una inestabilidad orgánica del Estado, por lo que por ejemplo, las políticas o estrategias para promover la información, educación y comunicación están muy débiles actualmente.
- La visión es que en prevención todo está normado e implementado, y que no se ha incorporado ninguna innovación; más bien el problema es la demora en la compra de insumos como condones y pruebas rápidas.
- En general la Educación sexual integral (ESI) tiene una política y unos lineamientos pero ha quedado en el terreno discursivo. Ha habido limitaciones en su implementación y no ha podido ser extendida a todo el país, ni tampoco cuenta con presupuesto para su implementación.
- El más importante logro en prevención ha sido, de acuerdo a las entrevistas evitar la expansión de la transmisión vertical. Otros logros no se visualizan y más bien se percibe un estancamiento y un presupuesto reducido.
- Ha habido pocas campañas, salvo para el 1ro. De diciembre y pocas normas tienen una real implementación. Por ejemplo, en el PPR del Callao, se han colocado spots publicitarios para prevención, pero esto no se ha cumplido porque a pesar de la programación presupuestaria, el dinero ha sido destinado a otros rubros.
- Siendo la prevención prioritaria en la respuesta al VIH, ésta no se está atendiendo. Así, las estrategias de prevención siguen siendo la estrategia de Promotores Educadores de Pares (PEPs) y la Atención Médica Periódica (AMP) en CERITSS y UAMPs. Sin embargo se percibe un debilitamiento en estas intervenciones.
-

4. ¿El país ha identificado necesidades específicas en los programas de prevención del VIH?

SI ☒ NO ☐

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿cómo se determinaron dichas necesidades específicas?

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿cuáles son estas necesidades específicas?

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

Seguridad hematológica

Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ De acuerdo ☒ Muy de acuerdo ☐ N/A ☐

Promoción del uso del preservativo

Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ De acuerdo ☒ Muy de acuerdo ☐ N/A ☐

Apoyo económico, p.ej. transferencias de efectivo

Muy en desacuerdo ☒ En desacuerdo ☐ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐ N/A ☐

Reducción de daños para los usuarios de drogas inyectables

Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐ N/A ☐

Prevención del VIH para los jóvenes no escolarizados

Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☒ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐ N/A ☐

Prevención del VIH en el lugar de trabajo

Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☒ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐ N/A ☐

Asesoramiento y pruebas del VIH

Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☒ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐ N/A ☐

Información, educación y comunicación sobre la reducción de riesgos

Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐ N/A ☐
Respuesta muy variada

Información, educación y comunicación sobre la reducción del estigma y la discriminación

Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☒ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐ N/A ☐

Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH

Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ De acuerdo ☒ Muy de acuerdo ☐ N/A ☐

Prevención para las personas que viven con el VIH

Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ De acuerdo ☒ Muy de acuerdo ☐ N/A ☐

Servicios de salud reproductiva, incluidos la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual

Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☒ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐ N/A ☐

Reducción del riesgo para las parejas sexuales de las poblaciones clave

Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐ N/A ☐
Respuesta muy variada

Reducción del riesgo para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ De acuerdo ☒ Muy de acuerdo ☐ N/A ☐

Reducción del riesgo para los profesionales del sexo

Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ De acuerdo ☒ Muy de acuerdo ☐ N/A ☐

Reducción de la violencia de género

Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ De acuerdo ☒ Muy de acuerdo ☐ N/A ☐

Educación escolar sobre el VIH para jóvenes

Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☒ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐ N/A ☐

Tratamiento como prevención

Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐ N/A ☐
Respuesta muy variada

Precauciones universales en entornos de atención sanitaria

Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ De acuerdo ☒ Muy de acuerdo ☐ N/A ☐

Otros [especifique]:

Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐ N/A ☐

5. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos de ejecución de los programas de prevención del VIH en 2013?

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☒ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

V. TRATAMIENTO, ATENCIÓN Y APOYO

1. ¿El país ha identificado los elementos necesarios en un paquete integral de servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?

SI ☒ NO ☐

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, describa brevemente los elementos y a cuáles se les ha dado prioridad:

Los elementos que han sido priorizados en tratamiento han sido la consejería y la adherencia al tratamiento. Lo que se destaca en tratamiento es un enrolamiento cada vez mayor y la reducción de la mortalidad.

- 1.1. ¿En qué grado están ejecutándose los siguientes servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?

La mayoría de las personas necesitadas dispone de acceso a...

Terapia antirretrovírica

Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☒ N/A ☐

Terapia antirretrovírica para los pacientes de tuberculosis

Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ De acuerdo ☒ Muy de acuerdo ☐ N/A ☐

Profilaxis con cotrimoxazol en personas que viven con el VIH

Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ De acuerdo ☒ Muy de acuerdo ☐ N/A ☐

Diagnóstico infantil precoz

Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ De acuerdo ☒ Muy de acuerdo ☐ N/A ☐

Apoyo económico

Muy en desacuerdo ☒ En desacuerdo ☐ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐ N/A ☐

Atención y apoyo en el entorno familiar

Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☒ De acuerdo ☐ Muy ☐ acuerdo N/A ☐ ☐

Atención y apoyo relacionados con el VIH en el lugar de trabajo (incluidos acuerdos de trabajo alternativos)

Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☒ De acuerdo ☐ Muy ☐ acuerdo N/A ☐ ☐

Asesoramiento y pruebas del VIH para las personas con tuberculosis

Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ De acuerdo ☒ Muy de acuerdo ☐ N/A ☐ ☐

Servicios de tratamiento del VIH en el lugar de trabajo o sistemas de derivación para tratamiento a través del lugar de trabajo

Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☒ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐ N/A ☐ ☐

Atención nutricional

Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ De acuerdo ☒ Muy de acuerdo ☐ N/A ☐ ☐

Tratamiento pediátrico del sida

Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ De acuerdo ☒ Muy de acuerdo ☐ N/A ☐ ☐

Cuidados paliativos para niños y adultos

Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ De acuerdo ☒ Muy de acuerdo ☐ N/A ☐ ☐

Provisión a las mujeres de terapia antirretrovírica tras el parto

Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ De acuerdo ☒ Muy de acuerdo ☐ N/A ☐ ☐

Profilaxis posterior a la exposición para una exposición no ocupacional (p.ej. agresión sexual)

Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ De acuerdo ☒ Muy de acuerdo ☐ N/A ☐ ☐

Profilaxis posterior a la exposición para exposiciones ocupacionales al VIH

Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ De acuerdo ☒ Muy de acuerdo ☐ N/A ☐ ☐

Apoyo psicosocial para las personas que viven con el VIH y sus familias

Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ De acuerdo ☒ Muy de acuerdo ☐ N/A ☐ ☐

