

# **I**NFORME **N**ACIONAL SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS EN LA APLICACIÓN DEL **U**NGASS

**PERÚ**



**Periodo de cobertura:  
Enero 2006 – Diciembre 2007**

## **RESPONSABLES**

### **Ministro de Salud**

Hernán Garrido Lecca

### **Vice Ministro de Salud**

Melitón Arce

### **Dirección General de Salud de las Personas**

Pedro Abad

### **Dirección General de Epidemiología**

Gladys Ramirez

### **Instituto Nacional de Salud**

Patricia García

### **Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas**

Víctor Dongo

### **Seguro Integral de Salud**

Esteban Chiotti

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

José Luis Sebastián

### **Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva**

Lucy Del Carpio

### **Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis**

César Bonilla

## **ASISTENCIA TECNICA ONUSIDA**

Jorge L. Chediek, Coordinador Residente del Sistema de Naciones Unidas en el Perú;  
Representante Residente de PNUD

Esteban Caballero, Presidente del Grupo Temático sobre VIH; Representante Para Perú y  
Director para Chile y Uruguay de UNFPA

Rubén Mayorga, Coordinador de ONUSIDA para Perú, Ecuador y Bolivia

Patricia Bracamonte, Oficial de Monitoreo y Evaluación de ONUSIDA

## **FACILITADO POR:**

Dr. Carlos Velásquez Vásquez  
Dra. Lourdes Kusunoki Fuero  
Lic. Econ. Carmen Navarro de Acosta  
Dr. Juan Guanira Carranza

## I. Índice

I.	Índice	pag 3
II.	Situación Actual	5
III.	Panorama general de la epidemia de SIDA	16
IV.	Respuesta nacional a la epidemia de SIDA	17
	a. Compromiso y Acción Nacional	17
	i. Gasto relativo al SIDA	17
	ii. Políticas Gubernamentales	
	1. Plan Estratégico multisectorial y apoyo político.	20
	2. Protección de derechos humanos y participación de la sociedad civil	22
	3. Prevención	24
	4. Tratamiento, atención y apoyo	25
	b. Desarrollo de áreas programáticas	26
	i. Prevención	
	1. Seguridad hematológica	26
	2. Transmisión materno infantil	29
	3. Poblaciones más expuestas al VIH	32
	4. Población general	36
	ii. Tratamiento, atención y apoyo	38
	1. Tratamiento	38
	2. Atención y apoyo	42
	c. Conocimiento y comportamiento	44
	1. Población más expuesta al VIH	44
	2. Población general	51
	d. Impacto	55
V.	Prácticas óptimas	57
VI.	Principales problemas y acciones correctoras	59
VII.	Apoyo de los asociados para el desarrollo del país	62
VIII.	Sistema de vigilancia y evaluación	63
	Anexos	69

## GLOSARIO

<b>AMP</b>	Atención Médica Periódica
<b>ARV</b>	Antirretrovirales
<b>CERITS</b>	Centros de Referencias de Infecciones de Transmisión Sexual
<b>CONAMUSA</b>	Coordinadora Nacional Multisectorial de Salud
<b>DISA</b>	Dirección de Salud
<b>DIRESA</b>	Dirección Regional de Salud
<b>ESN-PC-ITS/VIH/SIDA</b>	Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA
<b>ESN-PCT</b>	Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis
<b>ESN-SSR</b>	Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
<b>FM</b>	Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria
<b>Grupos más expuestos</b>	Segmentos de población que por sus condiciones estructurales o de comportamiento tienen mayor probabilidad de exposición e infección por el VIH; también se llaman grupos más vulnerables.
<b>HSH</b>	Hombres que tienen sexo con hombres: homosexuales, bisexuales, transgénero y otros HSH que no se identifican así mismos como ninguno de los anteriores
<b>ITS</b>	Infecciones de Transmisión Sexual
<b>MIMDES</b>	Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social
<b>MINEDU</b>	Ministerio de Educación
<b>MINSA</b>	Ministerio de Salud
<b>PEM</b>	Plan Estratégico Multisectorial
<b>PER</b>	Plan Estratégico Multisectorial Regional
<b>PEPs</b>	Promotores educadores de pares
<b>PVVS</b>	Personas viviendo con el VIH y SIDA
<b>PRONAHEBAS</b>	Programa Nacional de hemoterapia y bancos de sangre
<b>Riesgo<sup>1</sup></b>	Se define como la probabilidad de que una persona pueda contraer la infección por el VIH. Ciertos comportamientos crean, intensifican y perpetúan el riesgo
<b>TARGA</b>	Tratamiento antirretroviral de gran actividad
<b>TB</b>	Tuberculosis
<b>TS</b>	Trabajadores sexuales
<b>UAMPs</b>	Unidades de atención médica periódica
<b>VIH</b>	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
<b>Vulnerabilidad</b>	Es consecuencia de un espectro de factores que reducen la capacidad de los individuos o comunidades para evitar la infección por el VIH

---

<sup>1</sup> ONUSIDA. Directrices prácticas de ONUSIDA para intensificar la prevención del VIH. Hacia el Acceso Universal. 2007

## II. Situación actual

- La elaboración del presente informe se realizó mediante la participación activa de los principales actores del gobierno y de la sociedad civil, líderes en la lucha contra el VIH/SIDA en el Perú. La participación de las Instituciones se realizó mediante la entrega de la información necesaria para la preparación de los indicadores de nivel nacional del UNGASS, las respuestas a los cuestionarios para la obtención del índice compuesto de política nacional, y mediante su participación en talleres de discusión y contextualización de los valores hallados.

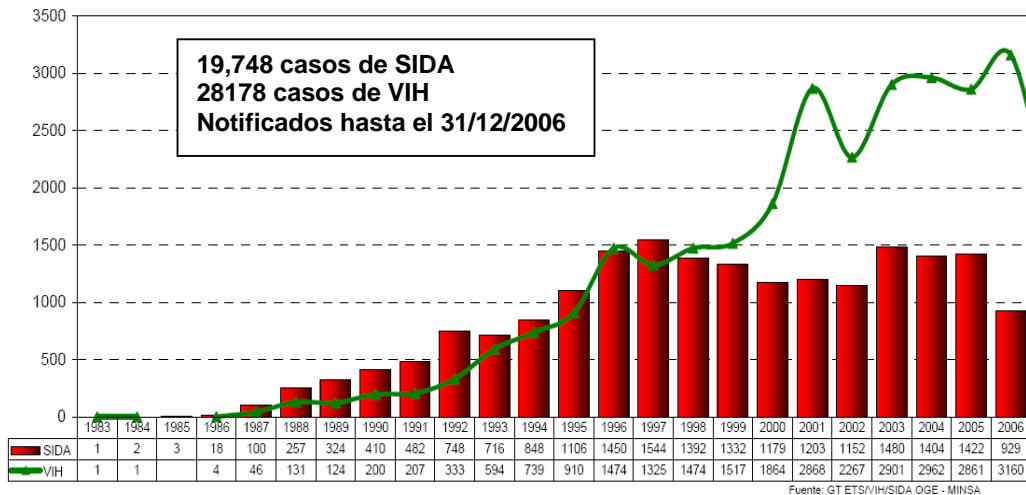
La información recolectada está basada en fuentes de carácter oficial que se encuentra publicada o por publicarse, como también de diferentes estudios que han sido llevados a cabo por Instituciones para fines heterogéneos, pero que de una u otra manera contribuyen al análisis de la situación del VIH/sida en el país. Si bien es cierto que algunos de ellos no son datos que se pueden extrapolar a nivel nacional, muestran una idea de cómo se comporta el VIH en determinados subgrupos y en determinadas áreas geográficas. Esta información no sólo va a ser útil para monitorizar el grado de cumplimiento de los compromisos del UNGASS, sino que internamente será de gran utilidad durante la elaboración de los Planes estratégicos multisectoriales regionales (PER), como se ha visto en las Regiones que lo vienen desarrollando: Región Lambayeque, Región Loreto.

- Cuando se habla de la epidemia del VIH/Sida en el Perú, nos remontamos a 24 años atrás; es decir al año 1983 en que el primer caso de SIDA fue reportado, y según datos oficiales de la Dirección General de Epidemiología (DGE) – MINSA, se tiene 19,748 casos SIDA y 28,178 casos VIH notificados hasta diciembre del 2006. En el último reporte a noviembre del 2007 se reportan 20394 casos de SIDA y 30282 casos de VIH pero requiere ser actualizado por las regiones que todavía no han realizado sus reportes a la DGE. La mayoría de los casos proceden de las ciudades y departamentos con mayor concentración urbana de la costa y de la selva (Lima-Callao, Loreto, Ica, Lambayeque, La Libertad, Ucayali, Arequipa, Junín, Piura, Ancash) y su diseminación correlacionaba con la mayor densidad poblacional y los flujos migratorios: Lima y Callao contienen el 73% de los casos registrados<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> DGE-MINSA. Boletín Epidemiológico Noviembre 2007.

