



OFICIO N° 217 - 2012/DM/MINSA

Lima, 27 ABR. 2012

Señor
MICHEL SIDIBÉ
Director Ejecutivo
ONUSIDA
20 Avenue Appia
CH-1211 Ginebra 27
Suiza

ASUNTO: Informe Nacional sobre los progresos realizados en el país

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarle cordialmente y a la vez remitirle el "**Informe Nacional sobre los progresos realizados en el país - Período enero 2010-diciembre 2011**", elaborado por el Ministerio de Salud con el apoyo del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA – ONUSIDA.

Este documento, ha sido desarrollado en forma participativa, en el marco de la Declaración Política sobre el VIH/SIDA: "*Intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH/SIDA*", firmado por los Jefes de Estado y representantes de gobiernos en junio de 2011, durante la Asamblea General de las Naciones Unidas.

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

Atentamente,

PERCY LUIS MINAYA LEON
Viceministro de Salud

INFORME NACIONAL SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS EN EL PAÍS

PERU

Periodo enero 2010 - diciembre 2011

Fecha de presentación: 27 de Abril del 2012

RESPONSABLES

Ministro de Salud

Dr. Alberto Tejada Noriega

Viceministro de Salud

Dr. Percy Minaya Leon

Dirección General de Salud de las Personas

Dra. Doris Lituma Aguirre

Dirección General de Epidemiología

Dr. Fernando Gonzales

Dra. Mónica Pun Ch.

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

Dr. José Luis Sebastián Mesones

Dr. José Calderón Yberico

Lic. Cristina Magán La Rosa

Dr. Angel Gonzáles Vivanco

Lic. Rosario Aliaga Sánchez

Lic. Nadya Bravo García

David Lujan Orellano

Asistencia Técnica ONUSIDA

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

Patricia Bracamonte – Oficial de Monitoreo y Evaluación

Consultores

Dr. Jorge O. Alarcón V.

Sr. Pablo Anamaría

Colaboradores - Instituto de Medicina Tropical de la UNMSM

Dr. César Gutiérrez Villafuerte

Dra. Julia Piscoya Sara

CONTENIDO

I.	Situación actual.....	13
1.1.	Participación de las partes interesadas en el proceso de redacción del informe ..	14
1.2.	Situación actual de la epidemia.....	17
1.3.	Respuesta política y programática	19
1.4.	Resumen de los indicadores básicos para el seguimiento de la declaración política sobre el VIH/sida de 2011	23
II.	Panorama general de la epidemia de sida	32
III.	Respuesta nacional a la epidemia de sida	42
3.1.	Prevención de la transmisión del VIH.....	43
3.1.1.	Población general.....	43
3.1.2.	Trabajadores sexuales	53
3.1.3.	HSH Y TRANSGÉNERO	54
3.1.4.	Gestantes y prevención de la transmisión vertical	62
3.1.5.	Personas con VIH.....	64
3.2.	Mejora en la calidad y expectativa de vida	65
3.2.1.	Tratamiento	65
3.2.2.	Tratamiento de TB asociada al VIH	69
3.2.3.	Inversión.....	70
3.2.4.	Compromisos y políticas nacionales.....	77
3.2.5.	Sinergias esenciales con los sectores de desarrollo	95
3.3.	Mitigación del impacto.....	100
IV.	Prácticas óptimas.....	108
4.1.	Liderazgo político.....	109
4.2.	Entorno político de apoyo:	109
4.3.	Ampliación de programas eficaces de prevención:	110
4.4.	Ampliación de programas de atención, tratamiento y/o apoyo:	110
V.	Principales problemas y acciones correctoras	112
5.1.	Progresos realizados hacia los retos clave notificados en el Informe nacional sobre los progresos realizados de 2012	113

5.2. Obstáculos encontrados a lo largo del periodo de notificación (2010-2011) que retrasaron la respuesta nacional, en general, y el progreso hacia el logro de los objetivos, en particular:	114
5.3. Acciones correctoras concretas planeadas para lograr los objetivos marcados.	115
VI. Apoyo por parte de los asociados de desarrollo del país (si corresponde)	119
6.1. Apoyo clave recibido	120
6.2. Acciones que tienen que emprender los asociados de desarrollo para garantizar el logro de los objetivos.	125
VII. Entorno de Monitoreo y Evaluación.....	127
ANEXOS.....	135
ANEXO 1: Proceso de consulta/preparación del informe nacional sobre el seguimiento de los progresos hacia la implementación de la Declaración de Compromiso sobre VIH/sida.	136
ANEXO 2: ICPN.....	140

GLOSARIO DE SIGLAS

AMP	Atención médica periódica
ARV	Antirretrovirales
CERITS	Centros de referencia de ITS/VIH y SIDA
CONAMUSA	Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud
DGE	Dirección General de Epidemiología
DGEI	Dirección General de Educación Indígena
DGSP	Dirección General de Salud de las Personas
DIRESA	Dirección Regional de Salud
DISA	Dirección de Salud
ENAHO	Encuesta Nacional de Hogares
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
ESNITSS	Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS, VIH/Sida
EsSALUD	Seguro Social del Perú
ESSR	Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
FG	Fondo Global
HIS	Sistema de Información en salud.
HSH	Hombre que tienen sexo con hombres
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
MCP	Mecanismo de Coordinación del País.
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MEGAS	Medición del Gasto Nacional en Sida
MIMPV	Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables
MINEDU	Ministerio de Educación
MININTER	Ministerio del Interior
MINJUS	Ministerio de Justicia
MINSA	Ministerio de Salud
MINTRA	Ministerio de Trabajo
M&E	Monitoreo y evaluación
OGEI	Oficina General de Estadística e Informática
ONG	Organismo no gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
PEM	Plan Estratégico Multisectorial
PEPs	Promotores educadores de pares
PERM	Plan Estratégico Regional Multisectorial
PESEM	Planes Estratégicos Sectoriales Multianuales
PMA	Programa Mundial de Alimentos
POA	Plan Operativo Anual
PpR	Presupuesto por Resultados
PVVS	Personas viviendo con el VIH

RENACE	Red Nacional de Epidemiología
SIAF	Sistema de Administración Financiera
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SIS	Seguro Integral de salud
SMEII	Sistema de Monitoreo y Evaluación Integral de Indicadores
SSR	Salud Sexual y Reproductiva.
TARGA	Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad
TBC	Tuberculosis
TGB	Trans, gays, bisexuales
TRANS	Transgénero, travesti, transexual
TS	Trabajador(a) sexual
UAMP	Unidades de atención médica periódica
UDI	Usuario de drogas inyectables
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNMSM	Universidad Nacional Mayor de San Marcos
UPCH	Universidad Peruana Cayetano Heredia
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tasa de incidencia (por 100 personas-años) de infección por VIH en HSH abordables. Perú: vigilancia centinela 2002, 2006 y 2011	36
Tabla 2. Tasa de prevalencia (%) de infección por VIH en HSH abordables. Perú: vigilancia centinela 2002, 2006 y 2011	38
Tabla 3. Tasa de prevalencia (%) de infección por VIH en HSH trabajadores sexuales (TS)*. Perú: vigilancia centinela 2002, 2006 y 2011.	39
Tabla 4. Prevalencia de Infección por VIH en Lima y Callao según orientación sexual, 2011*	41
Tabla 5. Conocimientos acerca de la transmisión y prevención del VIH en mujeres de 15 a 24 años, Perú 2010.	44
Tabla 6. Conocimientos adecuado de cinco situaciones acerca de la transmisión y prevención del VIH en mujeres de 15 a 24 años, Perú 2010.	45
Tabla 7. Mujeres entrevistadas que declararon haber tenido su primera relación sexual antes de los 15 años. Análisis de las ENDES, 2000 a 2010.	47
Tabla 8. Mujeres entrevistadas no unidas que declararon haber tenido más de una pareja sexual los últimos 12 meses. Análisis de las ENDES, 2000 a 2010.	48
Tabla 9. Uso de condón y exámenes de VIH en participantes de la vigilancia centinela en Lima y cuatro ciudades del Perú, 2010*	57
Tabla 10. Prevalencia de VIH en HSH registrada en los informes UNGASS 2006-2012	61
Tabla 11. Fuentes de financiamiento según categoría* y año. Lima, junio 2011	72
Tabla 12. Gasto* en Sida según año. Lima, junio 2011	74
Tabla 13. Gasto* en sida por fuente de financiamiento, categoría de gasto y año. Lima, junio 2011.	76
Tabla 14. Parte A: Organismos Gubernamentales	77
Tabla 15. Parte B: Organizaciones No gubernamentales; Cooperación Internacional; Poblaciones mas vulnerables y personas con VIH	78
Tabla 16. Calificación del indicador de políticas y normas para proteger los derechos humanos en relación al VIH/sida.	90
Tabla 17. Iniciativas legislativas	94
Tabla 18. Calificación del indicador de los esfuerzos para aumentar la participación de la sociedad civil.	95

Tabla 19. Calificación del indicador ICPN relativo a la atención de niños y huérfanos vulnerables	96
Tabla 20. Prevalencia de violencia por grupos de edad	98
Tabla 21. Finalidades del Presupuesto por resultados ESN ITS/VIH y SIDA – Año 2011	116
Tabla 22. Calificación del indicador ICPN acerca de los esfuerzos de vigilancia y evaluación del programa del Sida	128
Tabla 23. Fortalezas y debilidades del Sistema de Información del MINSA	131

ÍNDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1. Proceso a nivel nacional de la elaboración del Informe Mundial de Avances en la Lucha Contra el Sida.	14
Gráfico 2. Casos de sida y VIH notificados según año de diagnóstico. Perú, 1983 a 2011.	33
Gráfico 3. Sida: razón hombre/mujer, Perú 1986-2011	34
Gráfico 4. Frecuencia acumulada de casos de sida por regiones. Perú, 1983-2011.	35
Gráfico 5. Tasa de incidencia (por cada 100 personas-años) de infección por VIH en HSH abordables. Perú: 2002-2011	37
Gráfico 6. Tasa de prevalencia (%) de infección por VIH en HSH abordables. Perú: vigilancia centinela 2002, 2006 y 2011.	38
Gráfico 7. Tasa de prevalencia (%) de infección por VIH en HSH trabajadores sexuales (TS)*. Perú: vigilancia centinela 2002, 2006 y 2011.	39
Gráfico 8. Límites de incertidumbre alrededor de la distribución de nuevas infecciones por VIH según modo de transmisión en Perú, 2010.	40
Gráfico 9. Conocimiento de formas de evitar el VIH que son de importancia programática en mujeres en edad fértil. Perú: 2000 a 2010.	46
Gráfico 10. Mujeres entrevistadas que declararon haber tenido su primera relación sexual antes de los 15 años. Análisis de las ENDES, 2000 a 2010.	47
Gráfico 11. Mujeres entrevistadas no unidas que declararon haber tenido más de una pareja sexual los últimos 12 meses. Análisis de las ENDES, 2000 a 2010.	49
Gráfico 12. Uso de condón en la última relación sexual entre las mujeres sexualmente activas. Análisis de las ENDES 1996 a 2010.	50
Gráfico 13. Uso de condón en la última relación sexual según tipo de relación con pareja sexual, mujeres de 15 a 49 años. Análisis de las ENDES 1996 – 2008.	50
Gráfico 14. Uso de condón en la última relación sexual, varones de 15 a 49 años. Perú, 1996 y 2008.	51
Gráfico 15. Uso de condón en la última relación sexual, varones de 15 a 49 años. Perú 1996, 2008.	52
Gráfico 16. Uso consistente de condón por varones en relaciones sexuales con TS en los 12 meses previos a la entrevista. Perú, 2002 – 2006	52
Gráfico 17. Uso consistente de condón por TS en relaciones sexuales con clientes en los 12 meses previos a la entrevista. Perú, 2002 – 2006.	53

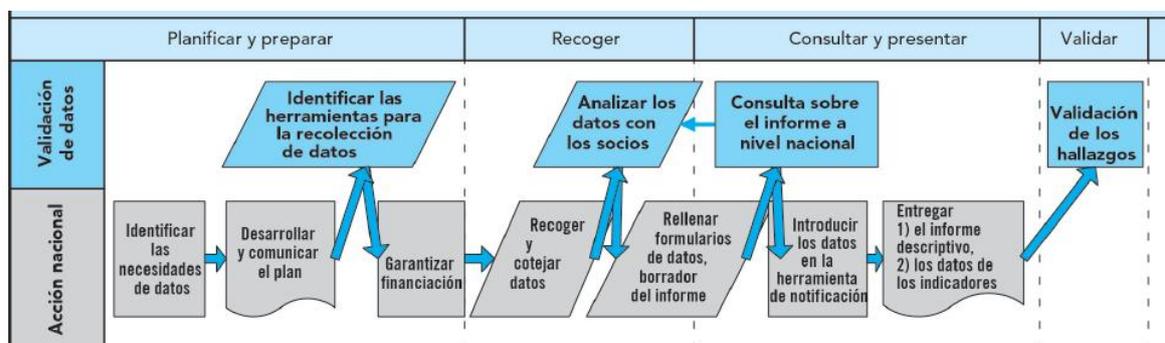
Gráfico 18. Evolución de la prevalencia de VIH en población transexual y HSH. Perú 1996 – 2008.	62
Gráfico 19. Realización de alguna prueba para el diagnóstico de VIH alguna vez, mujeres de 15 a 49 años (total). Perú 2000 – 2009.	63
Gráfico 20. Realización de pruebas de tamizaje entre gestantes atendidas en establecimientos de salud del MINSA. Perú 2000 – 2008.	64
Gráfico 21. Número de pacientes que iniciaron TARGA por semestre. Perú, 2004 a 2010.	66
Gráfico 22. Proporción de pacientes VIH elegibles para TARGA que están en tratamiento. Perú, 2007 a 2011.	67
Gráfico 23. Intensidad de búsqueda de comorbilidad VIH en pacientes del programa de Tuberculosis. Perú 2006-2009, ESN-PCT.	70
Gráfico 24. Gasto en VIH – Por fuente de financiamiento	73
Gráfico 25. Gasto en VIH – Principales categorías	74
Gráfico 26. Evolución de las defunciones por SIDA en los registros de la DGE (1986 – 2005) y en el Seguro Social del Perú (2002 – 2008).	101
Gráfico 27. Evolución de las defunciones por SIDA notificadas según sexo. Perú, 1986 – 2005.	102
Gráfico 28. Evolución de las defunciones por SIDA según sexo entre los egresos hospitalarios. Perú, 2002 – 2007.	103
Gráfico 29. Evolución de las defunciones por SIDA notificadas según sexo. Seguro Social del Perú, 2002 – 2008.	104
Gráfico 30. Defunciones por SIDA registradas en los egresos hospitalarios según región. Perú, 2002 – 2007.	105
Gráfico 31. Defunciones por SIDA (DGE 1986 – 2005, Egresos Hospitalarios 2002 – 2007 y EsSalud 2002 – 2008) comparadas con PVVS en TARGA (2005 - 2009).	106
Gráfico 32. Proporción de pacientes VIH que pasaron a estadio SIDA dentro del quinquenio analizado en el sistema NOTI. Perú, 1995-2009.	107

I. Situación actual

1.1. Participación de las partes interesadas en el proceso de redacción del informe

Para el proceso de elaboración del presente informe se siguieron las directrices del Manual del Informe Mundial de Avances en la Lucha Contra el Sida 2012. Este proceso consiste en cuatro etapas, en cada una de las cuales hay actividades de los responsables de preparar el informe y acciones de validación con los socios (ver gráfico 1).

Gráfico 1. Proceso a nivel nacional de la elaboración del Informe Mundial de Avances en la Lucha Contra el Sida.¹



El informe fue socializado en todas las etapas de su elaboración, a través de un **blog** abierto a todos los interesados (www.ungass2012.blogspot.com), administrado por un representante de la comunidad. El blog estuvo disponible desde el 15 de febrero de 2011 y **tuvo 464 visitas** (hasta el 29 de marzo del 2012); en él se colgaron todas las presentaciones hechas durante el proceso y enlaces a páginas de interés o a documentos relacionados, además de contarse con espacio para que los interesados dejen comentarios. Los materiales y noticias se distribuyeron electrónicamente a más de 100 personas cada semana. Asimismo, se habilitó también una *fan page* en Facebook: **Ungass PERU**, con información sobre el proceso.

¹ ONUSIDA. Informe Mundial de Avances en la Lucha Contra el Sida 2012. Directrices. Desarrollo de indicadores básicos para el seguimiento de la declaración política sobre el VIH/sida de 2011. Diciembre de 2011 Ginebra, Suiza



De otra parte, se sostuvo dos reuniones de consulta con los principales actores de la respuesta en Lima: una en la fase de planeamiento para seleccionar los indicadores clave, y otra en la fase de análisis de los indicadores, con la participación de aproximadamente 40 personas. En la fase de análisis de indicadores también se realizó dos reuniones macro regionales usando la plataforma virtual *Elluminate* en las siguientes fechas: Miércoles 21 de marzo de 2:30 pm a 06:00 pm: Tacna, Moquegua, Puno, Cusco, Arequipa, Madre de

Dios, Apurímac, Junín, Huánuco, Huancavelica, Ayacucho y Moquegua; Jueves 22 de marzo de 2:30 pm a 06:00 pm: Tumbes, Piura, Cajamarca, La Libertad, Lambayeque, Ancash, Ica, Amazonas, San Martín, Ucayali y Loreto.

En cuanto al ICPN, se entrevistó a 19 personas: 9 del sector gubernamental y 10 del sector no gubernamental, y asimismo se realizaron dos reuniones para la validación preliminar del ICPN con el sector gubernamental (11 personas) y la sociedad civil (13 personas).

En este marco, en la elaboración de este informe participaron las oficinas técnicas del Ministerio de Salud (MINSALUD): Dirección General de Epidemiología (DGE), Oficina General de Estadística e Informática (OGEI), Dirección General de Salud de las Personas (DGSP), Estrategia Nacional de Prevención y Control de las ITS, VIH y Sida (ESNITSS), Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva (ESSR), Promoción de la Salud, Etapa de Vida Adolescente, los representantes de otros sectores del Estado: Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MINTRA), Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMPV); Ministerio de Educación (MINEDU), Ministerio del Interior (MININTER), EsSALUD, Ministerio de Justicia (MINJUS) – Instituto Nacional Penitenciario (INPE), Defensoría del Pueblo, Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud (CONAMUSA), los representantes de la sociedad civil: organismos no gubernamentales (ONG) y redes de personas afectadas y vulnerables y los representantes de organismos internacionales: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), Programa Mundial de Alimentos (PMA), Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO).

1.2. Situación actual de la epidemia

En el capítulo II de este informe se describe el panorama de la epidemia de VIH/sida en el Perú. En resumen, la epidemia se mantiene concentrada, con una prevalencia en población general de 0.23% (vigilancia centinela gestantes **2002**) y de 12.4% en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) (vigilancia centinela 2001). De acuerdo al sistema nacional de notificación², en el año 2011 se notificaron 2895 nuevos casos de VIH y 1051 casos de sida. Desde el reporte del primer caso de sida, la frecuencia de notificación fue en aumento hasta el año 2005 (con algunas fluctuaciones), para luego presentar una tendencia descendente. De manera similar, los casos de VIH notificados tuvieron una tendencia ascendente hasta el año 2008, a partir del cual comenzó a descender sostenidamente hasta el año 2011.

En los primeros años de la epidemia, la razón de masculinidad de casos de sida presentó cifras altas. Durante la década de 1980, la razón de masculinidad fue 8.72; es decir, que en ese periodo por cada caso de sida notificado en mujeres, se notificaban aproximadamente nueve casos en varones. Este indicador fue luego disminuyendo, con valores de 6.4 para el periodo 1990 a 1994 y 3.7 para el periodo 1995 a 1999. Durante la década de 2000 a 2009, se ha mantenido estable, con valores de 2.8 para el periodo 2000 a 2004 y 2.7 para el periodo 2005 a 2009.

El mayor número de casos de sida registrados entre 1983 y 2011 se presentan en Lima y Callao (71%), ciudades que a su vez representan el 34.1% de la población nacional³. La principal vía de transmisión sigue siendo la sexual (97% de los casos), seguido por la vertical (2%) y la parenteral (1%).

Los datos de la vigilancia siguen en general la misma tendencia que encuentran los modelamientos de la epidemia. Así, el modelo denominado

² Dirección General de Epidemiología. Situación del VIH/SIDA en el Perú. Boletín Epidemiológico Mensual, Febrero 2012. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/vigilancia/vih/Boletin_2012/febrero.pdf

³ <http://www.inei.gob.pe/perucifrasHTM/inf-dem/cuadro.asp?cod=11229&name=po17&ext=gif>
(consultado el 31/3/2012)

Modos de Transmisión⁴ estimó que para el año 2010 se producirían 4346 nuevas infecciones de infección por VIH en el Perú, distribuidas de la siguiente manera: HSH 56%, personas que practican el sexo casual y sus parejas estables (12%), trabajadoras sexuales (TS) y sus clientes (2%) y las parejas femeninas de los clientes de TS, HSH y usuarios de drogas inyectables (UDI, 13%). La transmisión heterosexual sería responsable del 15% de nuevas infecciones en población heterosexual de bajo riesgo.

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 centinela⁵ realizadas en el Perú en este grupo poblacional, el año 2002 la incidencia fue 8.3 nuevos casos por cada 100 personas-año (IC95% 4.5 a 14.7), el año 2006 3.1 (IC95% 1.0 a 5.3%) y el año 2011 5.2 (3.8 a 6.5). Un dato que destaca en la vigilancia de 2011 es que la incidencia en HSH menores de 25 años se incrementó de 6.2 en 2002 a 9.6 en 2011 (ver Tabla F de la pg 22). Si bien las estimaciones puntuales son diferentes en cada año, los intervalos de confianza se superponen, lo que indicaría que la incidencia en este grupo se ha mantenido similar en los últimos 10 años. Respecto a las prevalencias en la población HSH, el año 2002 la estimación fue 22.3%, para descender a 11.1% el 2006 y 12.4% el 2011. En el caso de la población transgénero y HSH trabajadores sexuales, el año 2002 se registró la mayor prevalencia (29.2%), descendiendo a 4.05% el año 2006 y ascendiendo a 14.6% el año 2011. En el caso de la población transgénero la prevalencia en la última vigilancia centinela alcanzó 20.8% (104/500) y la incidencia fue 9.07 por 100 personas/año, constituyéndose en el sub-grupo más afectado y con mayor riesgo. Llama la atención la estimación de prevalencia del año 2006 que fue menor en este grupo de alto riesgo en comparación a los HSH en general.

⁴ Alarcón J, et al. Estimating HIV incidence using the model modes of transmission for concentrated epidemics: Peru 2009. XVIII International AIDS Conference, July 18-23, 2010. Vienna, Austria.

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

Estas fluctuaciones de la prevalencia en este grupo pueden deberse a que las metodologías empleadas en cada vigilancia no son plenamente comparables.

Asimismo, es importante que en futuras investigaciones se analice el comportamiento de la epidemia en las diferentes sub-poblaciones de HSH y se establezcan los niveles diferenciados de riesgo en que se encuentran.

1.3. Respuesta política y programática

En la respuesta política y programática del país frente al sida participan el sector gubernamental, la sociedad civil y la cooperación internacional.

Por el sector gubernamental se encuentran el Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP), de la cual depende funcionalmente 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).

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

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

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

También intervienen en la respuesta al VIH/sida la cooperación internacional, tanto bilateral como multilateral (ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, OPS, USAID, PNUD, OIT, entre otros).

En el período 2010-2011 se ha culminado la ejecución del Plan Estratégico Multisectorial (PEM), que ha mostrado la viabilidad de este tipo de políticas, aunque ha tenido deficiencias programáticas y financieras.

A fines del año 2011, se hizo un primer balance de esta política, con participación de representantes del Estado, la sociedad civil, las comunidades afectadas y las universidades.⁶

En esta reunión se consideró que el PEM ha permitido la continuidad de algunas acciones de control y prevención en las poblaciones de mayor vulnerabilidad, como trans, gays, bisexuales (TGB), HSH y TS. Entre éstas, se señalaron las siguientes:

- Continuidad de la estrategia de Promotores Educadores de Pares (PEPs) de TGB/HSH y TS, Atención Médica Periódica (AMP), Centros de Referencia de ITS/VIH y Sida (CERITS) y Unidades de atención médica periódica (UAMP).
- Aumento de cobertura de 2 a 9% en TGB/HSH a través de AMP y equipos itinerantes financiado por el Fondo Mundial.
- Apertura de nuevos CERITS y UAMP a iniciativa de gobiernos regionales y municipales.

⁶ MINSa. Informe de Sistematización

- Continuación de la implementación de los CERITS y UAMP.
- Mayor acceso a nuevas tecnologías para el diagnóstico y monitoreo de la resistencia de los antirretrovirales (ARV).
- Implementación de pruebas de monitoreo a personas viviendo con el VIH (PVVS).
- Mejora en el acceso a medicamentos para adultos.
- Mejora en el acceso al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA).
- La institucionalización del TARGA.

Pero, también se han observado deficiencias en la implementación, la mayoría relacionadas con la calidad de atención en los servicios de salud. Los aspectos señalados como deficientes fueron:

- Demora en la actualización de las normas técnicas.
- Problemas entre el Seguro Integral de Salud (SIS) y usuarios para acceder a medicamentos VIH y sida.
- La compra de TARGA no funciona adecuadamente (desabastecimiento) y falta de medicamentos TARGA para niños.
- Desabastecimiento de condones, lubricantes e insumos para prevención en TGB/HSH y TS.
- Poco acceso a medicamentos para infecciones oportunistas.
- Exigua cobertura en prevención y atención a TGB/HSH y TS.
- La atención de niños, niñas y adolescentes con VIH no es plenamente integral.
- Estigma y discriminación en los centros de salud por parte personal de salud.
- Falta atención en mujeres VIH en Salud Sexual y Reproductiva (SSR).

En la actualidad se ha dado inicio a la preparación del segundo plan multisectorial de lucha contra el VIH/sida en el Perú.

1.4. Resumen de los indicadores básicos para el seguimiento de la declaración política sobre el VIH/sida de 2011

Objetivo	Indicador	Valor	Fuente
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 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	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).	Instituto Nacional de Estadística e Informática, Encuesta demográfica y de salud familiar ENDES - 2010 Módulo 72, base de datos RE758081
	1.2. Relaciones sexuales antes de los 15 años de edad 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	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).	Instituto Nacional de Estadística e Informática, Encuesta demográfica y de salud familiar ENDES - 2010 Módulo 71, base de datos REC516171

Objetivo	Indicador	Valor	Fuente
	<p>1.3. Relaciones sexuales con múltiples parejas</p> <p>Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos doce meses</p>	<p>General: 1.0% (232 / 22945)</p> <p>15 a 19 años: 1.7% (73 / 4278)</p> <p>20 a 24 años: 1.8% (61 / 3399)</p> <p>25 a 49 años: 0.6% (99 / 15268)</p> <p>Observación: solo mujeres</p> <p>Para varones se tiene: Varones : 13.5% (Dato reportado en el informe anterior, en base a la ENDES 2008 de varones).</p>	<p>Instituto Nacional de Estadística e Informática, Encuesta demográfica y de salud familiar ENDES - 2010.</p> <p>Informe final</p>
	<p>1.4. Uso del preservativo entre personas con múltiples parejas sexuales durante la última relación sexual</p> <p>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</p>	<p>General: 37.1% (92 / 248)</p> <p>15 a 19 años: 41.3% (31 / 75)</p> <p>20 a 24 años: 26.2% (17 / 65)</p> <p>25 a 49 años: 40.7% (44 / 108)</p> <p>Observación: solo mujeres</p> <p>Para varones se tiene: Varones : 714.78% (Dato reportado en el informe anterior, en base a la ENDES 2008 de varones).</p>	<p>Instituto Nacional de Estadística e Informática, Encuesta demográfica y de salud familiar ENDES - 2010.</p> <p>Módulo 72, base de datos RE758081</p>

Objetivo	Indicador	Valor	Fuente
	<p>1.5. Las pruebas del VIH en la población general</p> <p>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</p>	<p>General: 38.9% (8935 / 22946)</p> <p>15 a 19 años: 10.7% (458 / 4278)</p> <p>20 a 24 años: 41.1% (1398 / 3399)</p> <p>25 a 49 años: 46.4% (7079 / 15269)</p> <p>Observación: solo mujeres, y la pregunta en la ENDES es sobre pruebas alguna vez en la vida y no los últimos doce meses</p> <p>Para varones se tiene: Varones : 5.4% (último año) (Dato reportado en el informe anterior, en base a la ENDES 2008 de varones).</p>	<p>Instituto Nacional de Estadística e Informática, Encuesta demográfica y de salud familiar ENDES - 2010.</p> <p>Módulo 72, base de datos RE758081</p>
	<p>1.6. La prevalencia del VIH entre los jóvenes</p> <p>Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años que viven con el VIH</p>	<p>0.23% (Gestantes) (7 / 3075)</p> <p>0.27% (Parejas) (8 / 2 988)</p>	<p>Dirección General de Epidemiología (DGE) – IMPACTA, vigilancia centinela 2006 – 2007.</p>
	<p>1.7. Los profesionales del sexo: programas de prevención</p> <p>Porcentaje de profesionales del sexo al que le han llegado programas de prevención</p>	<p>No se tiene información sobre este indicador</p>	
	<p>1.8. Los profesionales del sexo: uso del preservativo</p> <p>Porcentaje de profesionales del sexo que declara haber usado un preservativo con su último cliente</p>	<p>General: 72.6% (623 / 858)</p> <p>< 25 años: 70%</p> <p>≥ 25 años: 74%</p> <p>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</p>	<p>Dirección General de Epidemiología, Vigilancia Epidemiológica Centinela 2011.</p>

Objetivo	Indicador	Valor	Fuente
	<p>1.9. Las pruebas del VIH en los profesionales del sexo</p> <p>Porcentaje de profesionales del sexo que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados</p>	<p>37.3% (19 / 51)</p> <p>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.</p>	<p>Instituto Nacional de Estadística e Informática, Encuesta demográfica y de salud familiar ENDES - 2010</p> <p>Módulo 66, Base de datos REC91</p>
	<p>1.10. La prevalencia del VIH entre los profesionales del sexo</p> <p>Porcentaje de profesionales del sexo que vive con el VIH</p>	<p>General: 14.6% (125 / 858)</p> <p>< 25 años: 13.6% (52 / 381)</p> <p>≥ 25 años: 15.3% (73 / 477)</p> <p>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</p>	<p>Dirección General de Epidemiología, Vigilancia Epidemiológica Centinela 2011.</p>
	<p>1.11. Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: programas de prevención</p> <p>Porcentaje de hombres que tiene relaciones sexuales con hombres al que le han llegado programas de prevención del VIH</p>	<p>No se tiene información sobre este indicador</p>	
	<p>1.12. Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: uso del preservativo</p> <p>Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina</p>	<p>General: 49.8% (782 / 1571)</p> <p>< 25 años: 52.3% (323 / 618)</p> <p>≥ 25 años: 48.2% (459 / 953)</p> <p>Observación: Solo Lima. El indicador usado en la vigilancia centinela fue: Uso de condón en última relación sexual con pareja masculina</p>	<p>Dirección General de Epidemiología, Vigilancia Epidemiológica Centinela 2011.</p>

Objetivo	Indicador	Valor	Fuente
	<p>1.13. Las pruebas del VIH en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres</p> <p>Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados</p>	<p>61.3% (1726 / 2816)</p> <p>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.</p>	<p>Dirección General de Epidemiología, Vigilancia Epidemiológica Centinela 2011.</p>
	<p>1.14. La prevalencia del VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres</p> <p>Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que vive con el VIH</p>	<p>General: 12.4% (368 / 2959)</p> <p>< 25 años: 10.5%</p> <p>≥ 25 años: 13.6%</p> <p>Observación: Son datos solo de Lima-Callao</p>	<p>Dirección General de Epidemiología, Vigilancia Epidemiológica Centinela 2011.</p>
<p>2. Reducir en un 50% la transmisión del VIH entre los usuarios de drogas inyectables para el 2015</p>	<p>2.1. Número de jeringas que distribuyen los programas de agujas y jeringas por usuario de drogas inyectables por año</p> <p>2.2. Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual</p> <p>2.3. Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó</p> <p>2.4. Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados</p> <p>2.5. Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que vive con el VIH Los jóvenes: Conocimiento sobre la prevención del VIH</p>	<p>Nota: El consumo de drogas ilícitas inyectables es muy poco frecuente en el país (prevalencia de vida 0.01% - DEVIDA 2006), por lo que no existe información disponible para la estimación de estos indicadores. Es por eso que los indicadores del objetivo 2 no se reportarán.</p>	

Objetivo	Indicador	Valor	Fuente
3. Eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente el número de muertes maternas relacionadas con el sida	<p>3.1. Prevención de la transmisión maternoinfantil</p> <p>Porcentaje de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de la transmisión maternoinfantil</p>	<p>No se tiene información sobre este indicador, por lo que se está en proceso de levantamiento de información y control de calidad.</p> <p>Año 2009: 56% (550 / 982) (UNGASS 2010) Informe MINSA ESNITSS Enero – Diciembre 2009. Datos 2009 Spectrum</p>	
	<p>3.2. Diagnóstico infantil precoz</p> <p>Porcentaje de niños que nacen de madres infectadas por el VIH y que reciben un test virológico del VIH dentro de los dos primeros meses desde el nacimiento</p>	<p>9.66% (132 / 1367)</p>	<p>Numerador: Instituto Nacional de Salud, reporte del sistema NetLab 2011</p> <p>Denominador: Dirección General de Epidemiología. Estimaciones del programa Spectrum para el 2011.</p>
	<p>3.3. Transmisión maternoinfantil del VIH (modelada)</p> <p>Porcentaje estimado de infecciones infantiles por el VIH transmitidas durante el parto de mujeres seropositivas en los últimos doce meses</p>	<p>3.90% (3 / 77)</p>	<p>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 pública, 2011; 28(3): 492-496.</p>

Objetivo	Indicador	Valor	Fuente
4. Lograr que 15 millones de personas que viven con el VIH sigan un tratamiento antirretroviral para 2015	4.1. Tratamiento del VIH: terapia antirretroviral Porcentaje de adultos y niños elegible que actualmente recibe terapia antirretroviral	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.	Numerador: Visita a hospitales y hoja de monitoreo de la ESNITSS Denominador: Dirección General de Epidemiología. Estimaciones del programa Spectrum. El cálculo se realizó considerando la definición de caso de sida en 200 CD4, según norma técnica vigente. Actualmente está en proceso de actualización de la norma técnica según recomendaciones de OMS.
	4.2. Retención en la terapia antirretroviral 12 meses después de comenzar el tratamiento Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que continúan con el tratamiento 12 meses después de empezar la terapia antirretroviral	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.	Visita y revisión de archivos en los principales hospitales de Lima-Callao donde se administra TARGA (Loayza, Dos de Mayo, Hipólito Unanue, Instituto Nacional de Salud del Niño, Carrión, Cayetano Heredia y María Auxiliadora).
5. Reducir al 50% el número de muertes por tuberculosis entre las personas que viven con el VIH para el 2015	5.1. Gestión coordinada del tratamiento de la tuberculosis y el VIH Porcentaje estimado de los casos de incidencia de personas seropositivas que tienen TB, que recibe tratamiento tanto para la TB como para el VIH	42.4% (518 / 1221)	ESNITSS, hoja de monitorización al 90% de DISA/DIRESA para el año 2011

Objetivo	Indicador	Valor	Fuente
6. Alcanzar un nivel significativo de inversiones por año a nivel mundial (22.000-24.000 millones de dólares estadounidenses) en los países de ingresos bajos y medios	6.1. Gastos relacionados con el sida Gasto nacional e internacional relativo al sida por categoría y fuentes de financiación	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
7. Facilitadores y sinergias esenciales con los sectores de desarrollo	7.1. Políticas gubernamentales relacionadas con el VIH y el sida Instrumento de observación de los Compromisos y las Políticas Nacionales (ICPN)	Instrumento de observación de los compromisos y políticas nacionales (ICPN) Proceso de recopilación y validación de datos (Anexo 2)	

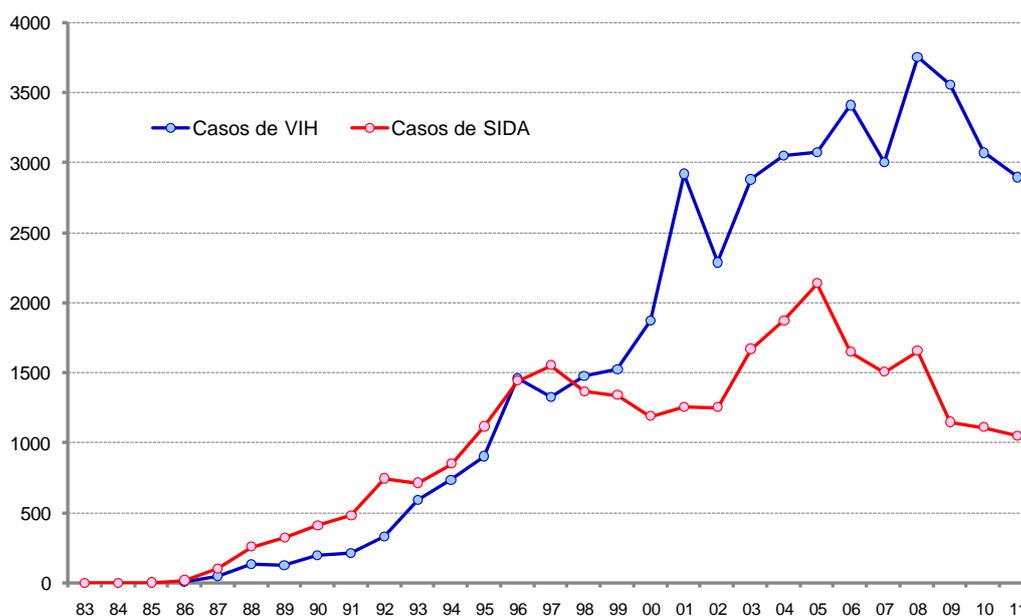
Objetivo	Indicador	Valor	Fuente
	<p>7.2. Prevalencia de la violencia por parte de la pareja íntima reciente</p> <p>Proporción de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que alguna vez estuvieron casadas o tuvieron pareja, y que experimentaron violencia física o sexual por parte de una pareja íntima de sexo masculino en los últimos 12 meses.</p>	<p>General: 13.9% (1704 / 12281)</p> <p>15 a 19 años: 14.9% (53 / 355)</p> <p>20 a 24 años: 20.5% (278 / 1358)</p> <p>25 a 49 años: 13.0% (1373 / 10568)</p> <p>Observación: No fue posible desagregar el indicador según estado de infección por VIH de las entrevistadas, puesto que en la ENDES no se recoge este dato.</p>	<p>Instituto Nacional de Estadística e Informática, Encuesta demográfica y de salud familiar ENDES - 2010</p> <p>Módulo 72, base de datos REC84DV</p>
	<p>7.3. Asistencia escolar por parte de los huérfanos</p> <p>Asistencia escolar actual entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad.</p>	<p>Huérfanos: 88.9% (16 / 18)</p> <p>No huérfanos: 93.6% (10486 / 11200)</p>	<p>Instituto Nacional de Estadística e Informática, Encuesta nacional de hogares ENAHO – 2010</p>
	<p>7.4. Apoyo económico externo a los hogares más pobres</p> <p>Proporción de los hogares más pobres que recibieron apoyo económico en los últimos tres meses.</p>	<p>35.1% (474064 / 1350815)</p> <p>Observación: No se cuenta con proyecciones del número de hogares, es por eso que se trabajó con el valor del censo de 2007</p>	<p>Numerador: Programa Juntos, diciembre 2011</p> <p>Denominador: Instituto Nacional de Estadística e Informática, censo de población y vivienda 2007</p>

II. Panorama general de la epidemia de sida

La epidemia del VIH/SIDA en el Perú tiende a estabilizarse, manteniendo las características de una epidemia concentrada, donde la población más afectada es la de HSH.

De acuerdo al sistema nacional de notificación⁷, en el año 2011 se notificaron 2895 nuevos casos de VIH, 174 casos menos que el 2010. Desde el año 2000 hasta 2008, el número de casos notificados cada año creció sostenidamente de 1869 casos (año 2000) a 3753 (año 2008). Luego, ha comenzado a descender progresivamente, de modo que en el año 2009 descendió a 3559, en 2010 a 3069 y en 2011 a 2895 casos (ver gráfico 2).

Gráfico 2. Casos de sida y VIH notificados según año de diagnóstico. Perú, 1983 a 2011.



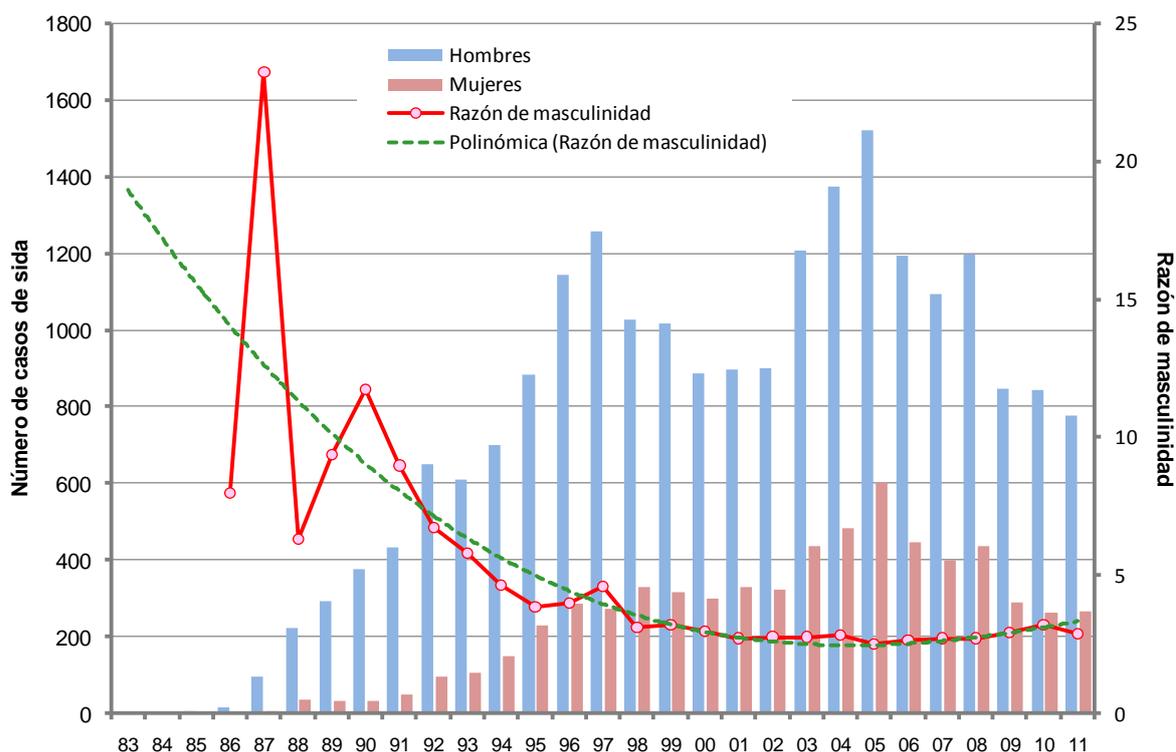
Fuente: GT ETS/VIH/SIDA DGE-MINSA. Boletín vigilancia VIH febrero 2012.

Gráfico: IMT/UNMSM

La razón hombre mujer de casos de sida se ha mantenido alrededor de 3 desde el año 1998; en 2011 fue de 2.91 hombres por una mujer (ver gráfico 3).

⁷ Dirección General de Epidemiología. Situación del VIH/SIDA en el Perú. Boletín Epidemiológico Mensual, Febrero 2012. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/vigilancia/vih/Boletin_2012/febrero.pdf

Gráfico 3. Sida: razón hombre/mujer, Perú 1986-2011

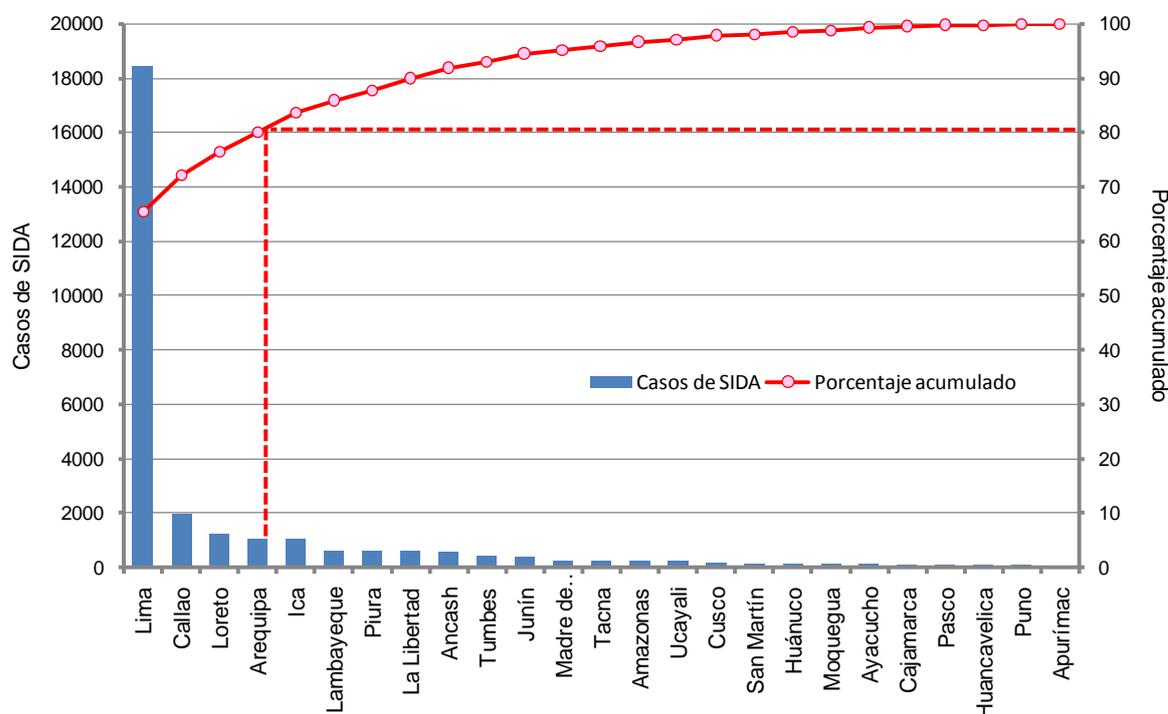


Fuente: GT ETS/VIH/SIDA DGE-MINSA. Boletín vigilancia VIH febrero 2012.

Gráfico: IMT/UNMSM

Otra característica constante de la epidemia es que el mayor número de casos se presenta en Lima y Callao, regiones urbanas en las que habitan un tercio de la población de todo el país. Fuera de Lima y Callao, los casos se presentan en las capitales de región, es decir, entre la población urbana de dichas regiones. El 71% de casos se ha presentado en Lima y Callao que, sumados a los casos de dos ciudades del país (Loreto y Arequipa), representan el 80% de todos los casos registrados en el período de 1983-2011 (ver gráfico 4). La principal vía de transmisión sigue siendo la sexual (97% de los casos), seguido por la vertical (2%) y la parenteral (1%).

Gráfico 4. Frecuencia acumulada de casos de sida por regiones. Perú, 1983-2011.



Fuente: GT ETS/VIH/SIDA DGE-MINSA. Boletín vigilancia VIH febrero 2012.

Gráfico: IMT/UNMSM

La última vigilancia centinela realizada en Lima, dirigida a HSH, ha brindado información importante acerca del desarrollo de la epidemia en este grupo. En las siguientes tablas, extraídas del informe de vigilancia centinela⁸, se pueden observar la tendencia de la incidencia y prevalencia de VIH en HSH, y los HSH que son trabajadores sexuales. En la tabla 1 y gráfico 5 se presenta la incidencia por 100 personas-años de exposición por grupos de edad. Se observa que la incidencia ha disminuido notablemente con respecto al año 2002, aunque se mantiene en el mismo valor del año 2006. De otro lado se

⁸ 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

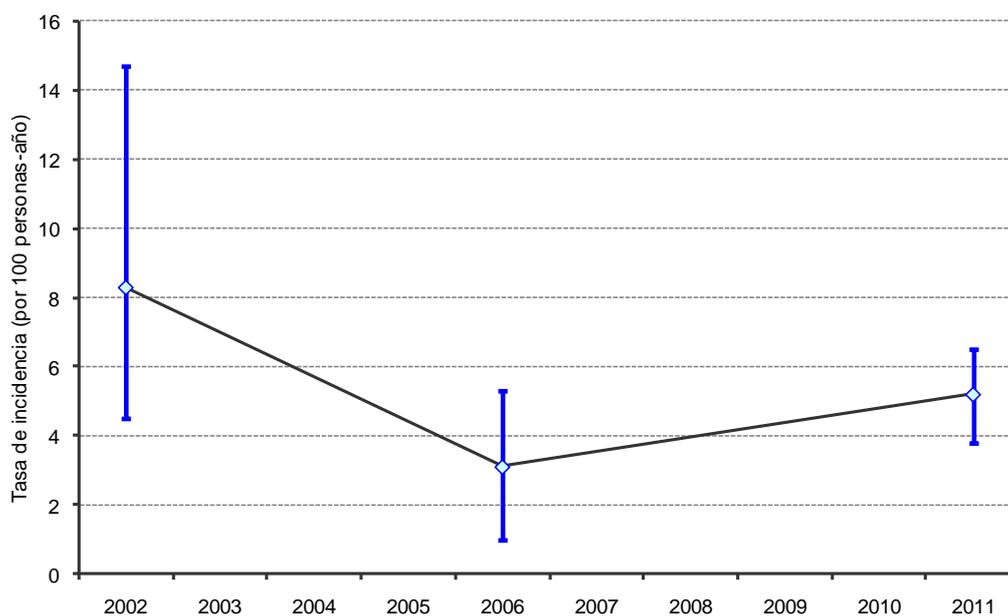
observa que, a diferencia del año 2002, ahora la incidencia es mayor en HSH menores de 25 años, casi el doble de los de 25 y más años.

Tabla 1. Tasa de incidencia (por 100 personas-años) de infección por VIH en HSH abordables. Perú: vigilancia centinela 2002, 2006 y 2011

Edad	2002		2006		2011	
	Incidencia	(IC 95%)	Incidencia	(IC 95%)	Incidencia	(IC 95%)
Total	8.3	(4.5-14.7)	3.1	(1.0-5.3)	5.2	(3.8-6.5)
<25 años	6.2				9.6	(4.4-14.9)
≥25 años	9.8				4.8	(1.4-8.1)

Fuente: 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

Gráfico 5. Tasa de incidencia (por cada 100 personas-años) de infección por VIH en HSH abordables. Perú: 2002-2011



Fuente: 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
Gráfico: IMT/UNMSM

A pesar de que los valores no son estrictamente comparables debido a diferencias en la metodología, en la población estudiada se observa que desde la última medición la prevalencia se mantiene estable (tabla 2 y gráfico 6), lo que aunado a un mayor acceso al tratamiento antirretroviral, que incrementa la expectativa de vida, sugiere una reducción de la incidencia de VIH en este grupo poblacional. En el tiempo, la diferencia de las prevalencias entre los grupos de edad disminuye. Además, la prevalencia entre los HSH menores de 25 años fue mayor en comparación a los HSH de 25 años o más, situación distinta a los años previos. Las poblaciones transgénero y de TS presentaron una carga de enfermedad mayor el año 2002 y 2011 (tabla 3 y gráfico 7), y llama la atención la estimación de prevalencia del año 2006, que fue menor en este grupo de alto riesgo en comparación a los HSH en general.

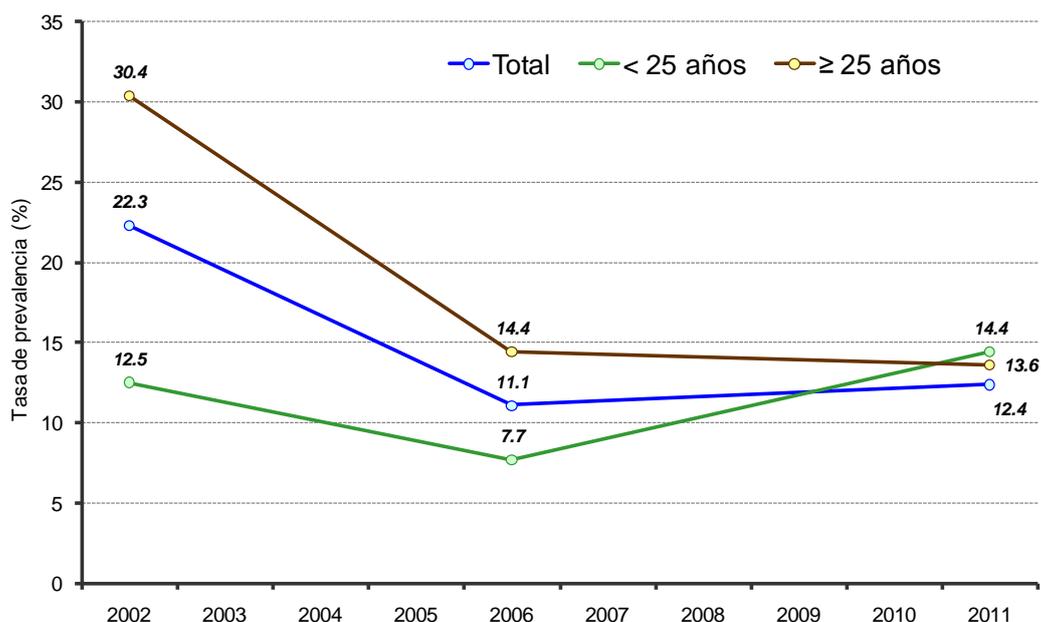
Tabla 2. Tasa de prevalencia (%) de infección por VIH en HSH abordables.
Perú: vigilancia centinela 2002, 2006 y 2011

Edad	2002	2006	2011
Total	22.3	11.1	12.4
<25 años	12.5	7.7	10.5
≥25 años	30.4	14.4	13.6

Fuente: 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

Gráfico: IMT/UNMSM

Gráfico 6. Tasa de prevalencia (%) de infección por VIH en HSH abordables.
Perú: vigilancia centinela 2002, 2006 y 2011.