Gestión de la infección transmitida por vía sexual

Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐ N/A ☐ ☐

Control de la infección por tuberculosis en los centros de tratamiento y atención del VIH

Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ De acuerdo ☒ Muy de acuerdo ☐ N/A ☐ ☐

Terapia preventiva de la tuberculosis para las personas que viven con el VIH

Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ De acuerdo ☒ Muy de acuerdo ☐ N/A ☐ ☐

Realización de pruebas de la tuberculosis a las personas que viven con el VIH

Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ De acuerdo ☒ Muy de acuerdo ☐ N/A ☐ ☐

Tratamiento de las infecciones comunes relacionadas con el VIH

Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ De acuerdo ☒ Muy de acuerdo ☐ N/A ☐ ☐

Otros [especifique]:

Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐ N/A ☐ ☐

1. ¿El gobierno dispone de una política o estrategia para prestar apoyo social y económico a las personas infectadas por el VIH y afectadas por el virus?

NO

Aclare qué tipo de ayuda social y económica se ha brindado:

3. ¿El país dispone de una política o estrategia para desarrollar y usar medicamentos genéricos o importar paralelamente fármacos para el VIH?

SI ☒ NO ☐

4. ¿El país tiene acceso a los mecanismos regionales de gestión de adquisiciones y suministros de productos esenciales, como fármacos para la terapia antirretrovírica, preservativos y

medicamentos de sustitución?

SI



NO



SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿para qué tipo de productos?

5. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos hacia la implementación de los programas de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH en 2013?

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☒ 9 ☐ 10 ☐

Desde 2011, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

Los logros son haber reducido la mortalidad y la mejora de la adherencia al tratamiento.

Han sido priorizados centros especializados para la madre y el niño, supervisados por la defensoría de la salud. Siendo los elementos esenciales para tratamiento los ARV, el soporte familiar, la evaluación periódica y el aseguramiento para disminuir costos. Se percibe que los servicios han sido mejorados porque ya no hay desabastecimiento y más bien se está trabajando en el aseguramiento (SIS) para que todas las personas que lo necesiten puedan incorporarse al TARGA. Además se está trabajando en la inclusión de medicamentos de 3ra línea y en la descentralización del TARGA para evitar el colapso de los centros de atención principalmente en hospitales.

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

La impresión de algunos entrevistados es que los servicios pueden ser mejorados a través del Modelo de Atención Integral Comunitaria (MAIC) de la 10ma Ronda. Quedan como problemas a resolver la falta de recursos humanos, suficientes y mayor presupuesto para la compra de insumos, para campañas y para Consejeros Educadores de Pares (CEPs).

6. ¿El país tiene una política o estrategia para abordar las necesidades de los huérfanos y otros niños vulnerables?

SI



NO



N/A



6.1. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿existe en el país una definición operativa para “huérfano” y “niño vulnerable”?

SI ☐

NO ☐

Respuestas muy variadas

6.2. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿tiene el país un plan de acción nacional específico para los huérfanos y otros niños vulnerables?

SI ☐

NO ☒

7. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos destinados a responder a las necesidades relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables en 2013?

0 ☐ 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

Desde 2011, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

No se identifican logros

¿Cuáles son los principales problemas?

Se identifica que todo está por hacerse

VI. MONITOREO Y EVALUACIÓN

1. ¿Cuenta el país con un plan nacional de seguimiento y evaluación para el VIH?

SI ☒ EN CURSO ☐ NO ☐

Describe brevemente cualquier dificultad en su elaboración o ejecución:

1.1. SI LA RESPUESTA ES SÍ, años cubiertos

1.2. SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿han alineado y armonizado los asociados clave sus requisitos de seguimiento y evaluación (incluidos los indicadores) con el plan de seguimiento y evaluación?

Sí, todos los asociados ☐ Si, algunos asociados ☒ No ☐ No corresponde ☐

Describe brevemente cuales son las dificultades:

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

Una estrategia para recoger datos

SI ☒ NO ☐

SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿aborda lo siguiente?

Encuestas conductuales

SI ☒ NO ☐

Estudios de evaluación / investigación

SI ☒ NO ☐

Vigilancia de la resistencia a los fármacos para el VIH

SI ☒ NO ☐

Vigilancia del VIH

SI ☒ NO ☐

Supervisión rutinaria de programas

SI ☒ NO ☐

Una estrategia para el análisis de datos

SI ☒ NO ☐

Una estrategia para la difusión y el uso de datos

SI ☐ NO ☐

Un conjunto de indicadores bien definidos y normalizados que incluya el desglose por sexo y edad (donde corresponda)

SI ☒ NO ☐

Directrices sobre herramientas para la recopilación de datos

SI ☐ NO ☐

Respuestas muy variadas

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

SI ☒ EN CURSO ☐ NO ☐

3.1. SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿Qué porcentaje de la financiación total del programa de VIH está presupuestada para actividades de seguimiento y evaluación?(%)

4. ¿Existe una Unidad funcional nacional de seguimiento y evaluación?

SI ☒ EN CURSO ☐ NO ☐

No solamente es una Unidad funcional sino son tres:

Dirección General de Epidemiología

Oficina general de estadísticas del MINSA

Describa brevemente cualquier obstáculo:

4.1. ¿Dónde se ubica la Unidad nacional de seguimiento y evaluación?

¿En el Ministerio de Salud?

SI ☒ NO ☐

¿En la Comisión Nacional de VIH (o equivalente)?

SI ☒ NO ☐ Para Fondo Mundial

¿En otro lugar?

SI ☐ NO ☐

Si es en otro lugar, especifique

4. .2. ¿Cuántos y qué tipo de empleados trabajan en la Unidad nacional de seguimiento y evaluación?

Permanent Staff [Add as many as needed]

Puesto (Escriba los puestos)

--

Tiempo completo o tiempo parcial?

A tiempo parcialA tiempo comp

☐

¿Desde cuándo?

--

Temporary Staff [Add as many as needed]

Puesto (Escriba los puestos)

TemporaryStaff [Add as many as needed]

PUESTO [escriba los nombres de los puestos]

¿Tiempo completo o tiempo parcial?

A tiempo parcialA tiempo comp

☐

¿Desde cuándo?

--

4.3. ¿Existen mecanismos para garantizar que todos los asociados clave envíen sus informes o datos en materia de seguimiento y evaluación a la Unidad de seguimiento y evaluación para que se incluyan en el sistema nacional de seguimiento y evaluación?