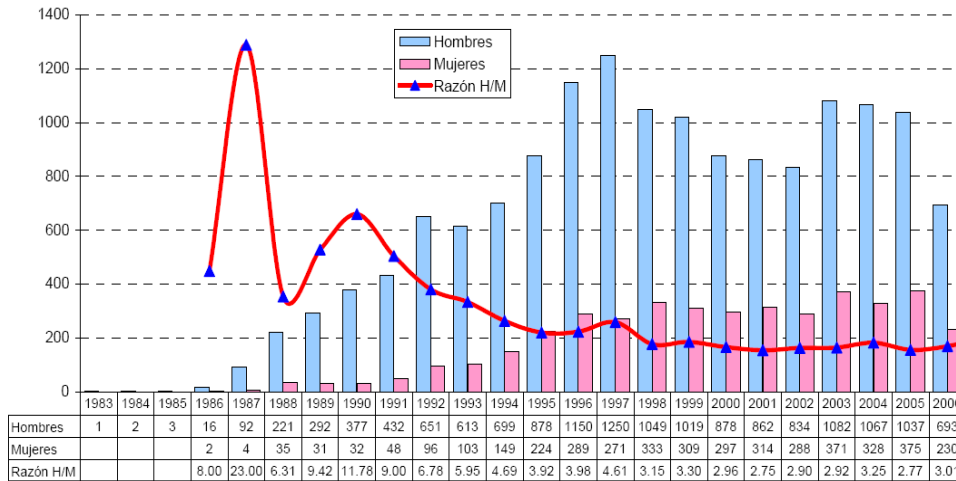
**Cuadro 1. Casos SIDA y VIH. Perú al 31 de diciembre 2006. DGE-MINSA**



Por otro lado, el perfil de la epidemia entre los hombres y las mujeres ha mostrado cambios importantes en la medida que se ha reducido la razón hombre-mujer, desde 14 a 1 en 1990 hasta un nivel estable de 3 a 1 que se ha mantenido en los últimos 9 años. Así tenemos el índice fue de 3.4 en el 2004, de 2.8 en el 2005 y de 3.01 en el 2006.

A pesar de que este indicador podría alertarnos a una heterosexualización de la epidemia tenemos que tener en cuenta que los mayores esfuerzos de tamizaje se están dando en mujeres gestantes lo que está facilitando su captación diagnóstica. La separación de casos de VIH de los casos SIDA reduce el efecto que la mayor oferta de pruebas diagnósticas en gestantes pueda tener sobre el total de personas reportadas en el periodo SIDA. Desde el año 2004 aproximadamente y con el impulso del Fondo Mundial, los avances en la implementación de las acciones para la disminución de la Transmisión materno infantil del VIH han dado lugar que un importante número de mujeres acceda a las pruebas diagnósticas para el VIH; además, las mujeres acuden más a los servicios de salud que la población masculina especialmente entre los 15 y 49 años. Las estrategias preventivas y de fomento para la realización de pruebas diagnóstica para VIH en poblaciones más expuestas no han tenido la misma magnitud que la estrategia de prevención de la transmisión vertical del VIH, lo que altera la probabilidad diagnóstica.

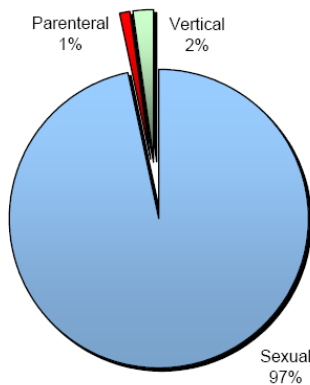
**Cuadro 2: Relación hombre/mujer con SIDA a diciembre 2006. DGE-MINSA**



La mayoría de casos de SIDA se concentra entre jóvenes y adultos jóvenes en edad productiva: la mediana se encuentra en 31 años, lo que significa que el 50% son menores de 30 años, el grupo de hombres y mujeres entre 25 y 29 años constituye el 21.9%, lo que significa que el momento de la infección podría estar alrededor de los 20 años<sup>3</sup>.

Al evaluar las vías de transmisión del virus, se evidencia que la transmisión de la epidemia en el Perú es casi exclusivamente sexual ya que representa el 97%, mientras la transmisión materno infantil (perinatal o vertical) el 2.1% y la transmisión parenteral el 1.1%.

**Cuadro 3: Forma de transmisión VIH. Hasta diciembre del 2006. DGE-MINSA**



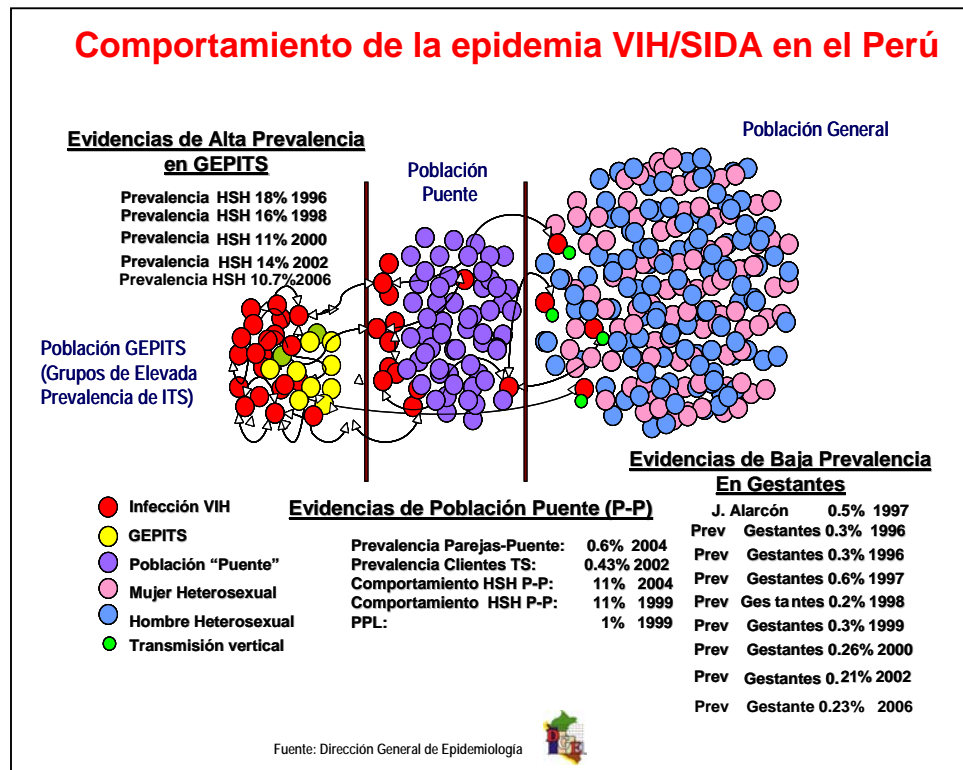
Las evidencias históricas de las vigilancias centinelas realizadas en población con mayor exposición (vulnerable) y gestantes, identifica la epidemia en el Perú como una epidemia concentrada<sup>4</sup>. La última medición realizada en los años 2005 a 2006 señala una prevalencia de 10.8% en población HSH y 0.23% en las gestantes. Respecto a los HSH, el sesgo metodológico presente en el

<sup>3</sup> Análisis de la situación epidemiológica en el Perú. Dirección General de Epidemiología. MINSA. Noviembre del 2006

<sup>4</sup> Dr. Luis Suarez, Dra. Mónica Pun. Dirección General de Epidemiología

último estudio centinela realizado con esta población sugiere que la prevalencia es mayor a la mencionada (ver explicación más adelante).

**Cuadro 4**



- El mayor logro político durante los dos últimos años fue la aprobación Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 para la prevención y control de las ITS y el VIH / Sida en el Perú aprobado mediante Decreto Supremo DS 005-2007/SA en el año 2007, este documento elaborado durante los años 2005 y 2006 contó con una participación plural y representativa de todos los sectores del gobierno y de la sociedad civil.

Los lineamientos de dicho documento permiten enfocar en forma más coordinada las acciones dirigidas a la lucha contra el VIH/SIDA considerando el tipo de epidemia concentrada, sin perder los aspectos referidos a la información, educación preventiva y servicio a la población en general.

#### • **LOS INDICADORES NACIONALES**

Este Informe comprende Indicadores Nacionales cuya importancia radica en que permite que el país evalúe la eficacia de la respuesta nacional, por lo que se recomienda incluirlos en el plan de Monitoreo y Evaluación nacional.

Con estos datos se puede estandarizar y analizar la información existente en el país, sobre la eficacia de la respuesta en los niveles regionales y nacionales.

- Compromiso y acción nacional:** los que se centran en las políticas y aportes estratégicos y financieros destinados a detener la propagación de la



infección del VIH, con el fin de proporcionar atención y apoyo a las personas infectadas, así como mitigar las consecuencias sociales y económicas debidas al SIDA. Estos indicadores son medidos por entrevistas realizadas a líderes del gobierno y de la sociedad civil, instituciones públicas y privadas inmersas de una u otra forma en la lucha contra el VIH/SIDA.

- II. Indicadores de programa nacional:** los que se encargan en medir los esfuerzos nacionales en áreas programáticas que incluyen la seguridad hematológica, la prevención de la transmisión materno infantil del virus, la cobertura de terapia antiretroviral, la co-gestión del tratamiento de la tuberculosis y el VIH entre otros.
- III. Conocimiento y comportamientos nacionales:** abarcan una variedad de resultados específicos de conocimiento y comportamiento que incluyen el conocimiento correcto de la transmisión del VIH, edad de inicio sexual, comportamiento sexual entre otros, los cuales son medidos mediante encuestas poblacionales y estudios de vigilancia centinela. Reflejan primordialmente el efecto de las acciones de prevención realizadas en el país.
- IV. Impacto del programa a nivel nacional:** se refieren al grado en que las actividades del programa nacional han logrado reducir las tasas de infección por el VIH y la morbimortalidad asociada; estos son medidos por estudios de vigilancia centinela

En los siguientes cuadros se resumen los indicadores nacionales:

#### GASTO RELATIVO AL SIDA POR CATEGORÍA

Suma de Total VIH S/					
NUMERO FUNCION	FUNCION AGREGADA	Total 2005	Total 2006	Total 2007	Total general
1	Prevención	21,395,273	22,075,912	36,948,968	80420153
2	Atención y tratamiento	40,922,446	60,586,221	41,410,711	142919378
3	huérfanos y niños más vulnerables		162,681	276,300	338981
4	Gestión de programa y fortalecimiento de la administración	5,256,291	4,571,539	4,397,977	14225807
5	Contratación de recursos humanos e incentivos de retención	703,909	101,562	74,315	879786
6	Protección social y servicios sociales (excluyendo huérfanos)	1,009,518	1,966,845	4,842,075	7818438
7	Desarrollo comunitario y ambiente mejorado	5,043,823	4,395,142	5,694,662	15133627
8	Investigación relacionada con VIH/sida (excluye investigación operativa)	17,374,887	16,650,917	14,101,909	35427713
Total general		91,706,147	110,510,820	107,476,916	297163883