Fuente: 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

Gráfico: IMT/UNMSM

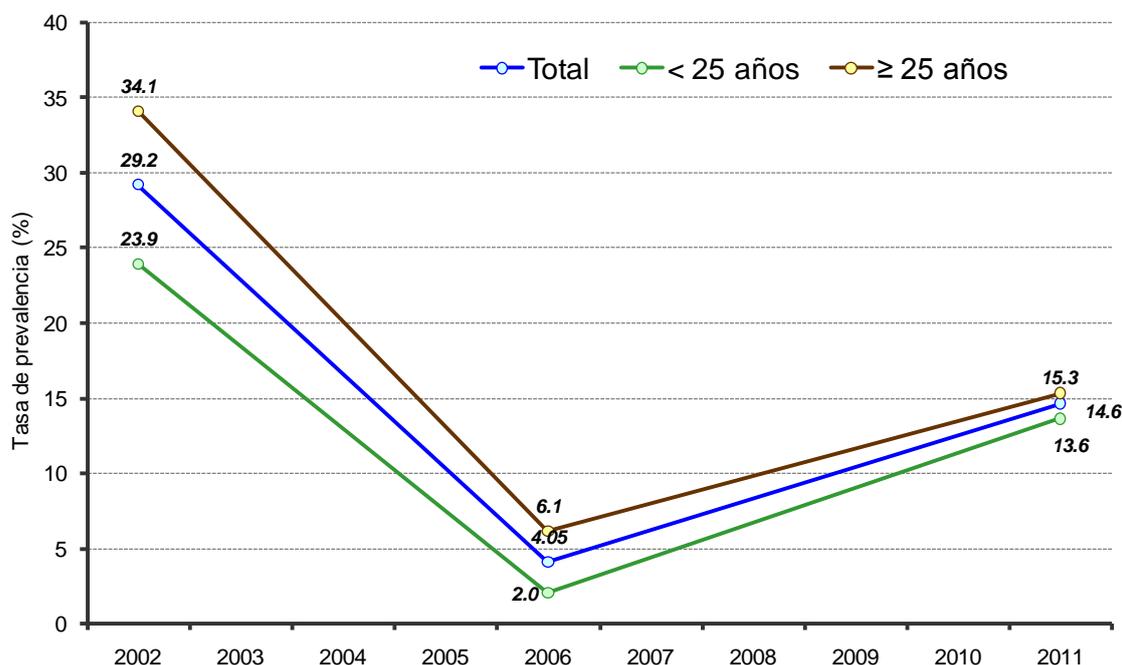
Tabla 3. Tasa de prevalencia (%) de infección por VIH en HSH trabajadores sexuales (TS)*. Perú: vigilancia centinela 2002, 2006 y 2011.

Edad	2002	2006	2011
Total	29.2	4.05	14.6
<25 años	23.9	2.0	13.6
≥25 años	34.1	6.1	15.3

* % de HSH que son TS	18.3	5.9	30.5
-----------------------	------	-----	------

Fuente: 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

Gráfico 7. Tasa de prevalencia (%) de infección por VIH en HSH trabajadores sexuales (TS)*. Perú: vigilancia centinela 2002, 2006 y 2011.

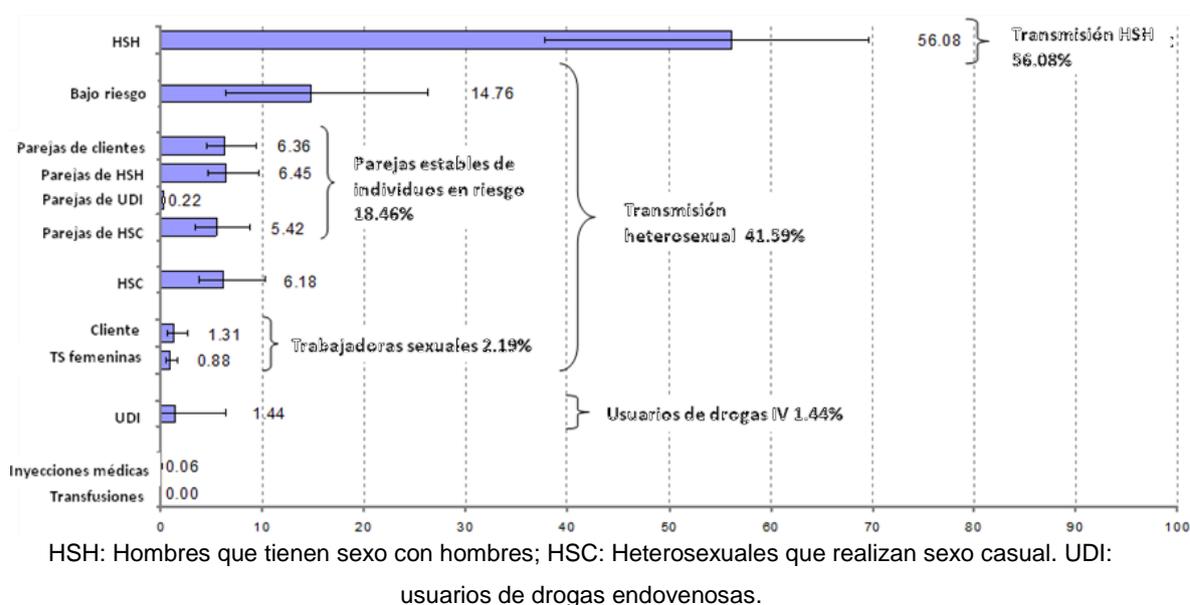


Fuente: Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud, Fondo Mundial de Lucha Contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, CARE – PERU. Informe final: Estudio de Vigilancia Epidemiológica de ITS y VIH en Hombres que Tienen Sexo con Hombres Comparando las Metodologías de Reclutamiento: Muestreo por Conveniencia,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

Gráfico: IMT/UNMSM

Algunos ensayos de modelamiento han mostrado resultados consistentes con los hallazgos descritos. Este es el caso del modelo denominado Modos de Transmisión⁹, que para el año 2010 estimó 4346 nuevas infecciones de infección por VIH en el Perú, correspondiendo el 84% a las poblaciones de mayor riesgo (gráfico 8), destacando los HSH como el centro de la epidemia (56%, rango de incertidumbre: 38-70%), personas que practican el sexo casual y sus parejas estables (12%), TS y sus clientes (2%) y las parejas femeninas de los clientes de TS, HSH y UDI (13%). La transmisión heterosexual sería responsable del 15% de nuevas infecciones en población heterosexual de bajo riesgo.

Gráfico 8. Límites de incertidumbre alrededor de la distribución de nuevas infecciones por VIH según modo de transmisión en Perú, 2010.



El modelo no brinda información acerca de sub-poblaciones de HSH, lo cual sería recomendable para futuros modelamientos, sobre todo, teniendo en cuenta que en la última vigilancia centinela se encontró valores de prevalencia diferentes según la orientación sexual, como se puede apreciar en el siguiente cuadro.

⁹ Alarcón J, et al. Estimating HIV incidence using the model modes of transmission for concentrated epidemics:Peru 2009. XVIII International AIDS Conference, July 18-23, 2010. Vienna, Austria.

Tabla 4. Prevalencia de Infección por VIH en Lima y Callao según orientación sexual, 2011*

Orientación sexual	N	VIH +	
		n(%)	IC95%*
Homosexual	1153	174 (15,1%)	13 - 17.1
Bisexual	894	59 (6,6%)	4.9 - 8.2
Heterosexual	268	9 (3,4%)	1.2 - 5.5
Transgénero	500	104 (20,8%)	17.2 - 24.3

* *MINSA-Impacta. Vigilancia Centinela, 2011*

III. Respuesta nacional a la epidemia de sida

Siguiendo los compromisos asumidos en la declaración política de 2011, la respuesta nacional ha tenido avances en algunos de los objetivos propuestos; en otros, hay todavía limitaciones. El país viene realizando diferentes acciones para ir reduciendo las brechas existentes y está comprometido a superar las limitaciones en el nuevo plan estratégico multisectorial a elaborarse en 2012.

Como se sabe, la respuesta a la epidemia tiene dos grandes áreas: la prevención de la transmisión de acuerdo al modo de transmisión predominante en el país, y la mejora de la calidad y esperanza de vida de la población afectada. A continuación se analizan los indicadores correspondientes a estas dos estrategias.

3.1. Prevención de la transmisión del VIH

En el país, dado que la vía de transmisión es predominantemente sexual y que el grupo más afectado es el de los HSH (que incluye a personas trans), las acciones de prevención deben orientarse a cinco poblaciones: población general, trabajadores sexuales, población HSH, gestantes y personas con VIH.

3.1.1. Población general

La difusión de la epidemia en la población general, en el contexto de una epidemia cuya vía de transmisión es predominantemente sexual, depende en gran medida de cuatro factores: grado de conocimientos, inicio de las relaciones sexuales, número de parejas sexuales y uso consistente del condón.

Nivel de conocimientos

En cuanto el nivel de conocimientos que tienen las personas acerca de la transmisión y prevención del VIH, para el período 2010-2011, el dato más reciente es el que proporciona la ENDES 2010¹⁰ realizada en mujeres de edad fértil a nivel nacional. En la tabla 5 se presenta la frecuencia de respuestas

¹⁰ Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2010. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/endes2010/resultados/index.html>

correctas para cinco preguntas que indagan sobre el conocimiento respecto al VIH. Se observa que entre las mujeres de 15 a 24 años la mayoría presenta un conocimiento adecuado sobre las medidas de protección y los medios de transmisión de la infección al analizarlos individualmente, siendo mejor este conocimiento entre las mujeres de 20 a 24 años en comparación a las de 15 a 19 años.

No hay datos recientes acerca del nivel de conocimientos de la población masculina. La última encuesta ENDES para varones fue realizada en el año 2008. En esa encuesta, el porcentaje de varones que tiene conocimientos sobre prevención del VIH fue 28.3%; sin embargo, este valor no es comparable con los datos de mujeres que se están informando, puesto que se ha reemplazado la pregunta sobre “picadura de mosquitos” por la de “abrazos y caricias”. Es necesario hacer nuevas encuestas ENDES dirigida a varones para conocer los cambios ocurridos en los últimos años.

Tabla 5. Conocimientos acerca de la transmisión y prevención del VIH en mujeres de 15 a 24 años, Perú 2010.

Pregunta	Total de mujeres de 15 a 24 años	15 a 19 años	20 a 24 años
1. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH manteniendo relaciones sexuales con una única pareja no infectada y que no tiene otras parejas?	80.8%	79.1%	83.0%
2. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH usando preservativos cada vez que se mantienen relaciones sexuales?	72.0%	68.5%	76.4%
3. ¿Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH?	75.5%	74.0%	77.3%
4. ¿Cree Ud. que las personas pueden adquirir el virus que causa el sida (VIH) compartiendo utensilios como cubiertos, vasos, etc. con una persona infectada?	57.8%	54.5%	62.1%
5. ¿Cree Ud. que las personas pueden adquirir el sida (VIH) a través de abrazos o caricias a una persona infectada?	73.1%	71.5%	75.1%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2010.
Análisis: IMT/UNMSM

Sin embargo, cuando estos indicadores se analizan en conjunto, y se considera conocimiento correcto el responder correctamente las cinco preguntas,

solamente el 33.6% de las mujeres tiene un conocimiento adecuado de las cinco situaciones planteadas (tabla 6).

Tabla 6. Conocimientos adecuado de cinco situaciones acerca de la transmisión y prevención del VIH en mujeres de 15 a 24 años, Perú 2010.

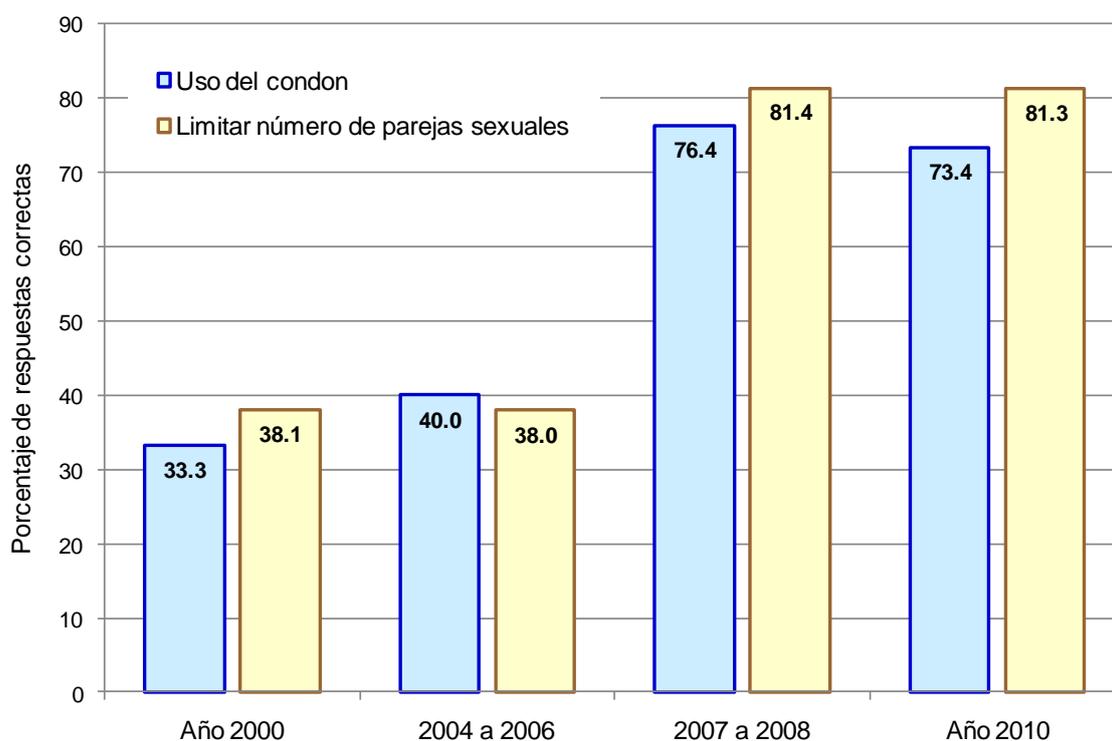
Grupo	Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
15 a 19	Sabe	1226	28.7%
	No sabe	3053	71.3%
	Total	4279	100.0%
20 a 24	Sabe	1352	39.8%
	No sabe	2047	60.2%
	Total	3399	100.0%
Total (15 a 24)	Sabe	2578	33.6%
	No sabe	5101	66.4%
	Total	7679	100.0%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2010. Análisis: IMT/UNMSM

Un dato importante por destacar es que los reportes de las ENDES muestran un incremento sostenido, desde el año 2000 hasta el 2008, de los conocimientos de las mujeres peruanas en edad fértil sobre dos indicadores que el INEI cataloga como formas de evitar el VIH que son de importancia programática: usar condones y limitar el número de parejas sexuales¹¹. El año 2000, solamente el 33.3% de las mujeres peruanas en edad fértil sabían que el uso de condón es una forma de evitar la transmisión del VIH, y el 38.1% sabía que limitar el número de parejas sexuales es también otra medida preventiva. Para el periodo 2007-2008 estos porcentajes se elevaron a 76.4% y 81.4% respectivamente. El año 2010 no presentó una diferencia marcada a los resultados del periodo 2007-2008. En el gráfico 9 se observa la tendencia del conocimiento de estos dos indicadores entre el año 2000 y 2010.

¹¹ Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2010. Disponible en: <http://desa.inei.gob.pe/endes/endes2007/Publicaci%C3%B3n%20ENDES.html>

Gráfico 9. Conocimiento de formas de evitar el VIH que son de importancia programática en mujeres en edad fértil. Perú: 2000 a 2010.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2007-2008 y 2010.

Gráfico: IMT/UNMSM

Inicio temprano de relaciones sexuales

Además de los conocimientos, otros factores asociados al riesgo de infección por VIH son el inicio temprano de las relaciones sexuales, el mayor número de parejas y el poco uso del condón.

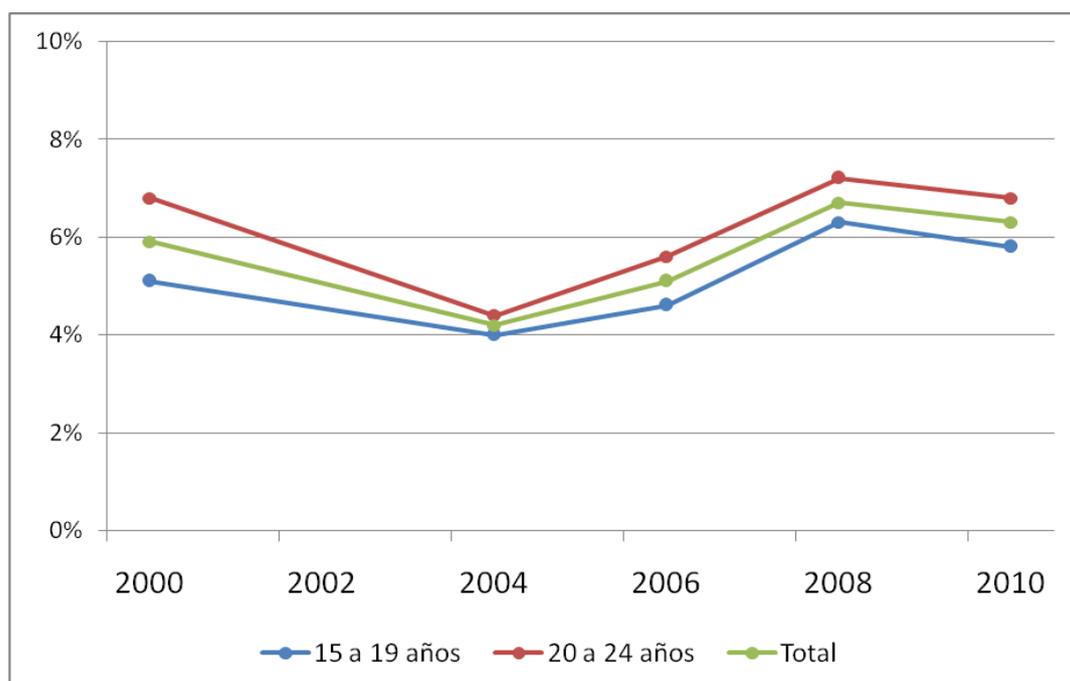
En el caso del inicio temprano (antes de los 15 años) de las relaciones sexuales, el último dato disponible es el de mujeres menores de 25 años que recoge la ENDES. En la tabla 7 y gráfico 10 se observa la tendencia de este indicador desde el año 2000. Se observa que hay pocas variaciones en esta proporción desde el año 2000; también es claro que esta proporción es ligeramente mayor en las mujeres de 20 a 24 años. La razón podría ser que las mujeres menores de 20 años podrían tener más reparos para tratar estos temas en una encuesta de hogares.

Tabla 7. Mujeres entrevistadas que declararon haber tenido su primera relación sexual antes de los 15 años. Análisis de las ENDES, 2000 a 2010.

Grupo	2000	2004	2006	2008	2010
15 a 19 años	5.1%	4.0%	4.6%	6.3%	5.8%
20 a 24 años	6.8%	4.4%	5.6%	7.2%	6.8%
Total	5.9%	4.2%	5.1%	6.7%	6.3%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000 a 2010. Análisis: IMT/UNMSM

Gráfico 10. Mujeres entrevistadas que declararon haber tenido su primera relación sexual antes de los 15 años. Análisis de las ENDES, 2000 a 2010.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000 a 2010. Análisis: IMT/UNMSM

Número de parejas sexuales

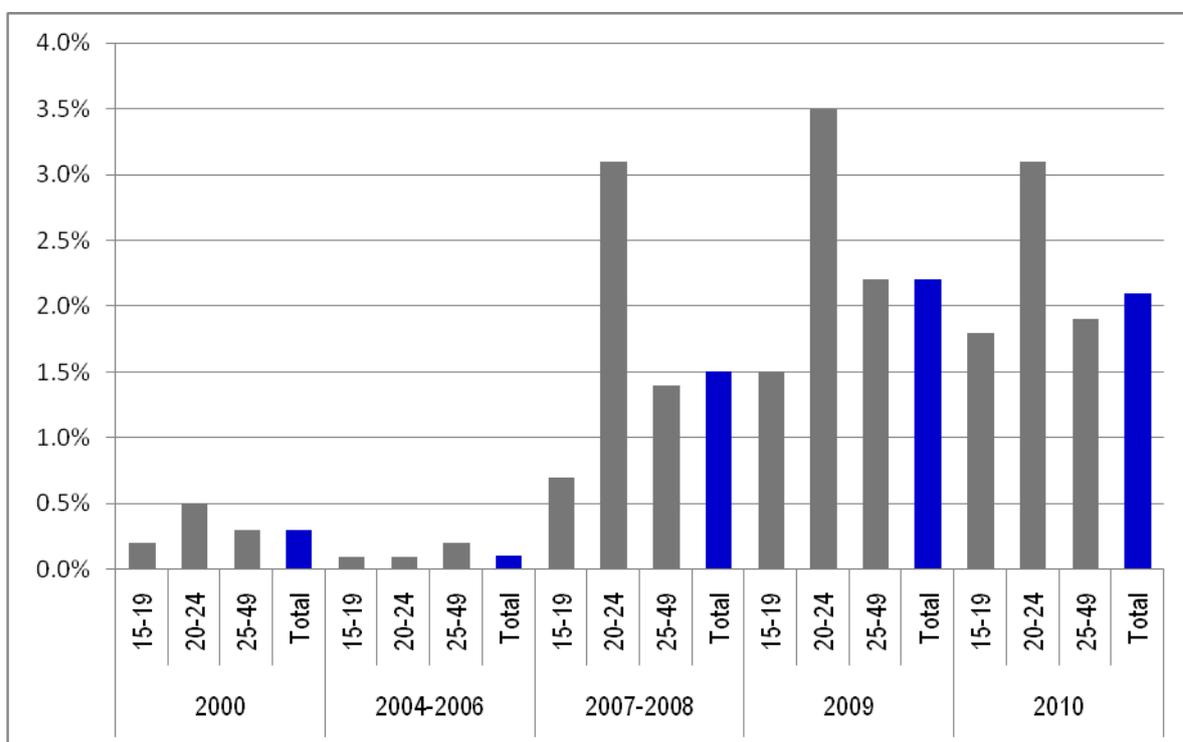
En general, en el año 2010, el 2.1% de mujeres no unidas entre 15 y 49 años informó que ha tenido más de una pareja sexual en los 12 meses previos a la encuesta ENDES. Esa proporción es significativamente mayor en las mujeres de 20 a 24 años. De otro lado, se observa que estos valores se mantienen desde el año 2007 (tabla 8 y gráfico 11).

Tabla 8. Mujeres entrevistadas no unidas que declararon haber tenido más de una pareja sexual los últimos 12 meses. Análisis de las ENDES, 2000 a 2010.

Grupo	2000	2004-2006	2007-2008	2009	2010
15 a 19 años	0.2%	0.1%	0.7%	1.5%	1.8%
20 a 24 años	0.5%	0.1%	3.1%	3.5%	3.1%
25 a 49 años	0.3%	0.2%	1.4%	2.2%	1.9%
Total	0.3%	0.1%	1.5%	2.2%	2.1%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000 a 2010.
Análisis: IMT/UNMSM

Gráfico 11. Mujeres entrevistadas no unidas que declararon haber tenido más de una pareja sexual los últimos 12 meses. Análisis de las ENDES, 2000 a 2010.

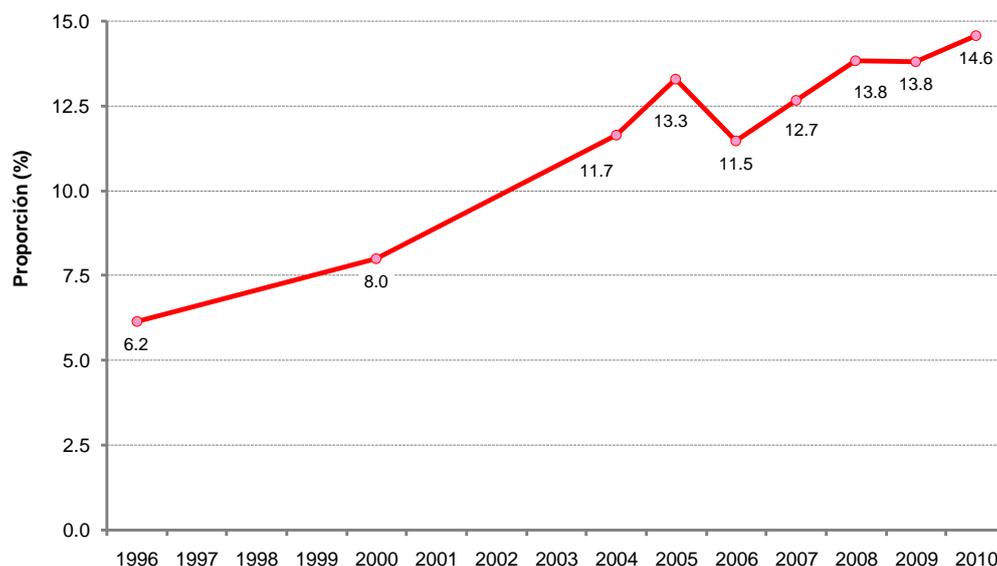


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000 a 2010. Análisis: IMT/UNMSM

Uso de condón

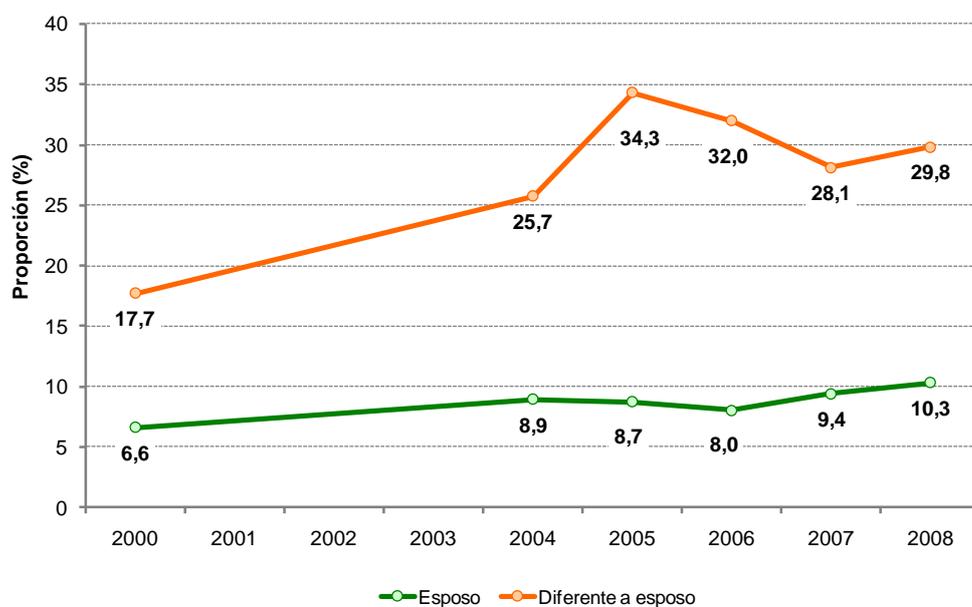
El dato más reciente correspondiente a este indicador es la ENDES mujeres de 2010. No más del 15% de mujeres sexualmente activas usó condón en la última relación sexual. La tendencia de este indicador desde 1996 al 2010 es creciente, aunque en proporciones todavía bajas (gráfico 12). Otro dato importante, es que las mujeres entrevistadas refieren que usan condón en mayor proporción con sus parejas ocasionales que con su esposo (gráfico 13).

Gráfico 12. Uso de condón en la última relación sexual entre las mujeres sexualmente activas. Análisis de las ENDES 1996 a 2010.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1996 a 2010. Análisis: IMT/UNMSM

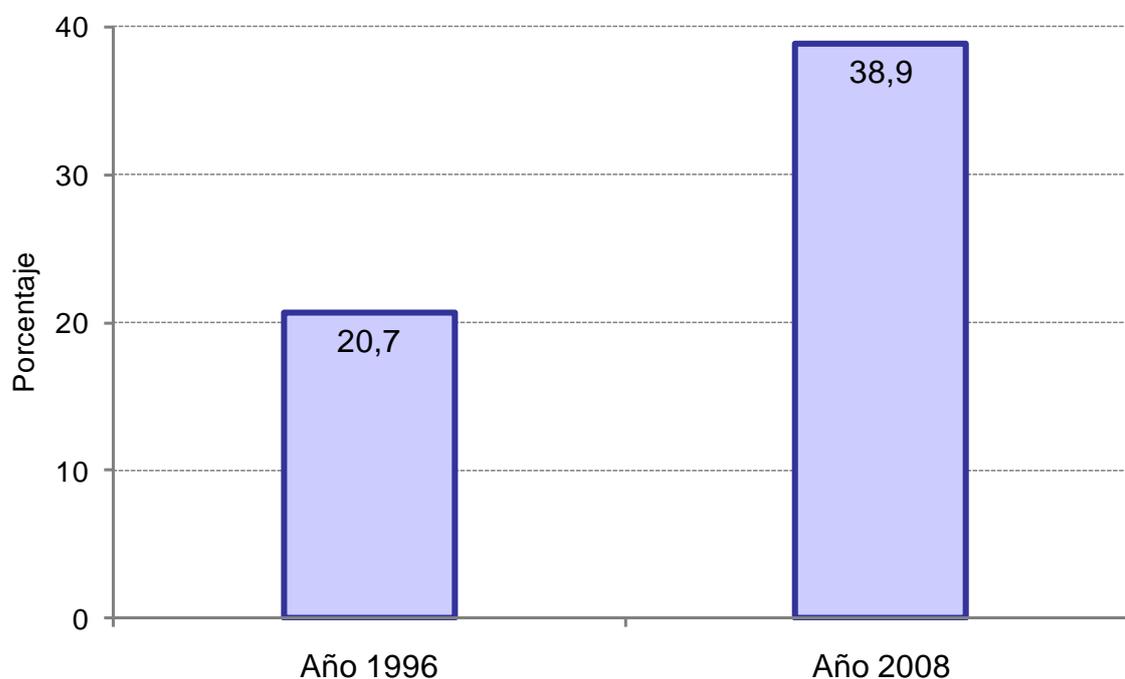
Gráfico 13. Uso de condón en la última relación sexual según tipo de relación con pareja sexual, mujeres de 15 a 49 años. Análisis de las ENDES 1996 – 2008.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1996 a 2010. Análisis: IMT/UNMSM

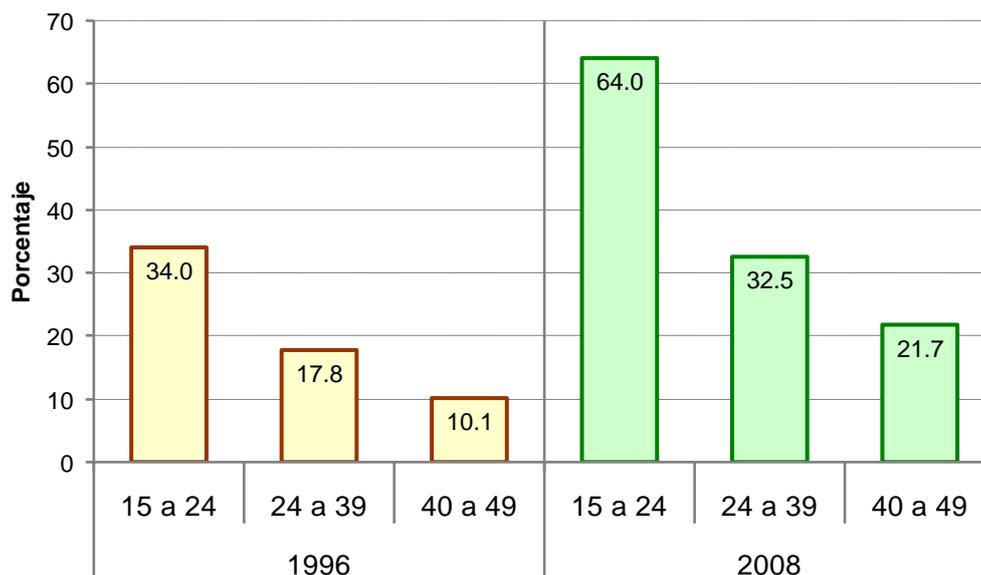
No se cuenta con datos recientes para los varones; sin embargo, en encuestas anteriores se ha observado que el porcentaje de varones que usó condón en su última relación sexual se ha incrementado (ver gráfico 14). También se observa que los más jóvenes usan condón en mayor proporción que los mayores (gráfico 15). Finalmente, otro hecho importante es la alta proporción de varones que refiere haber usado condón en la última relación con una TS (gráfico 16).

Gráfico 14. Uso de condón en la última relación sexual, varones de 15 a 49 años. Perú, 1996 y 2008.



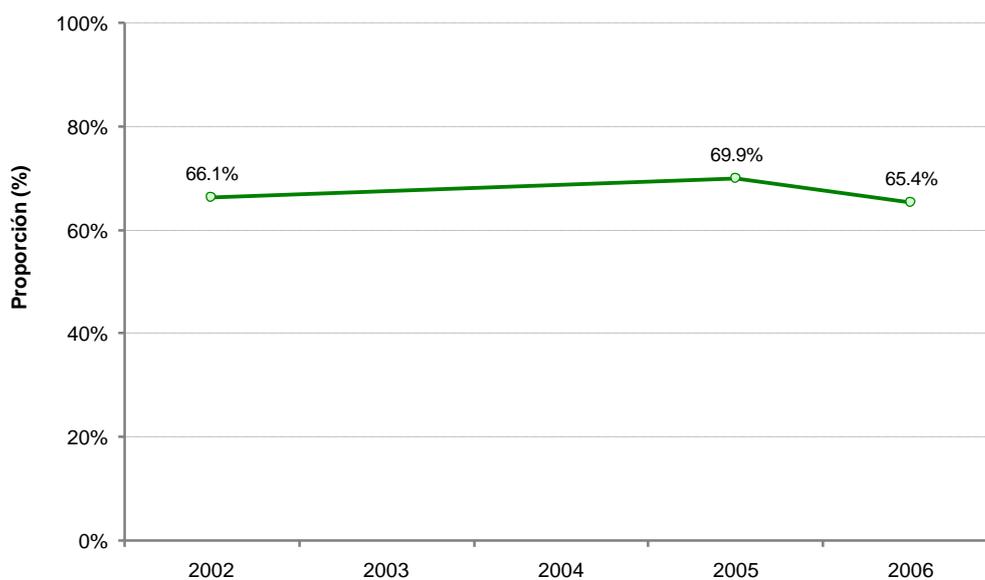
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – Varones 1996 y 2008.
Gráfico: IMT/UNMSM

Gráfico 15. Uso de condón en la última relación sexual, varones de 15 a 49 años. Perú 1996, 2008.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – Varones 1996 y 2008.
Análisis: IMT/UNMSM

Gráfico 16. Uso consistente de condón por varones en relaciones sexuales con TS en los 12 meses previos a la entrevista. Perú, 2002 – 2006

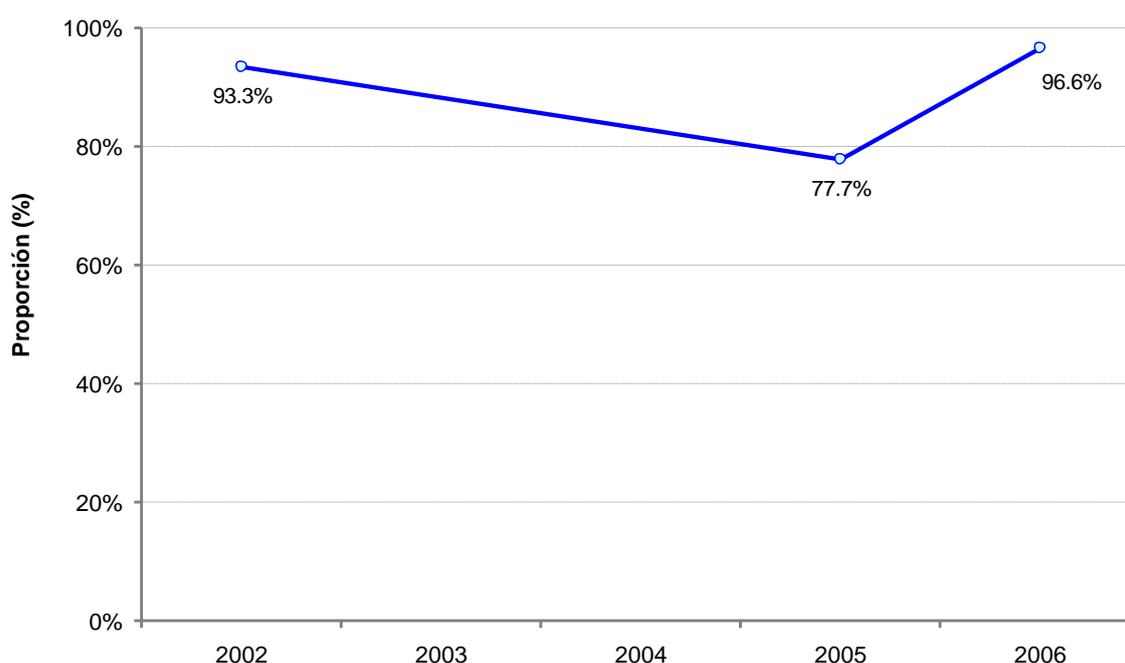


Fuente: Estudio PREVEN, UPCH.
Gráfico: IMT/UNMSM

3.1.2. Trabajadores sexuales

Las TS entrevistadas en el estudio PREVEN, en diferentes períodos, muestran que ellas usan condón con sus clientes en una alta proporción. En la medición de 2006 este porcentaje llega a ser cercano a 97% (gráfico 17).

Gráfico 17. Uso consistente de condón por TS en relaciones sexuales con clientes en los 12 meses previos a la entrevista. Perú, 2002 – 2006.



Fuente: Estudio PREVEN, UPCH.
Gráfico: IMT/UNMSM

Sin embargo las TS organizadas opinan que no hay estudios confiables donde se pruebe que la incidencia de VIH en su población haya disminuido, dado que la información que se utiliza se restringe a la detección de casos en TS que acuden a atención médica periódica (AMP). Consideran que este sesgo de información ha determinado el recorte de financiamiento que, a mediano plazo, podría significar un rebrote de la infección por VIH y otras ITS en esa población.¹²

¹² Angela Villon, *Movimiento de Trabajadoras Sexuales del Perú* en Boletín Observatorio Latino, abril 2012

3.1.3. HSH Y TRANSGÉNERO

A pesar de que el grupo HSH es el más afectado y sobre el cual se han realizado numerosas intervenciones, hay vacíos en el conocimiento de algunos aspectos relacionados a las acciones de prevención. Este es el caso de uno de los indicadores elegidos para evaluar el objetivo 1, relacionado con la reducción de la transmisión sexual del VIH (indicador 1.11). Para obtener una buena estimación de este indicador se deben hacer encuestas de seguimiento de comportamiento (Vigilancias Centinelas de Tercera Generación). Asimismo, las directrices recomiendan complementar ese indicador con datos acerca de la eficacia y calidad de los programas de prevención para esta población. Una dificultad adicional es el acceso a una población cuya magnitud se desconoce. En la mayoría de los estudios realizados en el país, la población estudiada ha sido la de HSH de mayor riesgo y sin diferenciar sub-poblaciones como la de transgénero. La importancia de conocer con mayor especificidad el desarrollo de la epidemia en esta última sub-población ha sido puesta en relieve en la última vigilancia centinela, donde se ha encontrado que es la más afectada y la de mayor riesgo.

Una decisión importante, que contribuirá a conocer mejor la situación de esta población, es la hecha por la ESN P y C ITS/VIH y SIDA y la Oficina General de Estadística e Informática en el Ministerio de Salud, consistente en la incorporación en el Sistema de Información HIS, para el registro y codificación de actividades en la atención de consulta externa relacionadas con la Estrategia Sanitaria Nacional, de la identificación de grupos poblacionales dentro de los cuales se diferenciará la población Transexual de la población HSH. Esta medida será implementará a partir de 2012.

Otros dos aspectos relacionados con la prevención en este grupo, son los indicadores 1.12 y 1.13. El primero de ellos indaga acerca del uso del condón y el segundo, acerca del tamizaje para el VIH.

Sobre el uso del condón, el indicador solicitado es muy específico, bajo el supuesto de que permite conocer mejor el comportamiento preventivo a largo

plazo. 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. Cada ciudad aportó 598 HSH a la muestra, excepto una que tuvo 599 participantes. La población HSH incluida en el estudio debió reunir las siguientes condiciones: no haberse realizado una prueba para HIV dentro de los últimos doce meses, tener una prueba de VIH negativa o desconocer su *serostatus* para la infección de VIH, y cumplir alguno de los criterios de alto riesgo que han servido para los estudios de vigilancia a partir del 2006: a) Haber tenido relaciones sexuales anales con más de cinco parejas sexuales en los últimos seis meses; b) no haber usado condón en la última relación sexual anal; c) haber sido diagnosticado de una ITS en los últimos seis meses; d) tener una pareja sexual con diagnóstico de infección VIH con quien no reporta consistentemente el uso de condones; y e) identificarse como TS.

Los resultados relacionados al uso del condón no son exactamente los indicadores solicitados, pero hay datos aproximados que permiten conocer la conducta preventiva actual de una población HSH de alto riesgo. En la tabla 9 se presentan 7 indicadores, tres relacionados con el uso del condón, tres con la prueba de VIH y uno acerca de la proporción de HSH que se define como trabajador sexual.

Observamos que en la muestra de Lima la proporción de HSH-TS es mayor que en las otras ciudades. También se observa que el uso del condón en la última relación sexual anal de la población que practicó sexo con otro hombre a cambio de dinero o regalos fue de 70% o más, en todas las ciudades. Lo mismo ocurre con los HSH participantes que se identificaron como TS. Pero en la pregunta acerca el uso del condón en la última relación sexual con pareja masculina a toda la población participante se observa que el porcentaje de uso de condón es alto comparativamente a otras ciudades en Lima (49.8%) y en Pucallpa es (48.3%), ciudades donde la proporción de TS fue mayor (entre 20 y 30% de los participantes). En las otras ciudades es menor (entre 22% y 30%).

Esto implica que el uso del condón en este grupo de alto riesgo no es consistente. Es probable que en TS el uso sea mayor con los clientes, pero no con sus parejas habituales.

Tabla 9. Uso de condón y exámenes de VIH en participantes de la vigilancia centinela en Lima y cuatro ciudades del Perú, 2010*

Indicador	Lima	Ica	Iquitos	Piura	Pucallpa
Uso de condón en última relación sexual anal en participantes que reportaron haber recibido dinero, regalos, etc. para tener relaciones sexuales con parejas masculinas	832/1208 (68.9%)	68/81 (84.0%)	70/125 (56.0%)	134/168 (79.8%)	166/218 (76.1%)
Participantes que se identificaron como trabajadores sexuales	858/2816 (30.5%)	17/591 (2.9%)	68/597 (11.4%)	77/598 (12.9%)	117/597 (19.6%)
Uso de condón en última relación sexual anal en la que tuvo el rol de trabajador sexual	623/858 (72.6%)	15/17 (88.2%)	46/68 (67.6%)	61/77 (79.2%)	92/117 (78.6%)
Uso de condón en última relación sexual con pareja masculina	782/1571 (49.8%)	132/436 (30.3%)	102/380 (26.8%)	62/286 (21.7%)	209/433 (48.3%)
Prueba de VIH alguna vez en la vida	1726/2816 (61.3%)	257/591 (43.5%)	295/597 (49.4%)	282/598 (47.2%)	481/597 (80.6%)
Sabe que es VIH negativo porque se ha realizado una prueba reciente.	1326/2816 (47.1%)	233/591 (39.4%)	264/597 (44.2%)	240/598 (40.1%)	454/597 (76.0%)
No sabe su status VIH porque no se hizo la prueba o no recogió su resultado	1458/2816 (51.8%)	356/591 (60.2%)	332/597 (55.6%)	349/598 (58.4%)	142/597 (23.8%)

*Datos extraídos del informe de Vigilancia Centinela, Lima 2011

En relación a la realización de la prueba de VIH, en la tabla se observa que de los HSH estudiados en Lima el 47% se hizo la prueba alguna vez en su vida y conoce su resultado negativo; en las otras ciudades es similar, excepto Pucallpa, donde el 76% se hizo la prueba y conoce su resultado negativo. Lamentablemente, no se tiene datos acerca del conocimiento de un resultado positivo porque en el diseño solo podían participar personas con *serostatus* negativo o desconocido.

En un nuevo análisis de los datos de vigilancia, la DGE encuentra, en el caso de los participantes de Lima, que el 48.2% de HSH participantes declaró haberse hecho alguna vez en su vida la prueba para el VIH (1358/2817). Esta proporción fue menor en menores de 25 años (422/1192, 35.4%) que entre los de 25 y más años (936/1625, 57.6%). Este dato, sin embargo, no nos dice cuándo fue realizada la prueba y si conoce o no los resultados. De cualquier modo, las proporciones encontradas no son las óptimas si se toma en cuenta que es una población de alto riesgo.

Finalmente, hay que señalar que el valor del indicador que se reporta este año no es comparable con el del UNGASS 2010. Este último tuvo como fuente de información la ENDES de varones, donde el número de HSH fue muy bajo. En aquella oportunidad se encontró que sólo el 6.1% (3/49) se había realizado la prueba de VIH alguna vez en la vida.

Como se ha podido observar, los indicadores presentados acerca del uso del condón y el tamizaje de VIH en una población HSH de alto riesgo, donde más del 25% es TS, nos muestran que hay una parte importante de esta población que no tiene plena conciencia del riesgo de infección al que está expuesto. Obviamente, esto se va a reflejar en los valores de prevalencia e incidencia.

Según estimaciones del Movimiento Homosexual de Lima, de 1000 trans, 243 viven con VIH (vigilancia centinela 2011); de 1000 gays 171 viven con VIH; de 1000 trabajadoras/es sexuales 5 viven con VIH (UPCH-MINSA) y de 1000 mujeres gestantes 2 viven con VIH (Vigilancia Centinela 2011)¹³. Asimismo señalan que, a pesar de estas cifras, la cobertura de atención para la población TGB-HSH en el año 2009 fue baja, tanto para el MHOL (aproximadamente 10%) como para el MINSA (aproximadamente 20%).¹⁴ También se observa, que en el período 2008-2010 la contratación de promotores educadores de pares (PEPs) se ha reducido en 41.4%, en el caso de TGB/HSH, y 28.5% en trabajadores sexuales.

¹³ Chavez Roland, Entre la Vida y el Sida , Presentación, MHOL 2011

¹⁴ Bracamonte J. "Abordando la vulnerabilidad, estigma y discriminación: acceso universal y poblaciones clave". Presentación: diciembre de 2009

En cuanto a la eficiencia de los servicios de prevención, el 2008 la Defensoría del Pueblo en su Informe Defensorial 145 (“Fortaleciendo la respuesta frente a la epidemia del VIH/Sida: Supervisión de los Servicios de Prevención, Atención y Tratamiento del VIH/sida”¹⁵) dio cuenta de los resultados obtenidos en la supervisión realizada entre los meses de abril y agosto y advirtió, con especial preocupación, los siguientes problemas:

- Más del 50% de los establecimientos supervisados no cumplió con brindar el servicio de atención médica periódica en forma gratuita.
- Más del 50% de los establecimientos supervisados registró problemas de desabastecimiento de insumos para el diagnóstico de sífilis y VIH en gestantes durante el período 2007-2008.

En 2010, se hizo una nueva supervisión, en las ciudades a las que se había supervisado en 2008 y siete nuevas ciudades, encontrándose la siguiente situación:

- En el 40% de los establecimientos visitados no se brindaba el servicio de diagnóstico de ITS y VIH en forma gratuita; asimismo, en 6 de los 15 establecimientos visitados se realizaban cobros por otros conceptos, cuyo monto fluctuaba entre S/. 2.50 y S/. 10.00 por generación de historia clínica y derecho de consulta. De igual manera, se pudo advertir que el 33% de establecimientos visitados tuvo problemas de desabastecimiento de pruebas rápidas y el 40% de kits RPR durante 2010.
- De acuerdo a la supervisión realizada a los CERITS y UAMP ubicados en las zonas de intervención consideradas en el Informe Defensorial N° 143, en el 22% de los establecimientos visitados no se brindaba el

¹⁵ A cargo de las Oficinas Defensoriales de Áncash, Arequipa, Ica, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Lima, Piura, Tacna y Tumbes.

servicio de diagnóstico de ITS y VIH en forma gratuita; en tanto, en el caso del tratamiento de ITS, la gratuidad sí se respetaba en el 100% de establecimientos visitados. Asimismo, en el 26% de los establecimientos se verificó la exigencia de otros cobros por emisión de carnet, emisión de constancia, generación de historia clínica y derecho de consulta

- Con relación al diagnóstico de ITS y VIH/sida, en el curso de la supervisión se constató que 4 de los 31 establecimientos supervisados no contaban con kits RPR para el tamizaje de sífilis, mientras que solo un establecimiento no contaba con pruebas rápidas para VIH. No obstante ello, los establecimientos refirieron haber tenido problemas de desabastecimiento de pruebas rápidas para VIH (19%) y de kits RPR (29%), durante los años 2009 y 2010.

En 2009, el MINSA había previsto comprar de aproximadamente 120 millones de condones para 2010, pero cuya compra se frustró. Frente a esta situación, 76 organizaciones LTGB y TS de todo el país se pronunciaron proponiendo la elaboración de un plan de emergencia que incluyera la participación comunitaria.

Finalmente, el estudio para la Identificación de necesidades de CERITS y UAMPS (Sistema de Atención Médica Periódica para Poblaciones Vulnerables: TGB/HSB y TS) identificó algunas necesidades, como más personal, mayor cantidad de horas de atención, adecuada provisión de material de difusión y medicamentos para ITS, laboratorio exclusivo para el CERITS, consultorio exclusivo para consejería y ambientes adecuados para la digitación. Todas estas necesidades guardan relación con la cobertura de atención.¹⁶

¹⁶ Navarro M, Kusunoki L, Acosta J y col. Estudio para la Identificación de necesidades de CERITS y UAMPS Referente al Sistema de Atención Médica Periódica para Poblaciones Vulnerables: Trans, Gays, Bisexuales y Hombres que tienen Sexo con otros Hombres (TGB/HSB) y Trabajadoras Sexuales (TS en Tumbes, Piura, Lambayeque, La Libertad, Ancash, Cajamarca y Amazonas. Marzo 2010.

Prevalencia de VIH en HSH

El indicador 1.14, se refiere a la prevalencia del VIH en HSH. Con fines de comparación sólo se ha informado la prevalencia en la ciudad de Lima que se encuestó en la última vigilancia centinela. La prevalencia fue de 12.4% (368/2959). En menores de 25 años fue más baja (10.5%) que en HSH de 25 y más años (13.6%).