SI ☐ NO ☒

Describa brevemente los mecanismos vigentes para compartir datos:

¿Cuáles son las mayores dificultades en esta área?:

5. ¿Existe un Comité nacional de seguimiento y evaluación o Grupo de trabajo que se reúna regularmente para coordinar las actividades de seguimiento y evaluación?

SI ☐ NO ☒

6. ¿Existe una base central de datos relacionados con el VIH?

SI ☐ NO ☒

SI LA RESPUESTA ES SÍ, describa brevemente la base de datos nacional y quién la gestiona.

6.1. SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿incluye información sobre el contenido, las poblaciones clave y la cobertura geográfica de los servicios del VIH, así como sus organizaciones de ejecución?

☐ Sí, todos los anteriores

☐ Sí, pero solo algunos de los anteriores

☐ No, ninguno de los anteriores

SI LA RESPUESTA ES SÍ, pero solo sobre algunos aspectos mencionados, ¿cuáles incluye?

6.2. ¿Existe un Sistema de información sanitaria?

A nivel nacional

SI



NO

☐

A nivel subnacional

SI



NO

☐

SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿en qué nivel?

7.1. ¿Se dispone de estimaciones fiables sobre las necesidades presentes y futuras del número de adultos y niños que necesitan tratamiento antirretrovírico?

☒ Estimaciones de las necesidades actuales y futuras

☐ Estimaciones de las necesidades actuales

☐ No

7.2. ¿Se está haciendo un seguimiento de la cobertura de los programas del VIH?

SI



NO



(a) SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿se está haciendo un seguimiento de la cobertura por sexo (hombre, mujer)?

SI



NO



(b) SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿se está haciendo un seguimiento de la cobertura por grupo de población?

SI

NO



SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿para qué grupos de población?

SH, Trans, Trabajadoras y trabajadores sexuales, Gestantes, Niños expuestos.

Explique brevemente cómo se está utilizando esta información:

(c) ¿Se está haciendo un seguimiento de la cobertura por área geográfica?

SI ☒

NO ☐

SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿en qué niveles geográficos (provincias, distritos, otros)?

Explique brevemente cómo se está utilizando esta información:

8. ¿Publica el país un informe de seguimiento y evaluación del VIH, incluidos datos sobre vigilancia del VIH, al menos una vez al año?

SI ☒

NO

☐

9. ¿Cómo se utilizan los datos de seguimiento y evaluación?

¿Para mejorar los programas?

SI ☒

NO

☐

¿Para elaborar / revisar la respuesta nacional al VIH?

SI ☒

NO

☐

¿Para asignar recursos?

SI ☒

NO

☐

Otros [especifique]:

SI NO ☐ ☐

Incluya breves ejemplos específicos sobre cómo se utilizan los datos de seguimiento y evaluación y las principales dificultades, si existen:

10. En el último año, ¿se realizaron formaciones sobre seguimiento y evaluación...

... a nivel nacional?

SI ☐ NO ☒

SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿a cuántas personas se formó?

... a nivel subnacional?

SI NO ☐ ☒

SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿a cuántas personas se formó?

SI NO ☐ ☒

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿a cuántos?

10.1. ¿Se realizó alguna otra actividad para desarrollar las capacidades en materia de seguimiento y evaluación además de la formación?

SI

NO ☐



SI LA RESPUESTA ES SÍ, describa qué tipo de actividades

11. En general, en una escala del 0 al 10 (en la que el 0 es "Muy deficiente" y el 10 es "Excelente"), cómo calificaría el seguimiento y la evaluación en materia de VIH durante 2013?

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☒ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

Desde 2011, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

¿Cuáles han sido los principales problemas?

Cuestionario del Índice Compuesto de Política Nacional

Parte B

(Para quienes respondan los miembros de la Sociedad Civil y la Cooperación Internacional)

Entrevistados/as

Organización	Nombre y Cargo	Indique sobre qué partes Se ha preguntado a cada encuestado					
		A.I	A.II	A.III	A.IV	A.V	A.VI
Organización Panamericana para la salud	Dr. Fernando Llanos - VIH	x	x	x	x	x	x
Asociación Internacional para la Salud	Roberto López - Director	x	x	x	x	x	x
10ma Ronda del Fondo Mundial	José Luis Castro – Asesor Comunitario 1ra. Fase	x	x	x	x	x	x
PROMSEX	George Liendo – Director Financiero	x	x	x	x	x	x
UNFPA	Dr. Walter Mendoza – Oficial de Población	x	x	x	x	x	x
Universidad Peruana Cayetano Heredia	Dr. Alfonso Silva Santisteban - Investigador	x	x	x	x	x	x
REDTRASEX - Perú	Azucena Rodriguez del Corzo - Presidenta	x	x	x	x	x	x
Abogado Independiente	Mario Ríos	x	x	x			x
INMENSA	Dr. Juan Guanira - Director	x	x	x	x	x	x
Universidad Nacional Mayor de San Marcos	Dr. Jorge Alarcón – Instituto de Medicina Tropical	x	x	x	x	x	x
Red de Personas Viviendo con VIH – Peruanos Positivos	Sonia Parodi	x	x	x	x	x	x
CONAMUSA	Teresa Ayala – Vice-presidenta	x	x	x	x	x	x
USAID	Dr. Armando Cotrina	x	x	x	x	x	x
ONUSIDA	Dra. Regina Castillo - Representante	x	x	x	x	x	x

Participación de la sociedad civil

1.- ¿En qué medida (en una escala del 0 al 5 siendo 0 el más bajo y 5 el más alto) ha contribuido la sociedad civil al fortalecimiento del compromiso de los líderes de más alto nivel y de las formulaciones de estrategias y políticas nacionales?

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☒ 5 ☐

Comentarios y ejemplos

La Sociedad Civil ha tenido un en el desabastecimiento de ARV durante el 2012 a través de GIVAR; así mismo las organizaciones LGBT han cumplido un papel importante en el logro de algunas políticas, aunque no se ha llegado a un movimiento tan firme que pueda plantear exigencias al Estado. Aún, por ejemplo tiene que monitorearse la gestión pública en el sistema de suministro de tratamiento a VIH; ya que no se tiene información de las personas que reciben Atazanavir en el seguro social.