## INDICE COMPUESTO DE POLITICA NACIONAL

### Parte A: funcionarios de gobierno

Indicador	Fuente	2006		2008		Observaciones
		N	%	N	%	
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos de planificación estratégica en los programas de VIH/sida	Encuest a ICPN	2.5	25	5	50	Nivel de incremento 100%
Promedio de calificación acerca del apoyo político en los programas de VIH/sida	Encuest a ICPN	2.5	25	4.3	43	Nivel de incremento en 72%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos políticos de apoyo en la prevención del VIH/sida	Encuest a ICPN	3.6	36	5.2	52	Nivel de incremento en 44%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos de aplicación de los programas de prevención del VIH/sida	Encuest a ICPN	3.1	31	5.1	51	Nivel de incremento en 64%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos para satisfacer las necesidades de los huérfanos y otros niños vulnerables	Encuest a ICPN	1.3	13	2.8	28	Nivel de incremento en 48%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos de vigilancia y evaluación del programa del Sida.	Encuest a ICPN	3.6	36	6.3	63	Nivel de incremento en 75%

### Parte B: organizaciones no gubernamentales, organismos bilaterales y organizaciones de las Naciones Unidas

Indicador	Fuente	2006		2008		Observaciones
		N	%	N	%	
Promedio de calificación acerca de las políticas, leyes y reglamentaciones establecidas para promover y proteger los derechos humanos en relación con el VIH/sida	Encuesta ICPN	3.3	33	5.6	56	Nivel de incremento en 70%
Promedio de calificación acerca del esfuerzo por hacer cumplir las políticas, las leyes y reglamentaciones existentes	Encuesta ICPN	2.7	27	4	40	Nivel de incremento en 48%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos para aumentar la participación de la sociedad civil	Encuesta ICPN	3.8	38	5.4	54	Nivel de incremento en 42%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos hechos en la aplicación de los programas de prevención del VIH/sida	Encuesta ICPN	3.2	32	4.4	44	Nivel de incremento en 37%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos realizados en la aplicación de los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH/sida.	Encuesta ICPN	4.1	41	6.5	65	Nivel de incremento de 58%

## INDICADORES DEL PROGRAMA NACIONAL

N°	Indicadores UNGASS 2008	Fuente	Indicador 2006		Indicador 2008		Indicador aproximado *	Observaciones
			N	%	N	%		
3	Porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada	PRONAHEBAS 2006	135979/ 135979	100%	178,017unid/ 177,297 unid	ND	99.6%	En el indicador Proxy se está considerando el N° total de unidades extraídas como denominador; y como numerador el N° de unidades tamizadas. El sistema de información vigente no permite acceder a la variable de criterios de calidad asegurada
4	Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe terapia antirretrovírica	MINSa (ESN_PC_ITS/VIH/SIDA) 2006-2007. Informe Epinfo de ESN PC ITS/VIH/SIDA	6298	No reportado	10367/12080	85.8%		Informe entregado por el MINSa hasta el mes de Agosto del 2007. El denominador fue calculado con el programa Spectrum y el numerador contienen a las personas con VIH , retirando los fallecidos y abandonos.
5	Porcentaje de embarazadas seropositivas que recibe fármacos antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil	MINSa (ESN_PC_ITS/VIH/SIDA). Hoja de monitorización de actividades 2006.	161/339	47.7%	365/872		41.8%	El indicador ha sido elaborado considerando 610,000 gestantes al año y una prevalencia de VIH de 0.23%, considerando una corrección de 0.65 por ser de área urbana. Los datos no son comparables con informe anterior por metodología de recojo de datos es diferente
6	Porcentaje de casos estimados de coinfección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH	Tuberculosis en el Perú. Informe de Gestión. 2006. Global Database –TB Country Profile OMS. 2005 Estimates Informe Epinfo de ESN PC ITS/VIH/SIDA		No reportado	a.93/1209 b.93/839	a. 7.7% b. 11.0%		El indicador se considera bajo dos fuentes de cálculo del estimado de personas con TB: a. OMS (3.3/100,000 hab) y b. La ESN de Control de Tuberculosis (2.29/100,000 hab)
7	Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados			No reportado			ND	Indicador no puede ser determinado debido a que no existen registros de personas que se someten a las pruebas de VIH y no se ha generado la pregunta en las encuestas poblacionales
8	Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	Vigilancia centinela de tercera generación en HSH. 2006 DGE-Impacta Vigilancia centinela de TS. 2006. DGE-UPCH	HSH= 1857/3228 PPL= 1483/8600	HSH= 57.5% PPL= 17.2%	HSH: 843/4090 <25: 349/2113 >25: 494/1977	HSH: 20.6% <25: 16.5% >25: 24.9% TS: 54.3%		Estudio realizado con la finalidad de medir incidencia en HSH, no intervinieron los HSH que conocían su seroestado positivo al virus. Los datos no son comparables con informe anterior por metodología de recojo de datos

N°	Indicadores UNGASS 2008	Fuente	Indicador 2006		Indicador 2008		Indicador aproximado *	Observaciones
			N	%	N	%		
								es diferente
9	Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegaron los programas de prevención del VIH	Vigilancia centinela de tercera generación en HSH. 2006.DGE-Impacta Vigilancia centinela en TS.2006. DGE-UPCH	HSH= 2151/3280 TS= 22051/560 00	HSH= 65.5% HSH=18% (condón) TS= 39.3% TS = 16.7% (condón)	HSH: 2274/4168 <25: 895/2170 >25: 958/1998	ND	HSH: 44.5% <25: 41.2% >25: 47.5% TS: 80.3% <25: 77.3% >25: 90.6%	Estudio realizado con la finalidad de medir incidencia en HSH, no intervinieron los HSH que conocían su seroestado positivo al virus. Estudio de vigilancia centinela de segunda generación en TS Los datos no son comparables con informe anterior por metodología de recojo de datos es diferente
10	Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables de 0 a 17 años de edad cuyos hogares recibieron apoyo externo básico gratuito para la atención infantil		37/236	15.60%		ND		La definición de niño huérfano no está calificada para la atención básica. En el Perú la protección está dirigida para los niños en estado de abandono, motivo por el cual no se pudo medir el indicador.
11	Porcentaje de escuelas que impartió educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último año académico	Informes varios: Instituto de Educación y Salud Ministerio de Educación Proyecto Vigía	165/6512	2.5%	339/7389	ND	4.5%	No se realizó durante los dos años estudios que midieran el indicador solicitado. Para el proxy se consideró la información de escuelas con personal capacitado sobre el total de escuelas secundarias

(\*) El indicador aproximado es también llamado indicador Proxy

## INDICADORES DE CONOCIMIENTO Y COMPORTAMIENTO

N°	Indicadores UNGASS 2008	Fuente	Indicador 2006		Indicador 2008		Indicador aproximado *	Observaciones
			N	%	N	%		
12	Asistencia actual a la escuela entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad	Estudio de Percepción de las necesidades de la familia VVS		No reportado	47/110	ND	69.8%	El indicador aproximado fue determinado en un estudio en familias VIH realizado en Lima, Ica e Iquitos
13	Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 24 años que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus	3ra medición de Indicadores del Programa de VIH financiada por el Fondo Mundial. 2007	No reportado	70%	12-17 a: 3,187 17-24 a: 1,989	12-17 a. 56.1% 17-24 a. 54.1%		3ra medición de indicadores del proyecto de fortalecimiento de la prevención y control del VIH y TB se realizó en las ciudades de Lima, Callao, Iquitos y Chimbote. Los datos no son comparables con informe anterior por metodología de recojo de datos es diferente
14	Porcentaje de poblaciones más expuestas que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus	Vigilancia centinela de tercera generación en HSH. 2006. DGE-Impacta	HSH= 2020/3280	HSH=61.59% HSH<24 = 63.7%	Total: 1649/4101 <25: 767/2141 >25: 882/1960	HSH: 40.2% <25: 35.8% >25: 45%		Estudio realizado con la finalidad de medir incidencia en HSH, no intervinieron los HSH que conocían su seroestado positivo al virus. Los datos no son comparables con informe anterior por metodología de recojo de datos es diferente
15	Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 24 años que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años	ENDES continua 2004-2006	No reportado	23..4%	277/994 15-19 a: 97/196 20-24 a: 180/748		29.3% 15-19 a: 49.5% 20-24: 24.0%	La encuesta poblacional ENDES continua es medido solo en mujeres
16	Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses	Estudio PREVEN - UPCH 2006		No reportado			Varones: 38.2%, Mujeres 11.7%	El estudio del proyecto PREVEN se realizó en jóvenes de 18 a 29 años
17	Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual	3ra medición de Indicadores del Programa de VIH financiada por el Fondo Mundial. 2007		c/pareja ocasional=17%  c/pareja ocasional + uso de condón= 19%	12-17 a: 3,187 17-24 a: 1,989		12-17 a. :58.9% 17-24 a.: 45.9%	3ra medición de indicadores del proyecto de fortalecimiento de la prevención y control del VIH y TB se realizó en las ciudades de Lima, Callao, Iquitos y Chimbote. Los datos no son comparables con informe anterior por metodología de recojo de datos es diferente