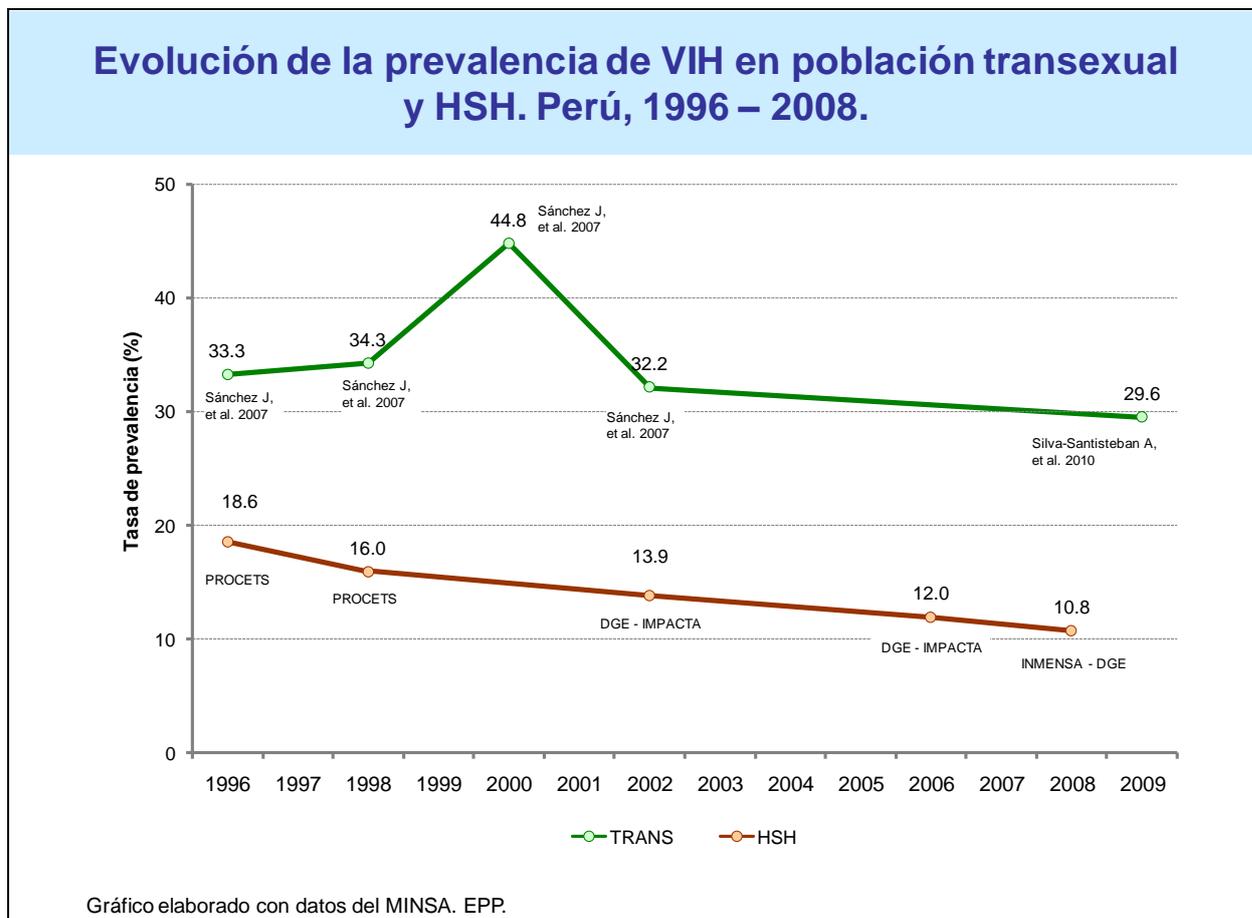
Si comparamos ese valor con los reportados en los UNGASS pasados, observamos que desde 2008 la prevalencia se mantiene entre 11 y 12%. Lamentablemente, las ciudades y metodologías empleadas en cada vigilancia no han sido iguales, por lo que los valores de prevalencia obtenidos no son estrictamente comparables. Por ejemplo, si para el año 2012 se reportara la combinación de los resultados de las cinco ciudades estudiadas (Lima-Callao, Ica, Iquitos, Piura y Pucallpa), la prevalencia sería 8.5% (455 / 5352); pero no podemos usar ese valor para comparar con los años anteriores, pues no fueron las mismas ciudades y los tamaños de muestra también fueron diferentes.

Tabla 10. Prevalencia de VIH en HSH registrada en los informes UNGASS 2006-2012

Edad	Año			
	UNGASS 2006	UNGASS 2008	UNGASS 2010	UNGASS 2012
	14.29%	10.8% (170 / 1 574)	10.5% (54 / 533)	12.4% (368 / 2 959)
< 25	14.29%	7.4%		10.5%
≥ 25	30.27%	13.7%		13.6%
Fuente y año	Vigilancia centinela 2002-2003	Vigilancia centinela 2006 -2007 (DGE-IMPACTA)	Vigilancia centinela 2008-2009 (DGE-IMPACTA)	Vigilancia centinela 2011 (DGE – IMPACTA)

En el siguiente gráfico se puede observar la tendencia de la prevalencia según diferentes estudios realizados en Lima y Callao. Aunque se observa que la tendencia es descendente, siempre hay que considerar que los resultados de estos estudios no son comparables.

Gráfico 18. Evolución de la prevalencia de VIH en población transexual y HSH. Perú 1996 – 2008.

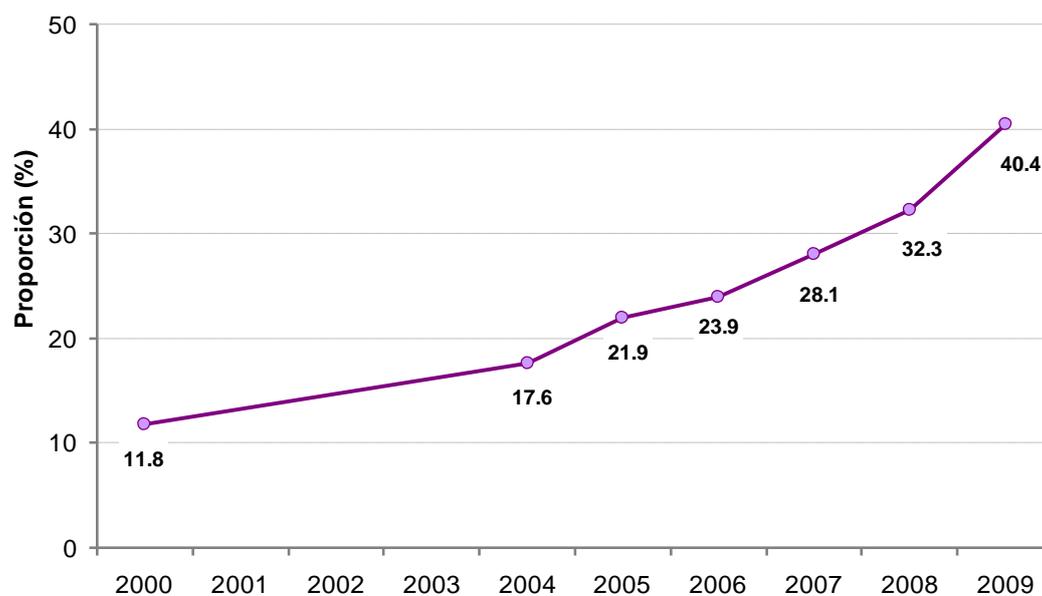


3.1.4. Gestantes y prevención de la transmisión vertical

Entre las acciones de prevención dirigidas a mujeres en edad reproductiva, destaca el incremento del tamizaje para el diagnóstico del VIH. Las encuestas ENDES, realizadas periódicamente desde el año 2000, muestran un incremento importante en la proporción de mujeres que se hicieron una prueba de laboratorio para el diagnóstico del VIH. En una década esta proporción ha subido de 11.8% (año 2000) a 40.4% (año 2009) (gráfico 18). Por su parte, el registro de monitoreo de la ESN ITS/VIH y Sida – MINSA, muestra que esta proporción es aún más elevada en gestantes, alcanzado 75.1% el año 2008 (gráfico 19). Aunque las tendencias registradas por estas dos fuentes son similares, se constata diferencias entre los valores, que se puede explicar porque se trata de poblaciones distintas (mujeres en edad fértil en general y

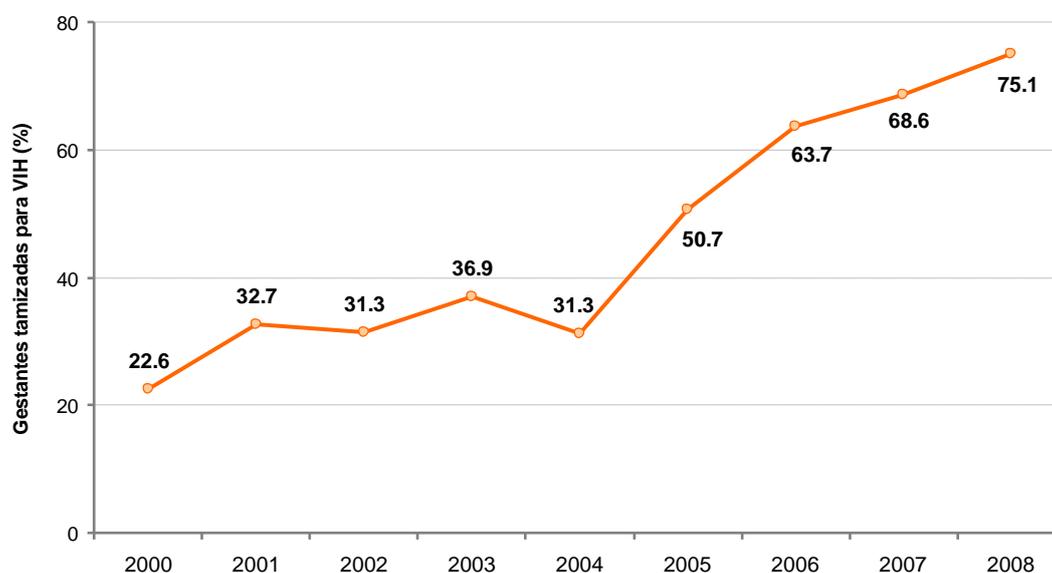
gestantes, respectivamente) y registros que pueden tener algún nivel de omisión.

Gráfico 19. Realización de alguna prueba para el diagnóstico de VIH alguna vez, mujeres de 15 a 49 años (total). Perú 2000 – 2009.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000 a 2009.
Análisis: IMT/UNMSM

Gráfico 20. Realización de pruebas de tamizaje entre gestantes atendidas en establecimientos de salud del MINSA. Perú 2000 – 2008.



Fuente: Ficha de monitoreo de la ESN ITS/VIH y Sida – MINSA.
Análisis: IMT/UNMSM

3.1.5. Personas con VIH

Aunque no existen estadísticas oficiales sobre las acciones de prevención en personas con VIH y su impacto, se debe reconocer que es una población a la que el Estado debe considerar prioritaria en sus políticas de prevención, puesto que las personas con VIH en la era de TARGA continúan siendo sexualmente activas.

El estudio “Diagnóstico del acceso a servicios y programas de prevención y de salud sexual y reproductiva de las personas viviendo con VIH” realizado en Lima, Callao, Chimbote, Pucallpa, Arequipa y Tumbes¹⁷, señala que la mitad de los hombres heterosexuales con VIH tiene una pareja femenina estable y que la tercera parte de los hombres gay y bisexuales reporta una pareja estable mayoritariamente del sexo masculino. En el caso de las mujeres infectadas, más de la mitad reportó una pareja estable (62.9% en Lima-Callao y 50% en

¹⁷ IESSDEH, Peruanos Positivos, Red Trans del Perú: Diagnóstico del acceso a servicios y programas de prevención y de Salud Sexual y Reproductiva de las personas con VIH”; 2011 -2012 ; estudio no publicado

las otras ciudades); en relación a las mujeres trans, el 13% en Lima-Callao y el 17% en las otras ciudades reportaron tener una pareja estable del sexo masculino.

El citado estudio también señala un dato preocupante: más del 50% de los varones heterosexuales entrevistados señaló no usar condón en las relaciones sexuales con su pareja estable, aunque más del 90% de ellos refirió haber recibido información sobre la reinfección, lo que podría indicar poca eficacia de la consejería y prevención secundaria para personas positivas, bajo la presunción equivocada de que estas no tienen o no deben continuar ejerciendo su sexualidad.

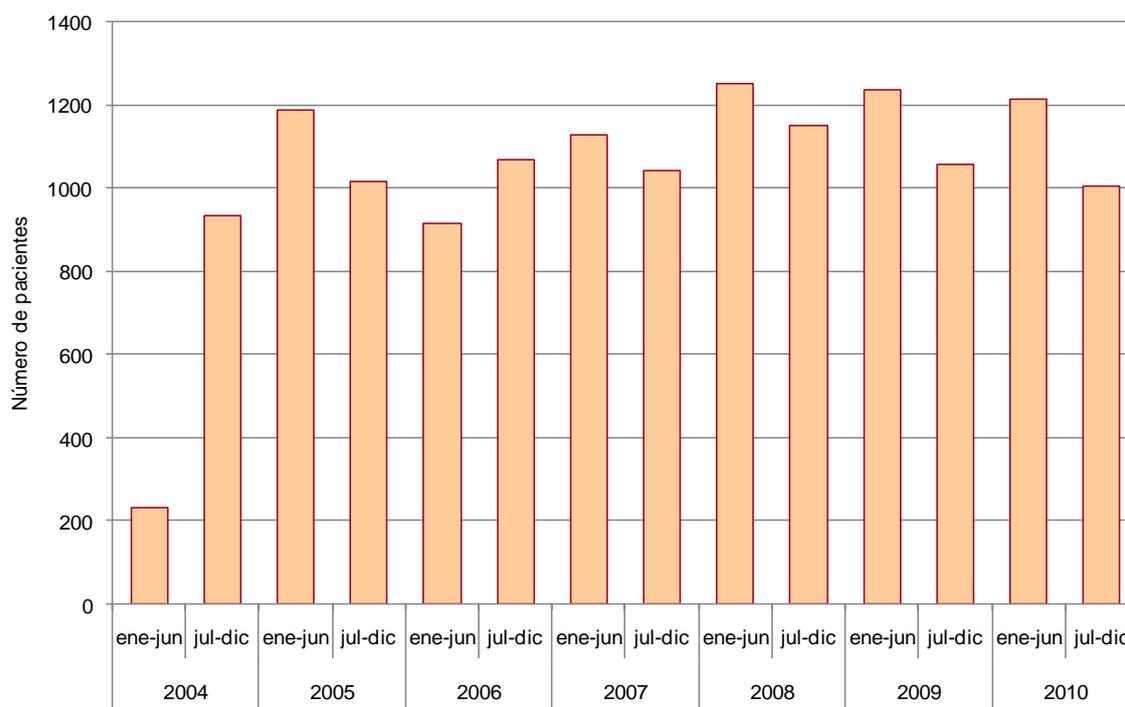
3.2. Mejora en la calidad y expectativa de vida

En el grupo de indicadores relacionados a la mejora de la calidad y expectativa de vida, se encuentran los relativos al tratamiento de personas viviendo con el VIH, el tratamiento de la tuberculosis asociada al VIH, la inversión del país en la lucha contra el VIH/sida y la situación de la mujer, los niños huérfanos y los hogares en situación de pobreza. En estos indicadores se ven expresados los esfuerzos y problemas que ha tenido el país en la aplicación de medidas de control y prevención para esta enfermedad, así como los desafíos que tiene que enfrentar en los próximos años.

3.2.1. Tratamiento

El año 2004 se inició la administración de TARGA en los establecimientos del MINSA. En el siguiente gráfico se muestra el número de pacientes por semestre que iniciaron TARGA entre los años 2004 y 2010. Se observa que en promedio cada mes iniciaron TARGA 196 pacientes.

Gráfico 21. Número de pacientes que iniciaron TARGA por semestre. Perú, 2004 a 2010.



Fuente: Base de datos SMEii, ESN ITS/VIH y Sida – MINSA.
Análisis: IMT/UNMSM

La proporción de pacientes con criterios para inicio de TARGA que ha empezado su tratamiento ha ido en aumento, llegando al 92.7%¹⁸ en diciembre de 2011 (gráfico 22). Sin embargo, la proporción varía de acuerdo a la edad del paciente. En los pacientes de 15 y más años la proporción es 97.4%; mientras que en los pacientes menores de 15 años es 30.3%. Esa diferencia podría deberse a una deficiente identificación de los casos pediátricos de infección por VIH; también hay que considerar que puede haber sub-notificación.

¹⁸ El dato reportado de 92.7%, se debe a estimaciones considerando la norma técnica vigente en la definición para inicio TARGA (200 CD4), esta norma se encuentra en proceso de actualización considerando las recomendaciones de la OMS (350 CD4).

Gráfico 22. Proporción de pacientes VIH elegibles para TARGA que están en tratamiento. Perú, 2007 a 2011.

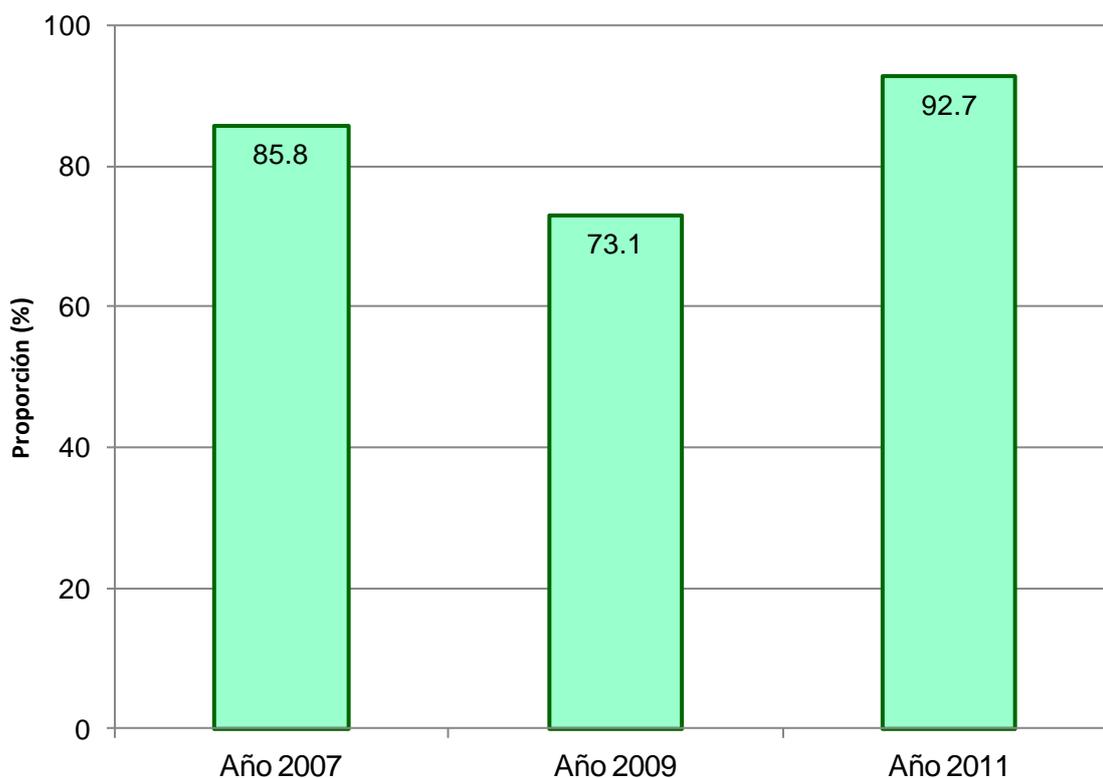


Gráfico: IMT/UNMSM

Otro indicador importante es la continuación del tratamiento en los pacientes. Para los pacientes que iniciaron TARGA durante 2010 en los principales hospitales de Lima, el 87.8% seguía en tratamiento doce meses después de iniciado. Entre hombres y mujeres no se encontró diferencia para este indicador (88.0% y 87.4%, respectivamente). Al analizarlo por edad, este indicador muestra que los pacientes menores de 15 años continúan en TARGA doce meses después de iniciado en una proporción mayor que los pacientes de 15 años o más (92.3% vs. 87.7%). A diferencia del indicador anterior, en este indicador se observa que en los menores que inician el tratamiento hay poco abandono, lo cual incrementa sus posibilidades de sobrevivencia.

Sin embargo, tanto el Estado como la sociedad civil (ver anexo 2), señalan una debilidad sistemática en la cadena de suministro de medicamentos e insumos para el TARGA, lo que se traduce en periodos más o menos largos de desabastecimiento de medicamentos (en algunos casos por más de tres

meses), situación que afecta la adherencia y la continuidad del tratamiento. Por su parte la Defensoría del Pueblo, a través de la supervisión realizada a los establecimientos de salud que brindan TARGA en las zonas de intervención consideradas en el Informe Defensorial N° 143, constato que el 100% de los establecimientos disponía de los medicamentos requeridos para brindar el tratamiento a adultos(as), según los esquemas de las personas a las que brindan atención. No obstante ello, el 44% indicó haber tenido problemas de desabastecimiento durante el 2010; y en el caso de TARGA para niños, niñas y adolescentes, el 28% de establecimientos supervisados refirió haber afrontado una problemática similar¹⁹.

Ante este problema, las organizaciones de PVVS y población vulnerable a la infección por VIH, han conformado el Grupo Impulsor de Vigilancia del abastecimiento de antirretrovirales (GIVAR), que desde 2010 cuenta con un sistema de vigilancia virtual a través de un portal web que está a disposición de los usuarios (www.desabastecimientovih.com).

En la “Propuesta de Fortalecimiento de la Cadena de Suministro de Antirretrovirales (ARVs) en el Perú”, realizado por la Fundación Clinton en 2007²⁰, se identificaron varios problemas en los procesos de selección, programación, adquisición, distribución, almacenamiento / gestión de inventarios, uso de medicamentos y sistemas de información. Lamentablemente, muchos de estos problemas aun no han sido resueltos.

Actualmente, el MINSA en coordinación con la CONAMUSA y la sociedad civil trabajan en un comité para el seguimiento del abastecimiento de tratamientos antirretrovirales, una instancia que ha servido para hacer alertas oportunas sobre estos problemas.

¹⁹ Informe de Adjuntía 005-2011 – DP **Fortaleciendo la respuesta frente a la epidemia del VIH/sida: Segunda supervisión de los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH/sida**

²⁰ Propuesta de Fortalecimiento de la cadena de suministro de antirretrovirales (arvs) en el Peru Fundación Clinton – 2007

3.2.2. Tratamiento de TB asociada al VIH

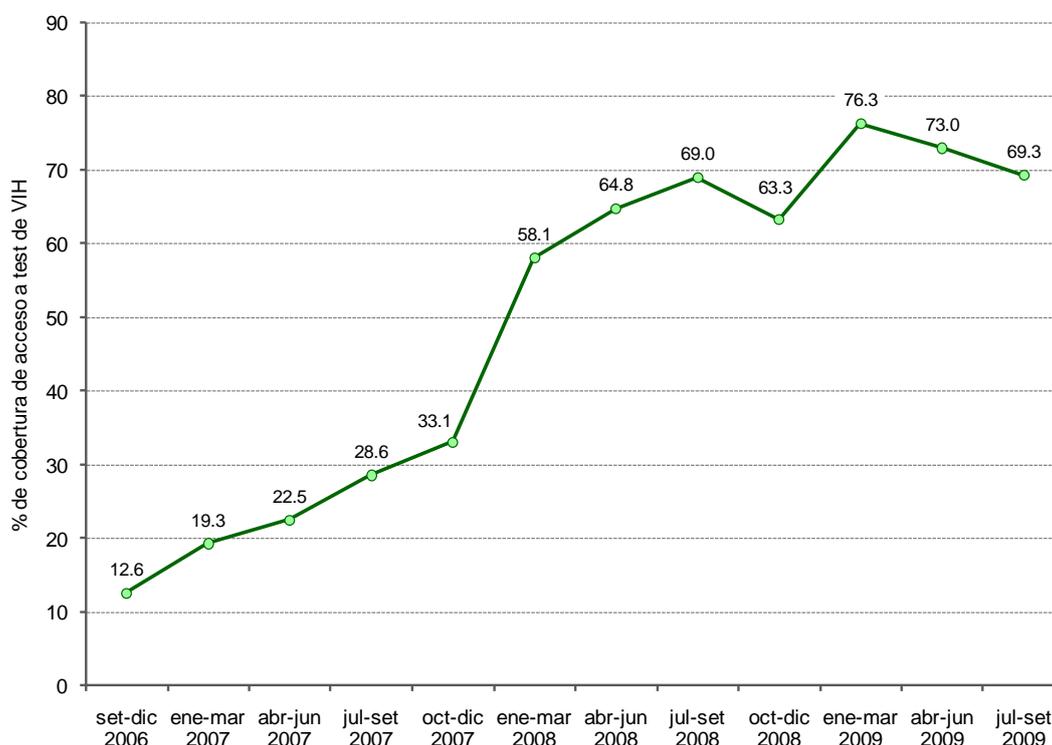
Uno de los retos en la atención de las PVVS es la prevención y tratamiento de la tuberculosis (TB). Según la hoja de monitorización de la ESNITSS (reportes del 90% de DISA/DIRESA), para el año 2011 solo el 42.4% de los pacientes que presentaban co-infección TB-VIH recibieron tratamiento tanto para la TB como para el VIH (518 de 1221 pacientes). Esta cifra nos señala que una proporción importante de pacientes con co-infección TB-VIH no recibe el manejo terapéutico esperado.

En el informe UNGASS del año 2010 el valor reportado para este indicador fue superior (70%; 529/750), lo que se explica porque se empleó una metodología de cálculo diferente. En esa oportunidad, se trabajó con información de la ESNITSS del año 2009 solo para el numerador, pero el denominador empleado fue el número de casos estimados de co-infección TB-VIH para el año 2008 según el informe global de TB de la OMS. En el informe UNGASS del año 2008 el valor del indicador fue 7.7% y 11.0%, dependiendo de si se tomaba como denominador la información de las estimaciones de la OMS o de la ESN-PCT.

Puesto que las metodologías empleadas en los distintos informes no ha sido la misma, los valores de este indicador notificados en los diferentes años no son comparables. Para los próximos informes es recomendable seguir con la metodología aplicada en este informe. Un logro importante en el proceso de mejorar la cobertura de atención de los pacientes que padecen TB asociada al VIH es el incremento constante de la búsqueda de infección por VIH en los pacientes TB²¹ (ver gráfico 23); sin embargo todavía no se alcanza el nivel óptimo, que permita brindar tratamiento oportuno para ambas infecciones.

²¹ Reporte TB N° 002 – 2009. Tuberculosis y VIH. ESN-PCT, Unidad Técnica de TBMDR, noviembre 2009. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/ESN-tuberculosis/Informes/utmdr/2009/utmdr_rep0209.pdf

Gráfico 23. Intensidad de búsqueda de comorbilidad VIH en pacientes del programa de Tuberculosis. Perú 2006-2009, ESN-PCT.



Fuentes: Reporte TB N° 002 – 2009. Tuberculosis y VIH. ESN-PCT, Unidad Técnica de TBMDR.

3.2.3. Inversión

El gasto relativo al sida es un componente importante de la respuesta del país frente a la epidemia. El indicador que recomiendan las directrices es el gasto nacional e internacional relativo al sida por categoría y fuente de financiamiento (indicador 6.1).

Este gasto se reporta en el formato de la Matriz de Financiación Nacional (ver anexo 3). La matriz es una hoja de cálculo que incluye las fuentes de financiamiento y las categorías de gasto; ésta ha sido diseñada para que sea compatible con los diferentes sistemas de recopilación y seguimiento de datos, como el de Medición del Gasto Nacional en Sida (MEGAS), aplicado en el país en los últimos años. Esta matriz tiene dos componentes básicos:

- Fuentes de financiamiento, que nos informa de dónde provienen los fondos utilizados en la respuesta nacional al sida.
- Categorías de gasto relativo al sida, nos muestra cómo se gastan los fondos.

Fuentes de Financiamiento

El financiamiento proviene de fuentes de tres sectores: público, internacional y privado. Cada una de las fuentes de financiamiento tiene categorías y subcategorías. Las fuentes públicas tienen cinco subcategorías: central/nacional, subnacional, reembolsable del banco de desarrollo (préstamos), seguridad social y todas las otras fuentes públicas. Las fuentes internacionales tienen seis subcategorías: organismos bilaterales, organizaciones de las Naciones Unidas, Fondo Mundial, Banco de Desarrollo (no reembolsables), multilaterales y todas las otras fuentes internacionales. Las fuentes privadas tienen tres subcategorías: instituciones/empresas, fondos domésticos (gastos de bolsillo) y todas las otras fuentes privadas.

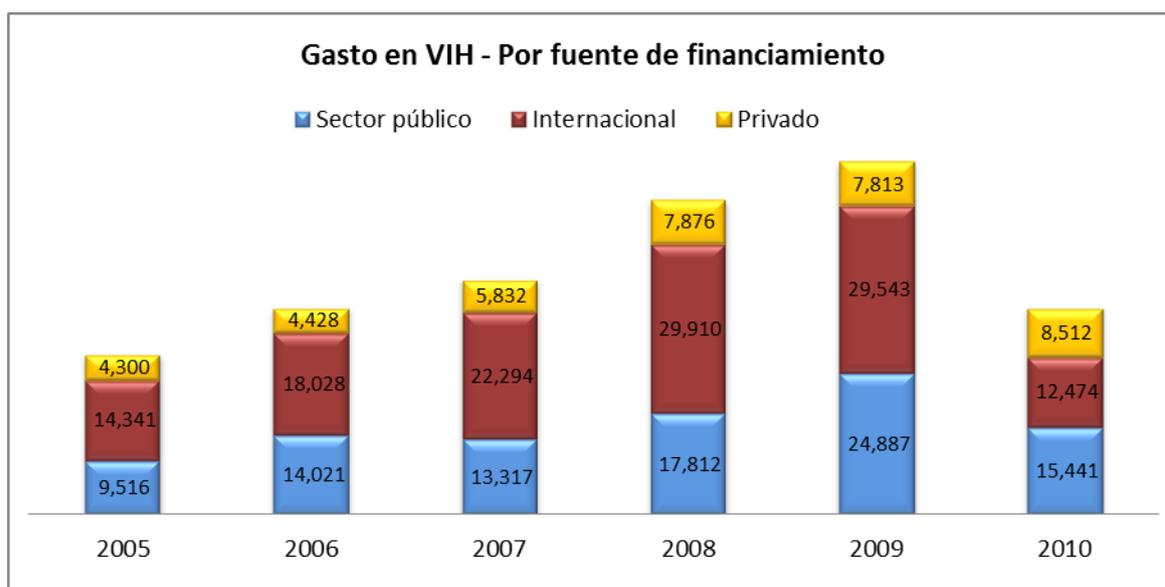
La siguiente tabla muestra el gasto por fuentes de financiamiento y subcategorías durante el periodo 2005 a 2010. Podemos observar que los fondos provenientes del sector público e internacional han tenido una tendencia creciente hasta 2009, pero para 2010 se han reducido en un 38% para el sector público y en 58% para el sector internacional. En cuanto al sector privado, vemos que en 2010 hay 8% más que en 2009; también observamos que en esta categoría el mayor aporte proviene de los fondos domésticos (gastos de bolsillo), los cuales, en 2010 aumentaron en 8%. En el gráfico 21 se muestra esta tendencia desde 2005 a la fecha.

Tabla 11. Fuentes de financiamiento según categoría* y año. Lima, junio 2011

FUENTE DE FINANCIAMIENTO	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1.- PÚBLICO						
Nacional	3866	8158	9539	12295	18796	10801
Subnacional	219	429	828	1395	638	1089
Seguro social	5430	5434	2950	4121	5452	3551
Subtotal PÚBLICO	9516	14021	13317	17812	24887	15441
2.- INTERNACIONAL						
Bilateral	1455	1687	4908	4017	3688	2575
Naciones Unidas	735	884	1297	985	1103	404
Fondo Mundial	5714	6050	4580	15584	16018	7279
Otros	6438	9407	11509	9325	8734	2217
Subtotal INTERNACIONAL	14341	18028	22294	29910	29543	12474
3.- PRIVADO						
Empresas	263	422	623	585	582	649
Fondos domésticos	4037	4007	5209	7292	7231	7863
Subtotal PRIVADO	4300	4428	5832	7876	7813	8512
TOTAL FINANCIAMIENTO						
	28157	36477	41443	55598	62242	36427

Fuente: Informe Final de la Medición del Gasto en Sida (MEGAS) 2011; *Gasto en miles de US\$

Gráfico 24. Gasto en VIH – Por fuente de financiamiento



Categorías de gasto

Hay ocho categorías de gasto: prevención; atención y tratamiento; incentivos para los recursos humanos; huérfanos y niños vulnerables; fortalecimiento de la gestión y administración de programas; protección social y servicios sociales (excluidos los huérfanos y niños vulnerables); entorno favorable y desarrollo de la comunidad; e investigación. Las categorías incluyen subcategorías, con un total de 91 subcategorías para las ocho categorías de gasto, todas relacionadas al gasto en sida. Una de las categorías más grande es la relacionada con la prevención, con 22 subcategorías, las otras siete tienen menos de diez subcategorías.

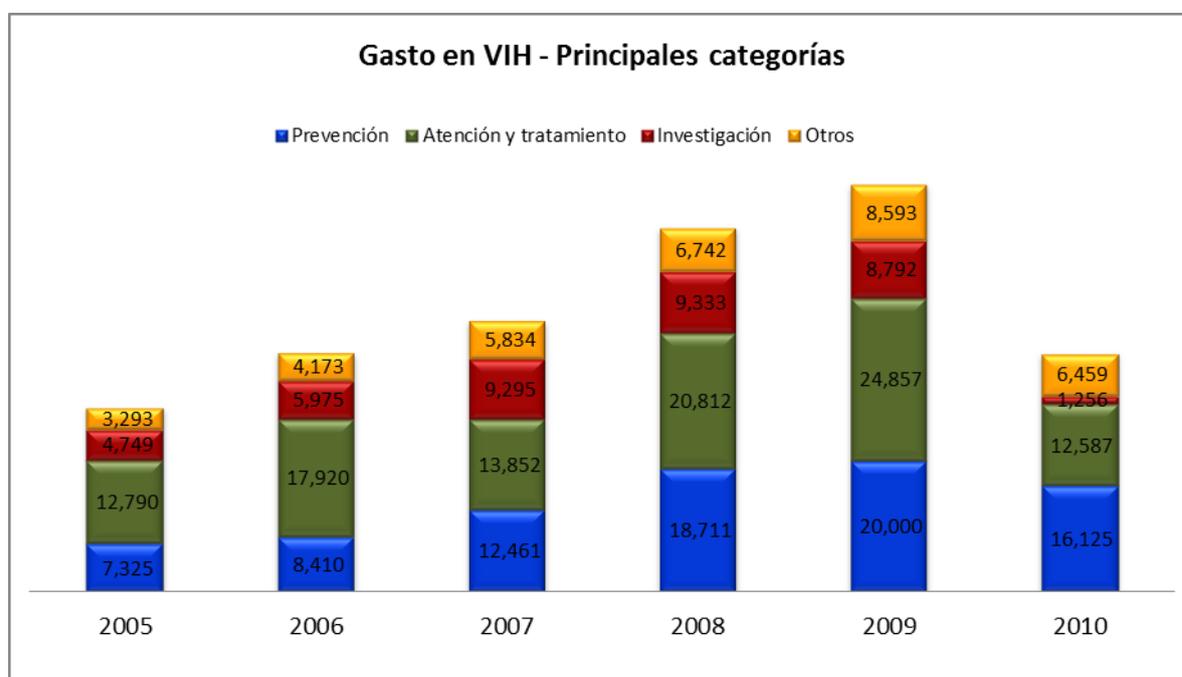
En la siguiente tabla podemos observar el gasto en sida de acuerdo a la categoría de gasto por años. La categoría en la que se ha priorizado el gasto es prevención, que tuvo un incremento hasta 2009, pero para 2010 se ha reducido en 19%. Otra categoría importante en el gasto es la atención y tratamiento, que se ha ido incrementando hasta 2009, pero en 2010 se ha reducido en 49%

Tabla 12. Gasto* en Sida según año. Lima, junio 2011

Categoría del gasto	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Prevención	7325	8410	1246 1	1871 1	2000 0	1612 5
Atención y tratamiento	1279 0	1792 0	1385 2	2081 2	2485 7	1258 7
Huérfanos y niños mas vulnerables		59	171	16	8	9
Gestión de programa y fortalecimiento de la administración	1876	1943	1570	3184	4635	2952
Contratación de recursos humanos e incentivos de retención	213	31	16	191	52	17
Protección social y servicios sociales (excluyendo huérfanos)	306	603	1505	1498	1278	549
Desarrollo comunitario y ambiente mejorado	898	1538	2571	1852	2621	2932
Investigación relacionada con Vih/Sida (excluye investigación operativa)	4749	5975	9295	9333	8792	1256
TOTAL	2815 7	3647 7	4144 3	5559 8	6224 2	3642 7

Fuente: Informe Final de la Medición del Gasto en Sida (MEGAS) 2011; *Gasto en miles de US\$

Gráfico 25. Gasto en VIH – Principales categorías



La tabla 13 muestra la distribución de los gastos en sida por categoría, de acuerdo a la fuente de financiamiento y por año. El mayor gasto en atención y tratamiento ha sido realizado con fondos del sector público, los cuales han tenido un incremento hasta 2009, pero en 2010 se ha reducido en 57% respecto al año anterior. La mayor proporción de gastos en prevención se ha realizado con el financiamiento de la cooperación internacional, siguiendo con el sector privado y luego el público. Los fondos del sector privado han sido gastados casi en proporciones semejantes tanto en prevención como en atención y tratamiento.

Tabla 13. Gasto* en sida por fuente de financiamiento, categoría de gasto y año. Lima, junio 2011.

Sector/categoría de gasto	2,005	2,006	2,007	2,008	2,009	2,010
1.- PÚBLICO						
Prevención	1,862	2,904	3,471	2,892	2,486	4,301
Atención y tratamiento	7,177	10,903	8,642	14,611	20,990	9,063
Contratación de recursos humanos e incentivos de retención	0	7	15			
Gestión de programa y fortalecimiento de la administración	258	201	397	290	615	305
Protección social y servicios sociales (excluyendo huérfanos)	3	4	31			
Desarrollo comunitario y ambiente mejorado	216	2	762		568	1,762
"Investigación relacionada con VIH sida (excluye investigación operativa)"				18	228	11
Subtotal PÚBLICO	9,516	14,021	13,317	17,812	24,887	15,441
2.- INTERNACIONAL						
Prevención	3,016	3,102	5,540	11,038	12,800	6,714
Atención y tratamiento	3,760	4,992	2,827	3,105	769	123
Contratación de recursos humanos e incentivos de retención	213	24	1	191	52	17
Gestión de programa y fortalecimiento de la administración	1,617	1,742	1,174	2,894	4,020	2,647
Huérfanos y niños mas vulnerables		59	171	16	8	9
Protección social y servicios sociales (excluyendo huérfanos)	303	598	1,475	1,498	1,278	549
Desarrollo comunitario y ambiente mejorado	682	1,535	1,810	1,852	2,053	1,170
Investigación relacionada con VIH sida (excluye investigación operativa)	4,749	5,975	9,295	9,315	8,564	1,245
Subtotal INTERNACIONAL	14,341	18,028	22,294	29,910	29,543	12,474
3.- PRIVADO						
Prevención				4,781	4,714	5,110
Atención y tratamiento				3,095	3,099	3,402
Subtotal PRIVADO	4,300	4,428	5,832	7,876	7,813	8,512
TOTAL	28,157	36,477	41,443	55,597	62,242	36,427

3.2.4. Compromisos y políticas nacionales

El ICPN mide el avance en el desarrollo de las políticas, estrategias y leyes sobre el VIH/sida en el país, según la percepción del Estado y la sociedad civil. La medición, cuya puntuación se resume en los siguientes cuadros, se realizó en los primeros meses de este año, según la metodología descrita en el anexo 2.

Tabla 14. Parte A: Organismos Gubernamentales

INDICADOR	Puntuación promedio			
	2006	2008	2010	2012
Esfuerzos de planificación estratégica sobre VIH en el país	2.5	5	5.0	5.8
Apoyo político en los programas de VIH/sida	2.5	4.3	4.9	6.6
Esfuerzos políticos y de aplicación de los programas de prevención del VIH/sida	3.1	5.2	5.2	6.1
Esfuerzos dedicados a la ejecución de programas de tratamiento, atención y apoyo del VIH/sida	*	*	5.8	5.0
Esfuerzos para satisfacer las necesidades de los huérfanos y otros niños vulnerables	1.3	2.8	1.0	1.4
Esfuerzos de vigilancia y evaluación del programa del sida	3.6	6.3	6.4	3.6

Fuente: ICPN (anexo 2), *No reportado

Tabla 15. Parte B: Organizaciones No gubernamentales; Cooperación Internacional; Poblaciones mas vulnerables y personas con VIH

INDICADOR	Puntuación promedio			
	2006	2008	2010	2012
Políticas, leyes y reglamentaciones establecidas para promover y proteger los derechos humanos en relación con el VIH/sida	3.3	5.6	4.6	4.0
Esfuerzos para aumentar la participación de la sociedad civil	3.8	5.4	4.3	4.5
Esfuerzos hechos en la aplicación de los programas de prevención del VIH/sida	3.2	4.4	4.3	4.3
Esfuerzos realizados en la aplicación de los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con en VIH/sida.	4.1	6.5	5.9	4.1

Fuente: ICPN (anexo 2)

De acuerdo a la opinión de los organismos gubernamentales, el país ha experimentado un discreto aumento en los esfuerzos de brindar apoyo político, formular planes estratégicos y aplicar programas de prevención del VIH/sida. No se opina lo mismo en relación a la ejecución de los programas, donde se observa una puntuación menor a la del periodo pasado, ni en la atención de los huérfanos que sigue siendo una de las áreas más desatendidas. Otro cambio importante respecto al año anterior es la debilidad de las acciones en relación a la vigilancia y evaluación de los programas de prevención del VIH/sida.

Desde la perspectiva de la sociedad civil (organizaciones no gubernamentales, cooperación internacional, poblaciones más vulnerables y personas con VIH) se considera que no ha habido progresos en cuanto al apoyo político para la aplicación de los programas de prevención del VIH/sida. Tampoco se considera que se haya hecho esfuerzos por incrementar la participación de la sociedad civil. Pero, donde se considera que más se ha retrocedido, es en los esfuerzos para mejorar los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH/sida. En este último caso, la puntuación cae casi dos puntos en relación al período anterior y vuelve al estado en que se encontraba en 2006.

A continuación se detallan algunos aspectos de estos indicadores, que pueden conocerse con mayor amplitud en el anexo 2.

Planificación estratégica, apoyo político, multisectorialidad y descentralización

Se señala como principal avance el proceso de planificación estratégica descentralizada y se observa con optimismo el reconocimiento de los PERMS (Planes Estratégicos Regionales Multisectoriales) en el ámbito regional. También se consideró un avance importante la inclusión dentro del Plan de Desarrollo Nacional de un programa estratégico sobre TBC y VIH y la implementación del Presupuesto por Resultados (PpR) como herramienta para vincular el gasto con resultados concretos.

A nivel de desafíos o problemas a enfrentar en esta área se mencionan los siguientes: lograr el involucramiento efectivo de más ministerios, fortalecer el sistema de información para que permita el establecimiento de metas claras que respondan a las necesidades de las poblaciones, desarrollar un enfoque realmente multisectorial, lograr que todos los sectores cuenten con un compromiso financiero sólido, perfeccionar los métodos de análisis que permitan estimar apropiadamente el gasto y las necesidades actuales y futuras, construir un sistema de monitoreo multisectorial y fortalecer la participación social y comunitaria especialmente el área de control ciudadano.

El Plan Estratégico de Desarrollo Nacional, que lleva por título “Plan Bicentenario: El Perú hacia el 2021”, aprobado por Decreto Supremo N°054-2011-PCM del 22 de junio de 2011, contiene las políticas nacionales de desarrollo que deberá seguir el Perú en los próximos diez años. Según este plan, todos los sectores del Estado deben ajustar sus actividades y/o implementar acciones para el logro de las metas señaladas. Dentro de los proyectos y programas que contemplan el Plan Bicentenario, se encuentra el **Programa Estratégico de Tuberculosis y VIH**, que busca la reducción de la epidemia del VIH a nivel nacional y que a partir del presente año se ha empezado a ejecutar por medio del Presupuesto por Resultados (PpR) en el sector salud.

El PpR constituye un nuevo enfoque que el Estado peruano utiliza para elaborar el presupuesto público, en el que los recursos públicos se asignan, ejecutan y evalúan en función a cambios específicos que se quieren alcanzar en favor del bienestar de la ciudadanía.²² Lograr estos cambios supone producir resultados que mejoren notoriamente las condiciones de vida de las personas. Así, a diferencia de otros enfoques, el PpR considera y recoge una visión del desarrollo que queremos alcanzar. No es una manera de obtener mayores recursos, sino de optimizar los recursos que ya se tienen para que se gasten mejor y se logren mejores resultados. También puede ser útil para sustentar sólidamente mayores requerimientos presupuestarios cuando sea necesario.

Una característica importante de los programas estratégicos que presenta el Plan Bicentenario es que son multisectoriales, con ello se abordaría la problemática del VIH de manera multisectorial y no solo del punto de vista sanitario. Un desafío a este nivel es la correcta implementación de estos presupuestos y que el gasto se haga de manera racional y estratégica. Un ejemplo de que esto no está ocurriendo es el informe del MEF que, en el tercer trimestre de 2011, observa que uno de los productos (personas diagnosticadas con VIH que acuden a los servicios y reciben atención integral) del Programa Presupuestal TBC y VIH tuvo una ejecución del 21.5%.²³ Un mecanismo para hacer el seguimiento de la adecuada ejecución del dinero comprometido, es el “Sistema de Administración Financiera” (SIAF), que cuenta con una página de “consulta amigable”.²⁴

Otra herramienta importante de Planificación Estratégica son los Planes Estratégicos Sectoriales Multianuales, mediante los cuales cada sector determina sus objetivos estratégicos de mediano plazo, define cursos de acción en un esquema multianual, partiendo de su visión y misión, en coordinación

²² Directiva General para la Programación y Formulación del Presupuesto del Sector Público Publicada en el Diario Oficial El Peruano mediante Resolución Directoral N° 022 –2009-EF/76.01, el 23 de mayo de 2009.

²³ Dirección General de Presupuesto Público; Ministerio de Economía y Finanzas “Reporte de Seguimiento del avance de las metas físicas y ejecución del gasto Programas Presupuestales Estratégicos” 3er Trimestre 2011

²⁴ <http://ofi.mef.gob.pe/transparencia/Navegador/default.aspx>

con sus respectivos pliegos presupuestarios y unidades ejecutoras. En el periodo 2008-2011, el PESEM del sector salud, en el área de VIH, priorizó el fortalecimiento de la vigilancia del TARGA basada en el laboratorio.

Una experiencia importante de planificación estratégica en salud es el Plan Estratégico Multisectorial para la Prevención y Control de las ITS y el VIH/sida, 2007 a 2011 (PEM). El plan tiene nueve objetivos estratégicos que fueron incluidos como parte de las estrategias del Plan Nacional Concertado en Salud 2007-2011 y también en el diseño de la propuesta para la VI Ronda del Fondo Mundial, actualmente en proceso de cierre.

En 2011 se elaboró el documento “Informe Final Evaluación del Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011”, que contiene los resultados de la evaluación del PEM encargada por el MINSA. Dicha evaluación señala que los resultados que han tenido mayor impacto en la respuesta a la epidemia han sido: el acceso a TARGA, el acceso al tamizaje de VIH en gestantes, la disminución a más de la mitad de la transmisión vertical (prueba rápida en gestantes, tratamiento profiláctico, supresión de la lactancia materna y la cesárea electiva a todas las gestantes que viven con el VIH).

Sin embargo, también señala elementos que han obstaculizado su eficacia²⁵:

- El plan estratégico fue elaborado con un enfoque sanitario sin considerar los determinantes sociales, parte importante de la problemática integral de VIH.
- El plan justifica objetivos y acciones que ya estaban realizando, pero no desarrolla sus propios ejes transversales, como los “tres unos”: (1) Un marco de acción sobre el VIH/sida acordado que proporcione la base para coordinar el trabajo de todos los aliados. (2) Una autoridad nacional de coordinación del sida con un mandato multisectorial amplio. (3) Un sistema de monitoreo y evaluación establecido a nivel de país.

²⁵ Lobon, Irma; Flores Guiselly; Alfaro Paul “Informe Final de evaluación del PEM VIH 2007-2011” documento no publicado

- El PEM no contó con un plan de control riesgos, un plan de fortalecimiento organizacional, ni un plan de movilización de recursos, documentos importantes para garantizar la implementación del PEM.
- No se determinaron los roles y responsabilidades de cada uno de los sectores involucrados en la ejecución de las actividades de prevención y control de VIH (MINDES, MINJUS, MINTRA, MINEDU, MINDEF, MININTER), sociedad civil (Universidades, Iglesia, ONGs) y comunidades de afectados (PVVs).
- No existió un monitoreo integral del PEM-VIH, ni contó con el apoyo técnico y económico para su implementación. No hubo una definición clara de los indicadores, sobre todo los de nivel de resultado e impacto, y no hubo una línea de base como punto de partida. Sólo existen investigaciones referidas a satisfacción en los beneficiarios con respuestas diferentes.

Al momento de la redacción de este informe la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS y VIH de la Dirección General de Salud de las Personas del MINSA está liderando un proceso de reflexión sobre el PEM, para evaluar sus logros, retos y lecciones aprendidas. Asimismo, con apoyo de un equipo de consultores internacionales del Programa de Asistencia Técnica “Aids Strategy and Action Plans (ASAP)” de ONUSIDA y el Banco Mundial, desarrollaron en diciembre de 2011 un borrador de marco de resultados para el nuevo Plan Estratégico Multisectorial en VIH e ITS. El marco de resultados del nuevo PEM es un insumo inicial que contiene una propuesta de resultados, efectos, indicadores y líneas de acción por cada población de interés en la respuesta nacional al VIH.

El MINSA, a través de la ESNITSS y en coordinación con el INS y la Red de Gestión del Conocimiento a través del Centro Virtual de Coordinación del Conocimiento (cvcc-vih.com), está promoviendo una consulta pública para la formulación del nuevo PEM 2012-2016; todo ello con la finalidad de contar con insumos que contribuyan a la elaboración del nuevo plan estratégico multisectorial programado para 2012.

Finalmente, dado el proceso de regionalización que vive el país desde el 7 de marzo de 2002 (promulgación de la Ley 27680)²⁶, se ha hecho necesario el desarrollo de Planes Estratégicos Regionales Multisectoriales (PERM) y Planes Operativos Anuales a nivel regional y local. Los PERM han sido impulsados por los gobiernos regionales, en alianza con las organizaciones de la sociedad civil, la ESNITSS y el apoyo financiero del Objetivo 4 del programa de la VI Ronda del Fondo Mundial.

Finalmente, teniendo en cuenta las experiencias pasadas, se recomienda lo siguiente:

- Articular el próximo PEM con los demás instrumentos de Planificación Estratégica propuestos por el Estado, por ejemplo el Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico Descentralizado (Ley 28522), que tiene por finalidad conducir y organizar la participación de los diversos organismos del sector público para que, junto con el sector privado, se formule y realice el monitoreo de los planes y objetivos estratégicos de desarrollo en los niveles nacional, regional y local.
- Fortalecer el rol de la sociedad civil y sector comunitario en el control de la ejecución de los fondos públicos (PpR) a través de la capacitación
- Incidir para que los gobiernos regionales ejecuten sus PERMS y otros instrumentos de planificación, y asignen presupuestos acordes con la magnitud de la epidemia.

Apoyo político y liderazgo multisectorial

Se señaló como una expresión del apoyo político del Estado la existencia de un Programa Presupuestal Estratégico para VIH y TBC en el Plan de Desarrollo Nacional al 2021 y la implementación del Presupuesto por Resultados en el sector salud, aunque se reconoce que su principal limitación es su sectorialidad y su restricción al tema sanitario. Asimismo se destacó el compromiso

²⁶ El proceso de descentralización, se inicia con la promulgación de la ley 27680 el 7 de marzo de 2002, que modifica el capítulo XIV del título IV de la Constitución Política del Perú. Actualmente, el Perú cuenta con 25 gobiernos regionales.

sostenido del MINEDU y el MINTRA. Se destacó también el rol de la Defensoría del Pueblo que ha brindado apoyo político a la causa de las personas con VIH y en vulnerabilidad a través de sus informes defensoriales.

Los gobiernos regionales han participado activamente a través de los Planes Estratégicos Regionales Multisectoriales (PERM), muchos de los cual han sido implementados. Asimismo, a partir de ellos se elaboraron los Planes Operativos Anuales (POA). También se cuenta con las ordenanzas regionales y municipales referidos a temas de prevención, estigma y discriminación, etc. Existen algunas regiones que cuentan con planes específicos de prevención.

La Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud (CONAMUSA), formada en 2002 para actuar como mecanismo de coordinación del país con el Fondo Mundial, sigue siendo percibida como un espacio de articulación política, desde la cual se pueden solucionar problemas urgentes. Su aval ha sido fundamental para que el país sea parte de las propuestas regionales presentadas al Fondo Mundial por la Red de Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica y COPRECOS LAC. También, en el último año, conjuntamente con las poblaciones afectadas y vulnerables, ha conducido procesos para fortalecer la representación democrática e inclusiva de dichas poblaciones en instancias de toma de decisiones. Actualmente, la CONAMUSA cuenta con un Comité de Monitoreo Estratégico que le permite seguir el desempeño de los programas del Fondo Mundial. También, hasta el año pasado, este Comité estuvo encargado del seguimiento y monitoreo al PEM VIH. Sin embargo, su mayor debilidad estriba en que su identidad se ha limitado a los programas del Fondo Mundial. Tampoco se ha vinculado a otras instancias de desarrollo o políticas como la Mesa de Lucha contra la pobreza o la Presidencia de Consejo de Ministros, ni tiene claro el papel que le compete en el Sistema Nacional Concertado en Salud y el Consejo Nacional de Salud.

Para la sociedad civil no han ocurrido avances significativos en materia del apoyo financiero o político por parte del gobierno central para favorecer la participación de las personas con VIH y otras poblaciones vulnerables, más allá de las acciones llevadas a cabo en el marco de los programas del Fondo Mundial. CONAMUSA ha apoyado tanto la participación del país en los

proyectos regionales de COPRECOS LAC como de la Redtralsex a través de su aval, y ha facilitado el apoyo para la elaboración de la propuesta presentada a Ronda X del Fondo Mundial, enfocada en poblaciones más vulnerables. Se señaló que algunos gobiernos regionales han brindado un apoyo incipiente para la ejecución de programas de la sociedad civil, a través del presupuesto participativo.