A pesar que los fondos han disminuido existe una buena representación de sociedad civil, aunque ésta no ha sido incorporada a la estrategia Nacional. La Sociedad Civil tiene y ha tenido un rol decisivo en la vigilancia y en temas de derechos humanos donde siguen muy involucrados. Es necesario que los servicios que brinda Sociedad Civil sean incluidos en el Estado para que sean sostenibles. El tema es que la respuesta es aún muy medicalizada con un protagonismo fuerte del MINSA

2.- ¿En qué medida (en una escala del 0 al 5 siendo 0 el más bajo y 5 el más alto) han participado representantes de la sociedad civil en el proceso de planificación y presupuesto para el Plan Estratégico Nacional sobre el VIH o para el plan de actividades más actual (por ejemplo, la asistencia a reuniones de planificación y revisión de anteproyectos)

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☒ 4 ☐ 5 ☐

Comentarios y ejemplos

Han participado en la Planificación del PEM, mas no en presupuesto

3.- En qué medida (en una escala del 0 al 5 siendo 0 el más bajo y 5 el más alto), están los servicios provistos por la sociedad civil, en áreas de prevención, tratamiento. Atención y apoyo relacionado con el VIH incluidos en:

a. ¿La estrategia nacional sobre VIH?

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☒ 4 ☐ 5 ☐

b. ¿El presupuesto nacional para el VIH?

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☒ 4 ☐ 5 ☐

c. ¿Los informes nacionales sobre VIH?

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☒ 4 ☐ 5 ☐

Comentarios y ejemplos

4.- ¿En qué medida (en una escala del 0 al 5 siendo 0 el más bajo y 5 el más alto) participa sociedad civil en el seguimiento y la evaluación de la respuesta al VIH?

a. ¿Elaboración del plan nacional de seguimiento y evaluación?

0 ☐ 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

b. ¿Participación en el comité p en el trabajo nacional de seguimiento y evaluación responsable de la coordinación de las actividades de seguimiento y evaluación?

0 ☐ 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

c. ¿Participación en el uso de datos para la toma de decisiones?

0 ☐ 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Comentarios y ejemplos

5.- ¿Hasta qué punto (en una escala del 0 al 5 siendo 0 el más bajo y 5 el más alto) es la representación de la sociedad civil inclusiva en los esfuerzos contra el VIH de diversas organizaciones (por ejemplo, las organizaciones y redes de personas que viven con el VIH, de los/as profesionales del sexo, organizaciones de base comunitaria y las organizaciones basadas en la fe)?

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☒ 5 ☐

Comentarios y ejemplos

Participan todas las poblaciones especialmente LGBT, trabajadoras sexuales y PVVS

6.- ¿En qué medida (en una escala del 0 al 5 siendo 0 el más bajo y 5 el más alto) la sociedad civil tiene acceso a:

a. Apoyo financiero adecuado para realizar actividades relacionadas con el VIH?

0 ☐ 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

b. Apoyo técnico adecuado para realizar actividades relacionadas con el VIH?

0 ☐ 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Comentarios y ejemplos

Hasta el momento la Sociedad Civil no accede a recursos del Estado y la cooperación Internacional está reduciéndose

7.- ¿Qué porcentaje de los siguientes programas o servicios del VIH se calcula que ofrece la sociedad civil?

Personas que viven con el VIH:

<25% ☒ 25%-50% ☐ 51%-75% ☐ >75% ☐

Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres:

<25% ☐ 25%-50% ☒ 51%-75% ☐ >75% ☐

Usuarios de drogas inyectables:

<25% ☐ 25%-50% ☐ 51%-75% ☐ >75% ☐

Profesionales del sexo:

<25% ☒ 25%-50% ☐ 51%-75% ☐ >75% ☐

Personas Transgénero:

<25% ☒ 25%-50% ☐ 51%-75% ☐ >75% ☐

Cuidados paliativos:

<25% ☒ 25%-50% ☐ 51%-75% ☐ >75% ☐

Pruebas y asesoramiento:

<25% ☒ 25%-50% ☐ 51%-75% ☐ >75% ☐

Conocen sus derechos/servicios legales:

<25% ☐ 25%-50% ☐ 51%-75% ☐ >75% ☒

Reducción de estigma y la discriminación:

<25% ☐ 25%-50% ☒ 51%-75% ☐ >75% ☐

Servicios Clínicos (Tratamiento antirretrovírico/infecciones oportunistas)

ART= Tratamiento antirretrovírico IO=infecciones oportunistas

<25% ☐ 25%-50% ☐ 51%-75% ☒ >75% ☐

Atención domiciliaria:

<25% ☒ 25%-50% ☐ 51%-75% ☐ >75% ☐

Programas para niños huérfanos y vulnerables:

OVC= Huérfanos y otros niños vulnerables

<25% ☐ 25%-50% ☐ 51%-75% ☒ >75% ☐

8.- En general, en un escalar del 0 al 10 (donde 0 es “Muy deficiente” y 10 es “Excelente”)
¿Cómo calificaría los esfuerzos para ampliar la participación de la sociedad civil en 2013?

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☒ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

Desde 2011, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

A pesar de todo CONAMUSA sigue estando activa y con involucramiento de la sociedad civil pero sin llegar a las bases. Algo para resaltar a destacar es el proyecto de la Cooperación Británica con el MINJUS que se está proponiendo desde CONAMUSA.

, A través de la Sociedad Civil la CONAMUSA ha reaccionado por ejemplo con la evaluación de la transmisión vertical y también con la evaluación de la 1ra. fase de 10ma Ronda; aunque aún queda mucho por hacer

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

La Sociedad Civil no tiene carácter de grupo de interés político, más bien su rol ha sido otro y es importante que se empodere para poder replantear ese rol.

Por otra parte algunos entrevistados cuestionan sus mecanismos de representación y resaltan la falta de mecanismos de rendición de cuentas.

Otra crítica hacia la Sociedad Civil es que ha estado sesgada por el Fondo Global y muy sintonizada con estos recursos y su implementación es lo que ha generado más movilización.

Existe la percepción que la Sociedad Civil está venida a menos en CONAMUSA; aunque siguen teniendo representación. No obstante el proceso de participación de la Sociedad Civil es activo en CONAMUSA; suele verse como más reactivo ante escenarios de vulnerabilidad de sus derechos

Liderazgo y apoyo político

1.- ¿Ha implicado el gobierno, mediante apoyo político y económico, a personas que viven con el VIH, poblaciones clave y otras sub poblaciones vulnerables en el diseño de políticas gubernamentales sobre VIH y en la ejecución de los programas?

SI ☐

NO ☒

Si la respuesta es SI, describa algunos ejemplos de dónde y cómo ha ocurrido esto:

Derechos Humanos

1.1.- ¿Cuenta el país con leyes o normativas contra la discriminación que protejan específicamente a las poblaciones clave y a otras subpoblaciones vulnerables?