N°	Indicadores UNGASS 2008	Fuente	Indicador 2006		Indicador 2008		Indicador aproximado *	Observaciones
			N	%	N	%		
18	Porcentaje de profesionales del sexo hombres y mujeres que declara haber usado un preservativo con su último cliente	Vigilancia centinela de tercera generación en HSH. 2006. DGE-Impacta Vigilancia centinela en trabajadoras sexuales. 2006. DGE-UPCH	HSH/TS= 142/284	HSH/TS= 50% HSH/TS<25= 47.7%	HSH/TS: 595/1420 <25: 326/790 >25: 279/630	HSH/TS: 41.9% <25: 40% >25: 44.3% TS: 96% <25: 96.1% >25: 95.9%		Estudio realizado con la finalidad de medir incidencia en HSH Estudio de vigilancia centinela de segunda generación en TS.
19	Porcentaje de hombres que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual anal con una pareja masculina	Vigilancia centinela de tercera generación en HSH. 2006. DGE-Impacta	HSH>25= 511/1122 HSH<25= 488/1034	HSH > 25=47.19% HSH < 25=45.54%	1575/3334 <25: 685/1650 >25: 890/1684	HSH: 47.2% <25: 41.5% >25: 52.8%		Estudio realizado con la finalidad de medir incidencia en HSH, no intervinieron los HSH que conocían su seroestado positivo al virus. Los datos no son comparables con informe anterior por metodología de recojo de datos es diferente
20	Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual			No reportado		ND		Las drogas inyectables no son un problema en el país
21	Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó			No reportado		ND		Las drogas inyectables no son un problema en el país

(\*) El indicador aproximado es también llamado indicador Proxy

## INDICADORES DE IMPACTO

N°	Indicadores UNGASS 2008	Fuente	Indicador 2006		Indicador 2008		Indicador aproximado *	Observación
			N	%	N	%		
22	Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 24 años infectados por el VIH	Estudio de vigilancia centinela en gestantes 2005-2006.DGE-Impacta	24/10202	0.21%	7/3075	0.23% (gestantes) 0.27% (parejas masculinas)		Información obtenida de la vigilancia centinela de segunda generación para VIH en gestantes y sus parejas En: Callao, Cuzco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Lima ,Loreto, Madre de Dios, San Martín, Tacna, Tumbes y Ucayali
23	Porcentaje de poblaciones más expuestas infectado por el VIH	Estudio de vigilancia centinela en HSH. DGE-Impacta  Estudio de vigilancia centinela en TS-DGE-UPCH	HSH<25= 76/532 HSH>25= 227/750 PPL=47/4364	HSH<25= 14.29% HSH>25= 30.27% PPL= 1.07% PL= 0.87%	HSH: 170/1574 <25 a: 54/727 >25 a: 116/847	<b>HSH:</b> 10.8% <25 a: 7.4% >25 a: 13.7% <b>TS:</b> 0.5% <25 a: 0.2% >25 a: 0.7%		Estudio realizado con la finalidad de medir incidencia en HSH. En las ciudades de Lima, Ica, Trujillo, Chiclayo, Sullana, Arequipa, Huancayo, Iquitos y Tarapoto Estudio de vigilancia centinela de segunda generación en TS.
24	Porcentaje de adultos y niños con el VIH que sigue con vida y se tiene constancia de que continúa en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia antirretrovírica	Registro de tratamiento antirretroviral del MINSA 2005-2006. Informe Epinfo de ESN PC ITS/VIH/SIDA	1069/1176	90.90%	(2014/2356)	85.4%		La cohorte involucró a las personas con VIH que iniciaron tratamiento el año 2005 y cumplieron el año hasta diciembre del 2006
25	Porcentaje de lactantes que nació con el VIH de madres infectadas	Estudio de cohorte: UNSM-INMP-WESTAT 2006-2007		19%	3/54		5.5%	Estudio de seguimiento de niños de madre VIH que nacieron durante el año 2006 en el Instituto Materno Perinatal. Los datos del 2006 y 2008 no son comparables porque el primero fue una deducción analítica sobre la base de supuestos teóricos y el segundo es de un estudio de investigación de cohorte

(\*) El indicador aproximado es también llamado indicador Proxy

### III. Panorama general de la epidemia de SIDA

N°	Indicador	Fuente	2006		2008		
			N	%	N	%	I. aprox
22	Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 24 años infectados por el VIH	Estudio de vigilancia centinela en gestantes 2005-2006.DGE-Impacta		0.21%	7/3075	0.23% (gestantes) 0.26% (parejas masculinas)	
23	Porcentaje de poblaciones más expuestas infectado por el VIH	Estudio de vigilancia centinela en HSH. DGE-Impacta  Estudio de vigilancia centinela en TS-DGE-UPCH		14.29%	170/1574	10.8%	

La situación del VIH/SIDA en el Perú, es lo que el Banco Mundial ha definido como *epidemia concentrada*, Esta afirmación se basa en las prevalencias de VIH obtenidas por la vigilancia centinela 2006 las que estiman en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) en 10.1% y en mujeres embarazadas en 0.23%. Esto implica, además, que la forma de transmisión del VIH en países con epidemias concentradas, como el Perú, es casi exclusivamente sexual.

Con relación a **población general**, la información fue obtenida de la vigilancia centinela de segunda generación para VIH en gestantes y sus parejas que se llevó a cabo entre los meses de noviembre del 2005 y febrero del 2006. En esta vigilancia centinela participaron 16 Direcciones de Salud del país, las cuales fueron: Callao, Cuzco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Lima Ciudad, Lima Este, Lima Norte, Lima Sur, Loreto, Madre de Dios, San Martín, Tacna, Tumbes y Ucayali.

La muestra de la población de gestantes fue de 3075 y las parejas 2988 en total. La prevalencia de VIH en gestantes fue de 0.2276% con un intervalo de confianza al 95% - Fless Quadratic (0.0998 – 0.4910) y la prevalencia de VIH en las parejas fue de 0.2677% con un intervalo de confianza al 95% - Fless Quadratic (0.1245 – 0.5495).

En el caso de las poblaciones más expuestas, tenemos a la **población HSH**, cuyos indicadores fueron calculados usando la información de la vigilancia centinela para población HSH en el 2006. A diferencia de la vigilancia centinela de segunda generación, el objetivo de esta vigilancia es determinar la incidencia de VIH calculada mediante la técnica de BED ELISA. La principal diferencia entre la vigilancia centinela de segunda generación y la realizada en el 2006, es que en esta última no se incluyen a las personas que ya tienen el diagnóstico de VIH, ya que éstas no contribuirían en nada para la estimación de la incidencia de VIH. La persona que se hizo un examen de VIH en el último año y salió positivo, no participó en el estudio y por ende no entró a ser contabilizado en el denominador ni en el numerador.

La población total de HSH encuestados fue de 4227 procedentes de las ciudades de Lima, Ica, Trujillo, Chiclayo, Sullana Arequipa, Huancayo, Iquitos y Tarapoto.

Este porcentaje encontrado de personas VIH (+) identifica a la epidemia como concentrada en el país, la diferente forma de medición entre la vigilancia centinela del anterior informe con la actual no permite comparar tendencia, pero en el histórico se sigue manteniendo el alto índice de infección en la población HSH.



## IV. Respuesta nacional a la epidemia de SIDA

### 4. 1 COMPROMISO Y ACCION NACIONAL

#### 4.1.1 Gasto relativo al SIDA

El gasto relativo al Sida en el país ha sido realizado gracias a la información amplia provista por entidades públicas (MINSA que comprendió entrevista a los coordinadores de la ESN ITS/VIH/Sida a nivel de DISAs y DIRESAs; el coordinador del nivel central; jefes y Directores de la DGE, ORE, Planificación Estratégica, SIS, INS, PRONAHEBAS; MINEDU, MIMDES, Instituto Nacional Penitenciario –INPE,) privadas y organizaciones no gubernamentales, identificando las fuentes de tesoro público y las de cooperación internacional, los cuales han sido sujetos a un proceso de consistencia de información, previo al análisis correspondiente.

También se realizaron visitas a las Regiones Loreto, Arequipa, Lambayeque y Cusco para la recolección de información de los diferentes sectores.

Cada año, de acuerdo a la categoría de gasto relativo al VIH/sida, se encuentra que:

En el **Año 2005** el gasto total asciende a S/. 91.7 millones de Nuevos Soles, siendo la categoría de Atención y Tratamiento el que mayor gasto presenta.

En cuanto a fuente de financiamiento, la cooperación externa es aproximadamente el 40% en todo el año, con mayor énfasis en tratamiento pero no llegando a ser superior al gasto realizado por la Seguridad Social. Si comparamos el gasto realizado por Seguridad Social en prevención y atención-tratamiento, se podría asumir que el gasto en esta primera categoría es incipiente.

**En el año 2006**, el gasto asciende a S/.110.5 millones de Nuevos soles, habiendo un incremento en cada una de las categorías de gasto, permaneciendo siempre el mayor gasto en Atención y Tratamiento.

El **año 2007**, presenta S/. 107.7 millones de Nuevos soles como gasto en Sida. En este año si se observa un aumento de un 60% en el rubro de prevención y hay disminución en lo relacionado a atención y tratamiento que podría deberse a disminución de los precios de los medicamentos antirretrovirales, ya que el número de personas que están en TARGA no ha disminuido, más por el contrario está en incremento.

Al comparar los años considerados 2005, 2006 y 2007, el gasto es permanente, pues se mantiene en los mismos niveles, durante los tres años, pudiendo rescatarse el aumento de 20,5% del 2005 al 2006.

También se puede rescatar que el gasto en Sida está concentrada en Atención y Tratamiento, prevención y en investigaciones relacionadas con VIH. Existe un aumento del gasto en VIH del presupuesto nacional y de la cooperación externa; excepto en el caso de la Seguridad Social, en que al año 2006 disminuye en un 43%, lo cual podría explicarse probablemente porque la compra de medicamentos antirretrovirales implica menor presupuesto por la baja de precios de dichos medicamentos o porque además de esta condición, muchos pacientes asegurados están recibiendo tratamiento en establecimientos del Ministerio de Salud, lo cual se traduce en un incremento muy lento de personas que ingresan a recibir TARGA por esta entidad. El gasto de bolsillo persiste alrededor del 10%.