Frente a los problemas señalados los entrevistados formularon las siguientes recomendaciones:

- Fortalecer la institucionalidad y liderazgo de la CONAMUSA para que se constituya en la autoridad nacional multisectorial en materia de VIH/SIDA. Para ello es necesario clarificar su papel dentro del Sistema Nacional Descentralizado y Concertado en Salud del MINSA y el Consejo Nacional de Salud, entre otras instancias
- Vincular la CONAMUSA a otras entidades de desarrollo, como la Mesa de Lucha Contra la Pobreza, e incorporar a nuevos ministerios como miembros, como el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social y el Ministerio de Economía y Finanzas
- Reposicionar el tema en la agenda pública y política en particular con el Poder Ejecutivo.

Derechos humanos

El Perú posee una amplia base legal sobre derechos humanos, sin embargo hay normas específicas dirigidas a la protección de los derechos de las poblaciones más afectadas por el VIH/sida (HSH, trans y TS). Un estudio sobre la normatividad para la prevención y atención de la población vulnerable frente a las ITS y el VIH, ha encontrado que aún las normas contra la discriminación presentan problemas para expresar elementos como la orientación sexual o la identidad de género, invisibilizando a poblaciones que requieren, al igual que todas, el respeto de sus derechos humanos²⁷. La Ordenanza Regional 059 2009 CR/GRC-Cusco es la única que menciona explícitamente la orientación sexual y la identidad de género como causal de no discriminación.

Otra población vulnerable desatendida en esta área la constituye los adolescentes y jóvenes. La mayor preocupación es la existencia de vacíos o barreras legales que limitan su acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, lo cual representa un riesgo adicional para la salud de este grupo. El informe UNGASS 2010 señaló como un problema fundamental su limitado acceso a servicios y atención integral. Para gran parte de la sociedad civil y algunos funcionarios públicos, la actual legislación presenta barreras normativas que afectan directamente el derecho de este grupo a la salud sexual y reproductiva, especialmente en lo que se refiere a la prevención de las ITS, el VIH y sida. La Ley General de Salud (art. 4), establece que los representantes legales de los/las adolescentes deben intervenir en caso de tomar decisiones con respecto a su salud. Así, los menores de 18 años requieren la autorización de sus apoderados o representantes legales para recibir consejería en materia de salud y para cualquier tratamiento médico, incluido las pruebas de VIH.

En términos generales, las siguientes normas y leyes constituyen las más importantes de la base legal de derechos humanos en el país:

- **Constitución Política del Perú, Artículo 2, Inciso 2.** Establece que Toda persona tiene derecho a la igualdad ante la ley. Nadie debe Ser

²⁷ Salazar Ximena, Informe UNGASS 2010

discriminado por motivo de origen, raza, sexo, idioma, religión, opinión, Condición económica o de cualquier otra índole.

- **Ley 28867.** 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.
- **Plan Nacional de Derechos Humanos (2005).** El Plan Nacional de Derechos Humanos 2006-2010, aprobado el 10 de diciembre de 2005, ha establecido, en su Lineamiento Estratégico 4º, la implementación de políticas afirmativas a favor de los derechos de la población con mayor vulnerabilidad, las cuales permitan crear condiciones de trato igualitario y sin discriminación. Asimismo, en su Objetivo Estratégico 8vo, determina la necesidad de “*garantizar los derechos de las personas con VIH/sida*”. El plan cumplió su vigencia el 31 de diciembre de 2011.
- **Decreto Legislativo 728. Ley de Productividad y Competitividad Laboral DECRETO SUPREMO 003 97TR (1991).** La Ley de Fomento del Empleo garantiza el acceso a los puestos de trabajo en igualdad de oportunidades. Asimismo, protege a los trabajadores y trabajadoras contra los actos de discriminación que se configuren como hostigamiento o despido²⁸
- **Ley 28806. Decreto Supremo 019 2006 TR. Ley General de Inspección del Trabajo.** Prohíbe las conductas discriminatorias en toda la relación laboral, señalando que constituyen una “infracción muy grave”.
- **Ley 26626 y su modificatoria 28243.** Establecen la confidencialidad del diagnóstico y la gratuidad de la atención integral incluyendo el tratamiento antirretroviral.
- **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 de Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres 28893.**

²⁸ Ver Informe UNGASS 2010 pp. 87 y 88

- **Ley que modifica el artículo 107 del Código Penal incorporando la figura de feminicidio**, aprobada por el Congreso en diciembre de 2011. La ley precisa que el que, a sabiendas, mata a su ascendiente, descendiente, natural o adoptivo, o a quien es o ha sido su cónyuge o conviviente, o con quien esté sosteniendo o haya sostenido una relación análoga, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de 15 años la norma Agrega que la pena privativa de libertad será no menor de 25 años, cuando concorra cualquiera de las circunstancias agravantes previstas en el artículo 108, referido al homicidio. Esta norma significa un primer paso en la lucha contra la violencia de género aunque desde su promulgación a la fecha las autoridades judiciales no han sido proclives a aplicar las penas que la ley establece
- Resolución Ministerial 0376 -2008 del Ministerio de Trabajo que establece en su Capítulo III medidas que salvaguardan la confidencialidad, evitan la discriminación y precisan las condiciones en que se debe hacer el diagnóstico.
- Sentencia EXP. N.º 04749-2009-PA/TC del Tribunal Constitucional, considera que es oportuno “hacer extensiva la especial protección consagrada en el artículo 7º de la Constitución a las personas que padecen de una deficiencia física producto de la infección con VIH o el desarrollo del sida, pues es evidente que el estado de vulnerabilidad manifiesta en que se encuentra este sector de la población necesita de una protección reforzada para que puedan ejercer sus derechos fundamentales a plenitud, sin que se vean sometidos a medidas discriminatorias o a acciones arbitrarias por el solo hecho de padecer de la referida patología. Con esta afirmación se reitera, tal como lo señala el mencionado artículo 7º, que este gran sector de la población tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad”

Desde la perspectiva de los actores del Estado los principales desafíos o vacíos a llenar a futuro en materia de derechos humanos son:

- Profusión de normas y leyes muchas de ellas no reglamentadas (ej. Ley 28243 que modifica la Ley Contraseña 26626) lo que impide su correcta implementación.
- No hay legislación específica nacional contra la discriminación por orientación sexual o identidad de género. El marco legal actual, Ley 28867, no las considera como causales específicas de discriminación.
- No hay normatividad específica que proteja de la violencia a las personas trans, trabajadoras sexuales o personas gay.
- La penalización de las relaciones sexuales entre adolescentes (Ley 28704) constituye un obstáculo al acceso de los adolescentes y jóvenes a los servicios de salud sexual, así como el artículo 4 de la Ley General de Salud.

Frente a estos problemas los entrevistados recomendaron:

- Participar activamente como CONAMUSA en la elaboración del nuevo Plan Nacional de Derechos Humanos para introducir la temática de orientación sexual e identidad de género.
- Abogar por el acceso a servicios de salud sexual para adolescentes.
- Hacer revisiones periódicas del marco legal vigente para detectar incoherencias entre las leyes y las políticas.

Por su parte, la sociedad civil percibe más bien un retroceso o estancamiento en materia de las políticas, leyes y reglamentaciones establecidas para

promover y proteger los derechos como lo grafican las tendencias en el ICPN (tabla 16).

Tabla 16. Calificación del indicador de políticas y normas para proteger los derechos humanos en relación al VIH/sida.

INDICADOR	FUENTE	2006	2008	2010	2012
Promedio de calificación acerca de las políticas, leyes y reglamentaciones establecidas para promover y proteger los derechos humanos en relación con el VIH/sida	ICPN	3.3	5.6	4.6	4.0

Los motivos señalados para dicha situación son los siguientes:

- Las políticas actuales sobre derechos humanos, llámese Plan Nacional de Derechos Humanos, la Constitución o las diversas leyes sobre no discriminación, no incluyen ni visibilizan temas como la orientación sexual y la identidad de género. De hecho, hay una agudización de la violencia institucional hacia la población trans, gay y de trabajadoras y trabajadores sexuales que se manifiesta a través de los crímenes de odio. En el Perú, el año 2009, se registraron, según la información publicada en noticias en diarios de circulación nacional, diecinueve casos de homicidios de personas gays y trans y veintidós casos de lesiones; en el año 2010, dieciocho casos de homicidios y diecinueve casos de lesiones contra personas del colectivo TLGB. Frente a esta situación la sociedad civil organizada y en particular las redes de personas TLGB y sus aliados, como PROMSEX, han estado trabajando diversas propuestas legislativas (ver anexo 2).
- Es preocupante el alto índice de violencia institucional hacia las personas trans y los trabajadores y trabajadoras sexuales expresada en atropellos contra su libertad o integridad física. Durante 2010 el 100% de las mujeres trans contactadas para la elaboración del “Informe sobre Derechos Humanos de Personas Trans” en el centro de Lima, reportaron haber sido detenidas

arbitrariamente por miembros del Serenazgo de Lima y de la Policía Nacional del Perú. Es importante señalar, que de acuerdo a las leyes vigentes, una persona puede ser detenida sólo en dos casos: cuando existe una orden escrita de un juez, y si la persona está cometiendo un delito penado por ley (en flagrancia). Teniendo en cuenta que la prostitución (que es la labor que ejerce la mayoría de personas trans en el centro de Lima), según el Código Penal, no es un delito, las detenciones realizadas incurren en abuso de autoridad.²⁹ En cuanto a las situaciones de violencia y agresión, el informe señala que “de las 119 personas trans contactadas, sólo 47 reportaron haber sido objeto de agresiones graves durante 2011, es decir, el 39% de las contactadas, frente al 61% que no reportaron agresiones graves”. Es importante especificar que de las personas que reportan agresiones algunas reportan haber sido agredidas más de una vez y por diferentes tipos de perpetradores. A lo largo del año se han reportado un total de 54 agresiones graves, de las cuales 46% fueron cometidas por los serenos (Seguridad Ciudadana de la Municipalidad de Lima), 31% por efectivos de la Policía Nacional, 11% por extorsionadores y/o clientes, 7% por serenos y policías conjuntamente y 4% por la pareja del agredido.

–De las 47 mujeres trans que reportaron haber sido agredidas, 13 personas asentaron la denuncia en las respectivas comisarías, sin embargo, solo 9 de ellas continuaron con el seguimiento de la denuncia; 4 de ellas, luego de interponer la denuncia, no prosiguieron con el seguimiento del proceso judicial por la poca confianza en que una denuncia realmente prospere o el temor a la represalia por parte del Serenazgo o de la Policía.

–Otro aspecto en el que son violados los derechos de las personas trans es el derecho a la identidad jurídica: “la problemática del derecho a la personalidad jurídica no sólo aborda las limitaciones para acceder al documento de identidad, sino para el caso de las personas trans la posibilidad de ejercer sus derechos ciudadanos. El nombre, aquella característica propia de la identidad personal y social, es reconocida

²⁹ El Código Penal en su artículo 376, lo define de la siguiente manera: “El funcionario público que, abusando de sus atribuciones, comete u ordena, en perjuicio de alguien, un acto arbitrario cualquiera, será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de dos años.

legalmente por el Estado peruano en única asociación con las características biológicas del sexo, mas no con la identidad de género, constituyéndose así en un campo de lucha para las personas trans”³⁰. De las 119 contactadas, el 57% se encuentran documentadas, el 36% se encuentran indocumentadas (correspondiendo el 27% a mayores de edad y el 9% a menores de edad), el 7% no precisan su situación. El porcentaje de indocumentadas mayores de edad es un porcentaje alto en relación a la población en general mayor de 18 años que es de 0.68 %. La carencia de DNI es un grave problema para el ejercicio de los derechos, colocando a las personas indocumentadas en una situación de vulnerabilidad.

- Con respecto a la comunidad de trabajadoras sexuales, el mayor problema es el no reconocimiento del trabajo sexual como una opción laboral y por lo tanto, con los derechos que una opción laboral trae consigo. Aunque el trabajo sexual no es un delito, este es criminalizado en su cotidianidad especialmente el trabajo sexual no regulado o “clandestino”. En algunos casos el hostigamiento a las trabajadoras sexuales se traduce en ciertas políticas municipales como la aplicación de multas por “proxenetismo” a trabajadoras sexuales que conviven. generándose una espiral de exclusión y chantaje.
- En el caso de las personas con VIH, la principal barrera es en torno al ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. No se les ofrecen servicios de esta naturaleza bajo la presunción de que tienen que limitar su vida sexual y sus deseos de reproducción. Por otro lado el artículo 241 del Código Civil se constituye en un obstáculo para las personas con VIH que deseen formar una familia legalmente, pues el mencionado artículo indica como causal para impedimento de matrimonio tener una enfermedad contagiosa o transmisible que pueda ser heredada a la prole.
- Finalmente, la sociedad civil también señaló barreras para que los adolescentes puedan acceder a servicios de salud sexual y reproductiva incluyendo el diagnóstico y tratamiento de VIH/sida, tanto por el artículo 4 de

³⁰ Informe Anual de Derechos Humanos de la comunidad Trans – Instituto Runa.

la ley general de Salud que los considera legalmente “incapaces” y la Ley 28704 que penaliza las relaciones sexuales entre adolescentes bajo la presunción de violación sexual.

Sobre estas barreras se están trabajando con el concurso de la sociedad civil las siguientes iniciativas legislativas:

Tabla 17. Iniciativas legislativas

Tema	Iniciativas legislativas
Criminalización relaciones sexuales entre/con adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Proyectos de Ley N° 4297/2010-PE, 2723/2008-CR y N° 3189/2008-CR • Dictamen favorable Comisión de Justicia y DDHH • Proyecto de Ley N° 476-2011/CR y 651/2011-CR
Matrimonio y personas viviendo con VIH	<ul style="list-style-type: none"> • Proyecto de ley N° 3053/2008-CR • Dictamen favorable Comisión de Justicia y DDHH • Discusión en el Pleno * • Proyecto de ley N° 205/2011-CR
Reconocimiento de uniones afectivas de personas del mismo sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Proyecto de Ley N° 4181/2010-CR
Ratificación Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes	<ul style="list-style-type: none"> • Proyecto de Ley N° 148/2006-PE • Proyecto de Ley N° 380/2011-PE

Finalmente, los entrevistados dieron las siguientes recomendaciones para mejorar la situación:

- Usar las fortalezas de la CONAMUSA para abogar en espacios como el Plan Nacional de Derechos Humanos y con congresistas clave para promover las iniciativas legislativas existentes.
- Contar con la ayuda estratégica de la Defensoría del Pueblo para reportar, seguir y denunciar casos de violencia o discriminación.
- Revisar la legislación actual especialmente con respecto al acceso de los adolescentes y jóvenes a los servicios.

3.2.5. Sinergias esenciales con los sectores de desarrollo

Para el éxito de la lucha contra el VIH/sida es necesario conjugar acciones de varios sectores. En particular es importante la participación de la sociedad civil, el adecuado trato a las poblaciones de mayor vulnerabilidad y el apoyo económico a los hogares más pobres. En este sentido, en este acápite se van a presentar los indicadores más importantes relacionados a la participación de la sociedad civil, el maltrato de la mujer, la atención a niños huérfanos vulnerables, la atención del adolescente y las poblaciones indígenas, y el apoyo económico a los hogares más pobres.

Participación de la sociedad civil

Este indicador ha sido reportado solo por sociedad civil y se enfoca en el promedio de calificación acerca de los esfuerzos para aumentar la participación de la sociedad civil. En la siguiente tabla se resume la calificación de este indicador desde el 2006.

Tabla 18. Calificación del indicador de los esfuerzos para aumentar la participación de la sociedad civil.

INDICADOR	2006	2008	2010	2012
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos para aumentar la participación de la sociedad civil	3.8	5.4	4.3	4.5

Fuente: ICPN

Vemos que en la calificación de 2012 (4.5) hay un ligero ascenso respecto de la calificación de 2010 (4.3). Los participantes atribuyeron dicho avance a la consolidación de las representaciones de la sociedad civil a través de procesos democráticos en la CONAMUSA, a la generación de mecanismos de vigilancia de la atención en salud, el abastecimiento de ARVs y al diseño participativo de la Propuesta de Ronda X enfocada en poblaciones vulnerables.

Se considera, sin embargo, que hay que poner atención a los siguientes aspectos: retomar y fortalecer la participación de las ONGs en la CONAMUSA; e incorporar a las poblaciones vulnerables con representaciones por identidad como miembros del Mecanismo de Coordinación del País (MCP), en lugar de una sola representación.

Un aspecto preocupante es la fragmentación de las organizaciones de la sociedad civil. Si bien el Fondo Global (FG) ha invertido dinero para el fortalecimiento de las organizaciones, el efecto no ha sido el deseado. Se ha señalado que ha “matado” liderazgos y ha desarticulado el tejido social y organizacional. Los proyectos regionales (Redtrasex y Coprecos LAC) también han fragmentado las organizaciones nacionales. No hay agenda consensuada en sociedad civil, ni siquiera como organizaciones comunitarias. Además la sociedad civil no ha pensado en mecanismos de financiamiento y sostenibilidad ante un escenario de crisis financiera mundial.

Atención a niños y huérfanos vulnerables

De acuerdo a los resultados de las entrevistas aplicadas a representantes del sector gubernamental, el indicador ICPN relativo a la atención de niños y huérfanos vulnerables (tabla 19) muestra un promedio muy bajo (1.4), similar al del 2006 (1.3), lo cual indica que no se han percibido avances significativos en la atención de este grupo vulnerable.

Tabla 19. Calificación del indicador ICPN relativo a la atención de niños y huérfanos vulnerables

INDICADOR	2006	2008	2010	2012
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos Para satisfacer las necesidades de los huérfanos y otros niños vulnerables	1.3	2.8	1.0	1.4

Fuente: ICPN

Recientemente el Ministerio de la Mujer y Poblaciones vulnerables aprobaron dos documentos³¹ que permitirán mejorar la calidad de vida de los niños con VIH en los servicios del Estado, así como fomentar su capacidad de superación y el buen trato hacia ellos. Uno, es la, "Guía para orientación de casos de niñas, niños y adolescentes con VIH" que podrá activar la red de protección, a fin de evitar la discriminación y estigmatización que vulneran los derechos de niñas, niños y adolescentes con VIH. El otro, es la "Cartilla de orientación para la atención integral a niñas, niños y adolescentes con VIH en sus centros de atención residencial", que permitirá que el personal que labora en los albergues del Ministerio de la Mujer tenga una orientación en cuanto al cuidado de los menores que no gozan de la atención de sus padres

Por su parte el indicador de escolaridad de los niños huérfanos del país (indicador 7.3 de los indicadores básicos) muestra que la asistencia escolar de los huérfanos es alta (89%), pero ligeramente inferior a la de los niños no huérfanos (94%). Lo cual en cierta confiere algún grado de protección a esta población vulnerables, y para la cual hay que desarrollar programas especiales.

Violencia contra la mujer

El indicador 7.2 del informe establece la prevalencia de la violencia por parte de la pareja íntima reciente. Los datos de la última encuesta ENDES del 2010, señalan que el 13.9% de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que alguna vez estuvieron casadas o tuvieron pareja, experimentaron violencia física o sexual por parte de una pareja íntima de sexo masculino en los últimos 12 meses.

En la tabla 20 se desagrega la prevalencia de violencia por grupos de edad. Se observa que el grupo más afectado es el de 20 a 24 años.

³¹ Resolución Ministerial 071-2012 –MIMP

Tabla 20. Prevalencia de violencia por grupos de edad

Grupo de edad	N° de víctima de al menos un tipo de violencia física o sexual	No de entrevistadas	Porcentaje
15 a 19	53	355	14.9%
20 a 24	278	1 358	20.5%
25 a 49	1 373	10 568	13.0%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática, Encuesta demográfica y de salud familiar ENDES – 2010. Módulo 72, base de datos REC84DV

Es la primera oportunidad que se reporta este indicador. No fue posible desagregar el indicador según estado de infección por VIH de las entrevistadas, puesto que en la ENDES no se recoge este dato. Sin embargo, el dato refuerza la situación de vulnerabilidad de este grupo de mujeres, que a su vez refiere el mayor número de parejas sexuales. Respecto al dato en las menores de 20 años, siempre hay que considerar que esta pregunta es sensible y difícil de contestar en una encuesta de hogares. Una última publicación identifica los factores asociados a la violencia física en las mujeres encuestadas en la ENDES 2010. Entre ellos señala, como los más frecuentes, la embriaguez de la pareja, las uniones previas y el nivel educativo.³²

Atención del adolescente

No se ha recopilado indicadores al respecto, pero en el ICPN se ha señalado la situación de vulnerabilidad de este grupo. Todos los sectores opinan que este grupo está desatendido, tanto porque no hay servicios adecuados para ellos, como por las barreras legales que le impiden acceder a los servicios existentes (ver acápite de derechos humanos, páginas 76-85).

³² Blitchtein-Winicki D. y Reyes-Solari E. Factores asociados a violencia física reciente de pareja hacia la mujer en el Perú, 2004-2007. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2012;29(1):35-43.

Poblaciones indígenas

En el país existen numerosas poblaciones indígenas, particularmente en la Amazonía, que por diversos motivos están desentendidas. En el anterior informe UNGASS 2010, se hizo referencia a varios estudios en el que se muestra que la infección por VIH empieza a difundirse en esta población. Es necesario, establecer sistemas de vigilancias y programas preventivos apropiados para estas poblaciones.

Apoyo económico a los hogares pobres

El Indicador 7.4 mide la proporción de los hogares más pobres que recibieron apoyo económico en los últimos tres meses. Este indicador es la primera vez que se recoge. No hay en el país una base de datos que integre la información de todos los programas sociales; tampoco hay datos actualizados acerca del número de hogares correspondientes al quintil más pobre del país. Por lo que se ha recurrido a elaborar una aproximación, tomando información de uno de los programas sociales como numerador y como denominador los datos del último censo.

De acuerdo a ello, se obtiene que el 35.1% de hogares peruanos del quintil más pobre según el censo 2007, recibe ayuda económica mensualmente por el programa social denominado Juntos, a diciembre de 2011

Debe tenerse en cuenta que oficialmente las cifras de pobreza han ido disminuyendo, y esto podría afectar la estimación realizada ya que el numerador y denominador corresponden a años distintos. Se está considerando en el numerador solo el apoyo económico en dinero en efectivo (programa Juntos), pero según las directrices debería considerarse además otros tipos de ayuda (apoyo material para la educación, apoyo para la generación de ingresos en especie, ayuda con respecto a la alimentación dentro del hogar, o apoyo material para encontrar cobijo), por lo que tal vez el indicador esté sub-estimado. Es importante integrar la información de los programas sociales a fin de conocer la real magnitud de la población que aún no cuenta con la ayuda económica necesaria, pues es probable que en este

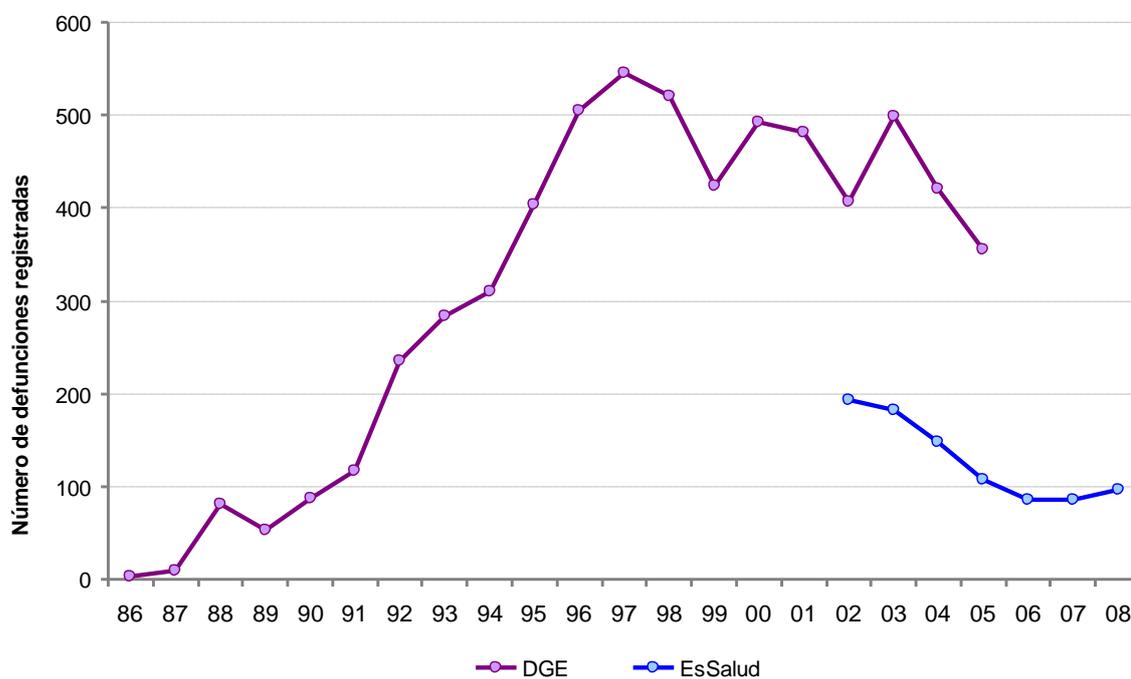
grupo hayan muchas personas infectadas con el VIH o padeciendo tuberculosis asociada al VIH.

3.3. Mitigación del impacto

Las acciones de prevención y control emprendidas por el país en los últimos años comienzan a tener impacto en la mortalidad por SIDA. Los registros de mortalidad del MINSA y del Seguro Social muestran una tendencia a la reducción de las defunciones atribuidas al SIDA a partir del año 2004, año en el que se implementó el TARGA en el país (gráfico 23); esta reducción es mayor en hombres que en mujeres (gráfico 24). También las estadísticas hospitalarias muestran una tendencia similar (gráfico 25 y 26). Adicionalmente, se observa que la reducción de las muertes por esta enfermedad ha sido mayor entre los egresos de los hospitales de Lima que de otras regiones (gráfico 27). Esto último se puede deber al mayor número de casos que se atiende en los establecimientos de Lima, al grado de gravedad en el que acuden los pacientes y a la disponibilidad de medicamentos, tanto para el tratamiento de la infección VIH como de las enfermedades oportunistas.

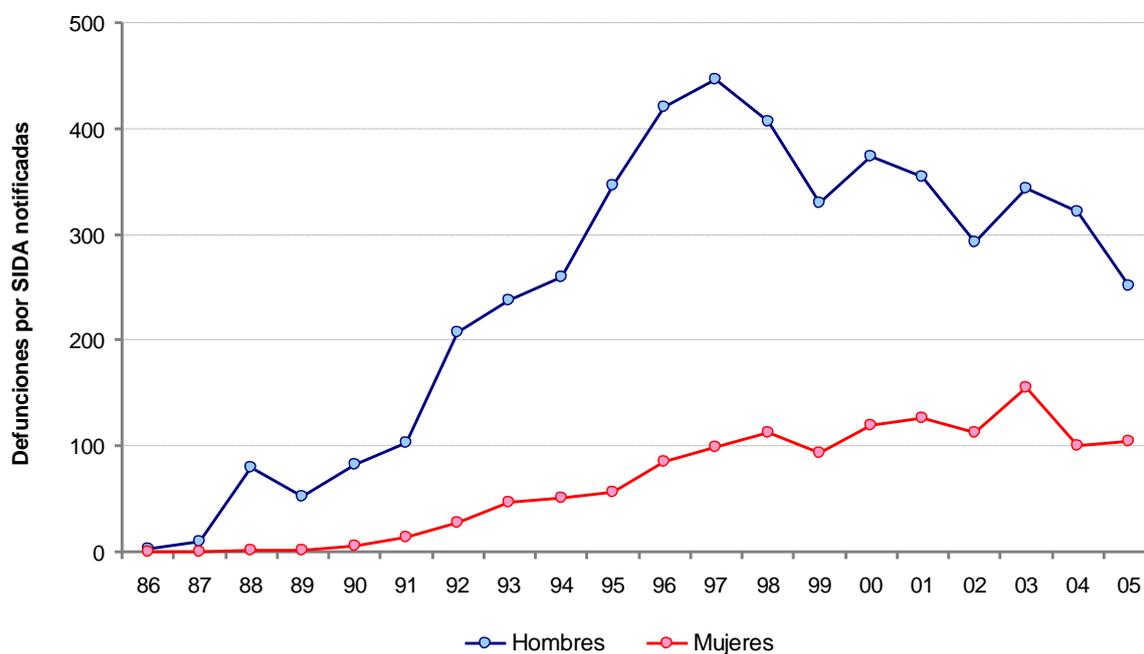
En el gráfico 28 se muestra la relación que puede haber entre las muertes y el incremento de pacientes con SIDA que acceden al TARGA. Se espera, por tanto, que los datos de mortalidad recientes (aún no disponibles) confirmen esta tendencia. Un indicador de la mejora de la calidad de vida de los pacientes es el paso del estado de infección por VIH al estadio sida. En el gráfico 29 se observa como ha ido disminuyendo esta evolución de los pacientes por quinquenio, presentándose una mejor evolución en el periodo 2005 a 2009, cuando ya estaba implementado el manejo con TARGA de las PVVS.

Gráfico 26. Evolución de las defunciones por SIDA en los registros de la DGE (1986 – 2005) y en el Seguro Social del Perú (2002 – 2008).



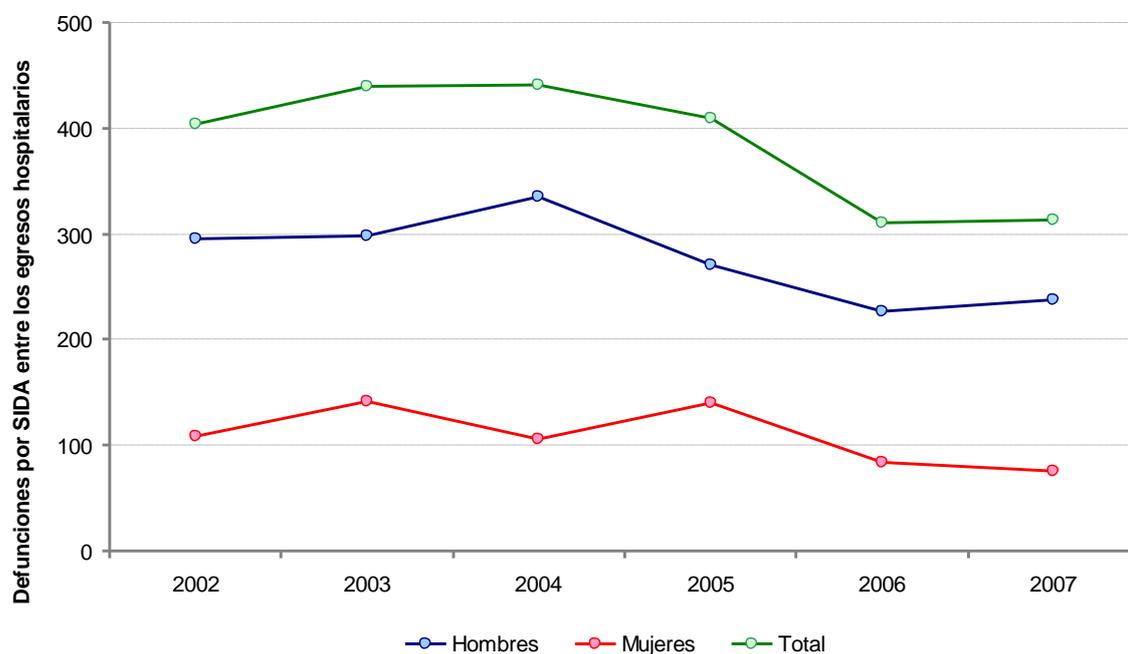
Fuente:
 - DGE. *Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú*. Disponible en http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis/asis19.pdf
 - EsSalud: *"Análisis Epidemiológico del Comportamiento del VIH/Sida EsSalud – 2008"*. Gerencia de Central de Prestaciones de Salud / Oficina de Planeamiento y Calidad / Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria

Gráfico 27. Evolución de las defunciones por SIDA notificadas según sexo. Perú, 1986 – 2005.



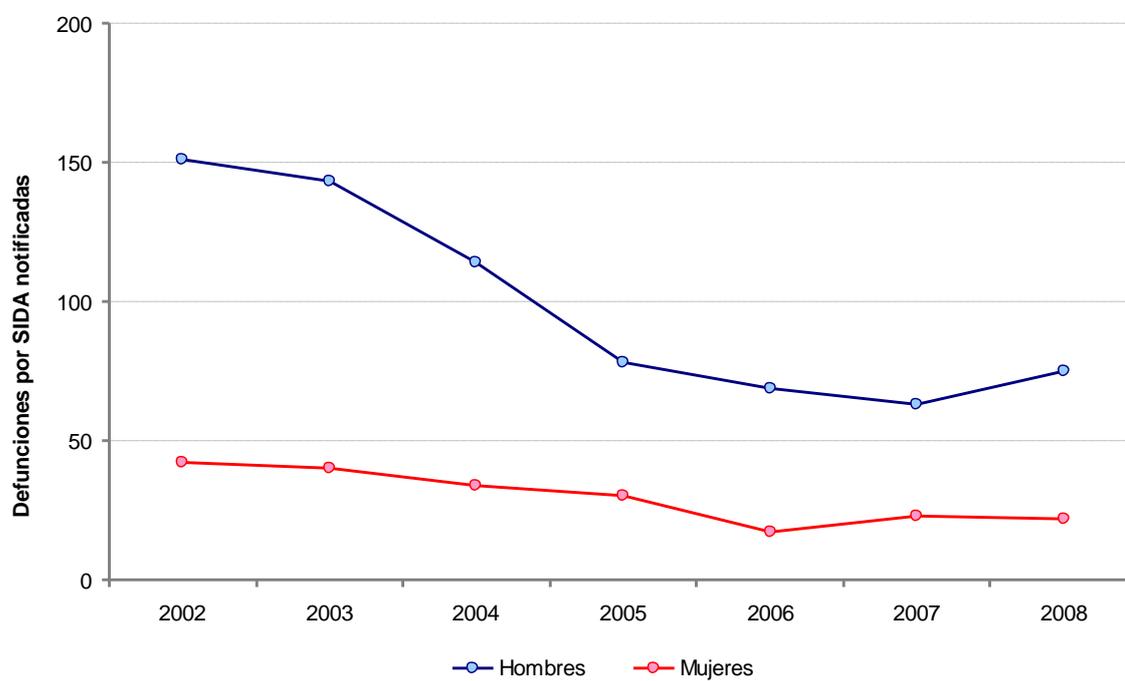
Fuente: Dirección General de Epidemiología. Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú.
Disponible en http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis/asis19.pdf

Gráfico 28. Evolución de las defunciones por SIDA según sexo entre los egresos hospitalarios. Perú, 2002 – 2007.



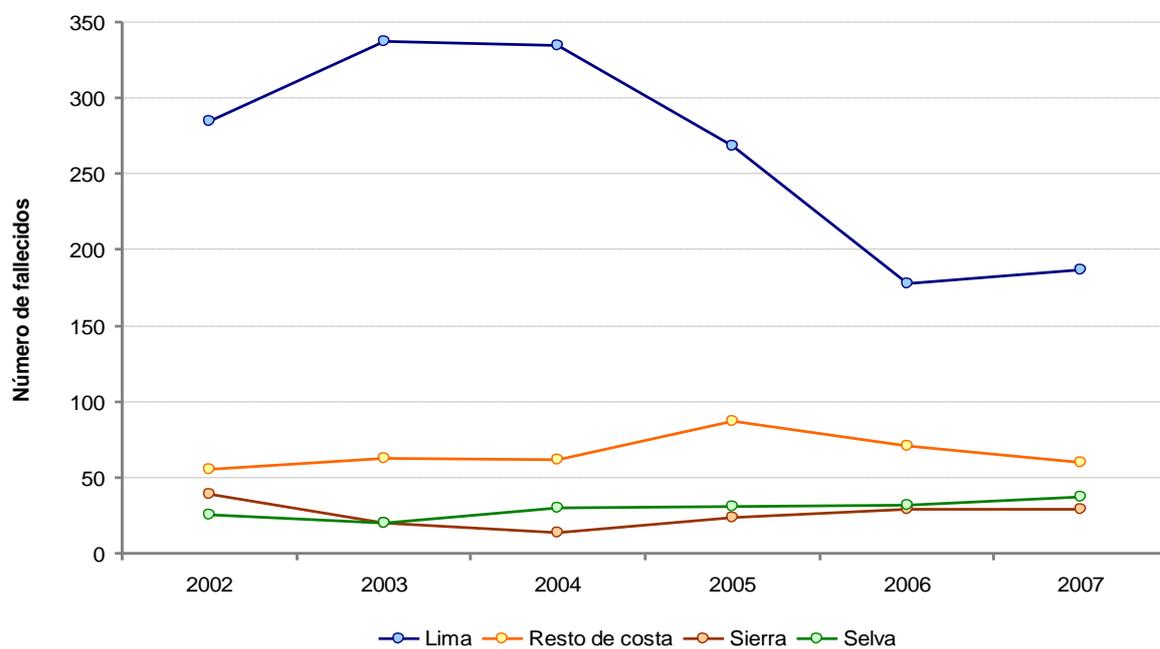
Fuente: Oficio No 202-2010-DGE-DVE-DSVSP/MINSA de la Dirección General de Epidemiología –MINSA.

Gráfico 29. Evolución de las defunciones por SIDA notificadas según sexo. Seguro Social del Perú, 2002 – 2008.



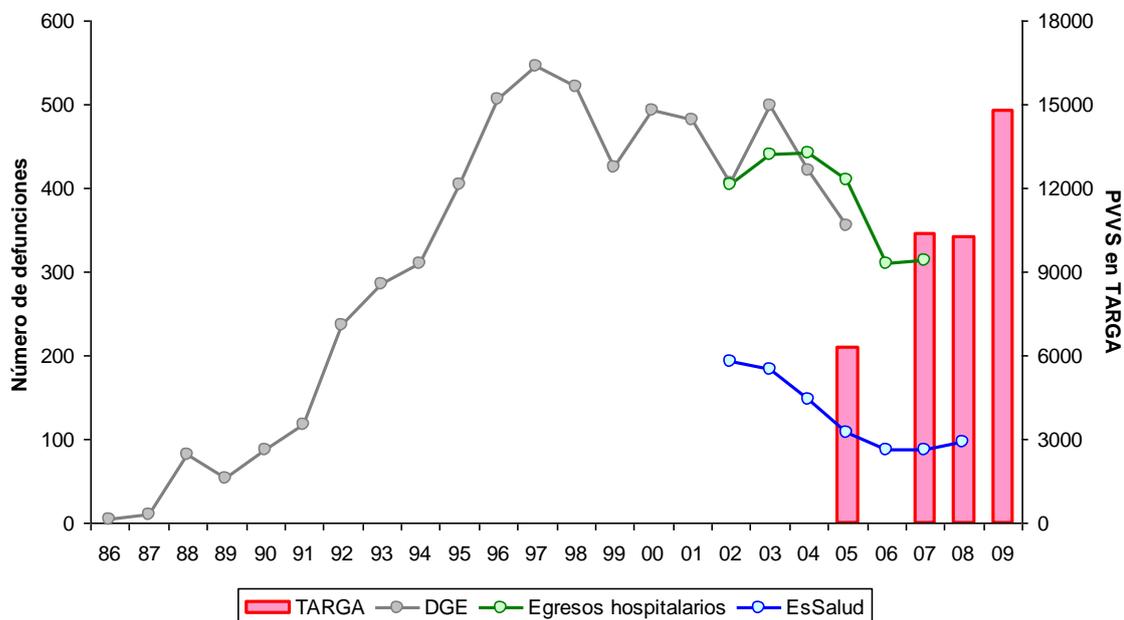
Fuente: "Análisis Epidemiológico del Comportamiento del VIH/Sida EsSalud – 2008". Gerencia de Central de Prestaciones de Salud / Oficina de Planeamiento y Calidad / Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria

Gráfico 30. Defunciones por SIDA registradas en los egresos hospitalarios según región. Perú, 2002 – 2007.



Fuente: Oficio No 202-2010-DGE-DVE-DSVSP/MINSA de la Dirección General de Epidemiología –MINSA.

Gráfico 31. Defunciones por SIDA (DGE 1986 – 2005, Egresos Hospitalarios 2002 – 2007 y EsSalud 2002 – 2008) comparadas con PVVS en TARGA (2005 - 2009).



Fuente:

- DGE. *Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú*. Disponible en

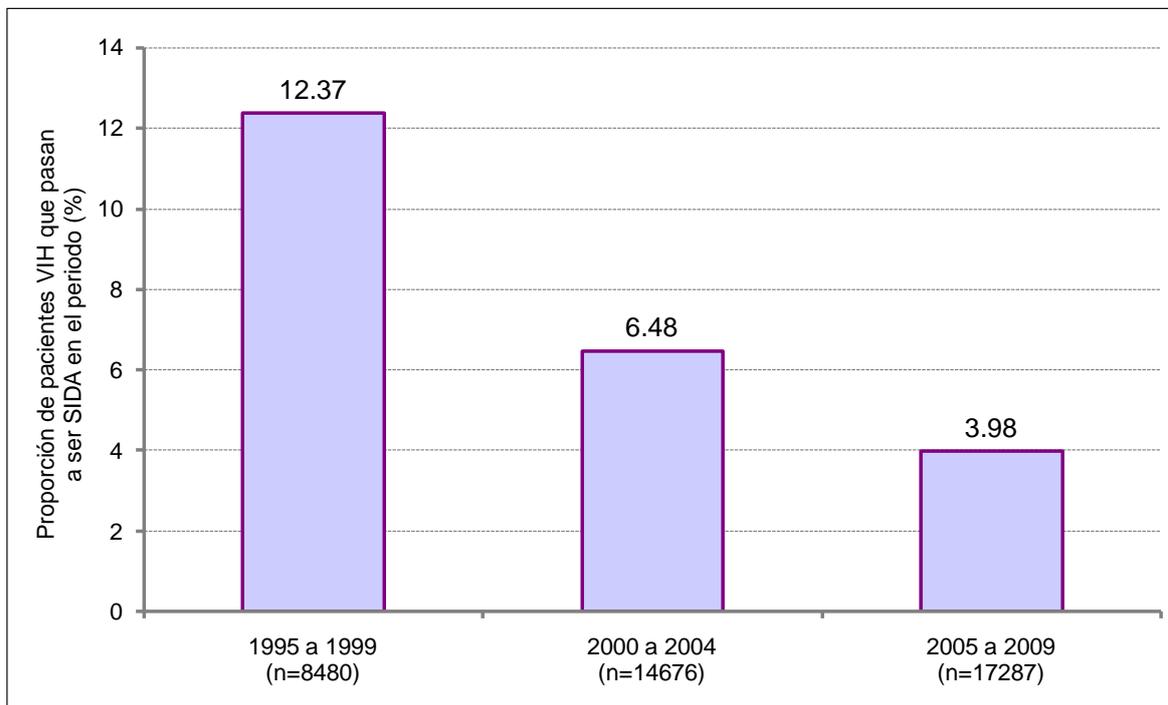
http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis/asis19.pdf

- DGE. *Oficio No 202-2010-DGE-DVE-DSVSP/MINSA*.

- EsSalud: *"Análisis Epidemiológico del Comportamiento del VIH/Sida EsSalud – 2008"*. Gerencia de Central de Prestaciones de Salud / Oficina de Planeamiento y Calidad / Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria

- *Informe UNGASS 2010 Perú*.

Gráfico 32. Proporción de pacientes VIH que pasaron a estadio SIDA dentro del quinquenio analizado en el sistema NOTI. Perú, 1995-2009.



Fuente: Dirección General de Epidemiología. Sistema NOTI-VIH
Análisis: IMT/UNMSM

IV. Prácticas óptimas

Entre las acciones que el país ha desarrollado en el período y que se pueden considerar prácticas óptimas destacan las siguientes:

4.1. Liderazgo político

Priorización en los planes y en la agenda nacional del tema de VIH y Sífilis.

Liderazgo regional para la implementación de estrategias de OPS para la prevención de la Transmisión materno infantil de VIH y Sífilis (nueva norma técnica de salud, uso de pruebas rápidas para VIH y Sífilis, implementación de pruebas PCR en recién nacidos expuestos VIH, técnica de cesárea, indicadores de monitoreo OPS, estudio de casos con formatos informatizados, entre otros)

Mejora en la articulación intersectorial, mayor compromiso y participación regional **para enfrentar la epidemia del VIH, así como fortalecimiento de la sociedad civil** y otros sectores del Estado en la toma de decisiones políticas.

Inicio en la implementación del programa de Décima Ronda del Fondo Mundial de manera coordinada con los actores involucrados.

4.2. Entorno político de apoyo:

Mejor coordinación con el Ministerio de Economía y Finanzas lo que ha permitido la asignación de mayores recursos a través de presupuestos nacionales lo que ha permitido entre otros aspectos dar sostenibilidad a las acciones iniciadas en el marco de los proyectos del Fondo Global.

Convocatoria multisectorial para la formulación del nuevo Plan Estratégico Multisectorial para la prevención y control de las ITS/VIH y SIDA 2012 - 2016.

4.3. Ampliación de programas eficaces de prevención:

Continuidad de las acciones de control y prevención con énfasis en poblaciones vulnerables en la cual la población de hombres que tienen sexo con otros hombres y transexuales son los más afectados.

Mejora de la cobertura de pruebas rápidas para VIH y sífilis en gestantes, así como mejora de técnicas de atención de parto por cesárea.

Algunas regiones del país elaboraron sus planes estratégicos multisectoriales, los que constituyen un importante instrumento para la descentralización de la prevención y control de ITS/VIH y SIDA.

4.4. Ampliación de programas de atención, tratamiento y/o apoyo:

Aumento de la cobertura de la atención para la prevención de la transmisión vertical, mayor enrolamiento al TARGA y atención integral a personas afectadas por el VIH.

Proceso de descentralización del TARGA, con la finalidad de mejorar el acceso a la atención de personas viviendo con el VIH.

Inicio de compra corporativa nacional de medicamentos antirretrovirales con otras instituciones entre Ministerio de Salud, Seguridad Social (EsSalud), Fuerzas Armadas y Policiales.

Monitoreo y Evaluación:

Integración y trabajo conjunto entre la ESN ITS/VIH y sida (Dirección General de Salud de las Personas) y la Oficina General de Estadística e Informática para el fortalecimiento del proceso de estandarización e integración de los sistemas de información del MINSA relacionados a ITS/VIH y SIDA: HIS, SMEii (sistema de seguimiento de PVVS), entre otros.

Mejora de las capacidades:

Asistencia técnica, capacitaciones y pasantías a los equipos multidisciplinarios sobre: atención médica periódica, prevención y manejo de estigma y discriminación, actualización para el tratamiento antirretroviral, prevención de la transmisión vertical, técnica de cesárea con membranas completas, técnica de pruebas rápidas para VIH y Sífilis.

Asistencia técnica y capacitación en programación y evaluación de presupuesto por resultados.

Desarrollo de infraestructuras:

Contratación a través de presupuesto por resultados de gran número de recursos humanos para la conformación de los equipos multidisciplinarios de atención integral de ITS/VIH y SIDA

V. Principales problemas y acciones correctoras

5.1. Progresos realizados hacia los retos clave notificados en el Informe nacional sobre los progresos realizados de 2012

La epidemia de VIH se mantiene estable, continúa siendo del tipo concentrada en población de hombres que tienen sexo con otros hombres la prevalencia en esta población es de 12,4% (Vigilancia centinela, 2011).

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. Incremento de la cobertura de tratamiento ARV en gestantes VIH positivas de 47.5% en el año 2004, a 91.67% (2010).

La mortalidad por VIH/SIDA ha disminuido en 40% desde que se inició el TARGA en el 2004.

Continuidad de la estrategia de promotores educadores de pares (PEPs) de población vulnerable, atención médica periódica, centros de referencia de ITS/VIH y SIDA y Unidades de atención médica periódica. Así como fortalecimiento de CERITS y UAMP.

Está garantizado el tratamiento antirretroviral (TARGA), aunque aún persisten limitaciones para el abastecimiento de los medicamentos antirretrovirales.

La CONAMUSA continúa sus funciones como un espacio de coordinación y diálogo permanente entre sector público y sociedad civil para mejorar la respuesta frente a los proyectos del Fondo Mundial.

En algunas regiones se formularon algunos dispositivos legales (ordenanzas regionales) contra la discriminación y violencia de las poblaciones vulnerables. Así como para el acceso a la atención de adolescentes y jóvenes.

Las coordinaciones entre el sector salud y los otros sectores como MINTRA, MINEDU y MIMDES, se han ido fortaleciendo a fin llevar a cabo acciones en respuesta a la epidemia de VIH.

Las organizaciones comunitarias de poblaciones vulnerables (HSH, Trans, TS) se vienen fortaleciendo mejorando sus capacidades ocupando roles

importantes en la respuesta frente a la epidemia de VIH. En este sentido el país ha dado su apoyo a la propuesta de la Décima Ronda del Fondo Mundial, cuyas principales actividades están dirigidas a estas poblaciones.

5.2. Obstáculos encontrados a lo largo del periodo de notificación (2010-2011) que retrasaron la respuesta nacional, en general, y el progreso hacia el logro de los objetivos, en particular:

Persistencia de estigma y discriminación en el entorno social de la población en general hacia la población de TGB/HSB y TS que dificulta su acceso a la atención oportuna en salud lo que ocasione una baja cobertura de atenciones médicas periódicas.

Falta de normatividad que facilite el acceso de los y las adolescentes a la atención en salud sexual y reproductiva.

Desconocimiento y falta de sensibilización en los padres de niñas y niños expuestos al VIH ocasionando la pérdida en el sistema de los mismos.

Dificultades en el abastecimiento de medicamentos antirretrovirales e insumos para la atención.

Infraestructura inadecuada para el desarrollo de actividades en los servicios de TARGA, CERITS y UAMP.

A pesar del incremento presupuestal, existen dificultades en la gestión a nivel de las regiones.

Aún es débil la respuesta multisectorial, limitándose las acciones a lo prestacional y recuperativo, no incorporando actividades de prevención y control de VIH en los presupuestos institucionales.

La participación de la sociedad civil sigue estando limitada a las principales ciudades a nivel nacional y regional.

Aún existen desafíos relacionados con la descentralización, la transferencia de recursos, desarrollo de capacidades y la gestión presupuestal.

Proceso lento para la aprobación de las actualizaciones de las normas técnicas de atención.

Persiste el subregistro y problemas para el control de calidad del sistema de información. Se cuenta con varios sistemas de información que se hayan poco integrados.

5.3. Acciones correctoras concretas planeadas para lograr los objetivos marcados.

Sistematización de evidencias para la inclusión de actividades de la ESN ITS/VIH y SIDA en el presupuesto por resultados (PpR) para el programa estratégico TB – VIH. En la tabla 21 se muestra el planeamiento del PpR para el 2011, en relación a la meta de reducir el riesgo de transmisión del VIH en 30%.

Se ha distribuido presupuesto para las 24 regiones del país bajo la modalidad de PpR. Para el año 2011 el monto total para ITS/VIH y SIDA fue de 109 millones de soles.

Tabla 21. Finalidades del Presupuesto por resultados ESN ITS/VIH y SIDA – Año 2011

RESULTADO FINAL	RESULTADO INTERMEDIO	RESULTADO INMEDIATO	PRODUCTO	Sub Producto
Reducción del 30% de riesgo de trasmisión de ITS/VIH	Población general y de alto riesgo incrementan en un 5% anual en el conocimiento de su diagnóstico y disminuyen su conducta de riesgo	Adultos y jóvenes incrementan el uso correcto de condón en un 5% para prevención de ITS VIH y acceden voluntariamente a la prueba	POBLACION INFORMADA SOBRE USO CORRECTO DE CONDON PARA PREVENCION DE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL Y VIH/SIDA	Difusión masiva de medidas de prevención y uso adecuado del condón
				Difusión en espacios comunitarios de mensajes de prevención
			ADULTOS Y JOVENES RECIBEN CONSEJERIA Y TAMIZAJE PARA INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL Y VIH/SIDA	Consejería individual para tamizaje para ITS y VIH/SIDA
				Tamizaje y entrega de preservativos para ITS y VIH/SIDA
		Adolescentes adoptan medidas de Prevención de ITS VIH	POBLACION ADOLESCENTE INFORMADA SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL y VIH/SIDA	Charlas informativas en Instituciones Educativas
				Grupos de adolescentes realizan y participan actividades de prevención de ITS, VIH/SIDA
		Población de alto riesgo y en situación de vulnerabilidad social incrementan las medidas de Prevención de ITS VIH	POBLACION DE ALTO RIESGO RECIBE INFORMACION Y ATENCION PREVENTIVA	Población HSH, TS y de la diversidad sexual reciben atención médica periodica
				Población indígena amazonica accede a atención de salud
				Personas que sufren violencia sexual recibe atención integral para la prevención de ITS, VIH/SIDA
				Población Privada de Libertad (PPL) reciben atención de salud

Personas sexualmente activas reducen la incidencia de ITS	100% de pacientes tratados de ITS adoptan medidas de prevención de ITS y VIH	POBLACION CON INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL RECIBEN TRATAMIENTO SEGUN GUIA CLINICAS	Población general de 18 a 59 años con ITS recibe atención en los servicios de salud
Más de 80% Personas con VIH sobreviven el primer año de iniciado el Tratamiento Antiretroviral (TARGA)	80% personas con VIH y sus familias conocen y adoptan medidas de autocuidado	PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON VIH QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS Y RECIBEN ATENCION INTEGRAL	Niños con diagnóstico de VIH reciben atención integral en servicios de salud
			Adultos y jóvenes con VIH reciben atención integral en servicios de salud
Disminuir a 2% la Tasa de Transmisión Vertical del VIH	Disminuir en más de 90% el riesgo de transmisión vertical por VIH en niños expuestos	MUJERES GESTANTES REACTIVAS Y NIÑOS EXPUESTOS AL VIH RECIBEN TRATAMIENTO OPORTUNO	Mujeres gestantes reactivas de VIH reciben tratamiento
			Niños expuestos a VIH reciben tratamiento y diagnóstico para VIH
Disminuir a menos del 0.5 por mil nacidos vivos la Tasa de Transmisión Vertical de la Sífilis Congénita	100% de reducción de riesgo de transmisión vertical de sífilis.	MUJERES GESTANTES REACTIVAS A SIFILIS Y SUS CONTACTOS Y RECIBEN TRATAMIENTO OPORTUNO	Mujeres gestantes de más de 24 semanas reactivas a sífilis y sus parejas reciben tratamiento
			Mujeres gestantes de menos de 24 semanas reactivas a sífilis y sus parejas reciben tratamiento

Implementación del aseguramiento universal en salud en regiones priorizadas con comunidades de población indígena.