Poblaciones Clave y Subpoblaciones Vulnerables

Personas que viven con VIH:

SI ☒

NO ☐

Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres:

SI ☐

NO ☒

Migrantes y poblaciones móviles:

SI ☐

NO ☒

Huérfanos y otros niños/as vulnerables:

SI ☒

NO ☐

Personas con discapacidades:

SI ☒

NO ☐

Usuarios de drogas inyectables:

NO ☐SI ☐NO ☐SI ☐

NO ☐

SI ☐

NO ☐

SI ☐NO ☐SI ☐NO ☐

--

SI NO ☐

Si la respuesta es SI a la pregunta 1.1 o 1.2, describa brevemente el contenido de dichas leyes:

La primera constatación es que en el Perú no existen leyes específicas contra la discriminación, las normas incluyen a todas las poblaciones, tal como la Constitución Política del Estado en su artículo 2do, la Ley de discriminación 323 del código penal, que por cierto no incluye orientación sexual, ni identidad de género. Salvo la ley CONTRASIDA que podría ser una de las leyes específicas para PVVS. Aunque existen mecanismos para que la ley contra la discriminación se cumpla, el problema es que fallan los mecanismos de implementación.

Escriba brevemente los mecanismos vigentes para garantizar la ejecución de dichas leyes:

El tema justamente son la falta de mecanismos para garantizar la ejecución de dichas leyes

Comente brevemente, en qué grado están siendo aplicadas actualmente

En un grado inicial

2.- ¿Cuenta el país con leyes, normativas o políticas que obstaculicen la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH para poblaciones clave y otras subpoblaciones vulnerables?

SI ☒

NO ☐

2.1- Si la respuesta es "SI", ¿para qué subpoblaciones?

Personas que viven con VIH:

SI ☐

NO ☒

Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres:

SI ☐

NO ☒

Migrantes y poblaciones móviles:

SI ☐

NO ☐

Huérfanos y otros niños/as vulnerables:

SI ☐

NO ☐

Personas con discapacidades:

SI ☐

NO ☐

Usuarios de drogas inyectables:

SI ☐

NO ☐

Reclusos:

SI ☐

NO ☐

Profesionales del sexo:

SI ☐

NO ☐

Personas transgénero:

SI ☐

NO ☐

Mujeres y niñas:

SI ☐

NO ☐

Mujeres y hombres jóvenes:

SI ☐NO ☐

Otras poblaciones vulnerables concretas (especifique):

--

Describa brevemente el contenido de estas leyes, regulaciones o políticas:

Existen obstáculos para que las personas accedan a Prevención, Tratamiento, y apoyo en VIH, especialmente las regulaciones que impiden a los jóvenes atenderse autónomamente en los servicios de salud (inciso 4 de la ley general de salud) y también la ordenanza 1718 de la Municipalidad de Lima contra el trabajo sexual. Otro obstáculo podría ser la Reforma de Salud, de la cual no se conoce mucho; ya que en el Perú la salud no es un derecho sino un servicio, no está universalizado como derecho. Existen opiniones que con la Reforma de Salud se tiene ya la base legal para poder privatizarla; además de un sistema unificado por tipos de seguros cubiertos por usuarios o por el Estado que elimina la gratuidad del servicio de salud para todos los ciudadanos.

Comente brevemente de qué forma suponen un obstáculo:

3.- ¿Cuenta el país con una política, ley o normativa para reducir la violencia contra la mujer, incluidas, por ejemplo, las víctimas de agresiones sexuales o mujeres que viven con el VIH?

SI ☒

NO ☐

Describa brevemente el contenido de la política, ley o normativa y las poblaciones que incluye.

En relación a la violencia hacia las mujeres existe el plan Nacional contra la violencia hacia las mujeres, los centros de emergencia mujer para todas las mujeres

4.- ¿Se menciona explícitamente la promoción y protección de los derechos humanos en cualquier política o estrategia en materia de VIH?

SI ☒

NO ☐

Si la Respuesta es "SI", describa cómo se mencionan los Derechos Humanos en esta política o estrategia en materia de VIH:

Aparentemente el Plan Nacional de Derechos Humanos que está por aprobarse ha incluido alguna estrategia o política referente a VIH; sin embargo éste aún no ha sido aprobado. En este sentido la vigilancia de los Derechos Humanos se encuentra más a cargo de la Sociedad Civil, que del Estado; salvo en lo que se refiere al Rol que juega la Defensoría del Pueblo. Salvo este organismo que cuenta con el respeto de la ciudadanía, en general el sistema está diseñado más bien para desalentar la denuncia.

5.- ¿Existe un mecanismo para registrar, documentar y abordar casos de discriminación experimentados por personas que viven con el VIH, poblaciones clave y otras poblaciones vulnerables?

SI ☒

NO ☐

Si la Respuesta es "SI", describa brevemente dicho mecanismo:

Observatorios de la Sociedad Civil e Informes de la Defensoría del Pueblo

6.- ¿Cuenta el país con una política o estrategia de servicios gratuitos para lo siguiente? Indique si estos servicios se ofrecen de forma gratuita a todas las personas, a algunas personas o a nadie.

Tratamiento Antirretrovírico

Se facilita de forma gratuita a todas las personas

SI ☒

NO ☐

Se facilita de forma gratuita a algunas personas

SI ☐

NO ☐

Se facilita pero solo con pago del mismo

SI ☐

NO ☐

Servicios de prevención del VIH

Se facilita de forma gratuita a todas las personas

SI ☐

NO ☐

Se facilita de forma gratuita a algunas personas

SI ☒

NO ☐

Se facilita pero solo con pago del mismo

SI ☐

NO ☐

Intervenciones de atención y apoyo relacionados con el VIH

Se facilita de forma gratuita a todas las personas

SI ☐

NO ☐

Se facilita de forma gratuita a algunas personas

SI ☐

NO ☐

Se facilita pero solo con pago del mismo

SI ☒

NO ☐

Si corresponde, ¿Qué poblaciones se han identificado como prioritarias y para qué servicios?:

HSH, Trans, Trabajadoras Sexuales y Gestantes para Prevención y Tratamiento del VIH

7.- ¿Cuenta el país con una política o estrategia para garantizar el acceso equitativo de mujeres y hombres a servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?

SI ☒

NO ☐

7.1- En concreto, ¿cuenta el país con una política o estrategia para garantizar el acceso a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH para las mujeres fuera del contexto del embarazo y el parto?