Si hacemos mención al estudio de Cuentas Nacionales 1999-2000, donde se rescata que el gasto en Sida realizado por la cooperación externa alcanzaba alrededor del 1% y en los tres años considerados en este informe, está alrededor del 45%; probablemente esto pueda ser explicado por el financiamiento proveniente del Fondo Mundial.

Por qué es importante conocer esta información? Es que de esta manera se puede conocer cómo se está invirtiendo en VIH/sida en el país; si es qué hay correlación entre el tipo de epidemia y las estrategias que se están priorizando.

En el Perú, en el que la epidemia del VIH/SIDA está concentrada en la población HSH, las acciones dirigidas a estas poblaciones núcleo, o en mayor riesgo de adquirir VIH y que se encuentran en mayor vulnerabilidad al mismo, se consideran como las políticas públicas de mayor eficiencia en el combate contra el VIH/SIDA. Sin embargo, los recursos preventivos son, además de escasos, con frecuencia dirigidos a la población en general y carecen de especificidad por grupos vulnerables y en riesgo.

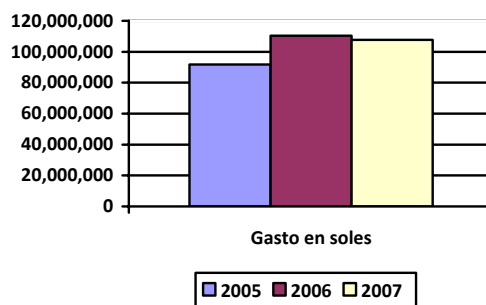
Con frecuencia, los recursos de las fuentes de financiamiento a estos grupos provienen de la cooperación internacional y de organizaciones no gubernamentales. La exclusión de gasto público de acciones específicas a hombres que tienen sexo con otros hombres, trabajadoras sexuales obedece con frecuencia a discriminación y estigma en vez de decisiones técnicas para la asignación presupuestal. En los años analizados en el país el mayor gasto se da en el área de atención y tratamiento y no en prevención.

En nuestro país no hay aseguramiento universal, pues el seguro social está cubriendo aproximadamente el 20% de la población económicamente activa; el Seguro integral de Salud (SIS) del Ministerio de Salud cubre a la gestante y al niño; un 3% de la población es cubierta por las Fuerzas Armadas y Policiales; el grupo poblacional que queda fuera de estas alternativas, presenta un gasto de bolsillo como fuente de financiamiento en salud que es significativo, con efectos adversos sobre la efectividad del gasto y la equidad en la distribución de los costos del sistema.

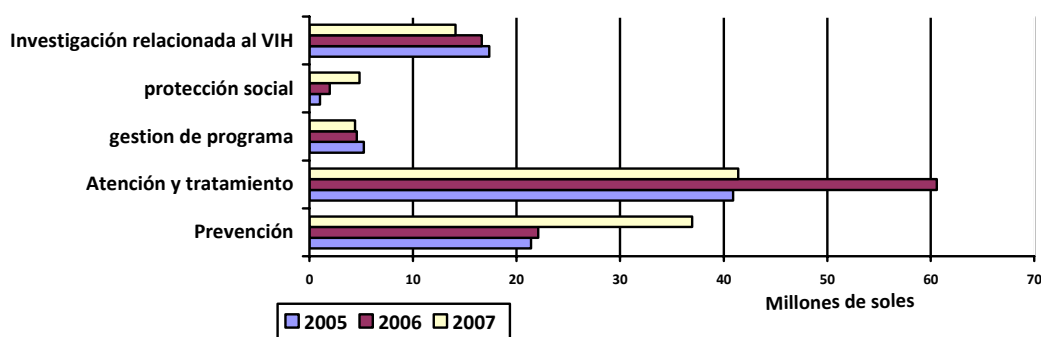
Existe un gasto de bolsillo, alrededor de un 10% del gasto total, que incluye el pago de los análisis para iniciar TARGA, el tratamiento de infecciones oportunistas, hospitalizaciones, el costo de tamizaje para VIH, colección de muestra para Banco de Sangre y compra de condones. En países como el nuestro, donde existe una elevada proporción de población bajo la línea de la pobreza, este gasto de bolsillo indica que la carga financiera de la enfermedad está afectando el presupuesto de los hogares y compite con la satisfacción de las necesidades básicas primarias.

Pero es importante reconocer que el gasto de bolsillo en Sida ha disminuido, pues en el estudio de Cuentas Nacionales 1999-2000, estaba alrededor de 32 millones de dólares americanos que correspondía al 83% del gasto nacional en Sida. Esta disminución es debida a que el tratamiento antirretroviral es gratuito en el país, que fue el componente fuerte del gasto de bolsillo en el estudio anterior y se corrobora con las cantidades gastadas en el rubro de tratamiento en el 2005, 2006 y 2007, que se presenta en este documento. (cuadros 5 , 6 y 7).

**Cuadro 5. Gasto en SIDA comparativo años 2005-2007. Reporte preliminar**



**Cuadro 6. Gasto según categoría y año. 2005-2007. Reporte preliminar**



**Cuadro 7. Fuentes de financiamiento 2005 - 2007**

SECTOR	FUENTE	2005	2006	2007	
SECTOR PUBLICO	NACIONAL	1. GN	13,072,424	26,059,237	28,811,589
	SUBNACIONAL	2. GR	497,647	1,305,947	2,000,809
		3. GL	188,241	83,272	95,178
	SEGURO SOCIAL	4. SS	17,862,053	16,897,181	8,015,814
INTERNACIONAL	BILATERAL	5. CE	2,570,031	1,623,682	2,574,988
	FM	5. CE			
	NACIONES UNIDAS	5. CE	2,406,292	1,960,106	4,076,278
	FONDO MUNDIAL	5. CE	17,574,601	22,060,798	15,515,344
	OTROS	5. CE	24,094,680	27,040,379	29,764,787
	MULTILATERAL	5. CE		32,800	
PRIVADA	EMPRESAS	6.GP-E	1,180,616	1,489,941	2,203,191
	CONSUMIDORES	6.GP-GB	12,259,562	11,957,477	14,688,938
Total general			91,706,147	110,510,820	107,746,916

GN= gasto nacional, GR= gasto regional, GL= gasto local, SS= seguridad social, CE= cooperación externa, GP-E= gasto público empresas, GP-GB= gasto público-gasto de bolsillo

## 4.1.2 Políticas Gubernamentales

### 1. Plan Estratégico Multisectorial y Apoyo Político

Durante los años 2006 y 2007, el Ministerio de Salud llevó a cabo un proceso técnico, político y social con la finalidad de elaborar un Plan Nacional Concertado de Salud<sup>5</sup>, como un instrumento de gestión y de implementación de políticas de salud con la finalidad de mejorar el estado de la salud de la población del país, en especial de la menos favorecida. Este Plan aprobado con Resolución Ministerial N°589-2007/MINSA, en sus lineamientos de política 2007-2020, trata el tema del SIDA, en la segunda línea la que está dirigida a la vigilancia y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles. Dentro de los objetivos sanitarios nacionales del Plan, el objetivo 4 está dirigido al control de las enfermedades transmisibles como la tuberculosis, VIH/SIDA y la malaria.

La meta para el 2020 esta descrita de la siguiente manera:

“Las personas deberán tener acceso a prevención, tratamiento antirretroviral y atención integral de calidad. Existirá la información necesaria que asegura estilos de vida saludables y previene estas enfermedades, especialmente en quienes tienen mayor exposición al VIH. Ninguna persona será discriminada por ser portadora de estas enfermedades o por su orientación sexual o cualquier otra característica. Los organismos del Estado y la cooperación internacional movilizan recursos y trabajan juntos para lograrlo”

Las estrategias propuestas para el logro de la meta son:

- Acciones a nivel nacional dirigidas a las poblaciones vulnerables impulsando el uso de preservativo cobertura del AMP y optimización de los CERITS y UAMPs.
- Reducir la vulnerabilidad de la población general mediante la promoción de conductas sexuales saludables y el uso correcto del condón, el manejo sindrómico de ITS.
- Promover la prevención de las ITS/VIH, la educación sexual y estilo de vida saludables en adolescentes y jóvenes
- Reducir la transmisión madre niño del VIH y la sífilis
- Garantizar el tamizaje de paquetes sanguíneos y promover la donación voluntaria y sangre segura.
- Alcanzar el acceso universal de las personas con VIH a una atención integral de calidad y fortalecer el TARGA, manejo de infecciones oportunistas.
- Promover un entorno político, social y legal favorable para el abordaje integral del VIH/SIDA
- Asegurar la respuesta multisectorial amplia y articulada para el desarrollo de actividades conjuntas para la prevención de las ITS/VIH/SIDA
- Fortalecer los sistemas de información para la toma de decisiones.

En el año 2007, se aprobó por Decreto Supremo (DS: N°005-2007-SA) el Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 para la prevención y control de las ITS/VIH/SIDA. Este Plan es fruto de un proceso amplio de planeamiento compartido y de involucramiento de diversos actores y sectores de la sociedad peruana, y evidencia la comprensión que un tema como las ITS y el VIH/SIDA es mucho más allá de un problema de salud y por tanto puede y debe ser enfrentado de manera multisectorial por el conjunto de las fuerzas del país. El trabajo se realizó entre el 2005 y 2006, en un

---

<sup>5</sup> Plan Nacional Concertado de Salud. Ministerio de Salud. Setiembre del 2007

marco de respeto y búsqueda de consensos permanentes entre todas las personas e instituciones involucradas en la problemática de las ITS y el VIH/SIDA.

El Plan recogió y utilizó la información recopilada y reportada en diversos documentos previos de análisis y evaluación realizados a nivel del país, realizado muchos de ellos al igual a través de procesos participativos y de consulta. Particularmente el Informe de Evaluación del Plan Estratégico del MINSA, 2001 – 2004, el Plan de Acceso Universal para la prevención, atención integral, cuidado y apoyo. 2006-2010; los Informes de Monitoreo y Evaluación de la implementación del compromiso del UNGASS.