Capacitación y sensibilización al personal de salud que brinda atención a la población TGB/HSB y TS y PVVS; así como desarrollo de material comunicacional y campañas informativas y de sensibilización dirigido a la población general para disminuir el estigma y discriminación.

Incremento y mejora de servicios de salud diferenciados para adolescentes. A nivel regional, creación de ordenanzas que favorezcan el acceso de los y las adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva.

Identificación de niños expuestos al VIH en los principales hospitales de Lima, desarrollo de actividades informativas a padres y madres viviendo con VIH para que sus niños accedan al tamizaje gratuito.

Coordinaciones con la Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos (DARES) y continuidad del comité de monitoreo de medicamentos integrado por representantes del Ministerio de Salud, sociedad civil y personas afectadas por el VIH para el seguimiento de la disponibilidad de antirretrovirales en las regiones.

Mejora a través de reparación y mantenimiento de la infraestructura existente de los establecimientos de salud (CERITS, UAMP y TARGA) a través del presupuesto por resultados.

Asistencia técnica y capacitaciones a los equipos de gestión de las Direcciones de salud en las regiones y desarrollo de talleres regionales, así como a los equipos multidisciplinarios de los establecimientos de salud, incluyendo a consejeros educadores de pares, promotores educadores de pares.

Evaluación del Plan estratégico Multisectorial de prevención y control de ITS/VIH y SIDA 2007 – 2011 para el inicio de la formulación del nuevo PEM 2012 – 2016.

Fortalecimiento a los equipos de trabajo de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de ITS/VIH y SIDA para implementar y desarrollar planes operativos acordes a las normas nacionales.

Coordinaciones entre las ESN ITS/VIH y SIDA (Dirección General de Salud de las Personas) y la Oficina General de Estadística e Informática para el fortalecimiento del sistema de información.

VI. Apoyo por parte de los asociados de desarrollo del país (si corresponde)

6.1. Apoyo clave recibido

Los sectores que han tenido mayor participación e involucramiento son el Ministerio de Trabajo, Ministerio de Educación, Ministerio de Justicia (Instituto Nacional Penitenciario) en el marco de sus competencias para el desarrollo de acciones frente a la epidemia del VIH. Así tenemos:

Ministerio de Trabajo, desarrollo de acciones para la disminución del estigma y la discriminación en los centros laborales, monitoreo e inspecciones para el cumplimiento de la Resolución Ministerial 376 – 2008 “Medidas Nacionales frente al VIH y SIDA en el lugar de trabajo”, así como coordinación para el involucramiento de las empresas en el marco de la Responsabilidad Social empresarial.

Ministerio de Justicia, articulación con el INPE para la compra institucional de condones y pruebas rápidas para las Poblaciones Privadas de su libertad, coordinación con los servicios de salud para llevar atención y consejería, así como información sobre ITS, VIH y Sida a los centros penitenciarios.

Ministerio de Educación, capacitación a docentes, y padres de familia en la prevención del VIH, la discriminación en escuelas y organización de promotores pares escolares, elaboración de los lineamientos de salud sexual integral.

Ministerio de la Mujer y desarrollo social, coordinación para el apoyo de víveres a niños expuestos al VIH, desarrollo de acciones en relación al tema mujer y VIH, capacitación a mujeres de organizaciones sociales de base.

Ministerio del Interior y de Defensa, campañas de prevención de VIH en las FFAA y Policiales, atención y tratamiento antirretroviral, entrega de condones, tratamiento para ITS y acciones a través de COPRECOS.

En relación a prevención y atención relacionado a ITS/VIH y SIDA, tanto EsSalud, las FFAA y Policiales cuentan con una cobertura de atención para las personas pertenecientes a dichas instituciones.

El Rol de la Defensoría del pueblo en la defensa de los DDHH de las poblaciones vulnerables y afectadas.

Los gobiernos regionales y locales, en su involucramiento cada vez mayor favoreciendo el desarrollo de acciones para la prevención, atención y tratamiento de las ITS/VIH y SIDA.

Asociados Multilaterales:

ONUSIDA:

Apoyo técnico y financiero para la elaboración del Plan Estratégico Multisectorial 2012 – 2016, elaboración de estudios sobre salud reproductiva en personas que viven con VIH, redes sexuales de mujeres que viven con VIH, agenda nacional de investigación (INS), documento de evidencias y base de datos ASAP, documento del MEGAS, estimaciones finalizadas y la vigilancia centinela con HSH. En las diferentes regiones del país ha apoyado a los Gobiernos regionales en Loreto, Tumbes, Lambayeque y Callao para desarrollar proyectos de inversión pública para financiar parte de la respuesta. Así mismo ONUSIDA apoyó también en la capacitación sobre el presupuesto por resultado (PPR); asistencia técnica a la CONAMUSA y ESN PyC ITS/VIH y SIDA en implementación de monitoreo estratégico de los programas del FM, formulación de propuestas y negociación de convenios, especialmente Ronda 10.

UNICEF:

Apoyo técnico y financiero para la disminución de la transmisión vertical. Desarrollo de intervenciones de prevención del VIH y promoción del cuidado de salud sexual y reproductiva en zonas rurales andinas y amazónicas; así como la elaboración de documentos técnicos.

OPS:

Apoyo técnico y financiero en el marco del acceso universal a la prevención, atención y cuidados en VIH y la eliminación la sífilis congénita y la transmisión madre hijo del VIH, desarrollo de las actividades de prevención y control de

ITS, VIH y Sida y sistema de información; elaboración y actualización de documentos técnicos.

UNFPA:

Apoyo técnico y financiero en temas relacionados a DDHH, trabajo sexual y VIH y SIDA; elaboración de documentos técnicos, fortalecimiento del sistema de salud y prevención de SIDA, capacitación de personal de salud. Así como adecuación de normas para la introducción de condón femenino, estudio con pueblos indígenas y afro descendientes y análisis sobre legislación para atención de adolescentes en servicios de salud.

PMA:

Apoyo técnico y financiero en la elaboración de documentos técnicos y comunicacionales sobre nutrición para personas viviendo con el VIH.

UNESCO:

Elaboración de documentos técnicos. Implementación de lineamientos de política para educación sexual integral en la prevención del VIH y SIDA en colegios en coordinación con MINEDU.

OIT:

Asistencia técnica y apoyo para la ejecución de documento técnico para la no discriminación de personas con VIH en el sector laboral en coordinación con el Ministerio de Trabajo.

Asociados bilaterales

USAID:

Apoyo técnico y financiero en la elaboración de documentos técnicos, actividades de capacitación, de supervisión y comunicacionales a través del Proyecto "Calidad en Salud".

CTB

Apoyo en la política de seguro universal de salud tiene en brindar servicios de salud para todos a través del seguro universal.

GTZ

Apoyo técnico y financiero en el desarrollo del Centro Virtual de Gestión del Conocimiento y asuntos de monitoreo, a través de la Red SIDA Perú y el Instituto Nacional de Salud.

Organizaciones internacionales con sede en el Perú:

CARE Perú, receptor principal de los programas del Fondo Mundial: Segunda Ronda, Quinta Ronda y VI Ronda; PATHFINDER Internacional miembro de la RED SIDA Perú, World Vision Perú y Save de children.a través de intervenciones en niñez y VIH; Socios en Salud a través de apoyo en el fortalecimiento de capacidades, seguimiento de personas viviendo con VIH, actividades comunicacionales, Cruz Roja Peruana en apoyo en institutos penitenciarios, entre otros.

Programas del Fondo Mundial

Desarrollo de diversas acciones en el marco de los programas: Segunda Ronda: Fortalecimiento de la prevención y control del sida y la tuberculosis en el Perú; Quinta Ronda Cerrando brechas: Hacia el logro de los objetivos de desarrollo del Milenio en TB y VIH/SIDA en el Perú y Sexta Ronda Planes Nacionales Multisectoriales: integrando recursos para la lucha contra el VIH y sida en el Perú; así mismo el país iniciará el desarrollo de la Décima Ronda Construyendo el capital social para la prevención del VIH y el acceso a la salud integral de las poblaciones Trans y Gay/HSH, sin transfobia ni homofobia en el Perú. Siendo los receptores principales CARE Perú e INPPARES y subreceptores diversas organizaciones no gubernamentales.

Cooperación Sur Sur:

Perú – Brasil

Implementación y adecuación de normas técnicas de la Estrategia Sanitaria Nacional de ITS/VIH y SIDA, en la que se fortalecieron las acciones de prevención, vigilancia y control de las ITS VIH/SIDA, a nivel nacional y regional en el marco de la descentralización.

Grupo de Cooperación Técnica Horizontal en VIH / SIDA

Promoviendo avances relacionados al acceso universal, prevención, tratamiento, atención y apoyo, promoviendo el intercambio entre los países de América Latina y el Caribe.

Organizaciones no gubernamentales

Desarrollando diversas intervenciones a través de proyectos e investigaciones en el país: Red SIDA Perú conformada por 13 organizaciones (AID for AIDS, Kallpa, REDESS JOVENES, Plan Internacional, Vía Libre, IES, FOVIDA, PATHFINDER, Germinal, APROPO, CEPESJU, PROSA, INPPARES), Asociación IMPACTA, INMENSA, PROMSEX, Dignidad, Hogar Posadita del Buen Pastor, Hogar San Camilo, MHOL, entre otros.

Organizaciones y asociaciones de personas afectadas por el VIH y poblaciones vulnerables

Coordinadora peruana de personas viviendo con el VIH, REDECOMS, Movimiento de trabajadoras sexuales del Perú, Asoc. de trabajadoras Sexuales MVD, Solas y Unidas, Mujeres biodanzantes, Red Peruana de Mujeres Viviendo con VIH y SIDA, INPAVIHC, Asoc. Angel Azul, RUNA, Red Peruana GLTB, Asoc. Santa Micaela, Amatista, AUDESF, Grupo de Mujeres diversas, VIHDARTE, Amista y Respeto, ICW PERU, Hojas al viento, Lazos de Vida, Alma Chalaca, Asc. Movimiento Gay Lesbico Trujillano – MGLT, Asociación Civil "CAMBIO y ACCIÓN", Asociación de Gays Feministas, Colectivo de gays, lesbianas, bisexuales y trans Alma Chiclayo, Comunidad homosexual esperanza región Loreto CHERL, ELLA/Qhary de la región Junín, Grupo Voluntades Lima Norte, Movimiento Homosexual Diverso de Ayacucho, Movimiento Homosexual San Roman Juliaca, Organización Chacha Viva, Jovenes para la Vida, Asociación Amigos por Siempre, Mil Manos de la

Solidaridad, Grupo Voluntades, Alma Chalaca; AUDESF, Instituto Runa, Red Trans Perú, Claveles Rojos, Las Amazonas de la Red Trans, Hojas al Viento, MHOSARJ, Angel Azul, Amatista, Red Trans Roma, ATREVIHDAS, Red Trans Alondra, Red Trans Cartavio y los grupos de ayuda mutua de personas que viven con VIH de los hospitales del país.

6.2. Acciones que tienen que emprender los asociados de desarrollo para garantizar el logro de los objetivos.

Continuidad de la cooperación técnica bilateral y multilateral a fin de seguir fortaleciendo la implementación de las políticas públicas.

Participación activa de la sociedad civil, compromiso político de parte de los Ministerios y órganos del estado y asistencia técnica por parte de las Agencias de Cooperación para la elaboración y ejecución del próximo Plan Estratégico Multisectorial 2012.

Mayor compromiso y apropiación de la temática en los diferentes sectores del país a fin de que en el marco de sus competencias desarrollen acciones en respuesta a la epidemia del VIH, articulando y haciendo sinergias entre los distintos sectores públicos y privados.

Seguimiento en la ejecución de los planes regionales multisectoriales ya aprobados, así como la elaboración de planes en aquellas regiones donde no cuenten con ello.

Implementación de programas y proyectos sostenibles.

Contribución para la mejora en el acceso a la prevención y control de ITS/VIH y SIDA en las poblaciones vulnerables (trans, gays, bisexuales, HSH y TS), de mayor pobreza, indígena y de frontera; así como la mejora en calidad de la atención, fortalecimiento de capacidades, abastecimiento de medicamentos e insumos

Vigilancia en la implementación del programa estratégico TB-VIH, en la ejecución del presupuesto por resultados.

Contribución para el fortalecimiento del sistema de información, así como desarrollo de Monitoreo y Evaluación permanente.

Contribución para en el marco legal que contribuya a disminuir la discriminación y violencia, al respeto a la orientación sexual e identidad de género, al desarrollo de acciones de protección de los derechos de las poblaciones vulnerables; así como el favorecimiento del acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes.

VII. Entorno de Monitoreo y Evaluación

El ICPN (ver anexo 2) recoge la opinión de los representantes gubernamentales sobre los esfuerzos en monitoreo y evaluación realizados en el período, y establece una puntuación promedio de carácter cualitativo que permite comparar la evolución del indicador desde el año 2006, como se muestra en el siguiente cuadro.

Tabla 22. Calificación del indicador ICPN acerca de los esfuerzos de vigilancia y evaluación del programa del Sida

INDICADOR	FUENTE	2006	2008	2010	2012
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos de vigilancia y evaluación del programa del Sida	ICPN	3.6	6.3	6.4	3.6

Observamos que la puntuación de este año (3.6) es igual a la del 2006, y representa un descenso respecto de la medición del 2010 (6.4).

Los principales avances señalados por los entrevistados en esta área son:

- Recuperación de información por parte de la ESN para la toma de decisiones.
- Esfuerzos sostenidos de la DGE, que con poco presupuesto ha logrado proveer de datos periódicos de vigilancia epidemiológica y mejorar el sistema NOTI VIH, en una nueva plataforma web –online como parte del 4to objetivo de la VI Ronda del Fondo Mundial.

Se indican sin embargo las siguientes brechas o ausencias:

- No existe un plan nacional de vigilancia y evaluación.
- Se necesita construir una base de datos nacional central de información relacionada con el VIH; los datos aún no se concentran en una unidad funcional para tal fin.
- La información no está estratificada ni segmentada de manera que facilite el análisis por variables como género, orientación sexual y sub-poblaciones en riesgo. No se toma en cuenta las necesidades de

información específicas de cada sector o subsector, pues se espera que todos reporten lo mismo.

- No hay un conjunto de indicadores definidos y reportables periódicamente.
- Poco presupuesto para M&E.
- Los roles y responsabilidades no están claros.
- No hay articulación entre los diversos sectores ni un análisis de lo que el país reporta periódicamente, excepto la vigilancia epidemiológica de la DGE.

En el país pocos sectores cuentan con un sistema de M&E. Algunos pocos programas y proyectos, especialmente de lucha contra la pobreza, han desarrollado sistemas de M&E que no se relacionan entre sí.

La Respuesta Nacional al VIH/sida tampoco cuenta, hasta el momento, con un sistema de M&E integrado; por el contrario se trata de actividades dispersas de cálculo de indicadores con información proveniente de numerosas fuentes como las Diresas, hospitales y Centros de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual, de formatos estandarizados y de visitas de campo. Todos estos instrumentos no están integrados entre sí, ni proporcionan información periódica. Con la implementación de las “rondas” del Fondo Global en el Perú, se incorporó una lógica de evaluación de proceso, resultados e impacto, pero que igualmente se encuentra desarticulada de los demás instrumentos nacionales. Existe una Directiva Administrativa 153 Minsa/OGEI del año 2009 para el Sistema de Monitoreo y Evaluación Integral de Indicadores (SMEII) para la ESN PyC ITS/VIH/SIDA.

El sistema de información VIH Minsa funciona a través de la DGE, la cual establece anualmente un sistema de monitoreo y evaluación de las actividades del POA para el VIH y cuenta con un Plan de Vigilancia Epidemiológica de ITS, VIH-SIDA para ver la magnitud y tendencia epidemiológicas. La DGE también cuenta una Unidad Técnica de vigilancia, investigación y análisis de las ITS,

VIH-SIDA y realiza la reunión anual de la Red nacional de Epidemiología (RENACE).

Respecto a los sub-sistemas que conforman el Sistema de Información del MINSA, se han podido identificar las siguientes fortalezas y debilidades³³

³³ Informe Final Evaluación del PEM 2007-2011

Tabla 23. Fortalezas y debilidades del Sistema de Información del MINSA

AREA	FORTALEZAS	DEBILIDADES
Registro de datos	<ul style="list-style-type: none"> • Los proyectos del Fondo Mundial propiciaron un reporte regular de la información logrando un ordenamiento de sus datos. • El Plan Estratégico Multisectorial de VIH/SIDA 2007.20011 permitió contar con una relación de indicadores de impacto, resultado, producto e insumos. • Se cuenta con instrumentos registros para el registro de información. 	<ul style="list-style-type: none"> • Múltiples registros para ITS y VIH-Sida (Sistema de Información en Salud HIS, Hoja de monitorización, Libros y Cuadernos de ESN de VIH y de ESN SSR). • Sub registro de datos • Errores en el llenado del HIS (codificación) y en la Hoja de Monitorización (muchos campos) • Faltan procedimientos estandarizados para control de calidad de los datos registrados. • Fuentes de información actualmente desarticuladas
Procesamiento de la información	<ul style="list-style-type: none"> • Se cuenta con el software (TARGITA) que brinda información sobre personas que reciben TARGA. • Se cuenta con el software del SMEII, cuyo objetivo es generar información individual de las atenciones a personas con VIH Sida, realizadas en los establecimientos de salud que recibe TARGA e información colectiva de las actividades que se realizan en la ESN PyC ITS/VIH-SIDA, a nivel nacional. • Se cuenta con la Hoja de monitorización de VIH • Se cuenta con computadoras en todos los establecimientos que brindan TARGA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de mecanismos de verificación de la data • Consolidación manual en establecimientos de salud de zonas alejadas, debido a carencia de equipos informáticos que permitan usar software estadístico. • Ausencia de bases de datos de respaldo • Limitado monitoreo de la gestión de stocks de medicamentos.
Análisis de la información		<ul style="list-style-type: none"> • Limitado análisis de la información. • Débiles mecanismos de retroalimentación del nivel nacional al local • La información no es oportuna para la toma de decisiones
Uso de la información		<ul style="list-style-type: none"> • Limitada disponibilidad de la información generada por la OGEI y la ESN ITS/VIH/Sida. • Uso de la información por los actores claves es limitado.

Se han identificado además las siguientes brechas a nivel de las estructuras organizacionales con funciones de Monitoreo y Evaluación³⁴

1. No existe en el país cultura de gestión de información: acceso, diseminación, control de calidad, decisiones en base a evidencia (tanto sector público como comunitario).
2. Falta de claridad respecto de instancia que debe asumir el monitoreo y evaluación en sector sanitario, en TB, VIH y malaria. La función está asignada a Gestión sanitaria en DGSP, pero no ejerce su rol; además, está por debajo de otras direcciones (Dirección General de Educación Indígena DGEI, DGE, INS) y no tiene recursos humanos suficientes.
3. La ESN gestionan información paralela, sin contar con los recursos humanos suficientes y con una alta rotación de personal; tampoco cuenta con una unidad de M&E y realiza las actividades actuales de M&E de manera no sostenible, pues en general las actividades de M&E son una de las muchas tareas que deben hacer los equipos de gestión de la Estrategias Sanitarias Nacionales y Regionales.
4. A nivel Regional, también se reconoce que la cantidad de recursos humanos es limitado, con tareas sobrecargadas, que generan resistencias y desmotivación para el llenado de registros y acciones propias del monitoreo y evaluación.
5. Existe desarticulación entre las diferentes instancias que gestionan información en VIH (OGEI, INS, DGE, las ESN y las DISA/DIRESA).
6. Hay ausencia de análisis de información para dar solución a nudos críticos y alertas sanitarias.
7. Se evidencia un débil enlace con los otros sectores (multisectorialidad) en la gestión de información.
8. Falta de recursos financieros para capacitar a los equipos en M&E no sólo en los aspectos técnicos de M&E, sino también en dirección, gerencia financiera, facilitación, supervisión, abogacía y comunicación.

³⁴ Informe de sistematización del Taller nacional de Monitoreo y Evaluación para los programas de VIH, TB y malaria , CARE PERU 2010

9. No se han presupuestado las actividades de monitoreo y evaluación, ni se cuenta con la logística y los recursos humanos para implementarlas.
10. No se han identificado procedimientos y metodologías estandarizadas para M&E.
11. Falta de respuesta multisectorial, que se expresa en escasos programas preventivos desarrollados bajo responsabilidad de otros sectores o sub sectores.

Frente a estos problemas se han formulado, desde diferentes espacios, las siguientes recomendaciones:

1. Es necesaria la evaluación y selección de recursos humanos por aptitud y competencias en el fortalecimiento del M&E, en todos los niveles de gestión.
2. Es necesaria la definición de un perfil ocupacional y requisitos para el ingreso de los recursos humanos al Sistema de M&E (en todas las enfermedades, no sólo VIH/Sida).
3. Debe establecerse la estructura de los recursos humanos con capacidades en todos los niveles.
4. El plan de desarrollo de RRHH debe contar con resultados bien definidos; e incluir las maneras de seguir progresando en determinados plazos (línea de carrera).
5. La obligatoriedad del M&E debe ser claramente definida en la Política Nacional sobre el VIH y otros documentos de política, lo cual no se evidencia hasta el momento.
6. Los indicadores nacionales deben adherirse a normas técnicas nacionales y mundiales y a las mejores prácticas de salud.
7. El plan de M&E también debe atenerse a la normatividad nacional; por ejemplo, lo dispuesto en relación a que la OGEI es responsable de la administración de todos los datos recogidos en el país debe reflejarse en el flujo de datos dentro del sistema de M&E.
8. En un plan nacional multi-sectorial de M&E, los distintos sectores, organizaciones e instituciones regionales que participan en la respuesta

al VIH pueden desarrollar sus propios planes de M&E (sub sistemas de M&E).

Adicionalmente, en este año, la Dirección General de Salud de las Personas, a través de la ESNPyC ITS/VIH/sida, viene coordinando con la Oficina General de Estadística e Informática el desarrollo de actividades para fortalecer el sistema de información y su integración con otros sistemas. Esto va a permitir contar con información de calidad y oportuna. Entre las actividades previstas se van a revisar los formatos y las bases de datos, revisar y actualizar los códigos para el registro HIS y mejorar los aplicativos. Se espera que todo esto contribuya a mejorar la toma de decisiones a nivel local, regional y nacional.

ANEXOS

ANEXO 1: Proceso de consulta/preparación del informe nacional sobre el seguimiento de los progresos hacia la implementación de la Declaración de Compromiso sobre VIH/sida.

Presentación y Validación de los resultados del ICPN - UNGASS

Sector Gubernamental - 2 de marzo del 2012

Nombres y Apellidos	Institución	Cargo
Gilbert Oyarce Villanueva	MINEDU - DITOE	Especialista
José Best Romero	INPE	Subdirección
Lisset Quispe	CONAMUSA	Asistente Técnico
Sandra Abal Abarca	Ministerio de Relaciones Exteriores	Representante
Andrés Paredes León	DIRSAL - MININTER	Representante
Ofelia Carpio Caballero	MML	Responsable Programa VIH y SIDA
Rolando Velásquez Vásquez	DISA Lima Ciudad	Coordinador ITS/VIH
Lizandro Obregón S.	COPRECOS - FAP	Vocal
Marita De Los Ríos Guevara	MINSA - ESNSSR	Equipo ESNSSR
Faviani López Ceci	DISA Lima Este	Coordinado Intermedio
Milagros Jauregui Salon	EsSalud	Dirección de Prevención

Presentación y Validación de los resultados del ICPN - UNGASS

Sector No Gubernamental 2 de marzo del 2012

Nombres y Apellidos	Institución	Cargo
Leida Portal Tapia	MVD	Presidenta
Cecilia de Bustos Almendras	PMA	Oficial de nutrición
Pedro Pablo Prada	Peruanos Positivos	Presidente
Tomás Sinchi Contreras	Hogar San Camilo	Responsable
Roger Revollar Delgado	REDECOMS	Director
Beatriz Ramirez Huaroto	PROMSEX	Resposable Incidencia Política
Angela Villón Bustamante	Mov. Trabajadoras sexuales del Perú	Presidenta
Ricardo Chuquimia vidal	PARSALUD	Coordinador
Mario Tavera Salazar	UNICEF	Especialista Salud
Ada Mejía N.	Vía Libre	DP
Gianina Cisneros Rojas	Vía Libre	Coordinadora de proyecto
Juan Guanira	INMENSA	Presidente
Alberto Mendoza	USAID - Calidad en Salud	Equipo Técnico

Consulta Nacional del Informe de progreso de la respuesta nacional al VIH 2010 - 2011 - UNGASS

22 de marzo del 2012

Nombres y Apellidos	Institución	Cargo
Ana Escudero Quintana	DGE Minsa	Equipo Tecnico VIH
Magaly Robles	Disa Lima Sur	Coordinadora
Fernando Cisneros	Inppares Objetivo 4	Coordinador Tecnico
Lidice Lopez	AIS	Consultora Asoc.
Milagros Jauregui	EssSalud	Dir. Prevencion
Jose Luis Sebastian Mesones	Minsa	Coordinador ESNITSS
A. Mendoza Ticona	Calidad en Salud	Medico
Angela Villon	MTSP -MVD	Presidenta
Henry Cabrera	Minsa/DGPS	ET DPVS
Beatriz Ramirez	Promsex	Resp. Area Juridica
Zorobabel Cancino	Consultor	
Jorge Alcantara	OGEI - MINSA	OE
Sandra Abal	Diresa Callao	Coordinador ITS
Flor Dominguez	Disa Lima Este	Coordinadora ITS
José Abel Gonzales	INS	Médico
Alicia Corvancho	Posadita del Buen Pastor	Directora
Giannina Cisneros	Via Libre	Coordinadora Proyecto
Eugenia Fernán Zegarra	Defensoria del Pueblo	Adjunto
Jose Pajuelo	CONAMUSA	Secretario Tecnico
Sonia Borja	Solas y Unidas	Presidenta

Gina Pancorbo	UNESCO	Especialista en programas
Cristian Olivera	Obj. VIH 1 MRCS	Delegado Comunitario
Jaime Huerta	Cruz Roja Peruana	Coordinador
teresa Ayala	AID for AIDS	Directora
Julio Cruz	PROSA	Equipo Tecnico VIH
Juana Gomez	DIGEMID	Farmacovigilancia
Maria Genova	DIGEMID	Farmacovigilancia
Andrés Paredes	DIRSAL PNP	Medico
Monica Pum	DGE	Medico
Jorge Alarcon	UNMSM	Director Inv.
Rula Aylas	ESNPCTB - MINSA	Equipo Tecnico TB
José Best	INPE	Subdiretcor
Leida Portal	Miluska Vida y Dignidad	Presidenta
Enrique Florian	APROPO	Asistente
Carlos Centurion	CARE	Responsable de Proyectos
Margarita Talledo	Obj 4 VIH	Responsable
Julia Piscoya	UNMSM	Investigadora
Pablo Anamaría	Consultor	
Guiselly Flores	RPM +	Directora Ejecutiva
Renato Cisneros	Jovenes para la Vida	Director Ejecutivo
Clementina Torres	Disa V LC	
Raquel Maldonado	Mujeres Biodazantes	
Yesenia Monteza Facho	DIRESA Lima Provincias	Coordinadora

ANEXO 2:

INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN DE LOS COMPROMISOS Y POLÍTICAS NACIONALES (ICPN)

PROCESO DE RECOPIACIÓN Y VALIDACIÓN DE DATOS

Describe el proceso utilizado para la recopilación y validación de los datos del ICPN:

El proceso de recopilación y validación de datos se realizó en cuatro momentos:

1. Revisión de fuentes secundarias: se revisaron los siguientes documentos:
 - Plan Estratégico Multisectorial para la prevención y control del VIH/SIDA
 - Plan de Desarrollo Nacional al 2021 “Plan Bicentenario”
 - Documento de Evaluación del PEM 2007-2011
 - Informe de Derechos Humanos TLGB y trans
 - Informe de evaluación del Programa de Ronda V del Fondo Mundial
 - Plan de Igualdad de Oportunidades
2. Entrevistas a actores del sector gubernamental y no gubernamental: se entrevistó a 9 representantes del sector gubernamental del MINSA, INPE, Ministerio de Trabajo, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, CONAMUSA y a 10 representantes del sector no gubernamental: Red Peruana de Mujeres con VIH, Red Sida Perú, Red Peruana TLGB, Coordinadora Nacional de Derechos Humanos; Grupo Impulsor de Vigilancia del abastecimiento de ARVs; LGBT Legal, ONUSIDA, USAID y Objetivo 4 de la subvención de Ronda VI del Fondo Mundial
3. Reuniones de Validación con sector gubernamental y sociedad civil: realizadas ambas el 02 de Marzo del 2012, contamos con la participación de 11 personas del sector gubernamental y 13 del sector no gubernamental
4. Consultas macro regionales: llevadas a cabo con la plataforma Elluminate en las siguientes fechas : Miércoles 21 de marzo de 02:30 pm a 06:00 pm: Tacna, Moquegua, Puno, Cusco, Arequipa, Madre de Dios, Apurímac, Junín, Huánuco, Huancavelica, Ayacucho y Moquegua
Jueves 22 de marzo de 02:30 pm a 06:00 pm: Tumbes, Piura, Cajamarca, La Libertad, Lambayeque, Ancash, Ica, Amazonas, San Martín, Ucayali y Loreto

Contamos también con un blog: www.ungass2012.blogspot.com , y una fan page en Facebook ungass Perú

Describe el proceso utilizado para resolver los desacuerdos, si los hubiera, relativos a las respuestas a preguntas concretas:

Destaque las cuestiones, en caso de haberlas, relacionadas con los datos finales del ICPN presentados (como la calidad de los datos, posibles interpretaciones equívocas de las

preguntas o puntos similares):

En general la percepción de los entrevistados sobre la herramienta es que es muy compleja y larga, la traducción del Inglés al español no ayuda mucho a la comprensión pues el sentido de algunas preguntas no se entiende plenamente, no siempre los entrevistados, aun siendo líderes de opinión cuentan con toda la información disponible y actualizada, ni siquiera los representantes gubernamentales, la calificación subjetiva de algunos ítems no parece ser relevante ni aporta a describir los cambios, desafíos o problemas, aunque puede ayudar a determinar una tendencia, en todo caso es discutible el uso de las calificaciones como parámetro de medición de progreso o retroceso.

ENTREVISTADOS PARA EL ICPN

[Indique los datos de todos los entrevistados cuyas respuestas se han recogido para rellenar (partes de) el ICPN en la siguiente tabla; añada tantas filas como sean necesarias]

ICPN - PARTE A [para que respondan los funcionarios gubernamentales]

Organización	Nombre/Cargo	Entrevistados para la Parte A [indique sobre qué partes se ha preguntado a cada encuestado]					
		A.I	A.II	A.III	A.IV	A.V	A.VI
Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y control de ITS/VIH/SIDA del Ministerio de Salud	Dr. José Luis Sebastián Mesones Coordinador Nacional de la Estrategia	x	x	x	x	x	x
Etapas de Vida Adolescente – Ministerio de Salud	Dra. María del Carmen Calle – Responsable Nacional			x	x		
Instituto Nacional Penitenciario – INPE	Dr. Jose Guillermo Best Romero	x	x	x	x	x	x
Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud (CONAMUSA)	Dr. José Pajuelo – Secretario Técnico	x	x				
Dirección General de Epidemiología – Ministerio de Salud	Dra. Mónica Pun Equipo Técnico DGE						x
Dirección General	Dr. Alberto Huacoto	x			x		

de Promoción de la Salud Ministerio de Salud	Equipo Técnico						
Ministerio de Trabajo	Dr. Milton Palomino Director general de derechos fundamentales y seguridad y salud en el trabajo			x			
Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables	Mg. Elia Luna del Valle Directora de la Dirección de Adultos Mayores	x	x		x		
Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva – Ministerio de Salud	Dra. Lucy del Carpio Coordinadora Nacional				x		

Agregue detalles de cada entrevistado.

ICPN - PARTE B [para que respondan las organizaciones de la sociedad civil, organismos bilaterales y organizaciones de las Naciones Unidas]

Organización	Nombre/Cargo	Entrevistados para la Parte B [indique sobre qué partes se ha preguntado a cada encuestado]				
		B.I	B.II	B.III	B.IV	B.V
Red Peruana de Mujeres con VIH	Guiselly Flores- Directora	x	x	x	x	x
Red Peruana TLGB	George Liendo Director	x	x	x	x	
Red Sida Perú	Julia Campos Directora	x	x	x	x	
IESSDEH-UPCH	Ximena Salazar Directora	x	x	x	x	
Objetivo 4- Fondo Mundial	Fernando Cisneros Coordinador	x	x	x	x	x
LGBT legal	Alonso Inga Coordinador	x	x	x	x	x
Coordinadora Nacional de Derechos Humanos	Rocío Silva Santiesteban Coordinadora			x	x	

Grupo Impulsor de Vigilancia del abastecimiento de ARVs	Marcos Julca Coordinador					x
ONUSIDA Perú	Renate Ehmer	x	x	x	x	x
USAID	Armando Cotrina	x	x	x	x	x

Agregue detalles de cada entrevistado.

INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN DE LOS COMPROMISOS Y LAS POLÍTICAS NACIONALES (ICPN)

PARTE A

[para que respondan los funcionarios gubernamentales]

I. PLAN ESTRATÉGICO

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

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

Sí

No

Si la respuesta es Sí, indique el periodo cubierto

2007 -2011

[escríbalo dentro]:

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, explique brevemente las modificaciones/mejoras principales entre la estrategia nacional actual y la anterior.

SI LA RESPUESTA ES "NO" O "NO CORRESPONDE", explique brevemente los motivos.

El Plan Estratégico Multisectorial de Prevención y control de ITS/VIH/SIDA refrendado por Decreto Supremo 005-2007 SA , guió las acciones contra el VIH/SIDA tanto del sector gubernamental

como del sector no gubernamental y de la cooperación Internacional. Recogió y utilizó la información recopilada y reportada en diversos documentos previos de análisis y evaluación realizados en el país, muchos de ellos desarrollados a través de procesos participativos y de consulta. En particular, el Informe de Evaluación del Plan Estratégico del MINSA, 2001-2004, los Informes de Monitoreo y Evaluación de la Implementación del Compromiso del UNGASS por el Perú —realizados tanto

por el Ministerio de Salud y otros actores nacionales como por Vía Libre (perspectiva de la sociedad civil) — y el Informe de la Consulta Nacional sobre Acceso Universal. Incluyo por primera vez acciones programáticas dirigidas a poblaciones de riesgo especial como las personas privadas de Libertad y su estructura se basó en el diseño de los proyectos del Fondo

Mundial

Según el Informe preliminar de evaluación El PEM 2007 – 2011, presentó algunas deficiencias como documento de planificación estratégica, fue elaborado con un enfoque sanitario sin considerar las determinantes sociales que influyen en la problemática de VIH; no incluyó todos los componentes que responden a los estándares de diseño de un plan estratégico ni las estrategias como resultado de un análisis del entorno que incluyera en forma explícita las fortalezas y debilidades de los diferentes sectores (Público, sociedad civil y comunidades) así como las amenazas y oportunidades del entorno. No se determinaron los roles y responsabilidades de cada uno de los sectores involucrados en la ejecución de las actividades de prevención y control de VIH (MINDES, MINJUS, MINTRA, MINEDU, MINDEF, MININTER).

☒ No definió los mecanismos claros para garantizar la implementación del PEM y su viabilidad como un plan de control de riesgos, plan de movilización de recursos ni un plan de fortalecimiento organizacional, que partiera del análisis estratégico de cada uno de los actores claves del PEM VIH.

☒ Los objetivos del PEM VIH abarcaron la mayor parte de los componentes de la atención integral en VIH, es decir los aspectos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

☒ Las líneas estratégicas de gran parte de los objetivos sanitarios abordaron la mayor parte de las necesidades sentidas por la población, e incluyeron acciones referidas a información y educación en ITS y VIH, despistaje y tamizaje a las diferentes poblaciones vulnerables y en riesgo, la formación y capacitación a promotores educadores de pares (PEPs), atención integral de VIH incluyendo niños, es importante resaltar el tratamiento TARGA, el fortalecimiento de CERITS y UAMP y las actividades de atención social a niños viviendo con VIH. Se destacan como sus principales avances el acceso a TARGA mejorando la sobrevivencia de las PVVS, el acceso al tamizaje de VIH en gestantes, la disminución a más de la mitad de la transmisión vertical (prueba rápida en gestantes, tratamiento profiláctico y la cesárea a todas las gestantes que viven con el VIH). Y El fortalecimiento de los CERITS y UAMP que han permitido mejorar las actividades de prevención y control de la ITS. Ad portas de culminar el período del PEM 2007-2011, la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS y VIH de la Dirección General de Salud de las Personas, Ministerio de Salud, iniciaron en 2011 un proceso de reflexión sobre el PEM, para evaluar sus logros, retos y lecciones aprendidas. Asimismo, con apoyo de un equipo de consultores internacionales del Programa de Asistencia Técnica “Aids Strategy and Action Plans (ASAP)” de ONUSIDA y el Banco Mundial, desarrollaron en Diciembre de 2011 un borrador de marco de resultados para el nuevo Plan Estratégico Multisectorial en VIH e ITS.

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, responda las preguntas 1.1 a 1.10; **SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA**, pase a la pregunta 2.

1.1. ¿Qué ministerios u organismos gubernamentales son los responsables generales del desarrollo e implementación de la estrategia nacional multisectorial para responder al VIH?

Ministerio de Salud

Nombre de los ministerios u organismos gubernamentales

[rellenar]:

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

SECTORES	Incluido en la estrategia		Presupuesto asignado	
	Sí	No	Sí	No
<i>Educación</i>	Sí	No	Sí	No
<i>Salud</i>	Sí	No	Sí	No
<i>Trabajo</i>	Sí	No	Sí	No
<i>Ejército/Policía</i>	Sí	No	Sí	No
<i>Transporte</i>	Sí	No	Sí	No
<i>Mujeres</i>	Sí	No	Sí	No
<i>Jóvenes</i>	Sí	No	Sí	No
<i>Otros [especificar]:</i>	Sí	No	Sí	No
Instituto Nacional Penitenciario (INPE)	Sí	No	Sí	No
	Sí	No	Sí	No

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

Los Ministerios que no cuentan con presupuesto específico para VIH, incorporan a lo largo del año actividades financiadas ya sea por la Cooperación Internacional o son ejecutadas con limitados fondos del propio Ministerio, en el caso del INPE su mayor contribución ha sido la compra de insumos de prevención como condones

1.3. La estrategia multisectorial, ¿está dirigida a las siguientes poblaciones clave/otras poblaciones vulnerables, entornos y asuntos interrelacionados?

POBLACIONES CLAVE Y OTRAS POBLACIONES VULNERABLES		
<i>Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres</i>	Sí	No
<i>Poblaciones migrantes/móviles</i>	Sí	No
<i>Huérfanos y otros niños vulnerables</i>	Sí	No
<i>Personas con discapacidades</i>	Sí	No
<i>Usuarios de drogas inyectables</i>	Sí	No
<i>Profesionales del sexo</i>	Sí	No
<i>Transexuales</i>	Sí	No
<i>Mujeres y niñas</i>	Sí	No
<i>Jóvenes</i>	Sí	No
<i>Otras subpoblaciones vulnerables específicas³⁵</i>	Sí	No
ESCENARIOS		
<i>Prisiones</i>	Sí	No
<i>Escuelas</i>	Sí	No
<i>Lugares de trabajo</i>	Sí	No
ASUNTOS INTERRELACIONADOS		
<i>Tratamiento del estigma y la discriminación</i>	Sí	No
<i>Capacitación y/o igualdad de género</i>	Sí	No
<i>VIH y pobreza</i>	Sí	No
<i>Protección de los derechos humanos</i>	Sí	No
<i>Participación de las personas que viven con el VIH</i>	Sí	No

SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, explique cómo se identificó a las poblaciones clave

³⁵ Otras poblaciones vulnerables diferentes de las que se han mencionado anteriormente, que localmente han sido identificadas como poblaciones con gran riesgo de contraer la infección del VIH (p. ej., en orden alfabético: bisexuales, clientes de los profesionales del sexo, indígenas, personas desplazadas del país, prisioneros y refugiados)

En el caso específico de la población trans (transexual, transgénero y travesti) , no existen programas o estrategias dirigidas específicamente a ellas o que sean visibles oficialmente, las estrategias dirigidas a HSH las estarían incluyendo, pero justamente una de sus demandas es que no se les menciona de manera específica, en ese sentido cabe anotar que dentro de la atención médica periódica que se ofrece en los Centros de Referencia para ITS/SIDA y las Unidades de atención médica periódica (UAMPS) se incluye a las trans y hay también promotoras educadoras pares (PEPs) de esta población

1.4. ¿Cuáles son las poblaciones clave y los grupos vulnerables a los que van destinados los programas nacionales del VIH? [Especificar]

POBLACIONES CLAVE
Hombres que tienen Sexo con Hombres (gay, bisexuales,trans)
Trabajadores/as Sexuales
Mujeres gestantes
Adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años
Personas con VIH
Personas privadas de su libertad

1.5. ¿Incluye la estrategia multisectorial un plan operativo?

Sí	No
----	----

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

<i>a. objetivos formales del programa?</i>	Sí	No
<i>b. metas o hitos claros?</i>	Sí	No
<i>c. un desglose de los costos de cada área programática?</i>	Sí	No
<i>d. una indicación de las fuentes de financiación del apoyo a la ejecución del programa?</i>	Sí	No
<i>e. un marco de vigilancia y evaluación?</i>	Sí	No

1.7. ¿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 LA PARTICIPACIÓN ES ACTIVA, explique brevemente cómo se organizó:

SI LA PARTICIPACIÓN ES NULA o MODERADA, explique brevemente por qué:

La sociedad civil ha estado fundamentalmente involucrada en el diseño del Plan a través de consultas y en la implementación programática a través de los programas del Fondo Mundial, como sub-receptores y en la CONAMUSA en los Comités de Seguimiento del PEM y Monitoreo Estratégico (ambos comités con escasa actuación los dos últimos años) estos son los únicos mecanismos establecidos para la participación de la sociedad civil.

1.8. ¿Han respaldado la mayor parte de los asociados para el

Desarrollo externos (bilaterales y multilaterales) la estrategia multisectorial?

Sí	No	N/C
-----------	----	-----

1.9. ¿Han ajustado y armonizado los asociados externos para el desarrollo sus programas

relacionados con el VIH con la estrategia nacional multisectorial?

Sí, todos los asociados	Sí, algunos asociados	No	N/C
--------------------------------	-----------------------	----	-----

* La sociedad civil incluye, entre otros: las redes y organizaciones de personas que viven con el VIH, las mujeres, los jóvenes, grupos afectados clave (incluidos los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los transexuales, los profesionales del sexo, los usuarios de drogas inyectables, los migrantes, refugiados/poblaciones desplazadas, los presos); las organizaciones religiosas; las organizaciones de servicios relacionados con el sida; las organizaciones comunitarias; las organizaciones sindicales, las organizaciones de derechos humanos; etc. Nótese: El sector privado se considera por separado.

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

--

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

Sí	No	N/C
----	----	-----

2.1. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿se integra el apoyo al VIH en alguno de los siguientes planes de desarrollo específicos?

PLANES DE DESARROLLO ESPECÍFICOS			
<i>Evaluación nacional común/marco de la ONU para la asistencia al desarrollo</i>	Sí	No	N/C
<i>Plan de desarrollo nacional</i>	Sí	No	N/C
<i>Estrategia para la reducción de la pobreza</i>	Sí	No	N/C
<i>Enfoque multisectorial</i>	Sí	No	N/C
<i>Otros [especificar]: Acuerdo Nacional , Plan de Desarrollo Nacional al 2021 , Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM)</i>	Sí	No	N/C
	Sí	No	N/C

2.2. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿cuáles de las siguientes áreas específicas relacionadas con el VIH están incluidas en uno o más de los planes de desarrollo?

ÁREA RELACIONADA CON EL VIH INCLUIDA EN EL O LOS PLANES DE DESARROLLO		
--	--	--

<i>Alivio del impacto del VIH</i>	Sí	No
<i>Reducción de las desigualdades de género que se relacionan con la prevención/tratamiento, atención y/o apoyo relativos al VIH</i>	Sí	No
<i>Reducción de las desigualdades de ingresos que se relacionan con la prevención/tratamiento, atención y/o apoyo relativos al VIH</i>	Sí	No
<i>Reducción del estigma y discriminación</i>	Sí	No
<i>Tratamiento, atención y apoyo (incluidos la seguridad social u otros planes)</i>	Sí	No
<i>Mayor poder económico de las mujeres (p. ej., acceso al crédito, a la tierra y a la capacitación)</i>	Sí	No
<i>Otros[especificar a continuación]:</i>	Sí	No

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

Sí	No	N/C
----	-----------	-----

3.1. *SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, en una escala del 0 al 5 (donde 0 es “Bajo” y 5 es “Alto”), ¿en qué grado ha incidido la evaluación en las decisiones de asignación de recursos?*

BAJO					ALTO
0	1	2	3	4	5

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

Sí	No
-----------	----

2.1.2 5. ¿Ha seguido el país los compromisos acordados en la Declaración Política de 2011 sobre el VIH/sida?³⁶

Sí	No
----	----

5.1. ¿Se han revisado el presupuesto y la estrategia nacionales como corresponde?

Sí	No
----	----

5.2 ¿Hay estimaciones fiables de las necesidades actuales y futuras en relación con el número de adultos y niños que necesitan terapia antirretrovírica?

Estimaciones y necesidades futuras y actuales	Solo estimaciones de necesidades futuras	No
---	--	----

5.3. ¿Se hace un seguimiento de la cobertura del programa del VIH?

Sí	No
----	----

(a) **SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿se vigila la cobertura por sexo (masculino, femenino)?**

Sí	No
----	----

(b) **SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿se vigila la cobertura por grupos de población?**

Sí	No
----	----

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿para qué sectores de la población?
El MINSa hace seguimiento periódico de la cobertura de TARGA: enrolamiento y seguimiento; y de la atención de servicios de Atención Médica Periódica en los CERITSS para HSH y TS así como de la atención a las gestantes y puérperas
Explique brevemente cómo se usa esa información:
Esta información se usa a efectos de planificación presupuestal y de insumos así como para el seguimiento de las metas del Programa

³⁶ Declaración Política sobre el VIH/sida: intensificando los esfuerzos para eliminar el VIH/sida, A/RES/65/277, 10 de junio de 2011

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

Sí	No
----	----

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿a qué niveles geográficos (provincial, de distrito, otros)?

La vigilancia se hace en las 34 regiones de Salud del País pero solo a nivel de las concentraciones urbanas en las que por lo general se entrega el Tratamiento, esta vigilancia se hace a través de la hoja de monitorización de la ESNITSS

Explique brevemente cómo se usa esa información:

Se usa básicamente para efectos de vigilancia de la situación de Salud y para planificación

5.4. ¿Ha desarrollado el país un plan para fortalecer los sistemas de salud?

Sí	No
----	----

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

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 2011?

Muy deficiente										Excelente
0	1	2	3	4	5.8	6	7	8	9	10

Desde 2009, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

Presupuesto por Resultados y planificación operativa a nivel regional a través de los PERM (14 diseñados y 9 aprobados con Ordenanza Regional , financiados por PPR o presupuesto participativo y cooperación internacional local)

Mayor involucramiento de las regiones en la planificación y ejecución de programas relacionados al VIH

Compromiso sostenido de INPE; MINEDU y MINTRA a pesar de las limitaciones presupuestales

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

Mejorar Articulación y transparencia con sociedad civil

Involucrar efectivamente a mas Ministerios tanto programática como presupuestalmente

Reforzar apoyo político gubernamental en el mas alto nivel .La Respuesta al VIH no se asume como política de estado

Debilidades en el sistema de información estatal que no permite el establecimiento de metas claras que respondan realmente a las necesidades reales de las poblaciones, no hay un enfoque realmente multisectorial, no todos los sectores cuentan con un compromiso financiero solido , perfeccionar los métodos de análisis que permitan estimar apropiadamente el gasto y las necesidades actuales y futuras

Ausencia de un sistema de Monitoreo multisectorial y necesidad de fortalecer la rectoría del MINSA o de la instancia que lidere el PEM

Fortalecer la participación social en los diferentes sectores involucrados , en particular los mecanismos de rendición de cuentas y transparencia

Desarrollar mecanismos para asegurar la calidad de la ejecución presupuestal especialmente del PPR

II. APOYO Y LIDERAZGO POLÍTICOS

El apoyo político incluye al gobierno y los líderes políticos que hablan abierta y frecuentemente sobre el VIH/sida y demuestran su liderazgo a través de varias formas: la asignación de presupuestos nacionales para el apoyo de programas del VIH, y el empleo eficaz de las organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil para el apoyo de programas del VIH.

2.1.3 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 por año?

A. *Ministros del gobierno*

Sí	No
----	----

B. *Otros altos cargos a nivel subnacional*

Sí	No
----	----

1.1. En los últimos doce meses, ¿ha emprendido alguna acción el presidente u otros altos cargos que demostrara liderazgo en la respuesta al VIH?

(Por ejemplo, prometió más recursos para rectificar los puntos débiles identificados en la respuesta al VIH, habló del VIH como un tema que concierne a los derechos humanos en un foro nacional/internacional, o hizo actividades como visitar una clínica del VIH, etc.)

Sí	No
----	----

Describa brevemente algún ejemplo de un caso donde el presidente u otro alto cargo haya demostrado su liderazgo:

La decisión de incorporar en el Plan de Desarrollo Nacional un Programa Estratégico con financiamiento público sobre TBC/VIH y el inicio de la implementación del Presupuesto por Resultados en el Ministerio de Salud para dicho programa

2.1.4 2. ¿Dispone el país de un órgano de coordinación multisectorial nacional reconocido oficialmente (Consejo Nacional del Sida o equivalente)?

Sí	No
----	----

SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, explique brevemente por qué no, y cómo se gestionan los programas del VIH:

--

2.1.

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, el órgano multisectorial nacional del sida:		
<i>¿Tiene términos de referencia?</i>	Sí	No
<i>¿Tiene liderazgo y participación activos del gobierno?</i>	Sí	No
<i>¿Tiene un presidente oficial?</i>	Sí	No
SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿cuál es su nombre y su cargo?		
Ministro de Salud Dr. Alberto Tejada		
<i>¿Tiene una composición definida?</i>	Sí	No
SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿cuántos miembros lo componen?29		
<i>¿Incluye a representantes de la sociedad civil?</i>	Sí	No
SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿a cuántos? 16 incluyendo ONGs de TB y VIH, personas vulnerables y afectadas, Iglesias, Universidades		
<i>¿Incluye a las personas que viven con el VIH?</i>	Sí	No
SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿a cuántas? 04 (2 titulares y 2 alternos)		
<i>¿Incluye al sector privado?</i>	Sí	No
<i>¿fortalece la coordinación de los donantes para evitar la financiación paralela y la duplicación de esfuerzos en materia de programación y preparación de informes?</i>	Sí	No

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

Sí	No	N/C
-----------	----	-----

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, describa brevemente los principales logros conseguidos:
La CONAMUSA ha sido y es un foro importante para la discusión y resolución de temas como: la atención de salud de calidad, vigilancia a la ejecución de recursos públicos; resolución de cuellos de botella de la cadena de suministros, su trabajo es básicamente de coordinación multi e intrasectorial
¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:
Fortalecer la institucionalidad y la responsabilidad de la CONAMUSA pues ha estado muy circunscrita a la ejecución de los programas del Fondo Mundial

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

0.5%

2.1.7

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

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

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

Sí	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 sida?