SI ☒

NO ☐

8.- ¿Cuenta el país con una política o estrategia para garantizar el acceso equitativo de las poblaciones clave u otras subpoblaciones vulnerables a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH?

SI ☒

NO ☐

Si la respuesta es el “SI”, describa brevemente el contenido de esta política/estrategia y las poblaciones que incluye:

Si bien se supone que las políticas de acceso son iguales para hombres y mujeres, algunos entrevistados resaltan que en este caso los hombres son los que menos tienen posibilidades de acceder a estos servicios, ni los servicios acercarse a ellos. Así mismo las opiniones están divididas entre la existencia o no de una política que asegure el acceso a mujeres fuera del contexto del embarazo, ya que las gestantes siempre han sido la prioridad.

8.1- Si la respuesta es “SI”, ¿incluye esta política/estrategia diferentes tipos de enfoques para garantizar un acceso equitativo de las diferentes poblaciones clave y/o otras subpoblaciones vulnerables?

SI ☐

NO ☒

Si la respuesta es el “SI”, explique brevemente los diferentes tipos de enfoques para garantizar un acceso equitativo para las diferentes poblaciones:

Las opiniones están divididas sobre la existencia de una política que fomente el acceso igual para las poblaciones vulnerables y clave; ya que algunas poblaciones como las trans femeninas tienen restringido su acceso.

9.- ¿Cuenta el país con una política o ley que prohíba la detección del VIH con fines generales de empleo (contratación, asignación/traslado, nombramiento, promoción, cese)?

SI ☒

NO ☐

Si la respuesta es el “SI”, describa brevemente el contenido de esta política o ley:

Si bien existe una ley que prohíbe el tamizaje de VIH en el trabajo, los entrevistados afirman que muchas veces esa ley no se cumple y las empresas someten a exámenes de sangre a sus empleados.

10.- ¿Cuenta el país con los siguientes mecanismos de supervisión y observación de los Derechos Humanos?

- a. Existencia de instituciones nacionales independientes para la promoción y protección de los Derechos Humanos, por ejemplo, comisiones de DDHH,
- b. comisiones de reformas legislativas, organismos de control y defensores del pueblo que aborden cuestiones relacionadas con el VIH en su labor.

☒ SI

☐ NO

- c. Indicadores de desempeño o referencias para el cumplimiento de las normativas relativas a los DDHH en el contexto de las iniciativas para el VIH.

☒ SI

☐ NO

Si la respuesta es el “SI” a cualquiera de las preguntas anteriores, describa algunos ejemplos:

Defensoría del Pueblo e iniciativas de la Sociedad Civil Observatorios y Consultorios legales

11.- En los últimos dos años, se han desarrollado las siguientes actividades de formación o de desarrollo de las capacidades:

- a. Programas para educar y sensibilizar a las personas que viven con el VIH y a las poblaciones clave sobre sus derechos (en el contexto del VIH)

☒ SI

☐ NO

- b. Programas para los miembros del poder judicial y de las fuerzas del orden sobre cuestiones relacionadas con el VIH y los Derechos Humanos con las que se pueden encontrar en el contexto del trabajo.

☒ SI

☐ NO

12.- ¿Se dispone en su país de los siguientes servicios de apoyo jurídico?

- a. Sistemas de asistencia jurídica para apoyo social en materia de VIH

☒ SI

☐ NO

- b. Bufetes de abogados del sector privado o centros universitarios para proveer servicios legales gratuitos o de costo reducido para las personas que viven con el VIH.

☒ SI ☐ NO
13.- ¿Existen programas para reducir el estigma y la discriminación relacionados con el VIH?

☒ SI ☐ NO

Si su respuesta es "Si", qué tipos de programas

Programas para los proveedores de atención sanitaria

☒ SI ☐ NO

Programas para los medios de comunicación

☐ SI ☒ NO

Programas en el lugar de trabajo

☒ SI ☐ NO

Otros (especifique) :

14.- En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es "muy deficiente" y 10 es "excelente"), ¿cómo calificaría las políticas, leyes y reglamentos vigentes para promover y proteger los Derechos Humanos en relación con el VIH en el año 2013?

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☒ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

Desde el 2011, ¿cuáles han sido los logros clave en esta área?

¿Cuáles son los desafíos en esta área?

Los logros son que existen evidencias de la vulneración de derechos de las poblaciones clave como el informe de la Red Peruana TLGB y otros informes regionales además de acciones de incidencia pública y política internacionales. Los problemas por resolver son el estigma y la discriminación y el descuido en la prevención. El problema es la implementación de muchas de las leyes y normas. Las normas y leyes son muy buenas, pero la implementación no tanto. Hay normas, leyes, regulaciones pero ¿Cuánto se cumplen?

14.- En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es "muy deficiente" y 10 es "excelente"), ¿cómo calificaría las políticas, leyes y reglamentos vigentes para promover y proteger los Derechos Humanos en relación con el VIH en el año 2013?

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☒ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

Desde el 2011, ¿cuáles han sido los logros clave en esta área?

No se mencionan logros en la puesta en práctica de leyes, políticas y normas

¿Cuáles son los desafíos en esta área?

Los problemas por resolver son el estigma y la discriminación y el descuido en la prevención. El problema es la implementación de muchas de las leyes y normas. Las normas y leyes son muy buenas, pero la implementación no tanto. Hay normas, leyes, regulaciones pero ¿Cuánto se cumplen?

Prevención

1.- ¿Ha identificado el país las necesidades específicas de programas de prevención del VIH?

☒ SI

☐ NO

Si la respuesta es "SI", ¿Cómo se determinaron dichas necesidades específicas?

Los estudios de universidades, las intervenciones y las experiencias, a partir de información epidemiológica, evaluaciones de la cooperación internacional se han determinado como necesidades a priorizar

.1-¿Hasta qué punto se ha aplicado la prevención del VIH?

- Servicios para mujeres gestantes (ha ayudado mucho la disminución de la transmisión vertical)
- Población trans (prevención de la transmisión y de la coinfección con otras enfermedades)
- HSH uso responsable del condón
- La descentralización del TARGA,
- El seguimiento para los recién nacidos de madres infectadas,
- El tratamiento terapia combinada de dosis fija.
- Garantizar/Impulsar estrategias novedosas en consejería e impulsar mecanismos para facilitar el tratamiento para poblaciones dispersas.

La mayoría de personas necesitadas dispone de acceso a...