Los objetivos del PEM 2007-2011 son los siguientes:

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

Dado que este es un plan de carácter multisectorial, una primera condición para su viabilidad es la existencia de un fuerte y claro liderazgo de parte del Ministerio de Salud como la instancia rectora del sistema de salud y sector relacionado de manera más directa con dicha problemática.

El MINSA trabaja de manera conjunta con la Coordinadora Nacional Multisectorial de Salud (CONAMUSA), espacio multisectorial establecido desde el 2002 con motivo de la elaboración y ejecución de los proyectos financiados por el Fondo Mundial y tiene como objetivo servir de espacio para esta coordinación multisectorial para lo cual está en un proceso de descentralización mediante el fortalecimiento y creación de COREMUSAS, entes regionales con la misma finalidad de coordinar multisectorialmente los problemas de salud sobre todo lo referido al VIH y TB.

Todos los sectores del gobierno reconocen que fue el mayor logro en los dos últimos años aunque refieren que la sostenibilidad y la calidad de las acciones programadas sólo van a ser posibles con la intervención real de todos los sectores.

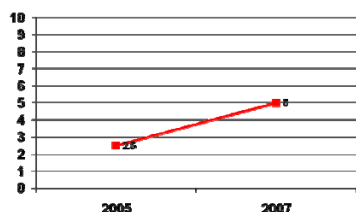
Actualmente el MINSA se encuentra en la etapa de difusión del PEM en las Regiones Políticas del país, en la búsqueda de su aplicación y sostenibilidad nacional; por lo cual se está en el proceso de la elaboración del plan operativo correspondiente y búsqueda de presupuestos a niveles regionales.

El apoyo político en la aplicación de las actividades dirigidas a la lucha contra el VIH/SIDA no es similar en todo el país, en algunas regiones este apoyo es incipiente, mientras que en otras la incidencia política de los actores involucrados en el tema ha logrado compromiso de las autoridades regionales. A pesar de los avances que se pueden reconocer desde el punto de vista político, todavía falta mejorar la educación sexual y de prevención a las poblaciones vulnerabilizadas por el VIH, poblaciones que deberían ser priorizadas dentro de éste contexto

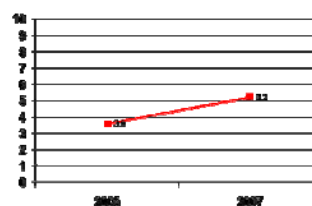
En el presente año una mayor exposición del tema del VIH por parte de las autoridades nacionales y regionales, para lo cual la abogacía por parte del Ministerio de Salud, agencias cooperantes y de la sociedad civil ha sido muy importante.

La calificación de los entrevistados referente a los temas de esfuerzos de planificación estratégica y de apoyo político a la prevención del VIH, en comparación al 2005, se ha incrementado en un 100 y 72% respectivamente.

**Esfuerzos de Planificación estratégica**



**Esfuerzos políticos de apoyo a la prevención del VIH**



## 2. Protección de derechos humanos y participación de la sociedad civil

En el Perú existen leyes que involucran el respeto por los derechos humanos y la protección contra la discriminación, entre otras tenemos:

- Constitución: "Artículo 7º. Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad."
- Ley 27270, Ley que penaliza la discriminación. Año 2000
- Ley # 27115: Ley que Establece la Acción Penal Pública en los Delitos contra la Libertad Sexual.
- Ley # 27942: Ley de Prevención y Sanción del Hostigamiento Sexual
- Ley # 28237. Reconoce, en su artículo 37, protección legal contra la discriminación por orientación sexual mediante el Recurso de Amparo
- D.S. 004-97/SA, Reglamento de la ley 26626 :
  - Artículo 14º.- No podrá condicionarse ningún tipo de atención médica o quirúrgica a la realización previa de exámenes diagnósticos de VIH.
  - Artículo 15º.- La prueba de diagnóstico de VIH no debe ser requerida como condición para iniciar o mantener una relación laboral, educativa o social.
- Ley 28867.- modifica el Art. Penal Artículo 323º.- El que, por sí o

mediante terceros, discrimina a una o más personas o grupo de personas, o incita o promueve en forma pública actos discriminatorios, por motivo racial, religioso, sexual, de factor genético, filiación, edad, discapacidad, idioma, identidad étnica y cultural, indumentaria, opinión política o de cualquier índole, o condición económica, con el objeto de anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos de la persona, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de dos años, ni mayor de tres o con prestación de servicios a la comunidad de sesenta a ciento veinte jornadas. Si el agente es funcionario o servidor público la pena será no menor de dos, ni mayor de cuatro años e inhabilitación conforme al inciso 2) del artículo 36°. La misma pena privativa de libertad se impondrá si la discriminación se ha materializado mediante actos de violencia física o mental.”

Además de las mencionadas existen normas del Ministerio de Salud que promocionan el respeto de los derechos humanos (Norma técnica para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH) y penaliza la discriminación (Norma técnica de tratamiento antirretroviral),.

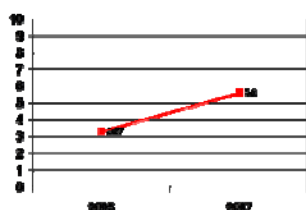
A pesar del marco legal, todavía se presentan algunos casos de vulneración de los derechos humanos de las personas que acuden a los establecimientos de salud, de igual manera el estigma y la discriminación se hace evidente en las personas viviendo con el VIH y en los grupos de HSH y TS que asisten a estos servicios. En el año 2007 se ha emprendido una campaña dirigida a eliminar la discriminación hacia las personas con VIH , tanto en los establecimientos de salud como en la población general; pero todavía existen problemas para emprender una campaña dirigida para disminuir el estigma y la discriminación hacia las poblaciones vulnerables.

Uno de los problemas identificados para aplicar la legislación de derechos humanos y contra la discriminación, es el desconocimiento por parte del servidor de salud de las mismas. Existen aún algunas contradicciones normativas en la legislación nacional, por ejemplo, la definición de las edades de los niños y adolescentes y la capacidad de ejercicio de sus derechos, que limita el acceso a servicios de salud.

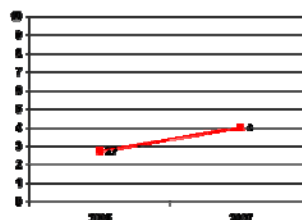
Una forma de garantizar el cumplimiento de las leyes ha sido el incluir oficinas de Defensoría del Pueblo en hospitales y el sistema telefónico del MINSA para denuncias de violaciones de derechos humanos en los establecimientos, cuya función es vigilar y solucionar los problemas que puedan presentarse en este tema; pero estos sistemas aún no han sido difundidos más ampliamente en la población para que puedan ser utilizados en forma apropiada.

Los actores de sociedad civil entrevistados, ponderan la calificación de las leyes y reglamentaciones existentes en derechos humanos en relación al VIH y el esfuerzo por hacer cumplir estas leyes en comparación del año 2005 al 2007, con incremento del 70 y 48% respectivamente, aunque la valoración total del último indicador es menor al 50% de la puntuación total.

**Calificación de las leyes y reglamentaciones existentes para DDHH en relación con el VIH**



**Esfuerzo por hacer cumplir las leyes y reglamentaciones existentes**



La importancia de la participación de la sociedad civil en la lucha contra el VIH/SIDA ha sido claramente identificada. En el Perú la sociedad civil se ha hecho presente desde la década del 90 en esta lucha mediante la Red SIDA Perú, que agrupa a las principales ONGs que tienen actividades contra el VIH; las Organizaciones de Afectados (personas con VIH ) y de Grupos mas expuestos (HSH, TS, Trans); el Colectivo por la Vida; las Universidades mediante su intervención en investigaciones; la Iglesia en el apoyo y tratamiento de las personas con VIH ; entre otros han mantenido su participación activa en estos dos años.

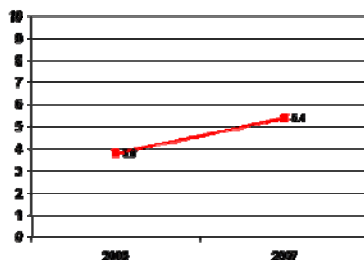
La participación de muchas de estas organizaciones ha sido más ampliamente visualizada con su participación en la elaboración del Plan Estratégico Multisectorial contra las ITS y VIH 2007-2011, y en la ejecución de los proyectos financiados por el FM.

Actualmente las organizaciones no gubernamentales y asociaciones de afectados y poblaciones vulnerables, se encuentran en un proceso de ampliar su representatividad a nivel nacional, para fortalecer las actividades de lucha contra el VIH y aplicar de manera efectiva la vigilancia ciudadana.

Otro punto de encuentro de las acciones de la sociedad civil es su participación en la CONAMUSA, donde se toman las decisiones políticas para favorecer la respuesta nacional a la epidemia.

Las personas encuestadas han observado un incremento de 42% en los esfuerzos para aumentar la participación de la sociedad civil, si se comparan los años 2005 y 2007, lo que para ellos es insuficiente para sus objetivos.

### Esfuerzos para aumentar la participación de la sociedad civil



### 3. Prevención

Las actividades de prevención contra el VIH y otras ITS, están comandadas por el MINSA, cuyas acciones están dirigidas a aquellas que han sido calificadas como poblaciones vulnerables debido a la característica de concentración en HSH que tiene la epidemia en el país.

Otro de los aspectos importantes en prevención se ha realizado sobre las gestantes viviendo con el VIH para disminuir la transmisión materno infantil del virus, habiéndose incrementado la cobertura de diagnóstico con la introducción de las pruebas rápidas,



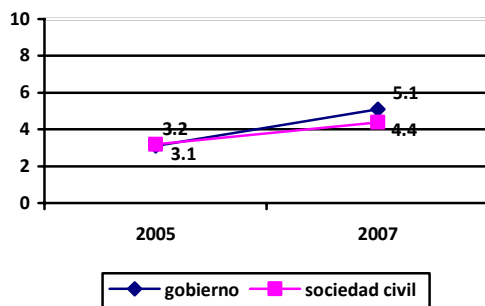
ampliando y fortaleciendo la red de laboratorios, actualizando las normas y capacitando al personal de salud.