Sí	No
----	----

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, enumere y describa cómo se enmendaron las políticas/leyes
Nombre y describa las incoherencias que persisten entre las políticas/legislación y las políticas de control nacional del sida:
<p>Aunque el país ha contado con un Plan Estratégico Multisectorial y tiene una ley marco: la ley 26626 y su modificatoria la ley 28243 que menciona como una de sus poblaciones objetivos a los adolescentes y jóvenes , y que en algunas regiones se han emitido ordenanzas regionales para favorecer el acceso de estas poblaciones a los servicios de salud sexual y reproductiva , la Ley General de Salud por su parte establece en el Art.4 , al declararlos incapaces, una situación que hace prácticamente imposible este acceso</p>

Z. 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 2011?

Muy deficiente										Excelente
0	1	2	3	4	5	6.6	7	8	9	10

Desde 2009, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

<p>Programa estratégico con Presupuesto (PPR)</p> <p>Avances desde el MINTRA liderados por la Ministra (paquete de normas e intervenciones en el lugar de trabajo)</p> <p>Consolidación del trabajo del MINEDU</p> <p>Posicionamiento en las regiones la agenda y necesidades de las personas con VIH y vulnerables en especial intervenciones de asistencia social</p> <p>Se ha fortalecido la representación de la sociedad civil a través de procesos democráticos en la CONAMUSA y COREMUSAS</p>
<p>¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:</p>
<p>Consolidación de la CONAMUSA</p> <p>Falta de Vinculación de la CONAMUSA a otros sectores más amplios de desarrollo, mas allá de la gestión de las subvenciones del FM , por ejemplo Mesa de Concertación de Lucha contra la Pobreza</p> <p>Lograr un mayor involucramiento del Poder Ejecutivo en torno al tema</p> <p>Creación de mecanismos que promuevan la aplicación de las políticas existentes</p>

III. DERECHOS HUMANOS

- 1.1. ¿Dispone el país de leyes o regulaciones contra la discriminación que protejan de forma específica a una población clave determinada y a otros grupos vulnerables? Rodee "S" si la política se refiere específicamente a alguno de las siguientes poblaciones clave y grupos vulnerables:**

POBLACIONES CLAVE y GRUPOS VULNERABLES		
<i>Personas que viven con el VIH</i>	Sí	No
<i>Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres</i>	Sí	No
<i>Poblaciones migrantes/móviles</i>	Sí	No

<i>Huérfanos y otros niños vulnerables</i>	Sí	No
<i>Personas con discapacidades</i>	Sí	No
<i>Usuarios de drogas inyectables</i>	Sí	No
<i>Internos en prisiones</i>	Sí	No
<i>Profesionales del sexo</i>	Sí	No
<i>Transexuales</i>	Sí	No
<i>Mujeres y niñas</i>	Sí	No
<i>Jóvenes</i>	Sí	No
<i>Otras subpoblaciones vulnerables específicas</i> <i>[especificar]:</i>	Sí	No

2.1.101.2. ¿Dispone el país de una ley general (es decir, no de la discriminación relacionada con el VIH específicamente) contra la discriminación?

Sí	No
----	----

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

La Ley 28867 modifica el artículo 323 del Código Penal , sancionando con pena privativa de la libertad a quien discrimine a las personas por razones de raza, religión, factor genético, filiación, idioma, discapacidad, índole sexual o cualquier otra índole, no incluye la orientación sexual, la identidad de género o el estado serológico

La Ley 28983 o “Ley de igualdad de oportunidades” se basa en los principios fundamentales de igualdad, respeto por la libertad, dignidad, seguridad, vida humana, así como el reconocimiento del carácter pluricultural y multilingüe de la nación peruana.

El Estado impulsa la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, considerando básicamente los siguientes principios: a) El reconocimiento de la equidad de género, desterrando prácticas, concepciones y lenguajes que justifiquen la superioridad de alguno de los sexos, así como todo tipo de discriminación y exclusión sexual o social.

b) La prevalencia de los derechos humanos, en su concepción integral, resaltando los derechos de las mujeres a lo largo de su ciclo de vida.

c) El respeto a la realidad pluricultural, multilingüe y multiétnica, promoviendo la inclusión

social, la interculturalidad, el diálogo e intercambio en condiciones de equidad, democracia y enriquecimiento mutuo.

d) El reconocimiento y respeto a los niños, niñas, adolescentes, jóvenes, personas adultas y personas adultas mayores, personas con discapacidad o grupos etarios más afectados por la discriminación.

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

Para la ley de igualdad de oportunidades se establecen como mecanismos de control los siguientes:

a) El Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social es el ente rector, encargado de la igualdad de oportunidades para la mujer; en tal sentido, es el responsable de coordinar y vigilar la aplicación de la presente Ley por parte de las entidades del sector público y privado, en los ámbitos nacional, regional y local.

b) La Presidencia del Consejo de Ministros sustenta ante el Pleno del Congreso de la República, anualmente, en el marco de la celebración del “Día Internacional de la Mujer”, los avances en el cumplimiento de la presente Ley.

c) La presidencia de los gobiernos regionales debe incluir los avances del cumplimiento de la presente Ley, de acuerdo con lo previsto en la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales. Asimismo la Defensoría del Pueblo, la Organismo Nacional de Procesos Electoral, el Jurado Nacional de Elecciones y la Reniec deben informar anualmente sobre los avances en sus respectivas áreas Existe también un Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades que durante 2011 fue ampliamente revisado y consultado

d) la ley dispone que la Defensoría del Pueblo reporte al Congreso de la República en su informe anual, los avances en el cumplimiento. En tal sentido la Adjuntía para los Derechos de la Mujer, de la Defensoría del Pueblo ha elaborado y presentado dos informes, el Primero es el Informe N° 001-2008-DP/ADM. Referido al año 2007 y el segundo es el N° 001-2009-DP/ADDM, Reporte de la Defensoría del Pueblo sobre el Cumplimiento de la Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres referido al año 2008

Comente brevemente en qué grado están siendo aplicadas actualmente:

Durante los Períodos Anuales de Sesiones 2009 – 2010 y 2010 – 2011, ha funcionado en el Congreso de la República un Grupo de Trabajo de Aplicación y Seguimiento a la Ley de Igualdad de Oportunidades, el cual tiene como objetivo fundamental verificar a nivel regional y local el establecimiento de planes, normas y políticas que garanticen la equidad y que busquen eliminar cualquier tipo de discriminación por razones de género.

Cabe precisar que hasta la fecha 16 Gobiernos Regionales han implementado sus Planes Regionales de Igualdad de Oportunidades (PRIO), se realizó una adecuada labor de control político a efectos que las demás Regiones puedan implementar dichos Planes y asimismo que se designen los presupuestos necesarios para la implementación de los mismos. Al respecto se solicitó informes a los Gobiernos Regionales sobre las acciones, normas aprobadas, presupuesto y respecto de sus PRIOS, y de esta forma determinar los avances en materia de implementación de la Ley de Igualdad de Oportunidades a nivel de los Gobiernos Regionales.

2.1.112. ¿Dispone el país de leyes, reglamentaciones o políticas que presenten obstáculos³⁷ a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH para las poblaciones clave y los grupos vulnerables?

Sí	No
----	----

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿para qué poblaciones clave y grupos vulnerables?		
<i>Personas que viven con el VIH</i>	Sí	No
<i>Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres</i>	Sí	No
<i>Poblaciones migrantes/móviles</i>	Sí	No
<i>Huérfanos y otros niños vulnerables</i>	Sí	No
<i>Personas con discapacidades</i>	Sí	No
<i>Usuarios de drogas inyectables</i>	Sí	No
<i>Internos en prisiones</i>	Sí	No

³⁷ No tienen por qué ser necesariamente políticas o leyes específicas del VIH. Abarcan las políticas, leyes o regulaciones que pueden disuadir o dificultarles a las personas el acceso a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyos. Algunos ejemplos citados en los informes nacionales del pasado, entre otros, eran: “las leyes que criminalizan las relaciones del mismo sexo”, “las leyes que criminalizan la posesión de preservativos o de parafernalia de drogas”, “leyes sobre los vagabundos”; “leyes que impiden la importación de medicamentos genéricos”; “políticas que impiden la distribución o posesión de preservativos en prisiones”; “políticas que impiden a los no-ciudadanos acceder al tratamiento antirretrovírico”; “criminalización de la transmisión y exposición al VIH”, “leyes/derechos de patrimonio para las mujeres”, “leyes que prohíben facilitar información servicios sobre la salud sexual y reproductiva a los jóvenes”, etc.

Profesionales del sexo	Sí	No
Transexuales	Sí	No
Mujeres y niñas	Sí	No
Jóvenes	Sí	No
Otras poblaciones vulnerable específicas³⁸ [especificar a continuación]:	Sí	No

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

En relación a los grupos más vulnerables (HSH, gay, trans) el problema no es tanto que existan o no leyes específicas, sino el **no reconocimiento** de su existencia dentro de los principales instrumentos legislativos como la Constitución, el país **no reconoce** la orientación sexual como un motivo para la no discriminación mucho menos la identidad de género, en el caso de las trabajadoras sexuales aunque el trabajo sexual no es un delito y está regulado, en la práctica se **criminaliza** el ejercicio del mismo, por ejemplo a nivel municipal se aplican multas a trabajadoras sexuales que conviven juntas por sospecha de proxenetismo generalmente hacia la que hace el contrato de alquiler, el trabajo sexual no es reconocido como tal y eso le añade vulnerabilidad a su ejercicio, con respecto a los jóvenes (adolescentes) el artículo 4 de la ley general de Salud les categoriza como incapaces y la ley 28704 que penaliza la relación sexual entre adolescentes dificulta su acceso oportuno a servicios de salud sexual y reproductiva

Comente brevemente de qué forma suponen un obstáculo:

En el caso de los adolescentes (incluyendo los huérfanos y niños vulnerables) se constata que las mencionadas normas (art-4 ley general de Salud y ley 28704) vulneran derechos fundamentales de los y las adolescentes, tales como el libre desarrollo de la personalidad, la autorrealización personal y la autodeterminación reproductiva. Asimismo, representa una amenaza para su salud sexual y reproductiva pues disuaden a los adolescentes de acudir en busca de servicios de salud sexual y reproductiva, pues los médicos están obligados por la Ley General de Salud a informar sobre ilícitos penales.

³⁸ Otras poblaciones vulnerables diferentes de las que se han mencionado anteriormente, que localmente han sido identificadas como poblaciones con gran riesgo de contraer la infección del VIH (p. ej., en orden alfabético: bisexuales, clientes de los profesionales del sexo, indígenas, personas desplazadas del país, prisioneros y refugiados)

IV. PREVENCIÓN

2.1.12

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

Sí	No
----	----

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA ¿qué mensajes clave se promueven explícitamente?		
<i>Abstenerse del consumo de drogas inyectables</i>	Sí	No
<i>Evitar las relaciones sexuales remuneradas</i>	Sí	No
<i>Evitar las relaciones sexuales intergeneracionales</i>	Sí	No
<i>Fidelidad</i>	Sí	No
<i>Abstinencia sexual</i>	Sí	No
<i>Aplazamiento del inicio de la actividad sexual</i>	Sí	No
<i>Práctica de relaciones sexuales (más) seguras</i>	Sí	No
<i>Combatir la violencia contra las mujeres</i>	Sí	No
<i>Mayor aceptación y participación de las personas que viven con el VIH</i>	Sí	No
<i>Mayor participación de los varones en programas de salud reproductiva</i>	Sí	No
<i>Conocimiento del estado serológico con respecto al VIH</i>	Sí	No
<i>Circuncisión masculina bajo supervisión médica</i>	Sí	No
<i>Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH</i>	Sí	No
<i>Promoción de una mayor igualdad entre hombres y mujeres</i>	Sí	No
<i>Reducción del número de parejas sexuales</i>	Sí	No
<i>Uso de equipo de inyección estéril</i>	Sí	No
<i>Uso sistemático del preservativo</i>	Sí	No
<i>Otros [escribir abajo]:</i>	Sí	No

--

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

Sí	No
----	----

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

Sí	No
----	----

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

<i>las escuelas primarias?</i>	Sí	No
<i>las escuelas secundarias?</i>	Sí	No
<i>la formación de maestros?</i>	Sí	No

2.2. *¿Proporciona la estrategia la misma educación sobre salud sexual y reproductiva a los jóvenes de ambos sexos, y es adecuada a su edad?*

Sí	No
----	----

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

Sí	No
----	----

2.1.13.1 3. *¿Tiene el país una política o estrategia para promover la información, educación y comunicación y otras intervenciones sanitarias preventivas para las sub-poblaciones*

Sí	No
----	----

más expuestas u otras sub-poblaciones vulnerables?

Describa brevemente el contenido de esta política o estrategia
Desde 2004 existe la Estrategia de Promotores educadores entre Pares, dicha intervención cuenta con una norma técnica y centra su acción en la realización de tareas preventivas especialmente provisión de información, derivación a la atención medica periódica y entrega de insumos de prevención como condones y lubricantes así como material informativo, en los dos últimos años dicha estrategia que es como la columna vertebral de las acciones de prevención del estado ha perdido fuerza básicamente por la dificultad de hacerla sostenible , hasta el 2011 fue sostenida con recursos del Fondo Mundial, ahora el reto es incorporar la estrategia al Presupuesto por Resultados no solo a nivel central sino fundamentalmente en las regiones

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

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

	UDI ³⁹	HSH ⁴⁰	Profesionales del sexo	Clientes de los profesionales del sexo	Población reclusa	Otras poblaciones ⁴¹ [especificar]
Promoción del preservativo		x	x			PVVS
Terapia de sustitución de drogas						
Asesoramiento y pruebas del VIH		x	x			
Intercambio de jeringas y agujas						

39 IDU = Usuarios de drogas inyectables

40 MSM=Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

41 Otras poblaciones vulnerables diferentes de las que se han mencionado anteriormente, que localmente han sido identificadas como poblaciones con gran riesgo de contraer la infección del VIH (p. ej., en orden alfabético: bisexuales, clientes de los profesionales del sexo, indígenas, personas desplazadas del país, prisioneros y refugiados)

<i>Salud reproductiva, incluidos la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual</i>						
<i>Reducción del estigma y la discriminación</i>		x	x			
<i>Información para destinatarios específicos sobre reducción del riesgo y educación sobre el VIH</i>		x	x			
<i>Reducción de la vulnerabilidad (p.ej., generación de ingresos)</i>						

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 2011?*

Muy deficiente										Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Desde 2009, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

En general se percibe un estancamiento en los esfuerzos políticos de apoyo a la prevención, no se han tomado acciones para asegurar financieramente intervenciones como las de educadores promotores de pares para HSH y TS y consejeros educadores de Pares y aun los servicios de CERITSS y las UAMP no están debidamente acreditadas dentro del sistema de salud

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

Se necesita discutir e investigar más sobre las reales necesidades de prevención del país a la luz de la evidencia epidemiológica y dedicarle más presupuesto a la promoción y prevención que al control del daño

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

Sí	No
-----------	----

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

En el periodo de ejecución del PEM Las actividades de Prevención y Promoción se enmarcaron en dos líneas de acción: Intervenciones en Poblaciones Vulnerables: Trabajadoras Sexuales (TS) y Hombres que tienen Sexo con otros Hombres (HSH) e Intervenciones en Población General, en esta población Los programas actuales se basan fundamentalmente en la promoción del tamizaje a gestantes y mujeres en edad fértil que ha tenido un escalamiento importante con recursos del Fondo Mundial y la educación sexual integral para adolescentes en las escuelas. en el caso de las poblaciones más vulnerables dentro del PPR se está asegurando la ampliación de cobertura de los servicios a través de la contratación de personal de Salud y aseguramiento en la compra de insumos. Se señala un vacío en intervenciones específicas dirigidas a la población trans; hombres heterosexuales y PVVS

SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, ¿cómo están ampliándose los programas de prevención del VIH?

--

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

La mayoría de las personas

necesitadas dispone de acceso a...

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	N/C
<i>Seguridad hematológica</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Promoción del preservativo</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Reducción de daños para los usuarios de drogas inyectables</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Prevención del VIH para los jóvenes no escolarizados</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Prevención del VIH en el lugar de trabajo</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Asesoramiento y pruebas del VIH</i>	1	2	3	4	N/C
<i>IEC⁴² sobre reducción del riesgo</i>	1	2	3	4	N/C
<i>IEC sobre reducción del estigma y la discriminación</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Prevención de la transmisión materno infantil del VIH</i>	1	2	3	4	N/C

42 IEC = información, educación, comunicación

<i>Prevención para las personas que viven con el VIH</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Servicios de salud reproductiva, incluidos la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Reducción del riesgo para las parejas íntimas de las poblaciones clave</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Reducción del riesgo para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Reducción del riesgo para los profesionales del sexo</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Educación escolar sobre el VIH para jóvenes</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Precauciones universales en entornos de atención sanitaria</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Otros[especificar]: Prevención en PPL</i>	1	2	3	4	N/C

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 2011?*

Muy deficiente											Excelente
0	1	2	3	4	5	6.1	7	8	9	10	
<i>Desde 2009, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:</i>											

Incremento de la cobertura de tamizaje a gestantes y a mujeres en edad fértil
Promoción de la consejería y tamizaje con pruebas rápidas lo que ha mejorado el acceso a tratamiento
Incremento de los conocimientos sobre VIH y uso del condón en población general
Mayor acceso a preservativos para personas privadas de Libertad
¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:
<input type="checkbox"/> Articular más el modelo de prevención para poblaciones clave con las estrategias gubernamentales de promoción de la Salud se necesita pensar en intervenciones más estructurales y menos de control de daños
<input type="checkbox"/> Limitaciones del acceso a servicios de prevención por estigma y discriminación en los establecimientos de salud
<input type="checkbox"/> Limitación del acceso a los adolescentes y jóvenes a servicios de prevención por barreras legales

V. TRATAMIENTO, ATENCIÓN Y APOYO

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

<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
--	-----------------------------

2.1.16

<i>Si la respuesta es afirmativa, describa brevemente los elementos y a cuáles se les ha dado prioridad:</i>
<p>La ley 28243 describe los elementos de la atención integral desde la óptica del Estado :</p> <p>La atención integral de salud comprende las siguientes intervenciones en salud</p> <p>a. Acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento, monitoreo, consejería pre y post diagnóstico, rehabilitación y reinserción social;</p> <p>b. Atención ambulatoria, hospitalaria, domiciliaria y/o comunitaria;</p> <p>c. El suministro de medicamentos requeridos para el tratamiento adecuado e integral de la</p>

infección

por el VIH y SIDA, que en el momento se consideren eficaces para prolongar y mejorar la calidad de vida de las PVVS, estableciendo la gratuidad progresiva en el tratamiento antirretroviral, con prioridad en las personas en situaciones de vulnerabilidad y pobreza extrema;

d. La provisión de recursos humanos, logísticos e infraestructura necesarios para mantener, recuperar y rehabilitar el estado de salud de las PVVS;

Se ha dado prioridad al diagnóstico oportuno de la mujer gestante para evitar la transmisión materno infantil y a la entrega de terapia antirretroviral

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

En los dos últimos años se han constatado esfuerzos en algunas regiones por desconcentrar el tratamiento, asimismo la participación de las organizaciones de sociedad civil que entregan TARGA en coordinación con el MINSA tienen un rol importante en el aumento de las coberturas

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...					
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	N/C
Terapia antirretrovírica	1	2	3	4	N/C
Terapia antirretrovírica para los pacientes de tuberculosis	1	2	3	4	N/C
Profilaxis con cotrimoxazol en personas que viven con el VIH	1	2	3	4	N/C

<i>Diagnóstico infantil precoz</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Atención y apoyo relacionados con el VIH en el lugar de trabajo (incluidos acuerdos de trabajo alternativos)</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Asesoramiento y pruebas del VIH para los pacientes con tuberculosis</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Servicios de tratamiento del VIH en el lugar de trabajo o sistemas de derivación para tratamiento a través del lugar de trabajo</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Atención nutricional</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Tratamiento pediátrico del sida</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Provisión a las mujeres de terapia antirretrovírica tras el parto</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Profilaxis posterior a la exposición para una exposición no ocupacional (p.ej. agresión sexual)</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Profilaxis posterior a la exposición para exposiciones ocupacionales al VIH</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Apoyo psicosocial para las personas que viven con el VIH y sus familias</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Gestión de la infección transmitida por vía sexual</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Control de la infección de tuberculosis y tratamiento del VIH en centros sanitarios</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Terapia preventiva de la tuberculosis para las personas que viven con el VIH</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Realización de pruebas de la tuberculosis a las personas que viven con el VIH</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Tratamiento de las infecciones comunes relacionadas con el VIH</i>	1	2	3	4	N/C

Otros[especificar]:	1	2	3	4	N/C

2.1.172. ¿Dispone el gobierno de una política o estrategia para prestar apoyo social y económico a las personas infectadas con/afectadas por el VIH?

Sí	No
----	----

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

2.1.183. ¿Dispon

e el país de una política o estrategia para desarrollar/usar medicamentos genéricos o importar paralelamente medicamentos para el VIH?

Sí	No	N/C
----	----	-----

2.1.194. ¿Tiene el país acceso a la obtención y suministro a nivel regional de los mecanismos de control de materias esenciales, como los fármacos para la terapia antirretrovírica, preservativos, y medicamentos de sustitución?

Sí	No	N/C
----	----	-----

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿a qué tipo de materias?
<p>Productos Farmacéuticos utilizados en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA</p> <p>1. Productos Farmacéuticos Estratégicos y de Soporte adquiridos a través de la compra corporativa y/o Compra Nacional: (Financiamiento MINSa) ABACAVIR 300 MG TAB</p> <p>ATAZANAVIR - 300 MG - TAB DIDANOSINA 400 MG TAB EFAVIRENZ 600 MG TAB</p> <p>ESTAVUDINA - 30 MG - TAB ESTAVUDINA + LAMIVUDINA + NEVIRAPINA - 30 MG + 150 TAB</p> <p>LAMIVUDINA 150 MG TAB LAMIVUDINA + ZIDOVUDINA 150 MG + 300 MG TAB</p>

LOPINAVIR + RITONAVIR 200 MG + 50 MG TAB NEVIRAPINA 200 MG TAB RITONAVIR 100 MG TAB ☐ SAQUINAVIR 200 MG TAB ☐ ZIDOVUDINA + LAMIVUDINA + NEVIRAPINA 300 MG + 150 MG + 200 MG TAB ZIDOVUDINA 300 MG TAB TENOFOVIR 300 MG TAB

PRESERVATIVOS SIN NONOXINOL - UNI CRISTAL VIOLETA PARA GRAM - FCO

HEMOGLOBINA BOVINA DESHIDRATADA - 500 G - FCO HIDROXIDO DE POTASIO - 1000 G -FCO LUGOL SOLUCION PARA COLORACION GRAM - 1 L - FCO ☐ PRUEBA

CONFIRMATORIA PARA NEISSERIA - KIT PRUEBA DE ELISA PARA DETECCION ANTIGENO CLAMIDIA - KIT PRUEBA RAPIDA PARA VIH - 100 DET – KIT ANTIGENO RPR - 500 DET – KIT CIPROFLOXACINO 500MG TAB METRONIDAZOL 500MG TAB DOXICICLINA 100MG TAB CLOTRIMAZOL 500MG OVULO BENZATINA BENCILPENICILINA 2´400.000 UI INY SULFAMETOXAZOL/TRIMETOPRIM 160/800MG TAB AZITROMICINA 500 MG TAB

2. Productos Farmacéuticos Estratégicos y de Soporte adquiridos a través compras institucionales (Financiamiento Seguro Integral de Salud gratuito) ABACAVIR - 240 ML - 100 MG/5ML - SOL ATAZANAVIR - 150 MG - TAB DIDANOSINA - 200 MG - TAB ☐ DIDANOSINA - 4 G - SUS

EFAVIRENZ - 200 MG - TAB ☐ ESTAVUDINA - 200ML - 1 MG/ML - SUS LAMIVUDINA - 240 ML 50 MG/5 ML - SOL LOPINAVIR + RITONAVIR - 160 ML - 400 MG + 100 - SOL NELFINAVIR MESILATO - 250 MG - TAB NEVIRAPINA - 240 ML - 50 MG/5ML - SUS ZIDOVUDINA – 100 MG - TAB ☐ ZIDOVUDINA - 240 ML - 50 MG/5 ML - JBE

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 2011?

Muy deficiente										Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Desde 2009, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

- “Universalización del tratamiento”
- Diagnóstico más temprano en gestantes
- Aumento de cobertura de personas en tratamiento
- Mejoramiento de las tasas de sobrevivencia y disminución de la mortalidad

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

- Desconcentración del TARGA
- Mejorar los procedimientos para medir y promover la adherencia
- Actualización periódica de las normas y protocolos
- Mejorar la cadena de suministros para la adquisición , programación y distribución del tratamiento , acabar con desabastecimientos
- Asegurar el tratamiento oportuno y adecuado para los niños con VIH
- Fortalecer el recurso humano y los equipos multidisciplinares en especial en las regiones

2.1.20 ¿Tiene el país una política o estrategia para abordar las necesidades adicionales relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables?

Sí

No

N/C

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

Sí

No

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

Sí

No

5.4 SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿tiene el país una estimación de los huérfanos y niños vulnerable a los que llegan las intervenciones existentes?

Sí

No

5.5 SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿a qué porcentaje de huérfanos y niños vulnerable se está llegando?

%

6. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos destinados a satisfacer las necesidades relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables in 2011?

Muy deficiente										Excelente
0	1.4	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Desde 2009, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

- Implementación de programa piloto de atención integral a las familias VVS (V Ronda)
- Inclusión de los niños con VIH huérfanos en los hogares de INABIF

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

- Generar información de base sobre el numero de huérfanos y niños afectados por VIH
- Incorporar a los niños dentro de los programas sociales existentes

VI. VIGILANCIA Y EVALUACIÓN

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

Sí	En preparación	No
----	----------------	----

Describe brevemente los problemas encontrados en el desarrollo o implementación:

Situación similar a la del último reporte. La DGE establece anualmente un sistema de monitoreo y evaluación de las actividades del Plan Operativo Anual para el caso de VIH, existe un Plan de Vigilancia Epidemiológica de ITS, VIH – SIDA para ver magnitud y tendencia de la epidemiología. El monitoreo y evaluación de intervenciones sanitarias esta como parte de un Objetivo Funcional pero no está implementado Adecuadamente. Sistema de Salud fragmentado que dificulta establecer un plan de vigilancia nacional

Se requiere Construir una base de datos nacional central de información relacionada con el VIH, los datos aún no se concentran en una unidad funcional para tal fin La información no está estratificada ni segmentada de manera que facilite el análisis por variables como género; orientación sexual , sub-población, no se toma en cuenta las necesidades de información

específicas de cada sector o subsector se espera que todos reporten lo mismo No hay un conjunto de indicadores definidos y reportables periódicamente Poco presupuesto para My E . Los roles y responsabilidades no están claros

No hay articulación entre los diversos sectores ni un análisis de lo que el país reporta periódicamente excepto la vigilancia epidemiológica de la DGE

1.1. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, años cubiertos[especificar]:

1.2 SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿disponen los asociados clave de requisitos sobre V+E (incluidos los indicadores) en consonancia con el plan nacional de V+E?

Sí, todos los asociados	Sí, algunos asociados	No	N/C
-------------------------	-----------------------	----	-----

Describe brevemente cuáles son los problemas:

2. ¿El plan nacional de vigilancia y evaluación incluye lo siguiente?

Una estrategia de recopilación de datos	Sí	No
SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿comprende esta:		

Encuestas del comportamiento?	Sí	No
Evaluación /estudios de investigación?	Sí	No
Vigilancia de la Resistencia a los fármacos para el VIH?	Sí	No
Vigilancia del VIH?	Sí	No
Una vigilancia sistemática del programa?	Sí	No
Una estrategia de análisis de datos?	Sí	No
Una estrategia de divulgación y uso de los datos?	Sí	No
Un conjunto bien definido y normalizado de indicadores, que incluya desglose por sexo y edad (si corresponde)?	Sí	No
Directrices sobre los instrumentos de recopilación de datos?	Sí	No

3. ¿Existe un presupuesto para la implementación del plan de V+E?

Sí	En preparación	No
----	----------------	----

3.1. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿qué porcentaje de la financiación total del programa del VIH se ha destinado a actividades de E+V en el presupuesto?

	%
--	---

4. ¿Hay una Unidad funcional de V+E en el país?

Sí	En preparación	No
----	----------------	----

Describe brevemente los problemas encontrados:

--

4.1. ¿Dónde tiene su base la unidad nacional de V+E?

¿En el Ministerio de Sanidad?	Sí	No
¿En la Comisión Nacional de VIH (o equivalente)?	Sí	No
¿En otro lugar? [especificar]	Sí	No

4.2. ¿Cuántas personas y con qué cargo trabajan en la Unidad nacional de V+E?

CARGO [especificar cargo en los espacios a continuación]	Jornada completa	Media jornada	¿Desde cuándo?
<i>Empleados permanentes [añada los que sean necesarios]</i>			
	Jornada completa	Media jornada	¿Desde cuándo?
<i>Empleados temporales [añada los que sean necesarios]</i>			

4.3. ¿Hay algún mecanismo en marcha para garantizar que todos los asociados clave entreguen sus informes/datos de V+E a la Unidad de V+E para incluirlos en el sistema nacional de V+E?

Sí	No
----	----

Describa brevemente los mecanismos que se emplean para compartir datos:
¿Cuáles son las principales dificultades?:

2.1.21.5. ¿Hay un comité o Grupo de Trabajo nacional sobre V+E que se reúna de forma regular para coordinar las actividades de V+E?

Sí	No
-----------	----

2.1.226. ¿Hay una base de datos nacional con datos relacionados con el VIH?

Sí	No
----	-----------

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, describa brevemente cómo es la base de datos nacional y quién la gestiona.
Lo que existen es varios sub-sistemas de información que no terminan de articularse y cuyas responsabilidades no están claramente definidas

6.1. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿incluye información relacionada con el contenido, las poblaciones clave y la cobertura geográfica de los servicios relacionados con el VIH, así como con las organizaciones ejecutoras?

Sí, con todo lo anterior	Sí, pero solo con algunas cosas	No, con nada de lo anterior
--------------------------	---------------------------------	-----------------------------

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, pero solo con algunas de las cosas, ¿qué tipo de información incluye?

6.2. ¿Existe un sistema de información de salud funcional⁴³?

A nivel nacional	Sí	No
A nivel sub-nacional	Sí	No
SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿a qué nivel(es)? [rellenar]		

2.1.23

2.1.247. ¿Publica el país por lo menos una vez al año un informe de V+E sobre el VIH que incluya datos de vigilancia del VIH?

Sí	No
----	----

8. ¿Cómo se usan los datos de V+E...

Para la mejora del programa?	Sí	No

⁴³ ¿Como los datos recibidos periódicamente de los centros sanitarios que se agrupan a nivel de distrito y se envían al nivel nacional. Los datos se analizan y se usan a distintos niveles?

Para el desarrollo / la revisión de la repuesta nacional al VIH?	Sí	No
Para la asignación de recursos?	Sí	No
Otros usos [especificar]:	Sí	No

Proporcione brevemente ejemplos específicos del uso de los datos de V+E, y los mayores problemas relacionados, si hay alguno:

La DGE con apoyo del Fondo Mundial ha fortalecido una plataforma de información periódica el NOTI-VIH que permite contar con información epidemiológica actualizada tanto a nivel central como regional

9. En el último año, ¿la formación en V+E se llevó a cabo

A nivel nacional?	Sí	No
SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, indique el número de personas formado:		
A nivel subnacional?	Sí	No
SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, indique el número de personas formado		
A nivel de prestación de servicios, incluida la sociedad civil?	Sí	No
SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, indique cuántos.		

9.1. ¿Se llevaron a cabo otras actividades de desarrollo de las capacidades de V+E, además de la capacitación?

Sí	No
----	----

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, describa qué tipo de actividades

10. En general, en una escala del 0 al 10 (donde 0 es "Muy deficiente" y 10 es "Excelente"), ¿cómo calificaría los esfuerzos de vigilancia y evaluación del programa del VIH 2011?

Muy deficiente										Excelente
0	1	2	3.6	4	5	6	7	8	9	10

Desde 2009, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

- Recuperación de información por parte de la ESN para la toma de decisiones
- Esfuerzos sostenidos de DGE con poco presupuesto y mucho profesionalismo para dotar de datos periódicos de vigilancia epidemiológica

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

- No existe un plan nacional de vigilancia y evaluación
- Intentos de construir base de datos nacional central de información relacionada con el VIH, los datos aún no se concentran en una unidad funcional para tal fin
- La información no está estratificada ni segmentada de manera que facilite el análisis por variables como género; orientación sexual, sub-población, no se toma en cuenta las necesidades de información específicas de cada sector o subsector se espera que todos reporten lo mismo
- No hay un conjunto de indicadores definidos y reportables periódicamente
- Poco presupuesto para My E

INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN DE LOS COMPROMISOS Y LAS POLÍTICAS NACIONALES (ICPN)

PARTE B

[para que respondan los representantes de las organizaciones de la sociedad civil, los organismos bilaterales y las organizaciones de la ONU]

I. PARTICIPACIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL*

2.1.251. ¿En qué grado (en una escala de 0 a 5 donde 0 es “Bajo” y 5 es “Alto”) ha contribuido la sociedad civil al fortalecimiento del compromiso político de los principales líderes y a las formulaciones de estrategias/políticas nacionales?

BAJO					ALTO
0	1	2	3	4	5

Comentarios y ejemplos:

En realidad gran parte de las políticas que se impulsan son originadas en iniciativas de sociedad civil que está permanentemente vigilante de los procesos , quizá esta participación necesita ser mejor informada, mas consensuada y basada en mecanismos más políticos que en liderazgos individuales

2.1.262. ¿En qué grado (en una escala de 0 a 5 donde 0 es “Bajo” y 5 es “Alto”) han participado los representantes de la sociedad civil en la planificación y elaboración del presupuesto del plan estratégico nacional sobre VIH, o del plan de actividades más reciente (p.ej., asistiendo a reuniones de planificación y a la revisión de borradores)?

* La sociedad civil incluye, entre otros: las redes y organizaciones de personas que viven con el VIH, las mujeres, los jóvenes, grupos afectados clave (incluidos los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los transexuales, los profesionales del sexo, los usuarios de drogas inyectables, los migrantes, refugiados/poblaciones desplazadas, los presos); las organizaciones religiosas; las organizaciones de servicios relacionados con el sida; las organizaciones comunitarias; las organizaciones sindicales, las organizaciones de derechos humanos; etc. Nótese: El sector privado se considera por separado.

BAJO					ALTO
0	1	2	3	4	5

Comentarios y ejemplos:
Los representantes de personas afectadas y vulnerables participan en diversos Comités de la CONAMUSA haciendo seguimiento al PEM, monitoreo estratégico a los programas del Fondo, faltan mecanismos institucionales periódicos de revisión conjunta con la estrategia especialmente en la formulación del Presupuesto por Resultados

2.1.273. ¿En qué grado (en una escala de 0 a 5 donde 0 es “Bajo” y 5 es “Alto”) se incluyen los servicios suministrados por la sociedad civil en las áreas de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH en:

a. la estrategia nacional del VIH?

BAJO					ALTO
0	1	2	3	4	5

b. el presupuesto nacional relacionado con el VIH?

BAJO					ALTO
0	1	2	3	4	5

c. los informes nacionales del VIH?

BAJO					ALTO
0	1	2	3	4	5

Comentarios y ejemplos:

Podría decirse que las actividades y servicios de sociedad civil son transversales a lo que se hace desde la respuesta gubernamental, de hecho las intervenciones financiadas por el Fondo Mundial han sido ejecutadas por organizaciones comunitarias y no gubernamentales pero falta contar con mecanismos establecidos de coordinación entre Gobierno y sociedad civil, un trabajo más coordinado y transparente, un aspecto en el que debemos involucrarnos más es en la formulación y ejecución del PPr a nivel nacional y regional

2.1.284. ¿En qué grado (en una escala de 0 a 5 donde 0 es “Bajo” y 5 es “Alto”) se incluye a la sociedad civil en las tareas de V+E de la respuesta al VIH?

a. ¿En el desarrollo del plan nacional de V+E?

BAJO					ALTO
0	1	2	3	4	5

b. ¿En la participación en el comité nacional de V+E/ grupo de trabajo responsable de la coordinación de las actividades de V+E?

BAJO					ALTO
0	1	2	3	4	5

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

BAJO					ALTO
0	1	2	3	4	5

Comentarios y ejemplos:

No hay formalmente un Plan de Monitoreo y Evaluación nacional de VIH , tampoco en el anterior PEM por lo menos no hubo mecanismos formales y abiertos de Monitoreo más allá de los Comités de la CONAMUSA , que se han centrado más en la gestión de los programas del FM , La participación en el uso de los datos para la toma de decisiones es relativo , depende de que tan disponibles y accesibles están los datos y de que existan mecanismos para su análisis, la experiencia del Centro Virtual de Coordinación del Conocimiento es una iniciativa interesante en ese sentido

2.1.295. ¿En qué grado (en una escala de 0 a 5 donde 0 es “Bajo” y 5 es “Alto”) la representación del sector de la sociedad civil en los esfuerzos relacionados con el VIH incluye diversas organizaciones (redes de personas que viven con el VIH, de profesionales del sexo, y de organizaciones religiosas)?

BAJO					ALTO
0	1	2	3	4	5

Comentarios y ejemplos:

En principio, legalmente podemos decir que la representación de sociedad civil es bastante amplia: incluye universidades, iglesias, personas afectadas y vulnerables etc. En la practica el nivel de coordinación y consenso entre todo el sector de sociedad civil es bastante débil, actualmente el sector de las ONGs con trabajo en SIDA no está participando activamente desde hace más de un año

6. ¿En qué grado (en una escala de 0 a 5 donde 0 es “Bajo” y 5 es “Alto”) puede acceder la sociedad civil al:

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

BAJO					ALTO
0	1	2	3	4	5

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

BAJO					ALTO
0	1	2	3	4	5

Comentarios y ejemplos:

Los últimos 5 años los fondos para sociedad civil han procedido fundamentalmente de subvenciones del Fondo Mundial, en algunas regiones se ha logrado integrar actividades y programas de sociedad civil a los presupuestos participativos, de parte del Gobierno no existen iniciativas para financiar a la sociedad civil, en cuanto al apoyo técnico, muchas veces es la sociedad civil la que ofrece apoyo técnico al Gobierno, se destaca la contribución de las agencias del sistema de naciones unidas en este sentido

7. **¿Qué porcentaje de los siguientes programas/servicios relacionados con el VIH se estima que proporciona la sociedad civil?**

Prevención para las poblaciones clave				
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%
Transexuales	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Asesoramiento y pruebas	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Reducción del estigma y discriminación	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Servicios clínicos (Terapia antirretrovírica/IO)*	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Atención domiciliaria	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Programas para HNV**	<25%	25-50%	51-75%	>75%

*IO= Infecciones oportunistas

**HNV = Huérfanos y otros niños vulnerables

8. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos destinados a aumentar la participación de la sociedad civil en 2011?

Muy deficiente										Excelente
0	1	2	3	4.5	5	6	7	8	9	10

Desde 2009, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

- Representaciones de sociedad civil consolidadas a través de procesos democráticos
- Se han generado mecanismos de vigilancia de la atención en salud, el abastecimiento de ARVs; comités de seguimiento a las labores realizadas por los representantes
- Propuesta de Ronda X enfocada en poblaciones vulnerables

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

- Participación de ONGs en CONAMUSA debe retomarse y fortalecerse . hace 1 año que no tienen participación.
- Que las poblaciones vulnerables se incorporen como miembros del MCP por identidad, actualmente sólo tienen un asiento, y proceso de ponerse de acuerdo es complicado .
- Fragmentación: Si bien el FG ha invertido dinero para fortalecimiento de organizaciones, ha “matado” liderazgos y ha desarticulado tejido social y organizacional. Proyectos regionales también han fragmentado organizaciones nacionales. No hay agenda consensuada en sociedad civil, ni siquiera como organizaciones comunitaria.

II. APOYO Y LIDERAZGO POLÍTICOS

2.1.301. ¿Ha facilitado el gobierno, por medio del apoyo político y financiero, la participación de personas que viven con el VIH, las poblaciones clave y/u otras subpoblaciones vulnerables en la formulación de políticas y en la ejecución del programa gubernamental sobre el VIH?

Sí	No
----	----

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, describa algunos ejemplos de cuándo y cómo ha sucedido:

--

III. DERECHOS HUMANOS

1.1. ¿Dispone el país de leyes y reglamentaciones que protejan específicamente a ciertas poblaciones clave y otras subpoblaciones vulnerables de la discriminación? Rodee “sí” si la política se refiere específicamente a una de las siguientes poblaciones clave:

POBLACIONES CLAVE Y SUBPOBLACIONES VULNERABLES		
<i>Personas que viven con el VIH</i>	Sí	No
<i>Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres</i>	Sí	No
<i>Migrantes/poblaciones móviles</i>	Sí	No
<i>Huérfanos y otros niños vulnerables</i>	Sí	No
<i>Personas con discapacidades</i>	Sí	No
<i>Usuarios de drogas inyectables</i>	Sí	No
<i>Internos en prisiones</i>	Sí	No
<i>Profesionales del sexo</i>	Sí	No
<i>Transexuales</i>	Sí	No
<i>Mujeres y niñas</i>	Sí	No
<i>Jóvenes</i>	Sí	No
<i>Otras subpoblaciones vulnerables específicas⁴⁴ [especificar]:</i>	Sí	No

⁴⁴ Otras poblaciones vulnerables diferentes de las que se han mencionado anteriormente, que localmente han sido identificadas como poblaciones con gran riesgo de contraer la infección del VIH (p. ej., en orden alfabético: bisexuales, clientes de los profesionales del sexo, indígenas, personas desplazadas del país, prisioneros y refugiados)

1.2. ¿Dispone el país de una ley general (es decir, no específica a la discriminación relacionada con el VIH) contra la discriminación?

Sí

No

SI LA RESPUESTA a las preguntas 1.1 o 1.2 ES AFIRMATIVA, describa brevemente los contenidos de esas leyes:

La Ley 28867 que modifica el artículo 323 del Código Penal , sancionando con pena privativa de la libertad a quien discrimine a las personas por razones de raza, religión, factor genético, filiación, idioma, discapacidad, índole sexual o cualquier otra índole , sin embargo no incluye como causales de discriminación ni la identidad de género, la orientación sexual o el estado serológico

La Ley 28983 o “Ley de igualdad de oportunidades” se basa en los principios fundamentales de igualdad, respeto por la libertad, dignidad, seguridad, vida humana, así como el reconocimiento del carácter pluricultural y multilingüe de la nación peruana.

Explique brevemente los mecanismos establecidos para asegurar la aplicación de dichas leyes:

En el Perú, la discriminación es un delito, y según el ordenamiento jurídico nacional existen tres ámbitos de protección contra ella: constitucional, administrativo y penal.

La Constitución del Perú (1993) prohíbe la discriminación “por motivo de origen, raza, sexo, idioma, religión, opinión, condición económica o de cualquiera otra índole”. Para la protección de este derecho, la misma Constitución contempla el proceso constitucional de amparo, el cual está regulado por el Código Procesal Constitucional. Además está prohibida la discriminación en varios aspectos del ámbito administrativo: en el ejercicio de la función pública (Ley del Código de Ética de la Función Pública y su Reglamento), en el acceso a los centros de formación educativa (Código de los Niños y Adolescentes, Ley General de Educación, Ley

contra actos de discriminación), en ofertas de empleo y las relaciones laborales, Ley de Productividad y Competitividad Laboral, Reglamento de la Ley General de Inspección del Trabajo), así como en las relaciones de consumo (Ley de protección al consumidor). Cada norma explica cómo se entiende el delito, detalla el derecho relevante, e indica las entidades encargadas de investigar los casos de discriminación y las sanciones previstas.

Para la ley de igualdad de oportunidades se establecen como mecanismos de control los siguientes: El Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social es el ente rector, encargado de la igualdad de oportunidades para la mujer; en tal sentido, es el responsable de coordinar y vigilar la aplicación de la presente Ley por parte de las entidades del sector público y privado,

en los ámbitos nacional, regional y local.

b) La Presidencia del Consejo de Ministros sustenta ante el Pleno del Congreso de la República, anualmente, en el marco de la celebración del “Día Internacional de la Mujer”, los avances en el cumplimiento de la presente Ley. c) La presidencia de los gobiernos regionales debe incluir los avances del cumplimiento de la presente Ley, de acuerdo con lo previsto en la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales. Asimismo la Defensoría del Pueblo, la Organismo Nacional de Procesos Electoral, el Jurado Nacional de Elecciones y la Reniec deben informar anualmente sobre los avances en sus respectivas áreas Existe también un Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades que durante 2011 fue ampliamente revisado y consultado .

Comente brevemente en qué grado están siendo aplicadas actualmente:

La Ley 28867 citada anteriormente que prohíbe cualquier distinción, acción, etcétera, que tiene “el objeto” de discriminar. Al exigir este requisito, implica que para ser sancionado es necesario probar que la persona acusada tenía la intención de discriminar, no importa cuál haya sido el efecto. Dicho de otra manera, el agente debe saber que está discriminando a otra persona o grupo de personas, o que su actuación supone incitar o promover actos discriminatorios. El problema es que es muy difícil probar que la persona acusada tenía ese objetivo cuando actuó. ¿Cuál es la diferencia entre la intención y el efecto de discriminación?, la discriminación en el Perú es más una praxis social contra la que es muy difícil luchar.

En 2010 y 2011 Ha funcionado en el Congreso de la Republica un Grupo de Trabajo de Aplicación y Seguimiento a la Ley de Igualdad de Oportunidades, el cual tiene como objetivo fundamental verificar a nivel regional y local el establecimiento de planes, normas y políticas que garanticen la equidad y que busquen eliminar cualquier tipo de discriminación por razones de género.

Cabe precisar que hasta la fecha 16 Gobiernos Regionales han implementado sus Planes Regionales de Igualdad de Oportunidades (PRIO), se realizó una adecuada labor de control político a efectos que las demás Regiones puedan implementar dichos Planes y asimismo que se designen los presupuestos necesarios para la implementación de los mismos. Al respecto se solicitó informes a los Gobiernos Regionales sobre las acciones, normas aprobadas, presupuesto y respecto de sus PRIOS, y de esta forma determinar los avances en materia de implementación de la Ley de Igualdad de Oportunidades a nivel de los Gobiernos Regionales.

2.1.312. ¿Existen en el país leyes, reglamentos o políticas que supongan obstáculos⁴⁵ para la prevención, tratamiento, atención

Sí	No
-----------	----

⁴⁵ No tienen por qué ser necesariamente políticas o leyes específicas del VIH. Abarcan las políticas, leyes o regulaciones que pueden disuadir o dificultarles a las personas el acceso a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyos. Algunos ejemplos citados en los informes nacionales del pasado, entre otros, eran: “las leyes que criminalizan las relaciones con personas

y apoyo eficaces relacionados con el VIH para las poblaciones clave y otras subpoblaciones vulnerables?

2.1. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿para qué subpoblaciones?

POBLACIONES CLAVE Y SUBPOBLACIONES VULNERABLES		
<i>Personas que viven con el VIH</i>	Sí	No
<i>Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres</i>	Sí	No
<i>Migrantes/Poblaciones Móviles</i>	Sí	No
<i>Huérfanos y otros niños vulnerables</i>	Sí	No
<i>Personas con discapacidades</i>	Sí	No
<i>Usuarios de drogas inyectables</i>	Sí	No
<i>Internos en prisiones</i>	Sí	No
<i>Profesionales del sexo</i>	Sí	No
<i>Transexuales</i>	Sí	No
<i>Mujeres y niñas</i>	Sí	No
<i>Jóvenes</i>	Sí	No
<i>Otras poblaciones específicas vulnerables⁴⁶ [especificar]:</i>	Sí	No

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

del mismo sexo”, “las leyes que criminalizan la posesión de preservativos o de parafernalia de drogas”, “leyes sobre los vagabundos”; “leyes que impiden la importación de medicamentos genéricos”; “políticas que impiden la distribución o posesión de preservativos en prisiones”; “políticas que impiden a los no-ciudadanos acceder al tratamiento antirretrovírico”; “criminalización de la transmisión y exposición al VIH”, “leyes/derechos de patrimonio para las mujeres”, “leyes que prohíben facilitar información servicios sobre la salud sexual y reproductiva a los jóvenes”, etc.

⁴⁶Las subpoblaciones que no figuran en la lista de arriba, que hayan sido identificadas localmente como un grupo que corre un riesgo elevado de contraer la infección del VIH (p.ej., en orden alfabético) los bisexuales, clientes de los profesionales del sexo, indígenas, lesbianas, personas desplazadas dentro de su país, prisioneros, y refugiados) se pueden poner arriba si está de acuerdo.

En relación a los grupos más vulnerables (HSH, gay, trans) el problema no es tanto que existan leyes específicas sino el no reconocimiento de su existencia dentro de los principales instrumentos legislativos como la Constitución, el país no reconoce la orientación sexual como un motivo para la no discriminación mucho menos la identidad de género, en el caso de las trabajadoras sexuales aunque el trabajo sexual no es un delito y está regulado en la práctica se criminaliza el ejercicio del mismo, con respecto a los jóvenes (adolescentes) el artículo 4 de la ley general de Salud les categoriza como incapaces y la ley 28704 penaliza la relación sexual entre adolescentes al tipificarla como "violación".

Comente brevemente de qué forma suponen un obstáculo:

En el caso específico de los adolescentes y jóvenes, tanto el artículo 4 de la ley general de Salud como la ley 28704 penaliza de hecho la relación sexual entre adolescentes, funcionan como disuasivos y barrera para que estos se acerquen a los servicios de Salud sexual y reproductiva.

2.1.323. ¿Tiene el país una política, ley o regulación para reducir la violencia contra las mujeres, como, por ejemplo, las víctimas de agresiones sexuales o las mujeres que viven con el VIH?

Sí	No
-----------	----

Describa brevemente el contenido de la política, ley o regulación y las poblaciones a las que se refiere.

En el Perú existe el Decreto Ley 26260 conocido como la Ley de Protección frente a la violencia familiar en el Perú, hay un Plan Nacional contra la violencia hacia la mujer y más recientemente se aprobó una ley que penaliza el feminicidio con penas privativas de la libertad más severas, no existen sin embargo medidas específicas para proteger de la violencia a las mujeres con VIH.

2.1.33

2.1.344. ¿Se menciona explícitamente en alguna de las políticas o estrategias del VIH la promoción y la protección de los derechos humanos?

Sí	No
-----------	----

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, describa brevemente cómo se menciona a los derechos

humanos en esta política o estrategia del VIH:

Tanto en la ley 26626 y su modificatoria como en el Plan Estratégico Multisectorial se mencionan los derechos humanos como enfoque transversal a todas las intervenciones

2.1.355. ¿Hay algún mecanismo que registre, documente y trate los casos de discriminación experimentados por las personas que viven con el VIH, las poblaciones clave y otras poblaciones vulnerables?

Sí

No

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, describa brevemente dicho mecanismo:

La Defensoría del Pueblo cuenta con un sistema de denuncias cuando una persona es maltratada por una dependencia del sector publico además en los dos últimos años ha publicado dos informes defensoriales de supervisión de la calidad de la atención en los servicios relacionados al VIH, desde sociedad existen los informes anuales de DD.HH de la población TLGB pero solo reportan no tienen nivel resolutivo , asimismo existe el Grupo Impulsor de Vigilancia del Abastecimiento de medicamentos antirretrovirales (GIVAR) que coordina acciones administrativas y reporta las denuncias y casos de desabastecimiento, más recientemente se ha generado un sistema de vigilancia de la atención en salud para las PVVS desde la Coordinadora Peruana de PVVS.

2.1.36

2.1.376. ¿Tiene el país establecida una política o estrategia de gratuidad para los siguientes servicios? Indique si los siguientes servicios se facilitan de forma gratuita a todas las personas, a algunas personas o a nadie en absoluto (Rodee “Sí” o “No” según corresponda).

	Se facilitan gratis para todas las personas del país	Se facilitan gratis para algunas personas del país	Se facilitan, pero hay que pagar un precio
--	--	--	--

Tratamiento antirretrovírico	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Servicios de prevención del VIH⁴⁷	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Intervenciones de atención y apoyo relacionados con el VIH	Sí	No	Sí	No	Sí	No

Si corresponde, indique qué poblaciones se han identificado como prioritarias y para qué servicios.

Los servicios de prevención del VIH están dirigidos fundamentalmente a los grupos epidemiológicamente más expuestos (HSH, gay y trans) aunque también son un grupo prioritario las mujeres gestantes.

2.1.38 7. ¿Dispone el país de una política o estrategia que asegure a varones y mujeres la igualdad en el acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?

Sí No

7.1. En concreto, ¿tiene establecida el país una política que asegure el acceso de las mujeres a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH fuera del contexto del embarazo y del parto?

Sí No

2.1.39 8. ¿Dispone el país de una estrategia o política que asegure a las poblaciones clave y/o a otras subpoblaciones vulnerables la igualdad en el acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?

Sí No

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, describa brevemente el contenido de dicha política/estrategia y las poblaciones incluidas:

⁴⁷ Tales como: seguridad hematológica, promoción del preservativo, reducción de daños para los usuarios de drogas inyectables, prevención del VIH para los jóvenes no escolarizados, prevención del VIH en el lugar de trabajo, asesoramiento y pruebas del VIH, IEC⁴⁷ sobre reducción del riesgo, IEC sobre la reducción del estigma y la discriminación, prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH, prevención para las personas que viven con el VIH, servicios de salud reproductiva como la prevención y tratamiento de las ITS, reducción del riesgo para las parejas íntimas de las poblaciones clave, reducción del riesgo para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, reducción del riesgo para los profesionales del sexo, educación escolar sobre el VIH para los jóvenes y precauciones universales en el entorno de la atención sanitaria.

La ley de igualdad de oportunidades (28893) considera entre sus principales lineamientos:

- Promover y garantizar la participación plena y efectiva de mujeres y hombres en
- la consolidación del sistema democrático.
- Garantizar la participación y el desarrollo de los mecanismos de vigilancia
- ciudadana para el cumplimiento de las políticas de igualdad de oportunidades
- entre mujeres y hombres.
- Garantizar el derecho a la salud en cuanto a la disponibilidad, calidad,
- aceptabilidad y accesibilidad a los servicios, con especial énfasis en la vigencia
- de los derechos sexuales y reproductivos, la prevención del embarazo
- adolescente, y en particular el derecho a la maternidad segura.
- Garantizar que los programas de salud den cobertura integral a la población en
- situación de extrema pobreza y pobreza, en los riesgos de enfermedad y
- maternidad, sin discriminación alguna, de acuerdo a ley.