Seguridad hematológica

☐ Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☒ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐ N/A

Promoción del uso del preservativo

☐ Muy en desacuerdo ☒ En desacuerdo ☐ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐ N/A

Reducción de daños para los usuarios de drogas inyectables

☐ Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐ N/A

Prevención del VIH para los/as jóvenes no escolarizados

☐ Muy en desacuerdo ☒ En desacuerdo ☐ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐
N/A

Prevención del VIH en el lugar del trabajo

☐ Muy en desacuerdo ☒ En desacuerdo ☐ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐
N/A

Asesoramiento y pruebas del VIH

☐ Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☒ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐
N/A

Información, educación y comunicación sobre la reducción de riesgos

☐ Muy en desacuerdo ☒ En desacuerdo ☐ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐
N/A

Información, educación y comunicación sobre la reducción del estigma y la discriminación

☐ Muy en desacuerdo ☒ En desacuerdo ☐ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐
N/A

Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH

☐ Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☒ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐
N/A

Prevención para las personas que viven con el VIH

☐ Muy en desacuerdo ☒ En desacuerdo ☐ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐
N/A

Servicios de salud reproductiva, incluidos la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual

☐ Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☒ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐
N/A

Reducción del riesgo para las parejas sexuales de las poblaciones clave

☐ Muy en desacuerdo ☒ En desacuerdo ☐ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐
N/A

Reducción del riesgo para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

☐ Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☒ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐
N/A

Reducción del riesgo para los profesionales del sexo

☐ Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☒ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐
N/A

Educación escolar sobre el VIH para jóvenes

☐ Muy en desacuerdo ☒ En desacuerdo ☐ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐
N/A

Precauciones universales en entornos de atención sanitaria

☐ Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☒ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐
N/A

Otros (Especifique)

2.- En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es "muy deficiente" y 10 es "excelente"),
¿cómo calificaría los esfuerzos para ejecutar programas de prevención del VIH en 2013?

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☒ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

Desde el 2011, ¿cuáles han sido los principales logros en este campo?

Los principales logros están en tratamiento y no en prevención

¿Cuáles son los problemas que se pueden resolver en este campo?

- La desarticulación de la estrategia de PEPS y consejeros de pares,
- El desabastecimiento de insumos y pruebas rápidas
- Los horarios de los servicios no se adecúan a los de la comunidad.
- Un vacío grande continúa siendo el tema de Educación Sexual.
- Es necesario así mismo focalizar a la población más afectada la cual no tiene acceso al sistema de salud, en especial las trans femeninas.
- Por otra parte el tema de estigma y la discriminación no ha mirado a la población más afectada. Hay una decisión política del MINSA de no tocar el tema de orientación sexual e identidad de género por postura actual del gobierno.
- No se está cumpliendo la atención integral de PVVS.
- Aún se produce estigma y discriminación en los servicios
- No hay seguimiento a gestantes por la falta de CEPs
- Se necesita contar con personal para tratar con adolescentes y personal sensibilizado para GTB.
- No se han propuesto mejores estrategias de prevención, hay menos PEPS que antes, muchos desempeñan roles administrativos y no hacen su labor.
- Los servicios de prevención son actualmente limitados.

Tratamiento, atención y apoyo

1.- ¿El país ha identificado los elementos necesarios en un paquete integral de servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?

☒ SI

☐ NO

Si la respuesta es “SI”, describa brevemente los elementos y a cuáles se les ha dado prioridad:

Las prioridades en tratamiento mencionadas son las siguientes:

- Tratamiento de ARV
- Manejo de la co-infección
- Terapias profilácticas
- Exámenes auxiliares
- Seguimiento de laboratorio oportuno periódico

Describa brevemente cómo están ampliándose los servicios de tratamiento, atención y apoyo relativos al VIH:

Los entrevistados manifiestan que ha habido logros específicos en este período y que hay que trabajar mucho y fortalecer las iniciativas de la sociedad civil. Sin embargo identifican algunos logros como el detenimiento de la mortalidad, la inclusión de la cobertura para todas las infecciones y la mejora en la actualización de la norma TARGA, la descentralización del TARGA, la descentralización de laboratorios, y la mejora del abastecimiento, aunque en ESSALUD aún persisten los problemas.

1.1 ¿En qué medida se han ejecutado los siguientes servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?

La mayoría de personas necesitadas dispone de acceso a...

Terapia antirretrovírica

☐ Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☒ N/A

Profilaxis con cotrimoxazol en personas que viven con el VIH

☐ Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☒ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐ N/A

Diagnóstico infantil precoz

☐ Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☒ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐
N/A

Atención y apoyo relacionados con el VIH en el lugar de trabajo (incluidos acuerdos de trabajo alternativos)

☐ Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☒ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐
N/A

Asesoramiento y pruebas del VIH para las personas con tuberculosis

☐ Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☒ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐
N/A

Servicios de tratamiento del VIH en el lugar de trabajo o sistemas de derivación para tratamiento a través del lugar de trabajo

☐ Muy en desacuerdo ☒ En desacuerdo ☐ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐
N/A

Atención nutricional

☐ Muy en desacuerdo ☒ En desacuerdo ☐ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐
N/A

Tratamiento pediátrico del Sida

☐ Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☒ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐
N/A

Provisión a las mujeres de terapia antirretrovírica tras el parto

☐ Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☒ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐
N/A

Profilaxis posterior a la exposición no ocupacional (p. ej. Agresión sexual)

☐ Muy en desacuerdo ☒ En desacuerdo ☐ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐
N/A

Profilaxis posterior a la exposición para exposiciones ocupacionales al VIH

☐ Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☒ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐ N/A

Apoyo psicosocial para las personas que viven con el VIH y sus familias

☐ Muy en desacuerdo
 ☒ En desacuerdo
 ☐ De acuerdo
 ☐ Muy de acuerdo
 ☐ N/A

Gestión de la infección transmitida por vía sexual

☐ Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☐ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐ N/A

Control de la infección por tuberculosis en los centros de tratamiento y atención del VIH

☐ Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☒ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐ N/A

Terapia preventiva de la tuberculosis para las personas que viven con VIH

☐ Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☒ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐ N/A

Realización de pruebas de la tuberculosis a las personas que viven con el VIH

☐ Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☒ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐ N/A

Tratamiento de las infecciones comunes relacionadas con el VIH

☐ Muy en desacuerdo ☐ En desacuerdo ☒ De acuerdo ☐ Muy de acuerdo ☐ N/A

Otros (Especifique)

--

1.2. En general, en una escala del 0 al 10 (en la que 0 es "Muy deficiente" y 10 es "Excelente", ¿cómo calificaría los esfuerzos para aplicar programas de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH en 2013?

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☒ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

Desde el 2011, ¿cuáles han sido los principales logros en este campo?