En la población joven, las acciones de prevención han sido dirigidas hacia los escolares, formación de líderes y capacitación de profesores, sobretudo mediante la ejecución de los proyectos financiados por el FM. Las intervenciones han sido coordinadas con el MINEDU. Estas actividades no son generalizadas y se han focalizado en las regiones de mayor prevalencia del virus a pesar de esto, se ha logrado llegar a espacios que antes desde el MINSA no se lograba cubrir o era débil su presencia como son las escuelas, universidades e Institutos educativos.

La sociedad civil identifica algunos problemas en las actividades de prevención en poblaciones vulnerables al no existir estrategias diferenciadas para los grupos travesti, transexual, bisexual, entre otros, no habiéndose tomado en cuenta los aspectos de multiculturalidad; y en la población de gestantes con VIH al no haberse cambiado la estrategia ABC la cual no es aplicable a mujeres monógamas como es la realidad de la mujer peruana.

Tanto gobierno como sociedad civil coinciden en que ha existido un incremento en los esfuerzos para la aplicación de programas de prevención entre el año 2005 y 2007, de 64 y 37% respectivamente.

#### Esfuerzos a la aplicación de los programas de prevención del VIH. Comparativo entre respuestas de gobierno y sociedad civil



## 4. Tratamiento, atención y apoyo

Desde el año 2004, uno de los aspectos de mayor avance en la lucha contra el VIH en el Perú ha sido dirigido al acceso al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA).

Durante estos dos años el país ha fortalecido su política de tratamiento antirretroviral; pero se observa una sobresaturación de pacientes en algunos hospitales lo que influye negativamente a una atención integral de calidad. En la actualidad se ha incrementado el número de personas que viven con el VIH que accede a tratamiento antirretroviral. Sin embargo está aún pendiente la descentralización del tratamiento a capitales de provincias (micro redes), la cual se encuentra en construcción por el MINSA.

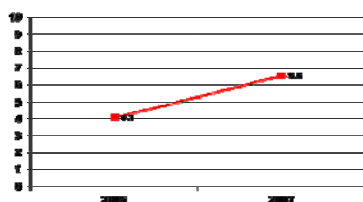
En estos dos años se han impulsado iniciativas psicosociales dirigidas a lograr un óptimo servicio para la persona que vive con el VIH, que incluyen la atención domiciliaria, prevención positiva y voluntariado, pero han sido muy puntuales, basados

en la ejecución de los proyectos financiados por el FM pero que todavía no han logrado su sostenibilidad.

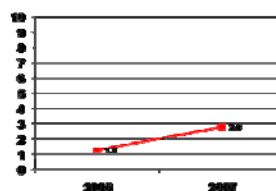
Aún falta fortalecer las acciones dirigidas hacia los niños huérfanos por el VIH y otros niños vulnerables, por lo que las autoridades de gobierno entrevistadas califican un incremento de este indicador de 48% aunque el puntaje total no supera el 30% de la puntuación total, lo que identifica claramente la necesidad de tomar mayores acciones sobre esta población a pesar de que la epidemia sea concentrada; algunas de ellas ya han sido diseñadas y están en proceso de aplicación mediante la ejecución del proyecto financiado por la 5ta ronda del FM.

Los esfuerzos para la aplicación de los servicios de tratamiento es valorada por la sociedad civil con un incremento del 56% en comparación del año 2005 con respecto al 2005

**Esfuerzos para la aplicación de los servicios de tratamiento**



**Esfuerzos para satisfacer las necesidades de los huérfanos y otros niños vulnerables**



## 4.2 DESARROLLO DE AREAS PROGRAMATICAS

### 4.2.1 Prevención.

- **1. Seguridad Hematológica:**

N°	Indicador	Fuente	2006		2008		
			N	%	N	%	I. aprox
3	Porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada	PRONAHEBAS 2006		100%	178,017u/ 177,297 u	ND	99.6%

El programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre fue creado en mayo del 1995 con la misión de normar, coordinar y vigilar las actividades de obtención, donación, conservación, transfusión y suministro de sangre humana, sus componentes y derivados, así como los aspectos de supervisión, fiscalización y monitoreo; con el fin de asegurar sangre de calidad y cantidad necesarias en toda la Red de Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre a nivel nacional, y por ende, a la población peruana en general.

La seguridad hematológica también es un Objetivo Estratégico del PEM, donde la meta es garantizar el 100% de tamizaje de paquetes sanguíneos al 2011.

Según la norma técnica nacional indica que se deben de realizar 7 pruebas para el tamizaje de cada uno de los donantes: Hepatitis B (Ag Australia y CORE) Hepatitis C, HTLV, sífilis, Chagas y VIH

Actualmente el PRONAHEBAS tiene registrados 172 Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre a nivel nacional, los mismos que por instituciones, de los 172 servicios, 100 de ellos se ubican en las diferentes regiones del país, mientras que Lima y Callao acoge a los 72 restantes; De estos 172 centros, 84 tienen la categoría de Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre Tipo I, 88 son de Tipo II, es decir que recolectan unidades de sangre, tamizan y transfunden. De estos 88 centros de Hemoterapia Tipo II, 63 han pasado por Control de Calidad Externo y el resto están en pleno proceso.

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

Institución	Cantidad		Cantidad	Porcentaje %
	Tipo I	Tipo II		
Lima - Callao	35	37	72	42
Regiones	49	51	100	58
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>88</b>	<b>172</b>	<b>100</b>
Fuente: PRONAHEBAS-MINSA-PERÚ				

El PRONAHEBAS en el año 2006 procedió a la acreditación de los Centros de Hemoterapia tipo I y II, presentando sus expedientes 172 centros.

Respecto al cumplimiento del Manual de procedimientos, el nivel central no tiene componente de supervisión por lo tanto no tiene presupuesto asignado para esta actividad y generalmente esta información es manejada por las DISAs y DIRESAs.

En el indicador Proxy se está considerando el N° total de unidades extraídos como denominador (178,017 unidades); y como numerador el N° de unidades tamizadas (177,297 unidades); considerando que por el momento no cuenta con la información completa sobre el control de calidad externo aplicado a los diferentes establecimientos tipo II. Actualmente el PRONAHEBAS está en un proceso de mejorar su sistema de información a nivel nacional.

A pesar de la notable disminución en los casos de transmisión de VIH por vía parenteral, se han producido casos aislados de infección por VIH relacionados a procedimientos de transfusión sanguínea. Como respuesta a estos hechos, y mediante Decreto Supremo N° 009-2007-SA se declaró en emergencia nacional la Red de Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre, públicos y privados. La norma declara en reorganización dicha Red, y dispone la creación del Sistema Nacional de Provisión de Sangre Segura, facultando al Ministerio de Salud a dictar las medidas complementarias para su cumplimiento.

En tal sentido, el MINSA emitió la Resolución Ministerial N° 809-2007/MINSA que conformó una Comisión de formulación del "Sistema Nacional de Provisión de Sangre Segura". Dicha Comisión esta integrada por un representante del Ministro de Salud, y representantes de: la Dirección General de Salud de las Personas; Colegio Médico del Perú; la Sociedad Peruana de Hematología, la Sociedad Peruana de Hemoterapia; ESSALUD; Sanidad de la Policía Nacional; las Clínicas Privadas; OPS/OMS; Sociedades Filantrópicas (Rotary Club del Perú). No asistió a las sesiones el Representante de la Sociedad Peruana de Enfermedades Infecciosas y Tropicales. Con Resolución Ministerial N° 888-2007/MINSA se adiciona a un representante de la Sociedad de Patología Clínica, pero a la fecha no ha designado representante.

La Comisión se instaló el 02 de octubre de 2007, habiéndose realizado a la fecha un total de 10 reuniones de trabajo. En su segunda reunión, se conformaron 4 Sub Comisiones:

1. Organización
2. Promoción de donación de sangre
3. Tamizaje
4. Uso racional de la sangre

Actualmente la Comisión se encuentra elaborando las conclusiones y recomendaciones necesarias para asegurar la calidad de la entrega de servicios de los Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre en el País

## • 2. Transmisión Materno Infantil del VIH

N°	Indicador	Fuente	2006		2008		
			N	%	N	%	I. aprox
5	Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe terapia antirretrovírica	MINSA (ESN_PC_ITS/VIH/SIDA). Hoja de monitorización de actividades 2006.		47.69%	365/872		41.8%

Una de las líneas estratégicas del Plan Estratégico Multisectorial está dirigido a disminuir la transmisión madre niño del VIH a menos del 2% para el 2011; para lograr dicha meta es necesario contar con estrategias que nos lleven a la universalización del tamizaje en las gestantes y sobretodo con el tratamiento profiláctico adecuado y oportuno para disminuir la posibilidad de que un niño nazca con el VIH.

En el año 2006, cuando se realiza el cálculo del indicador que mide el porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibió fármacos antirretrovíricos para reducir la transmisión materno infantil (indicador 4) este se expresa en **41.8%**.

La poca magnitud de este indicador se explica debido a que es medido en relación a la estimación de gestantes infectadas por el VIH, considerando que existen anualmente 610,000 gestantes<sup>6</sup> y que según estudios de vigilancia centinela la prevalencia de VIH en embarazadas a nivel nacional es de 0.23%<sup>7</sup>.

Los estudios de vigilancia centinela se realizan en áreas urbanas donde la prevalencia del VIH es mayor y corresponde al 65% de la población total de gestantes, por lo que considerando este hecho, se esperaría que 872 gestantes estarían viviendo con el VIH y por lo tanto deberían recibir tratamiento antirretroviral.