8.1. *SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿incluye esta política/estrategia*

Sí

No

diferentes tipos de enfoques que aseguran la igualdad en el acceso de las distintas poblaciones clave y/u otras subpoblaciones vulnerables?

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, explique brevemente los diferentes tipos de enfoques que aseguran la igualdad en el acceso de las distintas poblaciones:

2.1.40 9. ¿Tiene establecida el país una política que prohíba las pruebas sistemáticas del VIH a efectos generales de trabajo y empleo (contratación, funciones/traslados, designación, promoción, cese)?

Sí

No

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, describa brevemente el contenido de la política o ley:

La Resolución Ministerial 376-2008 –TR establece: Está prohibido exigir la prueba del VIH o la exhibición del resultado de ésta, al momento de contratar trabajadores, durante la relación laboral o como requisito para continuar en el trabajo.

- Es nulo el despido basado en que el trabajador es una persona con VIH, así como todo acto dentro de la relación laboral fundado en esta condición.
- Para garantizar la autonomía de la voluntad del trabajador y la confidencialidad de las pruebas del VIH y sus resultados, éstas no pueden ser realizadas por el empleador, o por otro que éste vinculado económicamente a éste.

- Deberá brindarse apoyo y asistencia a sus trabajadores infectados o afectados a consecuencia del VIH y SIDA.
- Constituye falta laboral todo acto discriminatorio de un trabajador real o supuestamente VIH-positivo.

10. ¿Tiene el país los siguientes mecanismos de vigilancia que aseguren el respeto de los derechos humanos?

a. *Existencia de las instituciones nacionales para la promoción y protección de los derechos humanos, incluidas comisiones de derechos humanos, de reforma de la legislación, organismos de control y defensores del pueblo que consideren como parte de su ámbito de trabajo los asuntos relacionados con el VIH.*

Sí	No
----	----

b. *Indicadores del desempeño y patrones de referencia para el cumplimiento de las normas de derechos humanos en el contexto de los esfuerzos relacionados con el VIH.*

Sí	No
----	----

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA en cualquiera de las preguntas formuladas arriba, describa alguno ejemplos:

Existe el Consejo Nacional de Derechos Humanos dependiente del Ministerio de Justicia, la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos compuesta por organizaciones de sociedad civil. la Defensoría del Pueblo que ha incluido el VIH en su Plan Estratégico institucional , un instrumento para contrastar los avances es el Plan Nacional de Derechos Humanos.

11. En los últimos 2 años, ¿han tenido lugar las siguientes actividades de formación y/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)⁴⁸?*

Sí	No
----	----

b. *Programas para los miembros del fortalecimiento de la ley y del sistema judicial⁴⁹ sobre el VIH y los problemas relacionados con los derechos*

Sí	No
----	----

48 Incluye, por ejemplo, las campañas de sensibilización para conocer tus derechos, que son campañas que favorecen a los afectados por el VIH y les dan la capacidad de conocer sus derechos y las leyes en el contexto de la epidemia (véase Nota sobre las Directrices de ONUSIDA: tratando las leyes relacionadas con el VIH a nivel nacional. Trabajo, 30 de abril de 2008)

humanos que pueden surgir en el contexto de su trabajo?

12. ¿Están disponibles en el país los siguientes servicios de apoyo jurídico?

Sí	No
----	----

a. *Sistemas de ayuda jurídica para el trabajo de asistencia relacionado con el VIH*

b. *Bufetes jurídicos del sector privado o centros jurídicos vinculados a la*

Sí	No
----	----

Universidad que ofrezcan servicios de asesoría jurídica gratuitos o a un precio reducido a las personas que viven con el VIH.

2.1.4113. ¿Existen programas diseñados a reducir el estigma y la discriminación vinculados al VIH?

Sí	No
----	----

<i>SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿qué tipos de programas?</i>		
<i>Programas para los trabajadores de la atención sanitaria</i>	Sí	No
<i>Programas para los medios de comunicación</i>	Sí	No
<i>Programas en el lugar de trabajo</i>	Sí	No
<i>Otros [especificar]:</i>	Sí	No

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 regulaciones que hay para promover y proteger los derechos humanos en relación con el VIH en 2011?

Muy deficiente		Excelente
----------------	--	-----------

49 Incluye, por ejemplo, a los jueces, magistrados, abogados, policía, comisarios de los derechos humanos y jueces del tribunal de empleo o comisarios.

0	1	2	3	4.0	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	-----	---	---	---	---	---	----

Desde 2009, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

- Normas y directivas emitidas por el MINTRA para la prevención en el lugar de trabajo
- Ordenanzas regionales contra el estigma y discriminación
- Mayor Visibilización de la agenda trans de Derechos Humanos
- Ley contra el feminicidio: Modificación del Código 170 del Código Penal: La norma modifica el artículo 170 del Código Penal, y agrega lo siguiente: “El que a sabiendas, mata a su ascendiente, descendiente, natural o adoptivo, o a quien es o ha sido su cónyuge o conviviente, o con quien esté sosteniendo o haya sostenido una relación de afectividad aún sin convivencia, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de 15 años”. Sin embargo, el castigo no será menor de 25 años cuando se presenten circunstancias agravantes.
- Se han desarrollado mecanismos de reporte de los casos de violación de derechos desde la Defensoría del Pueblo con sus informes defensoriales
- Sentencias del tribunal constitucional que convierten en sujetos de protección especial a las PVVS

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

- El Plan Nacional de Derechos Humanos no incluye la agenda TLGB
- La Ley contra la discriminación (28867) no considera la orientación sexual, estado serológico o identidad como causales específicas. No existen leyes específicas para proteger de la discriminación a las poblaciones clave
- Violencia institucional hacia población TLGB persiste
- Ley 26626 y 28243 (contrasida) no está reglamentada lo que dificulta su implementación
- Penalización de las relaciones sexuales entre adolescentes
- No hay disponibles servicios de asesoría jurídica gratuita o a bajo costo para atender asuntos relacionados con el VIH
- Art 4 Ley General de Salud limita el acceso a servicios a los adolescentes por considerarlos “incapaces”
- Fomentar cultura de denuncia y uso de los recursos de judicialización
- Código Civil (art 241) limita posibilidad de matrimonio a PVVS: No pueden contraer matrimonio;1. Los adolescentes. El juez puede dispensar este impedimento por motivos justificados, siempre que los contrayentes tengan, como mínimo, dieciséis años cumplidos y manifiesten expresamente su voluntad de casarse. (*) 2.- **Los que adolecieren de enfermedad crónica, contagiosa y trasmisible por herencia, o de vicio que constituya peligro para la prole.** 3.- Los que padecieren crónicamente de enfermedad mental, aunque tengan intervalos lúcidos.4.- Los sordomudos, los ciegosordos y los ciegomudos que no supieren expresar su voluntad de manera indubitable.5.- Los casados.
- Ley de igualdad de oportunidades
- No reconocimiento legal del Trabajo Sexual
- Criminalización del Trabajo Sexual: normativas municipalidades que persiguen y criminalizan a TS; Lince multa a TS con 2,500 por ejercer TS; se toma como proxeneta a la TS que alquila un dpto. para trabajar. Si hay dos en un dpto., se llevan a una al

penal por “proxenetismo”; cobran multas reiteradamente. Persecución a las TS desde gobiernos locales

- Derechos sexuales y reproductivos de las personas que viven con VIH, no son respetados. No hay servicios para ellos, si deciden tener hijos no tienen orientación.

15 *En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría el esfuerzo de implementación de políticas, leyes y regulaciones relacionadas con los derechos humanos en 2011?*

Muy deficiente										Excelentes
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Desde 2009, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

No ha habido logros significativos en el periodo del reporte a pesar de la profusión de normas y leyes existentes

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

- No hay una cultura de denuncia, las personas están acostumbradas a que el “sistema no funciona”
- Inexistencia de servicios legales accesibles para judicializar casos de VIH/SIDA
- Posiciones ideológicas ultra conservadoras que se oponen al acceso de adolescentes a servicios de prevención

IV. PREVENCIÓN

2.1.421. ¿Ha identificado el país las necesidades específicas de los programas de prevención del VIH?

Sí No

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

Aunque en el PEM se determinaron poblaciones objetivo, no ha ocurrido una discusión abierta y profunda sobre las estimaciones reales de necesidades de cobertura de las diferentes poblaciones, esta subestimación impide una verdadera aceleración hacia las metas de acceso universal, el uso de diferentes métodos de estimación de los escenarios es un obstáculo para la adecuada planificación y programación de los recursos. Los programas de prevención que se han ejecutado con relativo éxito (gestantes y mujeres en edad fértil) se han ampliado en base a las subvenciones del Fondo Mundial, al igual que los servicios de despistaje y tratamiento de ITS para las poblaciones más vulnerables

SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, ¿cómo se están ampliando los programas de prevención del VIH?

1.1 ¿En qué grado se han ejecutado los siguientes componentes de prevención del VIH?

Componente de prevención del VIH	La mayoría de las personas necesitadas dispone de acceso a...				
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	N/C
<i>Seguridad hematológica</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Promoción del preservativo</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Reducción de daños para los usuarios de drogas inyectables</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Prevención del VIH para los jóvenes no escolarizados</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Prevención del VIH en el lugar de trabajo</i>	1	2	3	4	N/C

Asesoramiento y pruebas del VIH	1	2	3	4	N/C
IEC⁵⁰ sobre reducción del riesgo	1	2	3	4	N/C
IEC sobre la reducción del estigma y la discriminación	1	2	3	4	N/C
Prevención de la transmisión materno infantil del VIH	1	2	3	4	N/C
Prevención para las personas que viven con el VIH	1	2	3	4	N/C
Servicios de salud reproductiva, incluidos la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual	1	2	3	4	N/C
Reducción del riesgo para los parejas íntimas de las poblaciones clave	1	2	3	4	N/C
Reducción del riesgo para los Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	1	2	3	4	N/C
Reducción del riesgo para los profesionales del sexo	1	2	3	4	N/C
Educación escolar sobre el VIH para jóvenes	1	2	3	4	N/C
Precauciones universales en entornos	1	2	3	4	N/C

50 IEC = información, educación, comunicación

<i>de atención sanitaria</i>					
Otros[especificar]:	1	2	3	4	N/C

2. *En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos realizados en la ejecución de los programas de prevención del VIH en 2011?*

Muy deficiente										Excelente
0	1	2	3	4.3	5	6	7	8	9	10

Desde 2009, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

- Integración de ESI en el MINEDU

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

- Los modelos de prevención no respetan la epidemia, los estudios demuestran que no se ha trabajado con LTGB más jóvenes. se ha retrocedido, estamos estancados en modelos anteriores
- identificar estrategias de prevención adecuadas a la realidad de cada comunidad, percibir a las poblaciones vulnerables como un solo bloque , es irreal.
- El estado permite la influencia de los sectores conservadores y esto atenta contra la política de prevención.
- Abordar otras vulnerabilidades: prevención en comunidades indígenas o afroperuanas
- Discutir seriamente aspectos críticos para la prevención como la obligatoriedad de la prueba
- Desabastecimiento de insumos de prevención
- Mayor énfasis en lo recuperativo no se invierte en promoción de la salud
- Mejorar la oferta de servicios de prevención
- Criminalización del TS y también del uso de condón. La policía les quita condones a TS y a promotores, porque es “prueba” de que son TS.

V. TRATAMIENTO, ATENCIÓN Y APOYO

2.1.431. ¿Ha identificado el país los elementos esenciales necesarios en los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?

Sí	No
-----------	----

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, identifique brevemente los elementos y qué se ha priorizado:

La ley 28243 describe los elementos de la atención integral desde la óptica del Estado :

La atención integral de salud comprende las siguientes intervenciones en salud

- a. Acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento, monitoreo, consejería pre y post diagnóstico, rehabilitación y reinserción social;
- b. Atención ambulatoria, hospitalaria, domiciliaria y/o comunitaria;
- c. El suministro de medicamentos requeridos para el tratamiento adecuado e integral de la infección por el VIH y SIDA, que en el momento se consideren eficaces para prolongar y mejorar la calidad de vida de las PVVS, estableciendo la gratuidad progresiva en el tratamiento antirretroviral, con prioridad en las personas en situaciones de vulnerabilidad y pobreza extrema;
- d. La provisión de recursos humanos, logísticos e infraestructura necesarios para mantener, recuperar y rehabilitar el estado de salud de las PVVS; se ha dado prioridad al diagnóstico oportuno de la mujer gestante y a la entrega de terapia antirretroviral

Identifique brevemente cómo los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH se están ampliando

En algunas regiones se está desconcentrando el tratamiento antirretroviral y entre 2010/2011 se han implementado con recursos del Fondo Mundial centros de atención integral a las familias viviendo con VIH, asimismo en algunas regiones las personas con VIH están recibiendo apoyo del SIS o del AUS lo que disminuye el impacto sobre el gasto de bolsillo

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

Servicio de tratamiento, atención y apoyo del VIH	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	N/C
<i>Terapia antirretrovírica</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Terapia antirretrovírica para los pacientes de tuberculosis</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Profilaxis con cotrimoxazol en personas que viven con el VIH</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Diagnóstico infantil precoz</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Atención y apoyo relacionados con el VIH en el lugar de trabajo (incluidos acuerdos de trabajo alternativos)</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Asesoramiento y pruebas del VIH a las personas con tuberculosis</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Servicios de tratamiento del VIH en el lugar de trabajo o sistemas de derivación para tratamiento a través del lugar de trabajo</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Atención nutricional</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Tratamiento pediátrico del sida</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Provisión a las mujeres de terapia antirretrovírica tras el parto</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Profilaxis posterior a la exposición para una exposición no ocupacional (p.ej. agresión sexual)</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Profilaxis posterior a la exposición para una exposición ocupacional del VIH</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Apoyo psicosocial para las personas que viven con el VIH y para sus familias</i>	1	2	3	4	N/C
<i>Gestión de la infección transmitida por vía sexual</i>	1	2	3	4	N/C

Control de la infección de tuberculosis y tratamiento del VIH en centros sanitarios	1	2	3	4	N/C
Terapia preventiva de la tuberculosis para las personas que viven con el VIH	1	2	3	4	N/C
Realización de pruebas de la tuberculosis a las personas que viven con el VIH	1	2	3	4	N/C
Tratamiento de las infecciones comunes relacionadas con el VIH	1	2	3	4	N/C
Otros[especificar]:	1	2	3	4	N/C

1.2. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos llevados a cabo en la implementación de los programas de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH en 2011?

Muy deficiente										Excelente
0	1	2	3	4.1	5.6	6	7	8	9	10

Desde 2009, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

No se ha registrado logros importantes durante el periodo de reporte

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

- Falta de un enfoque más comprehensivo de las intervenciones de tratamiento que tome en cuenta variables como género, interculturalidad, pobreza, violencia etc.
- Mejorar la cadena de suministros de medicamentos para resolver el problema de los desabastecimientos, que es grave, desde el 2010
- Implementación de sistema de monitoreo de la adherencia
- Asegurar Sostenibilidad de intervenciones como Consejería entre pares, prevención positiva y tratamiento de infecciones oportunistas no está asegurada
- Actualización URGENTE y periódica de normas técnicas de tratamiento y adherencia con participación de las PVVS

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

Sí	No
----	----

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

Sí	No
----	----

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

Sí	No
----	----

2.3. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿tiene el país una estimación de los huérfanos y niños vulnerables a los que le llegan las intervenciones existentes?

Sí	No
----	----

2.4. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿a qué porcentaje de los huérfanos y los niños vulnerables se está llegando?

	%
--	---

Anexo 3:

Políticas y Compromisos nacionales sobre VIH/SIDA: Resultados del Instrumento de Observación sobre Compromisos y Políticas Nacionales acerca de VIH/SIDA (ICPN)

Descripción del proceso

El proceso de recopilación y validación de datos para completar el Instrumento de Observación de Compromisos y Políticas nacionales se realizó en cuatro momentos:

1. Revisión de fuentes secundarias: se revisaron los siguientes documentos:

- Plan Estratégico Multisectorial para la prevención y control del VIH/SIDA
- Plan de Desarrollo Nacional al 2021 “Plan Bicentenario”
- Documento de Evaluación del PEM 2007-2011
- Informe de Derechos Humanos TLGB y trans
- Informe de evaluación del Programa de Ronda V del Fondo Mundial
- Plan de Igualdad de Oportunidades

2. Entrevistas a actores del sector gubernamental y no gubernamental:

Se entrevistó a 9 representantes del sector gubernamental del MINSA, INPE, Ministerio de Trabajo, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, CONAMUSA y a 10 representantes del sector no gubernamental: Red Peruana de Mujeres con VIH, Red Sida Perú, Red Peruana TLGB, Coordinadora Nacional de Derechos Humanos; Grupo Impulsor de Vigilancia del abastecimiento de ARVs; LGBT Legal, ONUSIDA, USAID y Objetivo 4 de la subvención de Ronda VI del Fondo Mundial

3. Reuniones de Validación con sector gubernamental y sociedad civil:

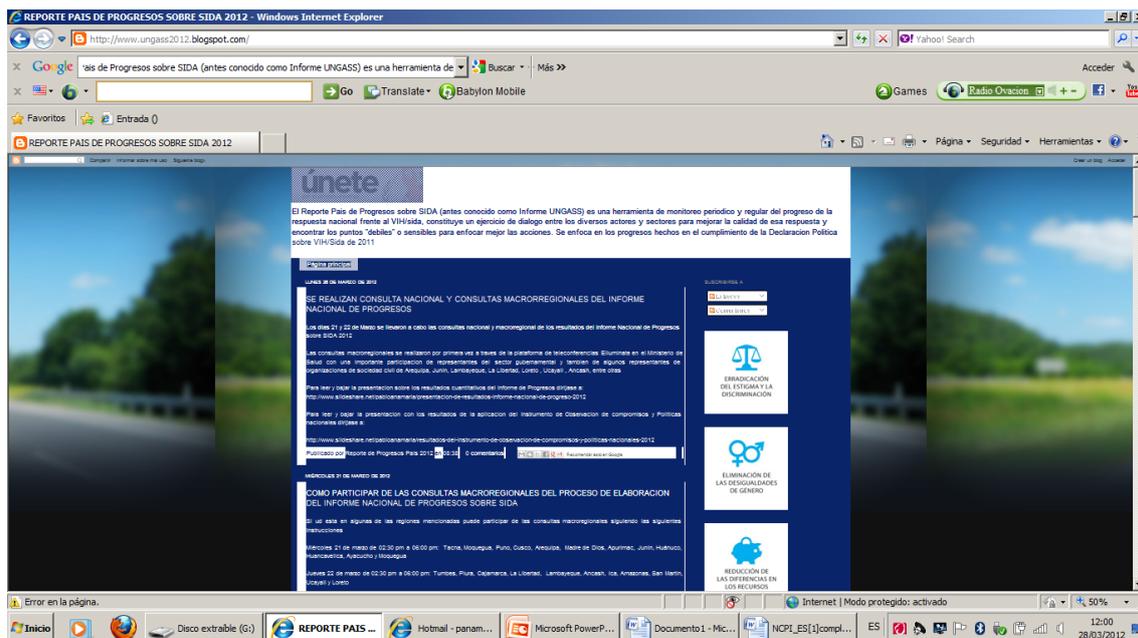
Realizadas ambas el 02 de Marzo del 2012, contamos con la participación de 11 personas del sector gubernamental y 13 del sector no gubernamental

4. Consultas macro regionales: llevadas a cabo con la plataforma Elluminate en las siguientes fechas :

Miércoles 21 de marzo de 02:30 pm a 06:00 pm: Tacna, Moquegua, Puno, Cusco, Arequipa, Madre de Dios, Apurímac, Junín, Huánuco, Huancavelica, Ayacucho y Moquegua

Jueves 22 de marzo de 02:30 pm a 06:00 pm: Tumbes, Piura, Cajamarca, La Libertad, Lambayeque, Ancash, Ica, Amazonas, San Martín, Ucayali y Loreto

Durante el proceso se contó con un blog: www.ungass2012.blogspot.com , y una fan page en Facebook UNGASS Perú.



CUADRO GENERAL DE RESULTADOS INSTRUMENTO DE OBSERVACION DE COMPROMISOS Y POLITICAS NACIONALES (PARTE A Y PARTE B)

Parte A: Organismos Gubernamentales

INDICADOR	FUENTE	2006	2008	2010	2012
Promedio de calificación sobre los esfuerzos de planificación estratégica sobre VIH en el país	ICPN	2.5	5	5.0	5.8
Promedio de calificación acerca del apoyo político en los programas de VIH/sida	ICPN	2.5	4.3	4.9	6.6
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos políticos y de aplicación de los programas de prevención del VIH/sida	ICPN	3.1	5.2	5.2	6.1
Promedio de calificación en los esfuerzos dedicados a la ejecución de programas de tratamiento, atención y apoyo del VIH/SIDA	ICPN	No reportado	No reportado	5.8	5.0
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos Para satisfacer las necesidades de los huérfanos y otros niños vulnerables	ICPN	1.3	2.8	1.0	1.4
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos de vigilancia y evaluación del programa del Sida	ICPN	3.6	6.3	6.4	3.6

Parte B: Organizaciones No gubernamentales; Cooperación Internacional; Poblaciones mas vulnerables y personas con VIH

INDICADOR	FUENTE	2006	2008	2010	2012
Promedio de calificación acerca de las políticas, leyes y reglamentaciones establecidas para promover y proteger los derechos humanos en relación con el VIH/sida	ICPN	3.3	5.6	4.6	4.0
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos para aumentar la participación de la sociedad civil	ICPN	3.8	5.4	4.3	4.5
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos hechos en la aplicación de los programas de prevención del VIH/sida	ICPN	3.2	4.4	4.3	4.3
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos realizados en la aplicación de los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con en VIH/sida.	ICPN	4.1	6.5	5.9	4.1

1.- Planificación Estratégica, Apoyo Político, Multisectorialidad y descentralización

EL ESTADO

En relación a la calificación otorgada en el ICPN por los funcionarios gubernamentales entrevistados sobre los esfuerzos de planificación estratégica en VIH hechos en el país encontramos las siguientes tendencias desde el reporte del 2006

INDICADOR	FUENTE	2006	2008	2010	2012
Promedio de calificación sobre los esfuerzos de planificación estratégica sobre VIH en el país	ICPN	2.5	5	5.0	5.8

Observamos que entre el reporte del 2010 (5.0) y el 2012 (5.8) se indica un pequeño repunte , se señala como **principal avance** el proceso de planificación estratégica descentralizada y se observa con optimismo el reconocimiento de los PERMS en el ámbito regional , asimismo se señala como un avance importante la inclusión dentro del Plan de Desarrollo Nacional de un Programa Estratégico sobre TBC y VIH y la implementación del Presupuesto por Resultados como herramienta para vincular el gasto con resultados concretos

A nivel de desafíos o problemas a enfrentar a futuro en esta área se mencionaron los siguientes: Involucramiento efectivo de mas Ministerios, Debilidades en el sistema de información que no permiten el establecimiento de metas claras que respondan realmente a

las necesidades reales de las poblaciones, falta de un enfoque realmente multisectorial, no todos los sectores cuentan con un compromiso financiero sólido, perfeccionar los métodos de análisis que permitan estimar apropiadamente el gasto y las necesidades actuales y futuras necesidad de Construir un sistema de Monitoreo multisectorial y Fortalecer la participación social y comunitaria especialmente el área de control ciudadano

Planificación Estratégica

En el Perú existen una serie de políticas de diferente nivel (desde Planes hasta lineamientos) relacionados directa o transversalmente con el VIH/SIDA, en el siguiente cuadro señalamos las más importantes

Acuerdo Nacional	Conjunto de políticas de Estado elaboradas y aprobadas sobre la base del diálogo y del consenso, luego de un proceso de talleres y consultas a nivel nacional, con el fin de definir un rumbo para el desarrollo sostenible del país y afirmar su gobernabilidad democrática. La suscripción del Acuerdo Nacional se llevó a cabo en un acto solemne en Palacio de Gobierno, el 22 de julio de 2002, En el marco de la decimotercera política de Estado contenida en el Acuerdo Nacional se contempló, como un compromiso de corto plazo respondiendo a la coyuntura en la que el acceso al tratamiento antirretroviral se había posicionado en la agenda pública “promover mecanismos para la adquisición por parte del Estado de antirretrovirales contra el SIDA, que permita ampliar la cobertura” Asimismo, respecto al VIH/Sida, El Acuerdo Nacional estableció la meta de <i>reducir al 8% la transmisión Vertical de VIH mediante acceso a tratamiento antirretroviral y apoyo social a la Madre gestante, al 2011. No hace referencia a las poblaciones mas vulnerables</i>
Plan Nacional Concertado en Salud	Aprobado en Julio del 2007, estableció Objetivos y metas sanitarias hasta el 2011 en consonancia con los lineamientos de política sectorial de Salud al 2020 Precisamente, el segundo lineamiento está referido a la vigilancia, prevención y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, entre las cuales se encuentra el VIH/Sida. Asimismo, dentro de los objetivos sanitarios nacionales del Plan, el Objetivo 4 está dirigido al control de las enfermedades transmisibles como la tuberculosis, el VIH/Sida y la malaria ³ y establece como meta 2011–2020 la siguiente: <i>“Las personas deberán tener acceso a prevención, tratamiento antirretroviral y atención integral de calidad Existirá la información necesaria que asegure estilos de vida saludables y previene estas enfermedades, especialmente en quienes tienen mayor exposición al VIH. Ninguna persona será discriminada por ser portadora de estas enfermedades o por su orientación sexual o cualquier otra característica. Los organismos del Estado y la cooperación internacional movilizan recursos y trabajan juntos para lograrlo.”</i> , incorporo los 9 objetivos estratégicos del PEM VIH 2009-2011
Plan Nacional de Derechos Humanos	<p>El Plan Nacional de Derechos Humanos (en adelante, PNDH) elaborado por el Consejo Nacional de Derechos Humanos *fue aprobado mediante Decreto Supremo N° 017-2005-JUS, el 10 de diciembre de 2005, disponiéndose en el Artículo Segundo, su publicación y difusión para su adecuada y oportuna implementación en el ámbito nacional. Posteriormente, con fecha 29 de diciembre de 2010, mediante Decreto Supremo N° 021-2010-JUS se aprobó que el PNDH extienda su periodo de vigencia hasta el 31 de diciembre de 2011, a fin que pudiera realizarse una evaluación del mismo del periodo 2006-2010.</p> <p>El PNDH se estructura en 4 Lineamientos Estratégicos (LE): LE 1: Institucionalizar y transversalizar el enfoque de DDHH en las políticas públicas. LE 2: Contribuir a la difusión del enfoque de DDHH en las instituciones del Estado y la sociedad civil. LE 3: Asegurar la plena vigencia de los derechos humanos integrales. LE 4: Implementar Políticas afirmativas a favor de los derechos de los sectores de la población en condición de mayor vulnerabilidad, en condición de igualdad de trato y sin discriminación.</p> <p>El PNDH como (OE1), del Lineamiento 3 “entre los cuales se encuentran los derechos económicos, sociales y culturales; y, dentro de éstos, el derecho a la salud, se señala: <i>Derecho a la Salud Resultado 1: Se fortalece la normativa e institucionalidad en vigor, en orden a promover y proteger el derecho a la salud, implementando disposiciones precisas para desarrollar cada una de las estrategias sanitarias actualmente en vigor.</i> Asimismo, en el marco del mismo lineamiento cual propone, como Objetivo Estratégico 8 (OE8) “Garantizar</p>

	<p>los derechos de las personas con VIH/Sida”, con relación al cual establece: <i>Resultado1:Se brinda atención integral de calidad a personas viviendo con VIH/Sida en los establecimientos de salud</i></p> <p><i>El Plan no considera asuntos como la orientación sexual o la identidad de género dentro de sus orientaciones políticas o programáticas</i></p>
Plan Nacional de acción por la infancia y adolescencia 2011-2021	El Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2011-2021 (PNAIA 2021), es el instrumento de Política de Estado donde se señalan las políticas públicas sobre niñez y adolescencia del país, indicando la agenda sobre la cual el Perú debe trabajar hacia el año 2021, aun cuando no está aprobado oficialmente , incluye en la última versión borrador hecha en Febrero del 2011 dentro del Objetivo Estratégico 3 Consolidar el crecimiento y desarrollo integral de las y los adolescentes de 12 a 17 años el Resultado Esperado 14 Se reduce la infección de VIH/SIDA en las y los adolescentes
Ley Marco sobre Aseguramiento Universal en Salud	Promulgada por el Congreso de la República, esta Ley marco garantiza el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, que permite Acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). Todas las entidades públicas y privadas o mixtas se encuentran sujetas a la ley. El aseguramiento Universal en Salud se entiende como un proceso gradual y sostenido que dote a todos los peruanos de un seguro en salud sobre la base de un paquete De atenciones definido por ley. El MINSA, cumple la función rectora, creándose una Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud. Para el VIH/sida esta ley es sumamente importante porque implica un mayor alcance para su prevención y tratamiento
Lineamientos de Política Nacional de Juventudes	Aprobados por Decreto Supremo 061-2005 PCM del 2005, modifican la Política Nacional de Juventud promulgada en 2001 , en el Lineamiento de Política 6 sobre Promover estilos y entornos de vida saludable señalan como estrategia: Promoción de hábitos y estilos de vida saludable mediante programas de prevención de las ITS, VIH, violencia sexual y familiar

Cabe destacar asimismo, la elaboración del Plan Estratégico de Desarrollo Nacional, que contiene los lineamientos de política, las prioridades, los objetivos, metas y definición de las acciones de orden estratégico que se seguirán para el desarrollo del país con miras a lo que el Perú desea alcanzar al año 2021. El plan estratégico lleva por título [“Plan Bicentenario: El Perú hacia el 2021”](#) y ha sido aprobado por [Decreto Supremo N°054-2011-PCM](#) del 22 de junio del 2011, este documento contiene las políticas nacionales de desarrollo que deberá seguir el Perú en los próximos diez años por lo cual todos los sectores del Estado deben de ajustar sus actividades y/o implementar acciones para el logro de las metas señaladas. Dentro de los Proyectos y Programas que contemplan el Plan Bicentenario se encuentra el **Programa Estratégico de Tuberculosis y VIH**, que busca la reducción de la epidemia del VIH a nivel nacional y que a partir del presente año se ha empezado a ejecutar por medio del Presupuesto por Resultados (PpR). El Presupuesto por Resultados (PpR) constituye un nuevo enfoque que el Estado Peruano está empezando a utilizar para elaborar el presupuesto público en el que los recursos públicos se asignan, ejecutan y evalúan en función a cambios específicos que se quieren alcanzar en favor del bienestar de la ciudadanía.⁵¹ Lograr estos cambios, supone producir resultados que mejoren notoriamente las condiciones de vida de las personas. Así, a diferencia de otros enfoques, el PpR considera y recoge una visión del desarrollo que queremos alcanzar y el presupuesto es empleado articulando acciones y actores responsables en el sector público para la consecución de resultados que mejoren las condiciones y la calidad de vida de la población. El PpR no es una manera de obtener mayores recursos, sino de optimizar los recursos que ya se tienen para que los gastemos mejor y logremos mejores

⁵¹ Directiva General para la Programación y Formulación del Presupuesto del Sector Público Publicada en el Diario Oficial El Peruano mediante Resolución Directoral N° 022 –2009-EF/76.01, el 23 de mayo de 2009.

resultados. Aunque puede ser muy útil para sustentar sólidamente mayores requerimientos presupuestarios cuando sea necesario. Una característica importante de los programas estratégicos que presenta el Plan Bicentenario es que son multisectoriales, con ello se abordaría la problemática del VIH de manera multisectorial y no solo del punto de vista sanitario. Un desafío a este nivel es la correcta implementación de estos presupuestos y que el gasto se haga de manera racional y verdaderamente estratégica; por ejemplo el MEF reporto en el 3er Trimestre del 2011 que el producto del Programa Presupuestal TBC y VIH *Personas Diagnosticadas con VIH que acuden a los servicios y reciben atención integral tuvo una ejecución del 21,5%.*⁵², para ello el Estado ha facilitado un mecanismo que permite a la ciudadanía hacer seguimiento del dinero comprometido y si se esta gastando como se debe: El Sistema de Administración Financiera (SIAF) que cuenta con una página de “consulta amigable”⁵³

Otra herramienta importante de Planificación Estratégica son los Planes Estratégicos Sectoriales Multianuales, este se define como un Proceso mediante el cual cada Sector determina sus objetivos estratégicos de mediano plazo, define cursos de acción en un esquema Multianual, partiendo de su Visión y Misión, en coordinación con sus respectivos pliegos presupuestarios y unidades ejecutoras. En el periodo 2008-2011 el PESEM del sector salud priorizo el fortalecimiento de la vigilancia laboratorial del TARGA

1.2 El Plan Estratégico Multisectorial de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA

Desde 2007 a 2011 el País conto con un Plan Estratégico Multisectorial para la Prevención y Control de las ITS y el VIH/sida (PEM). Se aprobó Mediante Decreto Supremo 005 2007/SA se lo cual representó un hito en la historia de La salud pública y de la Respuesta Nacional contra la epidemia en todo el país. El Plan se desarrolló a partir de nueve Objetivos Estratégicos:

1. **Objetivo estratégico 1.** Reducir en 50% el número de nuevos casos de VIH y en 50% la prevalencia de ITS en poblaciones HSH, TS, PPL al año 2011.
2. **Objetivo estratégico 2.** Reducir en 50% la prevalencia de ITS en la población general al 2011.
3. **Objetivo estratégico 3.** Promover la prevención de ITS/VIH, la educación sexual y estilos de vida y conductas sexuales saludables en adolescentes y jóvenes.
4. **Objetivo estratégico 4.** Reducir la transmisión vertical a menos del 2% al 2011.
5. **Objetivo estratégico 5.** Garantizar 100% de tamizaje de paquetes sanguíneos al 2011
6. **Objetivo estratégico 6.** Alcanzar un 90% de acceso de las PVVS (adultos y niños) a una atención integral y de calidad.
7. **Objetivo estratégico 7.** Promover un entorno político, social y legal favorable para el abordaje integral del VIH/SIDA y la diversidad sexual desde una perspectiva de derechos humanos, con la participación de las comunidades con mayor prevalencia (HSH, TS y PPL) y las PVVS.
8. **Objetivo estratégico 8.** Asegurar una respuesta multisectorial amplia y articulada para el desarrollo intersectorial e interinstitucional de actividades conjuntas para la

⁵² Dirección General de Presupuesto Público; Ministerio de Economía y Finanzas “Reporte de Seguimiento del avance de las metas físicas y ejecución del gasto Programas Presupuestales Estratégicos” 3er Trimestre 2011

⁵³ <http://ofi.mef.gob.pe/transparencia/Navegador/default.aspx>

prevención y control de las ITS y el VIH/SIDA.

9. **Objetivo estratégico 9.** Fortalecer los sistemas de información y establecer un sistema de monitoreo y evaluación para permitir la toma de decisiones oportuna y la medición de los logros obtenidos.

Dichos Objetivos fueron incluidos como parte de las estrategias del Plan Nacional Concertado en Salud 2007-2011 y también en el diseño de la propuesta para Ronda VI del Fondo Mundial actualmente en proceso de cierre

Progresos y debilidades en la implementación del PEM

En 2011, se elaboró el Documento “Informe Final Evaluación del Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011” evaluación *ex post del PEM* encargada por el MINSA, que consideró el enfoque comunitario y la evaluación de políticas públicas y se desarrolló utilizando técnicas cuantitativas y cualitativas basadas en fuente de datos tanto primarias como secundarias, focalizada en los ejes relacionados a Coherencia del Diseño, Eficacia, Eficiencia, Sostenibilidad-Descentralización, Satisfacción de los Beneficiarios y Multisectorialidad- Coordinación Institucional.

La recolección de la información incluyó 53 entrevistas a profundidad con actores claves procedentes del sector público, sociedad civil, organización de PVVS, población vulnerables y agencias de cooperación externa; asimismo se complementó con la información proveniente de grupos focales dirigidos a la población beneficiaria final (PVVS, TS, TRANS, HSH, Gestantes y adolescentes) y beneficiarios intermedios (profesionales de salud, promotores educadores de pares, profesores). Asimismo se hizo la revisión de fuente secundaria de datos proveniente de los diversos sectores, y se consultó trabajos previos referidos a ITS y VIH. El ámbito de intervención fueron las regiones en Lima, Callao, Huancayo, Ica e Iquitos

La evaluación del PEM señala que Los resultados que han tenido mayor impacto en la respuesta a la epidemia han sido el acceso a TARGA, mejorando la sobrevivencia de las PVVS, el acceso al tamizaje de VIH en gestantes, la disminución a más de la mitad de la transmisión vertical (prueba rápida en gestantes, tratamiento profiláctico y la cesárea a todas las gestantes que viven con el VIH)

Sin embargo se señalan también como elementos obstaculizadores de su eficacia:

1. El Plan estratégico fue elaborado con un enfoque sanitario sin considerar los determinantes sociales que son parte de la problemática integral de VIH.
2. El Plan debió construirse a partir de ciertas directrices que son transversales en todo el plan que por su importancia, le hubieran dado personalidad y énfasis, la ausencia de estas condiciones nos presenta un plan que solo se instrumenta como un paraguas justificadora de objetivos y acciones que ya se estaban realizando olvidando el desafío de la transversalidad de los “tres unos”: (1) Un Marco de Acción sobre el VIH/SIDA acordado que proporcione la base para coordinar el trabajo de **todos** los aliados. (2) Una Autoridad Nacional de Coordinación del SIDA con **un mandato multisectorial amplio**. (3) Un **sistema de Monitoreo y Evaluación** establecido a nivel de país.

3. El PEM no contó con un plan de control riesgos, un plan de fortalecimiento organizacional, ni un plan de movilización de recursos, documentos importantes para garantizar la implementación del PEM.
4. No se determinaron los roles y responsabilidades de cada uno de los sectores involucrados en la ejecución de las actividades de prevención y control de VIH (MINDES, MINJUS, MINTRA, MINEDU, MINDEF, MININTER), Sociedad Civil (Universidades, Iglesia, ONGs) y Comunidades de Afectados (PVVs y comunidades de afectados
5. No existió un monitoreo integral del PEM-VIH, no contó con el apoyo técnico ni económico para su implementación, no hubo una definición clara de los indicadores sobre todo los de nivel de resultado e impacto y no hubo una línea de base como punto de partida. Existen numerosas investigaciones referidas a satisfacción en los beneficiarios con respuestas diferentes.⁵⁴

Al momento de la redacción de este informe La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS y VIH de la Dirección General de Salud de las Personas, Ministerio de Salud, están liderando un proceso de reflexión sobre el PEM, para evaluar sus logros, retos y lecciones aprendidas. Asimismo, con apoyo de un equipo de consultores internacionales del Programa de Asistencia Técnica “Aids Strategy and Action Plans (ASAP)” de ONUSIDA y el Banco Mundial, desarrollaron en Diciembre de 2011 un borrador de marco de resultados para el nuevo Plan Estratégico Multisectorial en VIH e ITS. El marco de resultados del nuevo PEM es un insumo inicial que contiene una propuesta de resultados, efectos, indicadores y líneas de acción por cada población de interés en la respuesta nacional al VIH

El Ministerio de Salud a través de la ESNITSS y en coordinación con el INS y la Red de Gestión del Conocimiento a través del Centro Virtual de Coordinación del Conocimiento (cvcc-vih.com) están promoviendo una consulta pública para la formulación del nuevo PEM 2012-2016

El Proceso de Descentralización y la Planificación Estratégica en VIH

El proceso de descentralización, se inicia con la promulgación de la ley 27680 el 7 de marzo de 2002, que modifica el capítulo XIV del título IV de la Constitución Política del Perú. Actualmente, el Perú cuenta con 25 gobiernos regionales.

La Descentralización, viene a ser la transferencia de competencias y decisión política del Gobierno Central hacia instancias Regionales y Locales. Además la descentralización conlleva una nueva forma de movilización de recursos, un nuevo diseño de la estructura de competencias y atribuciones públicas a tres niveles: Gobierno Central, Regional y Local. Es así que la descentralización tiene como finalidad transferir funciones desde el gobierno central a los gobiernos regionales y locales de funciones políticas, económicas y administrativas. Durante el año 2008, el Ministerio de Salud suscribió con 25 gobiernos regionales las actas que transfieren las funciones sectoriales correspondientes a 15 funciones y 88 facultades, saldo pendiente del ciclo de transferencia 2005. Asimismo, ha formalizado la transferencia de funciones, emitiendo 25 resoluciones ministeriales

⁵⁴ Lobon, Irma; Flores Guiselly; Alfaro Paul “Informe Final de evaluación del PEM VIH 2007-2011” documento no publicado

declarando que los gobiernos regionales han culminado el proceso de transferencia de las funciones sectoriales en materia de salud, contenidas en el Plan Anual de Transferencias de Competencias Sectoriales a los Gobiernos Regionales y Locales del año 2007, aprobado por Decreto Supremo N° 036-2007-PCM

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

En el cuadro siguiente se adjunta una relación de los Planes Estratégicos Regionales Multisectoriales y Planes Operativos Anuales regionales desarrollados con el apoyo del Objetivo 4 del Programa de Ronda VI del Fondo Mundial aprobados y pendientes de aprobación

Región	Período	Fecha de aprobación Sesión Consejo Regional	N° de Ordenanza	Tema	Detalle	Observaciones
Ancash	2008-2009	13/08/2008	Resolucion de GDS 002-2008 GRA/GRDS	Oficializar el Plan Operativo Anual 2008	Aprobar el POA Regional Ancash 2008	
Piura	2008-2009	02/10/2008	Resolucion Gerencial Regional 1321-2008 Gobierno Regional Piura GRDS	Aprueba el POA de intervencion, prevencion de las ITS VIH SIDA en la región.		
Huanuco	2008-2009	abr-08	Documento tecnico sellado y recepcionado por las autoridades regionales	Aprueba el POA Regional para la prevencion del VIH SIDA en la region Huanuco		
Moquegua	2008-2009	31/07/2008	Resolucion Ejecutiva Regional 754-2008-GR/MOQ	Aprueba el POA Regional para la prevencion del VIH SIDA en la region Moquegua		
Loreto	2008 -2012	14/10/2008	Ordenanza Regional N° 028-2008-GRL - CR	APRUEBA PLAN ESTRATÉGICO MULTISECTORIAL REGIONAL DE LORETO PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ETS Y VIH/SIDA	Prioridad de la región la promoción del derecho a la salud y a la vida, mediante acciones de prevención de las ITS y VIH/SIDA. Conformar	Miembros COREPEM · 01 Representante de la Gerencia Regional de Desarrollo Social · 01 Representante de la Gerencia Regional de Planeamiento y Presupuesto y Acondicionamiento

					<p>Comisión Regional de Seguimiento y Monitoreo del Plan Estratégico Multisectorial Regional de Loreto COREPEM</p>	<p>territorial.</p> <ul style="list-style-type: none"> · 01 Representante de la Dirección Regional de Salud · 01 Representante de la Dirección Regional de Educación · 01 Representante del Ministerio de Justicia · 01 Representante del COPRECOS · 01 Representante del Ministerio Público · 01 Representante de la Dirección de promoción del empleo · 03 Representantes de la sociedad civil organizada · 03 Representantes de las poblaciones afectadas y vulnerables · 01 Representante de la Defensoría del Pueblo · 01 Representante de la Red de Municipios y Comunidades Saludables · 01 Representante de la Red de Asociaciones de Personas Viviendo con VIH/SIDA · 01 Representante de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana – UNAP
Piura	2009-2013	24/05/2010	Ordenanza Regional N° N° 187 - 2010/GRP-CR	<p>APROBACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO REGIONAL MULTISECTORIAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ITS, VIH Y SIDA EN EL ÁMBITO JURISDICCIONAL DEL GOBIERNO</p>		<p>No se cuenta como meta, pero mejora el medio de verificación obtenido en el Q4 que era la aprobación de un POA regional 2008-2009</p>

				REGIONAL PIURA		
Junín	2010 -2015	30/09/2009	Resolución Ejecutiva N° 459-2009-GRJ/PR	APROBACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO REGIONAL MULTISECTORIAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ITS, VIH Y SIDA	Interés público de la región la promoción del derecho a la salud y a la vida, mediante acciones de prevención de las ITS y VIH/SIDA.	luego de 120 días hábiles de la implementación del Plan de Derechos Humanos de la Región, aprobar el PERM JUNIN por ordenanza
Tumbes	2010 -2015	16/12/2009	Ordenanza Regional N° 017-2009 GOB.REG. TUMBES - CR	APROBACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO REGIONAL MULTISECTORIAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ITS, VIH Y SIDA	Interés público de la región la promoción del derecho a la salud y a la vida, mediante acciones de prevención de las ITS y VIH/SIDA.	
Ucayali	2010 -2015	30/12/2009	Ordenanza Regional N° 018-2009-GRU- CR	APROBACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO REGIONAL MULTISECTORIAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ITS, VIH Y SIDA		
Lambayeque	2010 -2015	15/12/2009	Ordenanza Regional N° 031-2009-GR.LAMB/CR	Ordenanza acceso a SSR para adolescentes; Aprobación PERM; Medidas regionales para la prevención y atención de la población general con énfasis en las niñas(os), adolescentes, jóvenes,	Prioridad de la región la promoción del derecho a la salud y a la vida, mediante acciones de prevención de las ITS y VIH/SIDA. Medidas regionales para la prevención y	

				gestantes, personas viviendo con VIH y poblaciones vulnerables (GTB/HSH Y TS) frente a las ITS y el VIH	atención de la población general con énfasis en las niñas(os), adolescentes, jóvenes, gestantes, personas viviendo con VIH y poblaciones vulnerables (GTB/HSH Y TS) frente a las ITS y el VIH	
Callao	2010 -2015	16/03/2010	Resolución Ejecutiva Regional N° 100	APROBACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO REGIONAL MULTISECTORIAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ITS, VIH Y SIDA	Interés público de la región la promoción del derecho a la salud y a la vida, mediante acciones de prevención de las ITS y VIH/SIDA.	Acuerdo del Consejo Regional N°69 -2007 del Gobierno Regional del Callao de fecha 02 de agosto 2007 declara carácter prioritario la lucha contra la ITS y VIH en la región.
Cajamarca	2011 - 2016	09/03/2011	Ordenanza Regional N° 005-2011-GRCAJ-CR	APROBACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO REGIONAL MULTISECTORIAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ITS, VIH Y SIDA	Interés público de la región la promoción del derecho a la salud y a la vida, mediante acciones de prevención de las ITS y VIH/SIDA.	
		30/12/2010	Resolución Ejecutiva Regional N° 627 -2010 -GR-CAJ/P	APROBACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO REGIONAL MULTISECTORIAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ITS, VIH Y SIDA	Interés público de la región la promoción del derecho a la salud y a la vida, mediante acciones de prevención de las ITS y VIH/SIDA.	

Ica	2011 - 2016	14/06/2011	Ordenanza Regional N° 0011-2011-GORE - ICA	APROBACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO REGIONAL MULTISECTORIAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ITS, VIH Y SIDA		
Tacna	2011 - 2016	16/11/2011	Ordenanza Regional N° 007-2011-CR/GOB.REG.TACNA	APROBACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO REGIONAL MULTISECTORIAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ITS, VIH Y SIDA	Prioridad e Interés público de la región la promoción del derecho a la salud y a la vida, mediante acciones de prevención de las ITS y VIH/SIDA.	
Región Lima	2011 - 2016		Ordenanza Regional N°			Aprobado en sesion de Consejo Regional
La Libertad	2011 - 2016		Ordenanza Regional N°			PENDIENTE DE APROBACION
Lima Metropolitana	2012 -2016		Ordenanza Regional N°			EN FORMULACION
Arequipa	2012 -2016		Ordenanza Regional N°			EN FORMULACION

Recomendaciones

- Es importante articular el próximo PEM con los demás instrumentos de Planificación Estratégica propuestos por el Estado, por ejemplo El Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico descentralizado (Ley 28522) que tiene por finalidad conducir y organizar la participación de los diversos organismos del sector público, para que junto con el sector privado se formule y realice el monitoreo de los planes y objetivos estratégicos de desarrollo en los niveles nacional, regional y local.
- Fortalecer el rol de la sociedad civil y sector comunitario en el control de la ejecución de los fondos públicos (PpR) a través de la capacitación
- Incidir para que los Gobiernos Regionales hagan realmente operativos sus PERMS y otros instrumentos de planificación y que asignen presupuestos acordes con la magnitud de la epidemia

2.- Apoyo Político y Liderazgo Multisectorial

EL ESTADO

INDICADOR	FUENTE	2006	2008	2010	2012
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos políticos y de aplicación de los programas de prevención del VIH/sida	ICPN	3.1	5.2	5.2	6.1

Las tendencias de calificación en esta área, por parte del sector gubernamental , son ascendentes así en 2010 el promedio de calificación fue de (5.2) y en la medición de este año (6.1) , se señala como una expresión del apoyo político del Estado la existencia de un Programa Presupuestal Estratégico para VIH y TBC en el Plan de Desarrollo Nacional al 2021 y la implementación del Presupuesto por Resultados en el sector salud aunque se reconoce que su principal limitación es su sectorialidad y su restricción al tema sanitario , asimismo se destaca el compromiso sostenido del MINEDU y el MINTRA ,El Ministerio de Trabajo, ha contribuido en aspectos normativos, se cuenta con Resoluciones Directorales referidas frente al VIH en el lugar de trabajo con el objetivo que las empresas públicas y privadas tomen conciencia estas iniciativas normativas fueron lideradas por la Ministra de Trabajo del gobierno del Dr. Alan Garcia Perez. En el caso del MINEDU se ha sostenido la promoción de la Educación Sexual Integral dentro de la Dirección de Tutoría de dicho Ministerio aunque únicamente en las instituciones educativas priorizadas en las que se implementa como programa piloto.