Continuar con el Tratamiento Gratuito y Universal
Frenar el desabastecimiento
Detener la mortalidad
Descentralización del TARGA
350 CD4 para iniciar tratamiento (cambio de la norma)

Aunque se reconoce que el programa se encuentra debilitado, también se reconoce que existe una guía de trabajo, cuya aplicación es heterogénea. Un problema detectado es que no existe una política de trato al paciente con VIH. Aún hay maltrato a las personas que se acercan a los CERITTS y no se provee atención integral.

A pesar de que el acceso a tratamiento es universal y gratuito, se considera necesario descentralizarlo por el crecimiento de la población. Adecuación a nuevos esquemas, retiro de medicamentos prohibidos en otros países. Disminución de la dosis a una diaria, además de complemento nutricional y soporte y controles médicos adyacentes. Por lo cual se infiere que existe un énfasis en el tratamiento, más no en los servicios. Para ello hace falta recurso humano entrenado a nivel nacional.

En tratamiento también se afirma que el programa de tratamiento toca básicamente el tema de antiretrovirales y que ha llegado a un equilibrio, por eso todo permanece igual. Sin embargo mencionan algunos problemas:

- Mejor seguimiento a pacientes,
- no hay un sistema de registro de pacientes,
- los pacientes tienen atenciones paralelas eso oculta las deficiencias del sistema.
- Se necesita una identificación y tipificación de la población.
- Los niños no son suficientemente protegidos de los riesgos y su atención
- Dificultades en el monitoreo del tratamiento

2.- ¿Cuenta el país con una política o estrategia para abordar las necesidades de huérfanos y otros niños/as vulnerables?

☐ SI

☒ NO

2.1.- Si la respuesta es "Sí", ¿hay una definición operativa para los/as niños/as huérfanos/as y vulnerables del país?

☐ SI

☐ NO

2.2.- Si la respuesta es "Sí", ¿cuenta el país con un plan de acción nacional específico para niños/as huérfanos/as y vulnerables?

☐ SI

☒ NO

3.- En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es "muy deficiente" y 10 es "excelente"), ¿cómo calificaría los esfuerzos para aplicar programas de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH en 2013?

0 ☐ 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

Desde el 2011, ¿cuáles han sido los principales logros en este campo?

No se identifican logros en este campo

¿Cuáles son los principales problemas?

Todo está por hacerse y no hay datos sobre niños huérfanos y vulnerables

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcón J, Pun M, Gutiérrez C, Whitembury A, Tejada R, Suárez L, Rosell G, Bórquez A, Cuchi P. Estimación y análisis de la incidencia de VIH en población adulta del Perú: resultados de la aplicación del modelo matemático MoT. RevPeruMedExp Salud Pública. 2012;29(4):452-60.

Bayer AM, Garvich M., Díaz D et al. When Sex Work Becomes your Everything: The Complex Linkages Between Economy and Affection...Am J Mens Health published online 2013. DOI: 10.1177/1557988313514769

Bayer AM, Garvich M., Díaz D et al. Just getting by': a cross-sectional study of male sex workers as a key population for HIV/STIs among men who have sex with men in Peru. Sex Transm Infect Published Online First. doi: 10.1136/sextrans-2013- 051265, 2014

Clark J.L., Konda K.A., Silva Santisteban A. et. al. Sampling Methodologies for Epidemiologic Surveillance of Men Who have Sex with Men and Transgender Women in Latin America: An Empiric Comparison of Convenience Sampling, Time Space Sampling, and Respondent Driven Sampling. AIDS and Behavior.DOI 10.1007/s10461-013-0680-0.Published on line 2013.

CONAMUSA. Resumen Ejecutivo, Ronda X. Documento no publicado 2013

Coordinadora Nacional Multisectorial En Salud Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y La Malaria, CARE PERU. Evaluación final del Programa Intervención en VIH de V Ronda del Fondo Mundial 2010.

Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud, Fondo Mundial de Lucha Contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, CARE – PERU. Informe final: Estudio de Vigilancia Epidemiológica de ITS y VIH en Hombres que Tienen Sexo con Hombres Comparando las Metodologías de Reclutamiento: Muestreo por Conveniencia, Muestreo por Tiempo y Espacio y el Muestreo Dirigido por Participantes. 2011

Coordinadora Nacional Multisectorial En Salud Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y La Malaria, CARE PERU. Evaluación final del Programa Intervención en VIH de VI Ronda del Fondo Mundial: *Integrando Recursos para la Lucha contra el VIH/sida en el Perú*. 2013

Development Connections. Violencia Contra las mujeres. Explorando las intersecciones entre empoderamiento, VIH y Violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe..Washington D.C. 2007.

García PJ, Holmes KK, Cárcamo CP, et al. Prevention of sexually transmitted infections in urban communities (Peru PREVEN): a multicomponent community-randomised controlled trial. DOI:10.1016/S0140- 6736(12)60152-4. 2013

MINSA. Norma técnica No.946-MINSA/DGSP – V.02. Norma técnica de Salud para la profilaxis de la Transmisión Madre-Niño de VIH y Sífilis congénita. 2012

MINSA – Dirección General de Epidemiología. Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú. 2013

Navarro María del Carmen y Kusunoki Lourdes (consultoras). Informe sobre las Opciones para Mejorar la Inversión en VIH en el Perú: Síntesis de la Evidencia- Informe Final (no publicado) 2014.

Red peruana TLGB, PROMSEX. Informe Anual sobre derechos humanos de personas Trans, Lesbianas, gays y bisexuales en el Perú, 2012. Disponible en: <http://promsex.org/docs/Publicaciones/informetlgb2012.pdf>

Segura ER ,Cáceres CF, Mahy M et al. Estimating the size of populations of men who have sex with men, transgender people and people living with HIV/Aids in Lima, Peru: An study using the Network Scale-Up Method. USSDH – UPCH. PolicyBrief distribuido en la Conferencia Internacional de SIDA en Viena, 2010 (No publicado)

Silva-Santisteban A, Fisher R, Salazar X. et al. Understanding the HIV/AIDS Epidemic in Transgender Women of Lima, Peru: Results from a Sero-Epidemiologic Study Using Respondent Driven Sampling..AIDS Behav DOI 10.1007/s10461-011-0053-5. 2011
MINSA. Norma técnica No.946-MINSA/DGSP – V.02. Norma técnica de Salud para la profilaxis de la Transmisión Madre-Niño de VIH y Sífilis congénita. 2012

UNFPA. El Bono Demográfico Regional en el Perú. Lima. 2012