Los Gobiernos Regionales, han participado activamente a través de los Planes Estratégicos Regionales Multisectoriales (PERM), los cuales no solamente han sido elaborados sino que muchos de ellos fueron implementados. Así mismo a partir de ellos se elaboraron los Planes Operativos Anuales (POA); también se cuentan con las ordenanzas regionales y municipales referidos a temas de prevención, estigma y discriminación, etc.; algunos gobiernos regionales. Existen algunos regionales que cuentan con planes específicos de prevención

La CONAMUSA o Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud , formada en 2002 para actuar como Mecanismo de Coordinación País del Fondo Mundial, sigue siendo percibida como un espacio de articulación política desde la cual se pueden solucionar problemas urgentes e incidir especialmente con el Ministerio de Salud que la preside , sin embargo su mayor debilidad estriba en que su identidad se ha limitado a los programas del Fondo Mundial, no se ha vinculado a otras instancias de desarrollo o políticas como la Mesa de Lucha contra la pobreza o la Presidencia de Consejo de Ministros, no se tiene claro cual es su lugar en referencia al Sistema Nacional Concertado en Salud y el Consejo Nacional de Salud, las representaciones gubernamentales son tangenciales o en algunos casos “inerciales” pues las personas designadas no pertenecen al ámbito de la toma de decisiones necesaria en su respectivo sector , se señala el debilitamiento de su liderazgo , y la necesidad de fortalecer su institucionalidad, buscando renovar y modificar el Decreto Supremo que le dio reconocimiento de manera que pueda asumir las competencias y funciones que le permita liderar la respuesta

desde un enfoque realmente multisectorial . Se reconoce sin embargo sus potencialidades especialmente como mecanismo de coordinación intra y multisectorial, su aval ha sido fundamental para que el país sea parte de las propuestas regionales presentadas al Fondo Mundial por la Red de Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica y COPRECOS LAC , también en el último año se han conducido procesos promovidos por CONAMUSA y las poblaciones afectadas y vulnerables para fortalecer la representación democrática e inclusiva de dichas poblaciones en sus instancias de toma de decisiones . La CONAMUSA actualmente cuenta con un Comité de Monitoreo Estratégico que le permite seguir el desempeño de los programas del Fondo Mundial, este Comité estuvo encargado hasta el año pasado del seguimiento y monitoreo al PEM VIH. Se destacó también el rol de la Defensoría del Pueblo que ha demostrado singular apoyo político a la causa de las personas con VIH y en vulnerabilidad a través de sus informes defensoriales

Para la **SOCIEDAD CIVIL** No han ocurrido avances significativos en materia de el apoyo financiero o político por parte del Gobierno central para favorecer la participación de las personas con VIH y otras poblaciones vulnerables mas allá de las acciones llevadas a cabo en el marco de los programas del Fondo Mundial . CONAMUSA ha apoyado tanto la participación del país en los proyectos regionales de COPRECOS LAC como de la Redtrasex a través de su aval y ha facilitado el apoyo para la elaboración de la propuesta presentada a Ronda X del Fondo Mundial enfocada en poblaciones mas vulnerables. Se señala Apoyo incipiente de algunos gobiernos regionales a través de Presupuesto participativo para la ejecución de programas de sociedad civil

Recomendaciones

- Es necesario fortalecer la institucionalidad y liderazgo de la CONAMUSA si se pretende que se constituya en la autoridad nacional multisectorial en materia de VIH/SIDA esto incluye clarificar su rol dentro del Sistema Nacional Descentralizado y Concertado en Salud del MINSA, el Consejo Nacional de Salud entre otras instancias
- Es importante trabajar para vincular a la CONAMUSA a otras entidades de Desarrollo como la Mesa de Lucha contra la pobreza y vincular nuevos ministerios como miembros llámese el Ministerio de la Inclusión o el propio Ministerio de Economía y finanzas
- Se hace necesario un esfuerzo para reposicionar el tema en la agenda publica y política en particular con el Poder Ejecutivo

3.- **Derechos Humanos**

EL ESTADO

El Perú posee una amplia base legal sobre Derechos Humanos sin embargo No todas estas normas constituyen normas específicas dirigidas a la protección de los derechos en específico de las poblaciones más afectadas por el VIH/sida (HSH, trans y TS). Un estudio sobre la normativa para la prevención y atención de la población vulnerable frente a las ITS y el VIH ha

encontrado que aún las normas contra la discriminación, presentan problemas para expresar elementos como la orientación sexual o la identidad de género, invisibilizando a poblaciones que requieren, al igual que todas, el respeto a sus derechos humanos⁵⁵; Salvo la **Ordenanza Regional 059 2009 CR/GRC- Cusco que menciona explícitamente la orientación sexual y la identidad de género**

En términos generales las siguientes normas y leyes constituyen las más importantes de la base legal de Derechos Humanos en el País:

- **Constitución Política del Perú Artículo 2 Inciso 2** Establece que Toda persona tiene derecho a la igualdad ante la ley. Nadie debe Ser discriminado por motivo de origen, raza, sexo, idioma, religión, opinión, Condición económica o de cualquier otra índole.
- **Ley 28867** 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.
- **Plan Nacional de Derechos Humanos (2005)** El Plan Nacional de Derechos Humanos 2006- 2010, aprobado el 10 de Diciembre Del 2005 ha establecido, en su Lineamiento Estratégico 4º, la implementación de políticas afirmativas a favor de los derechos de la población con mayor vulnerabilidad, las cuales permitan crear condiciones de trato igualitario y sin discriminación. Así mismo, en su Objetivo Estratégico 8vo determina la necesidad de *“garantizar los derechos de las personas con VIH/SIDA”* *el Plan cumplió su vigencia el 31 de Diciembre del 2011*
- **Decreto Legislativo 728. Ley de Productividad y Competitividad Laboral DECRETO SUPREMO 003 97TR (1991)** La Ley de Fomento del empleo garantiza el acceso a los puestos de trabajo en Igualdad de oportunidades. Así mismo, protege a los trabajadores y trabajadoras contra los actos de discriminación que se configuren como hostigamiento o despido⁵⁶
- **Ley 28806. Decreto Supremo 019 2006 TR** Ley General de Inspección de Trabajo. Prohíbe las conductas discriminatorias en toda la relación laboral, señalando que constituyen una “infracción muy grave
- Ley 26626 y su modificatoria 28243 establecen la confidencialidad del diagnostico y la gratuidad de la atención integral incluyendo el tratamiento antirretroviral
- 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 de Igualdad de oportunidades entre hombres y Mujeres 28893

⁵⁵ Salazar Ximena, Informe UNGASS 2010

⁵⁶ Ver Informe UNGASS 2010 pp. 87 y 88

En Diciembre del 2011 , el Congreso aprobó la ley que modifica el artículo 107 del Código Penal incorporando la figura de feminicidio, la Ley precisa que el que, a sabiendas, mata a su ascendiente, descendiente, natural o adoptivo, o a quien es o ha sido su cónyuge su conviviente, o con quien esté sosteniendo o haya sostenido una relación análoga, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de 15 años la norma Agrega que la pena privativa de libertad será no menor de 25 años, cuando concurra cualquiera de las circunstancias agravantes previstas en el artículo 108, referido al homicidio. Esta norma significa un primer paso en la lucha contra la violencia de género aunque desde su promulgación a la fecha las autoridades judiciales no han sido proclives a aplicar las penas que la ley establece

Se destaca también la Resolución Ministerial 0376 -2008 del Ministerio de Trabajo que establece en su Capítulo III las siguientes medidas:

DE LA CONFIDENCIALIDAD, LA NO DISCRIMINACIÓN Y EL DIAGNÓSTICO

Artículo 8º.- Está prohibido que el empleador exija la prueba del VIH o la exhibición del resultado de ésta, al momento de contratar trabajadores, durante la relación laboral o como requisito para continuar en el trabajo.

Artículo 9º.- Es nulo el despido basado en que el trabajador es una PVV, así como todo acto dentro de la relación laboral fundado en esta condición.

Artículo 10º.- Para garantizar la autonomía de la voluntad del trabajador y la confidencialidad de las pruebas del VIH y sus resultados, éstas no pueden ser realizadas por el empleador, o por otro que éste vinculado económicamente a éste.

Artículo 11º.- Las personas que se encuentran en una actividad laboral bajo dependencia, que han desarrollado el SIDA, y que como consecuencia de dicha enfermedad, de conformidad con la normatividad vigente, califican para obtener una pensión de invalidez, llevan a cabo el trámite pertinente ya sea ante la ONP o ante la AFP respectiva

Por otro lado el Tribunal Constitucional a partir de la Sentencia **EXP. N.º 04749-2009-PA/TC** considera que es oportuno “hacer extensiva la especial protección consagrada en el artículo 7º de la Constitución a las personas que padecen de una deficiencia física producto de la infección con VIH o el desarrollo del SIDA, pues es evidente que el estado de vulnerabilidad manifiesta en que se encuentra este sector de la población necesita de una protección reforzada para que puedan ejercer sus derechos fundamentales a plenitud, sin que se vean sometidos a medidas discriminatorias o a acciones arbitrarias por el solo hecho de padecer de la referida patología. Con esta afirmación se reitera, tal como lo señala el mencionado artículo 7º, que este gran sector de la población tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad”

En el caso de los adolescentes y jóvenes el Informe UNGASS 2010 visibilizo como A pesar de la importante y exhaustiva normatividad en materia de VIH/sida en general, Cabe resaltar un vacío fundamental, relativo a la normatividad y políticas públicas para El acceso a servicios y atención integral de los y las adolescentes. Para gran parte de la Sociedad Civil y algunos funcionarios públicos, la actual legislación presenta barreras Normativas que afectan directamente el derecho de este grupo a la salud sexual y reproductiva, especialmente en lo que se refiere a la prevención de las ITS, el VIH y SIDA. No obstante el Estado Peruano ha firmado los compromisos concernientes a Los derechos de los adolescentes, el marco normativo actual, en Específico la que Integra la Ley General de Salud (art 4) establece que los representantes legales de los/las adolescentes deben intervenir en caso de tomar decisiones con respecto a su salud. Así, los menores de 18 años requieren la autorización de sus apoderados o Representantes legales para recibir consejería

en materia de salud y para cualquier Tratamiento médico, incluido las pruebas de VIH. Con esta lógica, la Resolución Ministerial 125 2004 del MINSA aprobó la Norma técnica para la Atención de Consejería en Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA, donde se exige la firma De un apoderado o representante debidamente identificado cuando se trata de la Atención a adolescentes. Ello, podría constituirse en un riesgo para este grupo poblacional, tomando en Cuenta el inicio sexual cada vez más temprano,

Desafíos a Futuro

Desde la perspectiva de los actores del Estado los principales desafíos o vacios a llenar a futuro en materia de Derechos Humanos son:

- Profusión de normas y leyes muchas de ellas no reglamentadas (ej.28243) lo que impide su correcta implementación
- No hay legislación específica nacional contra la discriminación por orientación sexual o identidad de género, marco legal actual ley 28867 no las considera como causales específicas de discriminación
- No hay normatividad específica que proteja de la violencia a las personas trans, trabajadoras sexuales o personas gay
- Penalización de las relaciones sexuales entre adolescentes (Ley 28704) constituye un obstáculo al acceso de los adolescentes y jóvenes a los servicios de salud sexual así como el artículo 4 de la ley general de Salud

Recomendaciones para el Estado

- Participar activamente como CONAMUSA en la elaboración del nuevo Plan Nacional de Derechos Humanos para introducir la temática de orientación sexual e identidad de genero
- Abogar por el acceso a servicios de Salud sexual para adolescentes
- Hacer revisiones periódicas del marco legal vigente para detectar incoherencias entre las leyes y las políticas

SOCIEDAD CIVIL

INDICADOR	FUENTE	2006	2008	2010	2012
Promedio de calificación acerca de las políticas, leyes y reglamentaciones establecidas para promover y proteger los derechos humanos en relación	ICPN	3.3	5.6	4.6	4.0

Desde la perspectiva de la sociedad civil el **promedio de calificación acerca de las políticas, leyes y reglamentaciones establecidas para promover y proteger los derechos humanos en relación al VIH/SIDA** ha experimentado un descenso de (4.6) en 2010 a (4.0) en 2012 , esto básicamente por las siguientes razones:

Las políticas actuales sobre Derechos Humanos llámese Plan Nacional de Derechos Humanos, la Constitución o las diversas leyes sobre no discriminación no incluyen ni visibilizan temas como la orientación sexual y la identidad de género , de hecho hay una agudización de la violencia institucional hacia la población trans , gay y de trabajadoras y trabajadores sexuales que se manifiesta a través de **los crímenes de odio**

Un crimen de odio es una **conducta violenta motivada por prejuicio**, una conducta hostil que se produce como consecuencia de percepciones negativas hacia personas que son percibidas como diferentes. Estos crímenes tienen un **carácter simbólico** respecto de las personas que pertenecen a la categoría social de las víctimas pues les indica que son pasibles de hostilidad por el hecho de su identidad, de la identidad que comparten con la persona agredida en su persona o sus bienes⁵⁷. En el Perú se registraron, **a partir de la información publicada en noticias en diarios de circulación nacional** principalmente, diecinueve casos de homicidios de personas gays y trans y veintidós casos de lesiones durante el año 2009, y dieciocho casos de homicidios y diecinueve casos de lesiones contra personas del colectivo TLGB durante el año 2010⁵⁸

Frente a esta situación la sociedad civil organizada y en particular las redes de personas TLGB y sus aliados, como PROMSEX , han estado trabajando diversas propuestas legislativas en ese sentido:

- **Proyecto de Ley Nº 03584/2009-CR . Proyecto contra los crímenes de odio. Congresista Carlos Bruce.**

⁵⁷ GÓMEZ, María Mercedes. “Los usos jerárquicos y excluyentes de la violencia”. En: CABAL, Luisa y Cristina MOTTA (compiladoras). *Más allá del derecho. Justicia y género en América Latina*. Bogotá: Siglo del Hombre, Center for Reproductive Rights, Universidad de los Andes, 2006. GÓMEZ, María Mercedes. “Violencia por prejuicio”. En: MOTTA, Cristina y Macarena SÁEZ (editoras). *La mirada de los jueces. Sexualidades diversas en la jurisprudencia latinoamericana*. Tomo 2. Bogotá: Siglo del Hombre, American University Washington College of Law, Center for Reproductive Rights, 2008.

⁵⁸ JAIME BALLERO, Martin (relator). *Informe anual sobre derechos humanos de personas trans, lesbianas, gays y bisexuales en el Perú 2009*. Lima: PROMSEX, 2010. pp. 67-70 y 76-78. Disponible en <http://www.promsex.org/docs/Publicaciones/informedhhtlgb2009promsexredtlgb.pdf>

JAIME BALLERO, Martin (relator). *Informe anual sobre derechos humanos de personas trans, lesbianas, gays y bisexuales en el Perú 2010*. Lima: PROMSEX, 2011. p. 11. Disponible en <http://www.promsex.org/docs/Publicaciones/informeanualddhhtlgb2010.pdf>

- **Dictamen favorable de la Comisión de Justicia y DDHH del Congreso de la República ***
- **Proyecto de Ley Nº 0106/2011-CR. Proyecto contra los crímenes de odio. Congresista Carlos Bruce.**
- **Proyecto de Ley Nº 272/2011-CR. Proyecto contra los crímenes de odio. Congresista Carlos Bruce.**
- **Proyecto de Ley Nº 609-2011/CR. Ley contra acciones criminales originadas por motivos de discriminación. Proyecto multipartidario⁵⁹**

La iniciativa legislativa pretende como Artículo Único la Incorporación del artículo 46°-D en el Código Penal

“Artículo 46-D.- Circunstancia agravante del agente: Constituye circunstancia agravante la comisión de un delito doloso por motivos de discriminación del agente. En estos casos el Juez aumenta la pena hasta en un tercio por encima del máximo legal fijado para el tipo penal, no pudiendo exceder de treinta y cinco años de pena privativa de libertad. Entiéndase por motivos de discriminación cuando el agente comete el delito teniendo como motivación su desprecio, repudio, rechazo o cualquier otra conducta contraria a la raza, etnia, cultura, creencia religiosa, sexo, **orientación sexual, identidad de género**, enfermedad, discapacidad, condición social, simpatía política, deportiva o de cualquier otra índole de la víctima.”

Asimismo propone las siguientes: **Disposiciones Complementarias y Finales Primera.- Capacitación** El Poder Ejecutivo capacitará a las autoridades policiales para el adecuado tratamiento de las denuncias por delitos cometidos por motivos de discriminación. De la misma manera el Poder Judicial y el Ministerio Público incorporarán dentro de sus programas de capacitación, cursos especiales para los supuestos contemplados en la presente Ley. **Segundo.- Campañas informativas a la población** El Poder Ejecutivo realizará campañas periódicas dirigidas a la población sobre los delitos por motivos de discriminación para su oportuna denuncia. **Tercero.- Registro de Crímenes por Discriminación** El Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social llevará un registro de casos de crímenes por motivos de discriminación. La información para el mismo será suministrada por la Policía Nacional del Perú, el Ministerio Público y el Poder Judicial.

Otro rasgo preocupante es el alto índice de violencia institucional hacia las personas trans y los trabajadores y trabajadoras sexuales expresada en atropellos contra su libertad o integridad física , durante 2010 el 100% de las mujeres trans contactadas para la elaboración del “ Informe sobre Derechos Humanos de personas trans” en el centro de Lima reportaron haber sido detenidas arbitrariamente por miembros del Serenazgo de Lima y de la Policía Nacional del Perú. Es importante señalar, que de acuerdo a las leyes vigentes, una persona puede ser detenida sólo en dos casos: cuando existe una orden escrita de un juez, y si la persona está

⁵⁹ Fuente: Presentación **Crímenes de odio Una realidad, una propuesta legislativa de identificación de casos y sanción**, Ramírez Beatriz , Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos - PROMSEX

cometiendo un delito penado por ley (en flagrancia). En ese sentido y teniendo en cuenta que la prostitución (que es la labor que ejerce la mayoría de personas trans en el centro de Lima) no es un delito, según el código penal, las detenciones realizadas incurren en Abuso de Autoridad⁶⁰

En cuanto a las situaciones de violencia y agresión el Informe señala que “De las 119 personas trans contactadas sólo 47 reportaron haber sido objeto de agresiones graves durante el 2011, es decir el 39% de las contactadas, frente al 61% que no reportaron agresiones graves” Es importante especificar que de las personas que reportan agresiones algunas reportan haber sido agredidas más de una vez y por diferentes tipos de perpetradores. Es así que a lo largo del año se han reportado un total de 54 agresiones graves.

Los serenos (Seguridad Ciudadana de la Municipalidad de Lima) son los principales agentes agresores, siendo responsables del 46% de las agresiones cometidas. Los efectivos de la Policía Nacional incurrieron en el 31% de las agresiones. También existe la modalidad de actuación conjunta entre el sereno y el policía constituyendo el 7% de los casos reportados.

Debido a la incursión violenta en los operativos del Serenazgo y en otras ocasiones por la Policía, se ha dado han dado acciones de defensa por parte de las personas trans en comercio sexual, resultando en heridos en ambas partes, aunque esta situación ha sido capitalizada a favor de las fuerzas de seguridad para abrir procesos penales que significan una carga mas que las margina criminalizándolas aún mas. No obstante, los efectivos de la Policía Nacional y el cuerpo del Serenazgo de Lima no son los únicos agresores, pues se han reportado agresiones por otro tipo de personas como la pareja que se puede convertir en un potencial victimario, con el 4% de los casos reportados, finalmente, otros –que puede estar constituido por delincuentes, extorsionadores y/o clientes- agrupa el 11% de las agresiones reportadas

De las 47 mujeres trans que reportaron haber sido agredidas, 13 personas asentaron la denuncia en las respectivas comisarías, sin embargo, solo 9 de ellas continuaron con el seguimiento de la denuncia y 4 de ellas luego de interponer la denuncia no prosiguieron con el seguimiento del proceso judicial, por la poca confianza en que una denuncia realmente prospere o el temor a la represalia por parte del Serenazgo, o de la Policía.

Otro aspecto en el que son violados los derechos de las personas trans es el derecho a la identidad jurídica : “La problemática del derecho a la personalidad jurídica no sólo aborda las limitaciones para acceder al documento de identidad, sino para el caso de las personas trans, los términos en los que el Estado reconoce el derecho a la Identidad, un derecho inalienable e imprescindible para el ejercicio de la ciudadanía. El nombre, aquella característica propia de la identidad personal y social, es reconocida legalmente por el Estado peruano en única asociación con las características biológicas del sexo, mas no con la identidad de género, constituyéndose así en un campo de lucha para las personas trans”⁶¹.

⁶⁰ El Código Penal en su artículo 376, lo define de la siguiente manera: “El funcionario público que, abusando de sus atribuciones, comete u ordena, en perjuicio de alguien, un acto arbitrario cualquiera, será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de dos años

⁶¹ Informe Anual de Derechos Humanos de la comunidad Trans – Instituto Runa

De las 119 contactadas el 57% se encuentran documentadas, el 36% se encuentran indocumentadas (correspondiendo el 27% a mayores de edad y el 9% a menores de edad), el 7% no precisan su situación. El porcentaje de indocumentadas mayores de edad es un porcentaje alto en relación a la población en general mayor de 18 años que es de 0.68 %. ¹¹ La carencia de DNI, es un grave problema para el ejercicio de los derechos, colocando a las personas indocumentadas en una situación de vulnerabilidad debido a que la carencia de este documento concatena otras problemáticas agravando la situación de la comunidad trans.

Con respecto a la comunidad de trabajadoras sexuales , el mayor problema es el no reconocimiento del trabajo sexual como una opción laboral y por lo tanto con los derechos que una opción laboral trae consigo , aunque el trabajo sexual no es un delito , este es criminalizado en su cotidianidad especialmente el trabajo sexual no regulado o “clandestino” en algunos casos el hostigamiento a las trabajadoras sexuales se traduce en ciertas políticas municipales que incluyen multas por “proxenetismo” en el caso de encontrar un grupo de trabajadoras sexuales conviviendo juntas, generalmente la acusación recae sobre la titular del contrato de alquiler generándose una espiral de exclusión y chantaje

En el caso de las personas con VIH , la principal barrera es en torno al ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos , no se les ofrecen servicios de esta naturaleza bajo la presunción de que tienen que limitar su vida sexual , igualmente se procede en el caso de la reproducción , a las personas con Vih no se les ofrecen en su itinerario de atención servicios de salud reproductiva . Por otro lado el artículo 241 del Código Civil se constituye en un obstáculo para las personas con VIH que deseen formar una familia legalmente pues el mencionado artículo indica como causal para impedimento de matrimonio tener una enfermedad contagiosa o transmisible que pueda ser heredada a la prole

Finalmente como ya lo señalamos existe la barrera para que los adolescentes puedan acceder a servicios de Salud sexual y reproductiva incluyendo el diagnostico y tratamiento de VIH/SIDA tanto por el artículo 4 de la ley general de Salud que los considera legalmente “incapaces” y la ley 28704 que de hecho penaliza las relaciones sexuales entre adolescentes bajo la presunción de violación sexual

Sobre estas barreras se están trabajando con el concurso de la sociedad civil las siguientes iniciativas legislativas

Tema	Iniciativas legislativas
Criminalización relaciones sexuales entre/con adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Proyectos de Ley N° 4297/2010-PE, 2723/2008-CR y N° 3189/2008-CR • Dictamen favorable Comisión de Justicia y DDHH • Proyecto de Ley N° 476-2011/CR y 651/2011-CR
Matrimonio y personas viviendo con VIH	<ul style="list-style-type: none"> • Proyecto de ley N° 3053/2008-CR • Dictamen favorable Comisión de Justicia y DDHH • Discusión en el Pleno * • Proyecto de ley N° 205/2011-CR

Tema	Iniciativas legislativas
Reconocimiento de uniones afectivas de personas del mismo sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Proyecto de Ley N° 4181/2010-CR
Ratificación Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes	<ul style="list-style-type: none"> • Proyecto de Ley N° 148/2006-PE * • Proyecto de Ley N° 380/2011-PE

Recomendaciones desde Sociedad Civil

- Usar las fortalezas de la CONAMUSA para abogar en espacios como el Plan Nacional de Derechos Humanos o con congresistas clave
- Contar con la ayuda estratégica de la Defensoría del Pueblo para reportar , seguir y denunciar casos de violencia o discriminación
- Revisar la legislación actual especialmente con respecto al acceso de los adolescentes y jóvenes a los servicios

4.- PREVENCIÓN

ESTADO

INDICADOR	FUENTE	2006	2008	2010	2012
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos políticos y de aplicación de los programas de prevención del VIH/sida	ICPN	3.1	5.2	5.2	6.1

La calificación promedio acerca de **los esfuerzos políticos y la aplicación de los programas de prevención del VIH/SIDA** por parte de los representantes gubernamentales ha experimentado un ascenso desde la última medición en 2010 (5.2) a (6.1) en 2012 esta mayor calificación responde a una mayor valoración acerca de los resultados a nivel de las intervenciones biomédicas de prevención como : Incremento de la cobertura de tamizaje a gestantes y a mujeres en edad fértil Promoción de la consejería y tamizaje con pruebas rápidas lo que habría mejorado el acceso a tratamiento .Incremento de los conocimientos sobre VIH y

uso del condón en población general , inclusión de condón femenino en norma Mayor acceso a preservativos para personas privadas de Libertad .

Esto aunque el modelo de intervenciones ha continuado basado en: Atención y tratamiento de ITS ; Pruebas de VIH y entrega de preservativos en la atención medica periódica (AMP) , Estos esfuerzos sin embargo no son suficientes para cubrir las necesidades de prevención de las poblaciones más expuestas , se trabaja en función de las poblaciones en altísimo riesgo por su vulnerabilidad pero no se desarrollan intervenciones de prevención para las poblaciones “puente” o invisibles que son normalmente los que detentan el poder dentro de las relaciones: Los hombres “heterosexuales” o bisexuales

Se reconoce desde el sector gubernamental la necesidad de articular los programas de VIH con los de promoción de la Salud y de Salud sexual y reproductiva de una manera mas eficaz y estratégica buscando cada vez mas intervenciones estructurales. Se reconocen las Limitaciones del acceso a servicios de prevención por estigma y discriminación en los establecimientos de salud y Limitación del acceso a los adolescentes y jóvenes a servicios de prevención por barreras legales

Se señala que se necesita discutir e investigar más sobre las reales necesidades de prevención del país y dedicarle mas presupuesto a la promoción y prevención

SOCIEDAD CIVIL

INDICADOR	FUENTE	2006	2008	2010	2012
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos hechos en la aplicación de los programas de prevención del VIH/sida	ICPN	3.2	4.4	4.3	4.3

Desde la perspectiva de sociedad civil , la calificación promedio a los esfuerzos hechos en la aplicación de los programas de prevención del VIH/SIDA no ha variado entre la medición del 2010 (4.3) y la del 2012 (4.3)

Se percibe un “estancamiento” en los esfuerzos de prevención en particular hacia las poblaciones más vulnerables (HSH, Trans y TS) Los modelos de prevención no respetan la epidemia, de hecho se constata una mayor intervención en la población de mujeres gestantes y en edad fértil , los datos epidemiológicos demuestran que se están afectando mas los LTGB más jóvenes y que no se están estructurando intervenciones adaptadas a sus necesidades

Precisamos identificar estrategias de prevención adecuadas a la realidad de cada comunidad, percibir a las poblaciones vulnerables como un solo bloque, es irreal. El estado permite la influencia de los sectores conservadores y esto atenta contra la política de prevención

Por otro lado es tiempo de establecer un dialogo serio y profundo sobre lo que el país necesita en materia de prevención y acercarse a otras vulnerabilidades como las de las poblaciones

indígenas y afroperuanas , necesitamos mejorar la oferta de servicios de prevención lo que implica estar atentos al desabastecimiento de insumos y considerar los derechos humanos dentro de la prevención porque la criminalización de ciertas conductas como el trabajo sexual puede redundar en un menor acceso a servicios de prevención para esta comunidad

Según estimados del Movimiento Homosexual de Lima en el Peru Las comunidades TGB/HSH son las más afectadas por la epidemia y constituyen el **56% de las nuevas infecciones**, según el MOT reseñado por Pum (2010). Hay una **relación directa entre VIH y pobreza** con un patrón urbano y urbano-marginal. Los distritos más afectados en Lima son Lima, SMP, SJL, Rímac, Santa Anita, Chorrillos, Ate, Comas, Los Olivos, y VES, según DGE-MINSA (2011). **Cada día mueren 3 personas por sida en Perú**, según DGE-MINSA (2010).

De 1,000 trans , 243 viven con VIH (vigilancia centinela 2011) de 1,000 gays 171 viven con VIH , de 1,000 trabajadoras/es sexuales 5 viven con VIH (UPCH-MINSA) y de 1,000 mujeres gestantes 2 viven con VIH (Vigilancia centinela 2011)⁶²

En cuanto a la eficiencia de los servicios de prevención En 2008, la Defensoría del Pueblo en su Informe Defensorial 145 “Fortaleciendo la respuesta frente la epidemia del VIH/Sida: Supervisión de los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH/Sida”, el cual dio cuenta de los resultados obtenidos a través de la supervisión realizada entre los meses de abril y agosto la misma que estuvo a cargo de las Oficinas Defensoriales de Áncash, Arequipa, Ica, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Lima, Piura, Tacna y Tumbes. Advirtió, con especial preocupación, problemas como los que se detallan a continuación:

- Más del 50% de los establecimientos supervisados no cumplían con brindar el servicio de atención médica periódica en forma gratuita.
- Más del 50% de los establecimientos supervisados registraron problemas de desabastecimiento de insumos para el diagnóstico de sífilis y VIH en gestantes durante el período 2007-2008.

En 2010 se hizo una nueva supervisión tanto en las ciudades a las que se había supervisado en 2008 y 7 nuevas ciudades encontrándose la siguientes situación:

- en el 40% de los establecimientos visitados no se brindaba el servicio de diagnóstico de ITS y VIH en forma gratuita; asimismo, en 6 de los 15 establecimientos visitados se realizaban cobros por otros conceptos, cuyo monto fluctuaba entre S/. 2.50 y S/. 10.00 por generación de historia clínica y derecho de consulta. De igual manera se pudo advertir que el 33% de establecimientos visitados tuvo problemas de desabastecimiento de pruebas rápidas y el 40% de kits RPR durante el 2010.
- De acuerdo a la supervisión realizada a los CERITS y UAMP ubicados en las zonas de intervención consideradas en el Informe Defensorial N° 143, en el 22% de los establecimientos visitados no se brinda el servicio de diagnóstico de ITS y VIH en forma gratuita; en tanto, en el caso del tratamiento de ITS, la gratuidad sí se respeta en el 100% de establecimientos visitados. Asimismo, el 26% de los establecimientos se

⁶² Chavez Roland, Entre la Vida y El Sida , Presentación, MHOL 2011

verificó la exigencia de otros cobros por emisión de carnet, emisión de constancia, generación de historia clínica y derecho de consulta

- Con relación al diagnóstico de ITS y VIH/sida, en el curso de la supervisión se constató que 4 de los 31 establecimientos supervisados no contaban con kits RPR para el tamizaje de sífilis, mientras que solo 1 establecimiento no contaba con pruebas rápidas para VIH. No obstante ello, el 19% de los establecimientos refirió haber tenido problemas de desabastecimiento de pruebas rápidas para VIH y el 29% de kits RPR durante los años 2009 y 2010.

Otro problema serio en 2010 fue el desabastecimiento de condones. En la programación MINSA de 2009 se había previsto la necesidad de compra de aproximadamente 120 millones de condones para 2010, y dada la situación de emergencia la OGA-MINSA encargó una compra de 20 millones que se frustró y para la que en 2010 ya no se contaba con presupuesto.

76 organizaciones LTGB y TS de todo el país se pronunciaron proponiendo la elaboración de un plan de emergencia que incluyera la participación comunitaria

Sobre la calidad de atención a poblaciones vulnerables en los servicios de salud y el trato recibido⁶³, la población HSH y las TS han calificado el trato del personal que las atiende de manera diferenciada. Mientras las TS afirman que existe buen trato, la población HSH manifiesta que aun hay dificultades para el trato sobre todo a poblaciones de travestis, transgénero y transexuales. En cuanto a los problemas o criterios para calificar negativamente la calidad del servicio, se mencionaron:

- La necesidad de mayor número de recursos humanos para la atención, sobre todo médicos, y de mejorar la calidad de los profesionales que atienden en los establecimientos.
- Otro criterio manifiesto es la “falta de ética”, como calificaron los informantes HSH a una supuesta intromisión en su vida privada, cuya finalidad sería persuadirlos para cambiar su orientación sexual. Se atribuye esta intromisión a los médicos de mayor edad, quienes evidencian incompreensión de las culturas sexuales trans, gay y bisexuales desde el sistema de salud, y su reducción sanitarista.
- La confidencialidad de los resultados podría ser el punto más delicado en esta descripción de criterios de calidad de la población HSH, en razón de que en varios casos los resultados de las pruebas se habrían estado informando a diferentes personas. Esto podría ocasionar la creación de desconfianza en el servicio además de generar ansiedad en personas que obtuvieron resultados reactivos en las pruebas realizadas.

Se estima que la cobertura de atención en HSH asciende a 11% de la población objetivo, mientras que la cobertura de atención en TS asciende a 15%⁶⁴. Es importante considerar que

⁶³ Carlos, F Cáceres, Lecciones aprendidas de la colaboración con el Fondo Mundial en VIH y SIDA en el Perú, Pág. 75

⁶⁴ Navarro María del Carmen, Kusunoki Lourdes, Acosta Julio, Gonzales Edith, Sam Gina, Estudio para la Identificación de necesidades de CERITS y UAMPS Referente al Sistema de Atención Médica Periódica para Poblaciones Vulnerables: Trans, Gays,

la cobertura es limitada y está en proceso de reducción en el último año, debido a la disminución en la inversión en la prevención en población TGB y a la disminución de la inversión de los proyectos del Fondo Mundial a partir del programa de VI ronda. La inversión en TGB/HSH ha estado entre el 3 y el 14% entre 2005-2010 según el último informe MEGAS

Finalmente es necesario mencionar que el modelo actual de prevención basado en la atención a población en situación de vulnerabilidad al VIH en los CERITS y UAMP, presenta las siguientes brechas:

Insuficiente personal de acuerdo a la norma identificada, falta del médico de equipo, pocas horas de atención, escasez eventual de material (material de difusión y medicamentos para ITS) laboratorio no es exclusivo para el CERITS, falta de consultorio exclusivo para consejería falta de ambientes adecuados para la digitación, así como insuficiente cobertura en la atención

5.- TRATAMIENTO Y ATENCION

EL ESTADO

INDICADOR	FUENTE	2006	2008	2010	2012
Promedio de calificación en los esfuerzos dedicados a la ejecución de programas de tratamiento, atención y apoyo del VIH/SIDA	ICPN	No reportado	No reportado	5.8	5.0

Esta es la segunda oportunidad en que se reporta este indicador, **promedio de calificación en los esfuerzos dedicados a la ejecución de programas de tratamiento , atención y apoyo de VIH** hay un leve descenso de (5.8) a (5.0) en la calificación otorgada por los actores del estado fundamentalmente por los siguientes problemas:

- Lentitud en la Desconcentración del TARGA más cerca del usuario
- Los procedimientos para medir y promover la adherencia son poco adecuados
- Las normas técnicas vigentes están desactualizadas se necesita urgentemente ponerlas al día
- Problema recurrente de desabastecimiento de medicamentos .Mejorar la cadena de suministros para la adquisición , programación y distribución del tratamiento
- Dificultades para asegurar el tratamiento oportuno y adecuado para los niños con VIH

- Se requiere fortalecer el recurso humano y los equipos multidisciplinares en especial en las regiones

Se señalan como avances desde el sector estatal los siguientes:

- Diagnostico más temprano en gestantes
- Aumento de cobertura de personas en tratamiento
- Mejoramiento de las tasas de sobrevivencia y disminución de la mortalidad

Se identifica claramente que el problema no es falta de recursos sino debilidades en la GESTION

LA SOCIEDAD CIVIL

INDICADOR	FUENTE	2006	2008	2010	2012
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos realizados en la aplicación de los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con VIH/sida.	ICPN	4.1	6.5	5.9	4.1

Desde la perspectiva de sociedad civil , el promedio de calificación asignado a los esfuerzos realizados en la aplicación de los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados al VIH /SIDA ha experimentado no solo un descenso desde 2010 (5.9) a (4.1) en 2012 , sino que es un retroceso a la calificación que la sociedad civil le asigno a este aspecto en 2006

El problema que el programa de Tratamiento antirretroviral enfrenta desde 2010 es un persistente **desabastecimiento** de medicamentos que deriva de una **debilidad en la cadena de suministros gestionada por el MINSA** además de otros problemas anexos: la falta de un buen sistema de monitoreo de la adherencia, Sostenibilidad de intervenciones como Consejería entre pares, prevención positiva y tratamiento de infecciones oportunistas y la desactualización de las normas técnicas de tratamiento y adherencia

El Grupo Impulsor de Vigilancia del abastecimiento de antirretrovirales (GIVAR) que es un colectivo que nace desde las organizaciones de la sociedad civil que tienen larga data en el trabajo para las PVVS y la población vulnerable a la infección por VIH con el propósito de Hacer vigilancia social del abastecimiento de medicamentos antirretrovirales en el Sistema Nacional de Salud (MINSA, EsSalud, FF.AA y FF.PP), procedimientos que están normados por ley, ha

montado desde 2010 un sistema de vigilancia virtual a través de un portal web que esta a disposición de los usuarios www.desabastecimientovih.com

En el referido portal se han venido reportando los episodios de desabastecimiento lo que ha permitido un seguimiento cercano de problema , como se grafica en el siguiente cuadro

N°	AÑO	MES				
			MINSA	ESSALUD	FOSPOLI	TOTAL
1	2010	Octubre	11	6	0	17
2		Noviembre	2	3	0	5
3		Diciembre	0	0	1	1
4	2011	Enero	5	1	2	8
5		Febrero	2	0	0	2
6		Marzo	1	0	0	1
7		Abril	5	4	1	10
8		Mayo	7	2	0	9
9		Junio	3	4	3	10
10		Julio	2	6	0	8
11		Agosto	4	16	1	21
12		Septiembre	5	3	0	8
13		Octubre	3	2	0	5
14		Noviembre	1	0	0	1
15		Diciembre	2	4	0	6
16	2012	Enero	6	10	0	16
17		Febrero *	8	5	1	14
TOTAL			67	66	9	142

* Quejas al 29 de febrero de 2012

Fuente: GIVAR

El siguiente cuadro nos muestra cuales son los principales medicamentos desabastecidos en los Hospitales del MINSA

N°	AÑO	MES														
			Abacavir	Didanosina	Nelfinavir Niños	Lamivudina Niños	Caletra Niño	Estavudina	Saquinavir	Ritonavir	Zidovudina	Darunavir	Tenofovir	Nevirapina	Lamivudina	Efavirenz

1	2010	Octubre	x	x	x	x											
2		Noviembre		x													
3		Diciembre															
4	2011	Enero		x	x		x										
5		Febrero		x													
6		Marzo						x									
7		Abril							x								
8		Mayo	x						x								
9		Junio		x	x				x								
10		Julio	x						x								
11		Agosto	x							x							
12		Setiembre	x							x							
13		Octubre	x							x							
14	Noviembre	x						x		x	x	x					
15	Diciembre												x				
16	2012	Enero	x					x	x				x		x		
17		Febrero*	x					x		x					x	x	

Se ha constatado que casi el 50% de las quejas recibidas corresponden a Hospitales del MINSA seguidos por los Hospitales de Essalud , en el caso del MINSA la mayor parte de quejas han procedido de los Hospitales Maria Auxiliadora y Carrion del Callao , en el caso de ESSALUD , los hospitales de los que mas se reporta el problema son Rebagliati y Sabogal

La Defensoría del Pueblo A través de la supervisión realizada a los establecimientos de salud que brindan TARGA en las zonas de intervención consideradas en el Informe Defensorial N° 143 constato que el 100% de los establecimientos disponía de los medicamentos requeridos para brindar el tratamiento a adultos(as), según los esquemas de las personas a las que brindan atención. No obstante ello, **el 44%** indicó haber tenido problemas de desabastecimiento durante el 2010; y en el caso de TARGA para niños, niñas y adolescentes, el **28%** de establecimientos supervisados refirió haber afrontado una problemática similar⁶⁵.

⁶⁵ Informe de Adjuntía 005-2011 – DP **Fortaleciendo la respuesta frente a la epidemia del VIH/sida: Segunda supervisión de los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH/sida**

Un análisis de la situación nos ha permitido identificar algunos problemas que se arrastran en el sistema desde el año 2007 y que no se han podido resolver efectivamente estos problemas son⁶⁶:

1. Selección:

Problema: Las guías de tratamiento no se actualizan desde el 2005. Además de no tenerse acceso a los últimos adelantos en tratamientos que se han logrado a nivel mundial (ej. TDF, ATV), el no tener las guías actualizadas ha causado ineficiencias en la selección de tratamientos por parte de los médicos. El número de tratamientos especiales aumenta año con año, agregando complejidad a otros procesos de la cadena de suministro como programación y adquisición. Así mismo, la salud de los pacientes mejoraría significativamente si estas guías de tratamiento se actualizaran para que tuvieran acceso a los últimos avances logrados.

2. Programación

Problema: El proceso de programación ha mostrado ciertas ineficiencias en el pasado. Además de tomar bastante tiempo (hasta 6 meses) para ser completado, se tiene la percepción de que las cantidades programadas por los hospitales resultan ser diferentes a lo que terminan pidiendo en sus requerimientos trimestrales. Esto tiene un impacto significativo en los desabastecimientos de ARVs a nivel nacional, así como en la necesidad de compras de emergencia, donaciones y ARVs expirados. Por otro lado, el proceso de programación involucra a demasiadas partes dificultando la identificación de responsables en este proceso.

3. Adquisición:

Problema; El proceso de adquisición es complejo y puede retrasarse varios meses . Todos los diferentes pasos que conforman el proceso de adquisición presentan áreas de oportunidad. Existen impugnaciones varias veces durante el proceso, se quedan algunos procesos de medicamentos desiertos y los proveedores a veces no cumplen con lo que se comprometen

4. Distribución

Problema: Los ARVs que presentan desabastecimiento en los hospitales, muchas veces se encuentran en el almacén central o en los almacenes de las DISA/ DIRESA. Se

⁶⁶ Propuesta de Fortalecimiento **DE LA CADENA DE SUMINISTRO DE ANTIRRETROVIRALES (ARVs) EN EL PERU** Fundación Clinton – 2007

percibe una falta de coordinación para los temas de distribución que son diferentes dependiendo de a quien se entreviste. Es difícil encontrar un proceso estándar o un responsable claro para la distribución interna de ARVs. A su vez, los pedidos que se hacen en base a los requerimientos trimestrales no se entregan completos a los hospitales agravando la situación del manejo de inventarios

5. Almacenamiento/ Gestión de Inventarios

Problema: Desabastecimientos temporales en la mayoría de los hospitales, para diferentes ARVs en diferentes momentos en el tiempo. Aunque estos desabastecimientos se alcanzan a corregir a tiempo a través de transferencias entre hospitales y donaciones, crean un sentido de urgencia y un malestar entre médicos y pacientes. En algunos casos, éstos son causas de quejas por parte de los PVVS que perciben un mal servicio por parte de los hospitales, cuando el problema radica en la cadena de suministro. A su vez, existen también algunos almacenes que no cumplen con las Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA).

6. Uso de medicamentos

Problema: Los equipos multidisciplinarios en los hospitales y farmacias no están completos y/o no se dan abasto para el número de pacientes que se tienen. En la mayoría de los casos los equipos no están cohesionados con muchos de los integrantes dedicando solo algunas horas de la semana a la atención de PVVS. A su vez, los miembros de los equipos multidisciplinarios deben invertir mucho tiempo en llenar reportes, y administrar sistemas de información de los que no ven los resultados. Esto está teniendo un impacto negativo, no solo en la atención a los PVVS, sino también en los demás procesos como programación y manejo de inventarios, entre otros.

7. Sistemas de Información

Problema: El acceso a la información esta centralizada por lo que la toma de decisiones sigue siendo complejo e ineficiente. Frecuentemente se mandan correos electrónicos a diferentes personas para compartir información que ya se ha ingresado al sistema. Se reciben quejas por parte de los hospitales de que la información “sube pero nunca baja”, insinuando que no saben que pasa con la información que llenan en los reportes cada mes. Las DISAs/DIRESAS reportan que algunas veces la información que ingresan los hospitales en el sistema no es correcta y que tienen que corregirla. No se evidencia ningún tipo de control sobre la calidad de la información que se ingresa en el sistema, así como no se tiene referencia de ningún indicador o reporte estandarizado.

Existen 2 sistemas principales de información en el tratamiento con ARVs (SISMED y SMEII). Aunque se ha percibido un buen funcionamiento del SISMED, la percepción general es que se podría aumentar el acceso de información a todas las farmacias y hospitales y facilitar así la toma de decisiones. Respecto al SMEII, siguen presentándose muchísimas áreas de oportunidad. Por el lado de los hospitales, el sistema es percibido como ineficiente y complejo, y por el lado del MINSA, ha resultado muy complicado sacar reportes del sistema por estar encriptada la

información. Los dos sistemas contienen información que podría arrojar información muy útil si se combinaran, pero hasta el momento trabajan de manera independiente.

Uno de los problemas que se han identificado también, ha sido la falta de indicadores estándar y de un proceso de monitoreo y evaluación para darle seguimiento a la información que se reúne. Los hospitales están llenando información en diferentes formatos y reportes, y ésta no está siendo analizada de una manera estándar. Incluso han llegado a quejarse de recibir requerimientos por mala información ya que está incluida en los reportes que mandaron.

6. Atención a niños y huérfanos vulnerables

INDICADOR	FUENTE	2006	2008	2010	2012
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos Para satisfacer las necesidades de los huérfanos y otros niños vulnerables	ICPN	1.3	2.8	1.0	1.4

Este indicador ha sido preguntado solo a los representantes del sector gubernamental, indaga sobre el promedio de calificación acerca de los esfuerzos para satisfacer las necesidades de los huérfanos y otros niños vulnerables es probablemente el área con menor avance y mas descuidada como se ve en el cuadro el promedio del 2012 (1.4) es muy similar al del 2006 (1.3) lo que indica que no hay avances significativos en la materia

7.- Monitoreo y Evaluación

INDICADOR	FUENTE	2006	2008	2010	2012
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos de vigilancia y evaluación del programa del Sida	ICPN	3.6	6.3	6.4	3.6

Este indicador es solo reportado por representantes gubernamentales, observamos que la medición del promedio de calificación acerca de los esfuerzos de vigilancia (monitoreo) y evaluación del programa de VIH/SIDA de este año (3.6) es igual a la del 2006 y representa un descenso respecto de la medición del 2010 (6.4)

Los principales avances señalados por los entrevistados sobre esta área son:

- Recuperación de información por parte de la ESN para la toma de decisiones
- Esfuerzos sostenidos de DGE con poco presupuesto para dotar de datos periódicos de vigilancia epidemiológica. mejora del sistema NOTI VIH en una nueva plataforma web –online como parte del 4to obj de la VI Ronda del FM

Se indican sin embargo las **siguientes brechas o ausencias** :

- No existe un plan nacional de vigilancia y evaluación
- Se necesita Construir una base de datos nacional central de información relacionada con el VIH, los datos aun no se concentran en una unidad funcional para tal fin
- La información no esta estratificada ni segmentada de manera que facilite el análisis por variables como género; orientación sexual , sub-población, no se toma en cuenta las necesidades de información específicas de cada sector o subsector se espera que todos reporten lo mismo
- No hay un conjunto de indicadores definidos y reportables periódicamente
- Poco presupuesto para My E
- Los roles y responsabilidades no están claros
- No hay articulación entre los diversos sectores ni un análisis de lo que el país reporta periódicamente excepto la vigilancia epidemiológica de la DGE

En el país pocos sectores cuentan con un sistema de monitoreo y evaluación. Algunos pocos programas y proyectos, especialmente de lucha contra la pobreza, han desarrollado sistemas de M&E pero sin interrelación entre ellos. La Respuesta Nacional al VIH/sida tampoco cuenta, hasta el momento, con un sistema de M&E integrado; por el contrario se trata de actividades dispersas de cálculo de indicadores con información proveniente de numerosas fuentes como las Direcciones Regionales de Salud, hospitales y Centros de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual, de formatos estandarizados y de la realización de visitas de campo¹⁴⁶. Todos estos instrumentos no están integrados entre sí, ni proporcionan información periódica. Con la llegada del Fondo Global al Perú se incorporó una lógica de evaluación de proceso, resultados e impacto, pero que igualmente se encuentra desarticulada de los demás instrumentos nacionales. Existe una Directiva Administrativa 153 MINSA/OGEI del año 2009 para el Sistema de Monitoreo y Evaluación Integral de Indicadores (SMEII) para la ESN PyC ITS/VIH/SIDA

El sistema de información VIH MINSA, funciona a través de: La Dirección General de Epidemiología la cual establece anualmente un sistema de monitoreo y evaluación de las actividades del Plan Operativo Anual para el VIH; además cuenta con un Plan de Vigilancia Epidemiológica de ITS, VIH –SIDA para ver la magnitud y tendencia epidemiológicas. También cuenta una Unidad Técnica de vigilancia, investigación y análisis de las ITS, VIH-

SIDA en la Dirección General de Epidemiología y se realiza la reunión anual de la Red nacional de Epidemiología (RENACE).

Respecto a los sub-sistemas que conforman el Sistema de Información del MINSA, se han podido identificar las debilidades y fortalezas siguientes⁶⁷

FORTALEZAS

1) Registro de datos:

- ☑ Los proyectos del Fondo Mundial propiciaron un reporte regular de la información logrando un ordenamiento de sus datos.
- ☑ El Plan Estratégico Multisectorial de VIH/SIDA 2007.20011 permitió contar con una relación de indicadores de impacto, resultado, producto e insumos.
- ☑ Se cuenta con instrumentos registros para el registro de información.

2) Procesamiento de información:

- ☑ Se cuenta con el software (TARGUITA) que brinda información sobre personas que reciben TARGA.
- ☑ Se cuenta con el software del SMEII., cuyo objetivo es generar información individual de las atenciones a personas con VIH Sida, realizadas en los establecimientos de salud que recibe TARGA e información colectiva de las actividades que se realizan en la ESN PyC ITS/VIH-SIDA, a nivel nacional.
- ☑ Se cuenta con la Hoja de monitorización de VIH
- ☑ Se cuenta con computadoras en todos los establecimientos que brindan TARGA.

DEBILIDADES.

1) Registro de datos:

Múltiples registros para ITS y VIH-Sida (HIS, Hoja de monitorización, Libros y Cuadernos de ESN de VIH y de ESN SSR).

- ☑ Sub registro de datos
- ☑ Errores en el llenado del HIS (codificación) y en la Hoja de Monitorización (muchos campos)
- ☑ Faltan procedimientos estandarizados para control de calidad de los datos registrados.
- ☑ Fuentes de información actualmente están desarticuladas

2) Procesamiento de información:

- ☑ Ausencia de mecanismos de verificación de la data
- ☑ Consolidación manual en establecimientos de salud de zonas alejadas debido a carencia de equipos informáticos que permitan usar software estadístico.
- ☑ Ausencia de bases de datos de respaldo
- ☑ Limitado monitoreo de la gestión de stocks de medicamentos.

⁶⁷ Informe Final Evaluación del PEM 2007-2011

3) Análisis de información:

- ☒ Limitado análisis de la información.
- ☒ Débiles mecanismos de retroalimentación del nivel nacional al local
- ☒ La información no es oportuna para la toma de decisiones

4) Uso de la información:

- ☒ Limitada disponibilidad de la información generada por la OGEl y la ESN ITS/VIH/Sida.
- ☒ Uso de la información por los actores claves es limitado.

Se han identificado además las siguientes brechas a nivel de las estructuras organizacionales con funciones de Monitoreo y Evaluación⁶⁸

12. No existe en el país cultura de gestión de información: acceso, diseminación, control de calidad, decisiones en base a evidencia (tanto sector público como comunitario).
13. Falta de claridad respecto de instancia que debe asumir el monitoreo y evaluación en sector sanitario, en TB, VIH y malaria. La función está asignada a Gestión sanitaria en DGSP, pero no ejerce su rol; además, está por debajo de otras direcciones (DGEI, DGE, INS) y no tiene recursos humanos suficientes.
14. La ESN gestionan información paralela, sin contar con los recursos humanos suficientes, evidenciando una alta rotación de personal, sin contar con una unidad de M&E, y realizando las actividades actuales de M&E de manera no sostenible; pues en general las actividades de M&E son una de las muchas tareas que deben hacer los equipos de gestión de la Estrategias Sanitarias Nacionales y Regionales.
15. A nivel Regional, también se reconoce que la cantidad de recursos humanos es limitado, con tareas sobrecargadas y resistencias / desmotivación general para llenado de registros y acciones propias del monitoreo y evaluación.
16. Existe desarticulación entre las diferentes instancias que gestionan información en VIH (OGEl, INS, DGE, las ESN y las DISA/DIRESA).
17. Hay ausencia de análisis de información para dar solución a nudos críticos y alertas sanitarias.
18. Se evidencia un débil enlace con los otros sectores (multisectorialidad) en la gestión de información
19. Es necesaria evaluación y selección de recursos humanos por aptitud y competencias en el fortalecimiento del M&E, en todos los niveles de gestión.
20. Es necesaria la definición de un perfil ocupacional y requisitos para el ingreso de los recursos humanos al Sistema de M&E (en todas las enfermedades, no sólo VIH/Sida).
21. Debe establecerse la estructura de los recursos humanos con capacidades en todos los niveles.
22. El plan de desarrollo de RRHH debe contar con resultados bien definidos; e incluir las maneras de seguir progresando en determinados plazos (línea de carrera).
23. Falta de recursos financieros para capacitar a los equipos en M&E no sólo en los aspectos técnicos de M&E, sino también en dirección, gerencia financiera, facilitación, supervisión, abogacía y comunicación

⁶⁸ Informe de sistematización del Taller nacional de Monitoreo y Evaluación para los programas de VIH, TB y malaria , CARE PERU 2010

24. No se han presupuestado las actividades de monitoreo ni de evaluación, ni logísticas y de recursos humanos para implementarlas. No se identifican procedimientos ni metodologías para M&E estandarizadas
25. Falta de respuesta multisectorial se expresa en escasos programas preventivos que deberían ser desarrollados bajo responsabilidad de otros sectores o sub sectores
26. La obligatoriedad del M&E debe ser claramente definida en la Política Nacional sobre el VIH y otros documentos de política, lo cual no se evidencia hasta el momento.
27. Los indicadores nacionales deben adherirse a normas técnicas nacionales y mundiales y a las mejores prácticas de salud.
28. El plan de M&E también debe atenerse a la normatividad nacional, por ejemplo, lo dispuesto en relación a que la Oficina General de Estadística e Informática es responsable de la administración de todos los datos recogidos en el país, que debe reflejarse en el flujo de datos dentro del sistema de M&E.
29. En un plan nacional multi-sectorial de M&E, los distintos sectores, organizaciones e instituciones regionales que participan en la respuesta al VIH pueden desarrollar sus propios planes de M&E (sub sistemas de M&E),

7.- PARTICIPACION DE SOCIEDAD CIVIL

INDICADOR	FUENTE	2006	2008	2010	2012
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos para aumentar la participación de la sociedad civil	ICPN	3.8	5.4	4.3	4.5

Este indicador ha sido reportado solo por sociedad civil y se enfoca en el **promedio de calificación acerca de los esfuerzos para aumentar la participación de la sociedad civil** vemos que en la calificación del 2012 (**4,5**) hay un ligero ascenso respecto de la calificación del 2010 (**4.3**) los participantes atribuyeron dicho avance a la consolidación de las Representaciones de sociedad civil a través de procesos democráticos en la CONAMUSA , a la generación de mecanismos de vigilancia de la atención en salud, el abastecimiento de ARVs; y al diseño participativo de la Propuesta de Ronda X enfocada en poblaciones vulnerables.

Se consideran como aspectos a los que hay que ponerle atención: Participación de ONGs en CONAMUSA debe retomarse y fortalecerse hace 1 año que no tienen participación. Que las poblaciones vulnerables se incorporen como miembros del MCP por identidad, actualmente sólo tienen un asiento, y proceso de ponerse de acuerdo es complicado. Fragmentación: Si bien el FG ha invertido dinero para fortalecimiento de organizaciones, ha “matado” liderazgos y ha desarticulado tejido social y organizacional. Proyectos regionales también han fragmentado organizaciones nacionales. No hay agenda consensuada en sociedad civil, ni siquiera como organizaciones comunitaria. Además la sociedad civil no ha pensado en mecanismos de financiamiento y sostenibilidad ante es escenario de crisis financiera mundial.