Considerando las 365 gestantes que recibieron profilaxis en el 2006, según la hoja de monitorización de las actividades de la ESN-PC-ITS/VIH/SIDA, el indicador sería 41.8%, lo cual generaría una brecha de 48.1% de falta de tratamientos al considerar como meta el 90%, que es el indicador nacional propuesto en el Proyecto aprobado por el Fondo Mundial de sexta ronda para el 2011. Este indicador es considerado como aproximado debido a que no se integran las gestantes VIH tratadas en Seguridad Social, Fuerzas Armadas y Establecimientos privados.

Si el cálculo se realiza independientemente de la corrección por zonas urbanas y rurales, se consideraría 1342 gestantes infectadas durante el año y la cobertura de tratamiento sería de **26.75%** lo que generaría una brecha de 63.25%.

Si se considera la cobertura de gestantes infectadas nuevas en el periodo que han sido atendidas por los establecimientos del Ministerio de Salud, según la información operativa de la ESN-PC-ITS/VIH/SIDA procedente de los Registros de los Servicios de Atención, la cual cuenta con el correspondiente proceso de control de calidad; se evidencia que el porcentaje de terapias profilácticas entregadas a las gestantes en el 2006 fue del **74.5%** por lo que la brecha existente sería de 15.5% referente a las gestantes infectadas. Comparado con la obtenida en la medición anterior (que se realizó con el mismo instrumento de monitorización de la ESN-PC-ITS/VIH/SIDA), se

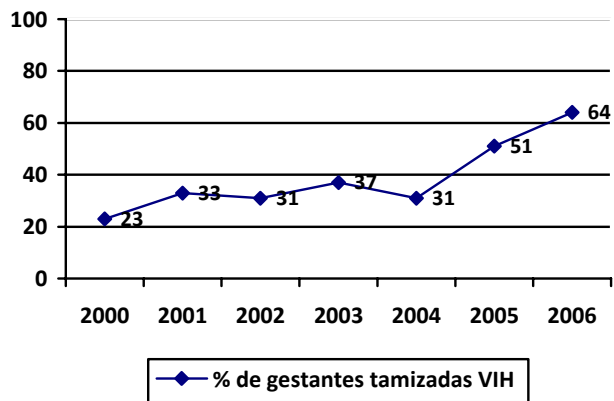
<sup>6</sup> ESN-Salud sexual y reproductiva

<sup>7</sup> Dirección General de Epidemiología. Estudio de vigilancia centinela 2005-2006

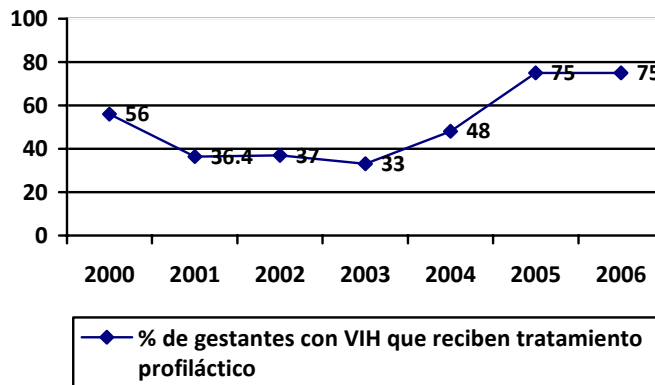
observa un mayor incremento de los tratamientos profilácticos a las gestantes VIH, aunque no haga mención de los escenarios terapéuticos utilizados en las diferentes regiones.

Las diferencias encontradas entre ambas mediciones están relacionadas, sobretodo, a que el denominador de una de ellas está considerando al calculo del total de gestantes VIH esperadas basada en la prevalencia de VIH encontradas en el último estudio de vigilancia centinela, mientras que el segundo se basa a las gestantes VIH nuevas en el periodo; pero también es importante mencionar que esta diferencia puede descansar en la cobertura de diagnóstico que se realiza durante el control prenatal o en el momento del parto, donde se observan diferencias entre los valores obtenidos sobre el número de gestantes esperadas y el número de gestantes registradas en la hoja de Monitoreo de la ESN. Si se considera las gestantes esperadas, la cobertura de tamizaje se encontraría en un 36% (sin contar otros establecimientos fuera del MINSA), mientras que según la hoja de monitoreo se realizó la prueba de VIH al 64% de las gestantes para fines del 2006 y 72% para julio del 2007

**Cuadro 7. Porcentaje de gestantes tamizadas para el VIH 2000-2006 sobre la base de gestantes que llegaron a los servicios de salud del MINSA. ESN-PC-ITS/VIH/SIDA.**



**Cuadro 8. Porcentaje de gestantes con VIH que reciben tratamiento profiláctico para prevenir la transmisión materno infantil, sobre la base de gestantes que llegaron a los servicios de salud del MINSA. ESN-PC-ITS/VIH/SIDA**



De los indicadores antes mencionados, se puede concluir que el principal problema se encontraría en la cobertura de tamizaje para VIH a las gestantes durante el control del embarazo y en el momento del parto (para aquellas mujeres que no fueron tamizadas durante el embarazo); sin embargo, en los últimos años se ha incrementado sustantivamente la captación y seguimiento de gestantes, así como el tamizaje. Esto se debe a la cobertura de programas sociales como Juntos y al financiamiento del Seguro Integral de Salud (SIS). Asimismo, al trabajo conjunto de las Estrategias de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida; y la de Salud Sexual y Reproductiva en la capacitación del personal y el mejoramiento del acceso a las pruebas diagnósticas y tratamiento profiláctico.

El Ministerio de Salud con el apoyo de los proyectos financiados por el FM introdujo las pruebas rápidas de diagnóstico para VIH desde finales del 2004 observándose un incremento del tamizaje bastante alentador que se refleja en los datos recogidos por la hoja de monitorización de actividades de la ESN-PC-ITS/VIH/SIDA

Las principales debilidades observadas que influyen en la baja cobertura, se incluyen a la promoción inadecuada de la atención prenatal, capacitación insuficiente de los profesionales de salud respecto al tema, problemas en la gestión local en algunas regiones de salud, que desembocan en el desabastecimiento de pruebas de VIH, de tratamientos profilácticos o de oportunidades perdidas, entre otros.

Para lograr el sostenimiento de la estrategia de tamizaje y la ampliación de su cobertura, se han realizado actividades de difusión de la prueba de VIH durante el embarazo para la población general; la capacitación de más de 2000 profesionales de la salud en consejería e interpretación de las pruebas rápidas de VIH; fortalecimiento de los sistemas de información; se han dictado normas relacionadas a la compra y financiamiento de las pruebas rápidas de VIH a través del Seguro integral de Salud<sup>8</sup>, para lo cual se está fortaleciendo los sistemas gerenciales para evitar problemas en el abastecimiento.

Para la ejecución de estas actividades se cuenta con el apoyo de los proyectos financiados por el FM, UNICEF y USAID (mediante el proyecto de Iniciativas en Políticas de Salud). Durante este proceso se han realizado estudios diagnósticos de la atención en gestantes relacionado a la prevención de la transmisión vertical del VIH en las regiones rurales (en el 2004 se realizaron en áreas urbanas)<sup>9</sup>, percepciones culturales respecto al tema en zonas rurales,<sup>10</sup> diagnóstico de los procesos de registro e información<sup>11</sup> entre otros, con la finalidad de trazar estrategias para solucionar las debilidades encontradas que además se encuentran delineadas en un Plan Nacional<sup>12</sup> que fue aprobado en el 2007.

Considerando que, según el ENDES continua 2004-2006, el 85% de las gestantes llegan aunque sea una vez a un establecimiento de salud durante el embarazo, las

---

<sup>8</sup> Norma técnica para la implementación del listado priorizado de intervenciones sanitarias en el marco del plan de aseguramiento universal en salud en los establecimientos del Ministerio de Salud. RM 316-2007/MINSA

<sup>9</sup> Diagnóstico situacional de la atención a gestantes en los establecimientos de salud, relacionados a la estrategia de prevención de la transmisión vertical del VIH en las ciudades de Ayacucho, Cusco y Abancay. Objetivo 3 FM-Unicef 2007

<sup>10</sup> Diagnóstico sobre percepciones culturales y prácticas comunicacionales en relación al VIH SIDA y a la transmisión vertical en la Red de Salud de Condorcanqui, Amazonas. Objetivo 3 FM-Unicef

<sup>11</sup> Descripción del proceso de atención, registro y flujo de información de la gestante en los establecimientos de salud del MINSA Abril a Mayo 2006. Obj 3 FM-UNMSM

<sup>12</sup> Plan Nacional de Prevención y Control de la Transmisión Madre Niño del VIH y Sífilis. RM 463-2007/MINSA

estrategias de captación deben estar dirigidas hacia ese momento para no tener oportunidades perdidas para el diagnóstico VIH. Para esto es necesario una coordinación estrecha en las acciones de captación y tamizaje, entre las Estrategias de Control del VIH y la de Salud Sexual y Reproductiva

El Ministerio de Salud ha dictado en el 2005 las normas que introdujeron al TARGA en la profilaxis de la mujer VIH<sup>13</sup> y que se encuentra en proceso de actualización y aprobación; estas normas incluyen, además del tratamiento ARV en las gestantes VIH, alcances acerca de su gratuidad y el mecanismo de la sostenibilidad a través del Seguro Integral de Salud. El problema de abastecimiento en las Regiones se está tratando de corregir mediante compras centralizadas que abaraten los fármacos y poder llegar al 100% de gestantes VIH diagnosticadas.

En el año 2007 se está introduciendo, también, un nuevo Plan de registro e información operacional y epidemiológico en la prevención de la transmisión vertical del VIH, este nuevo instrumento contribuirá con la obtención de este indicador y de indicadores que tengan que ver con el impacto de esta estrategia.

### • 3. Poblaciones más expuestas al VIH

N°	Indicador	Fuente	2006		2008		
			N	%	N	%	I. aprox
8	Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	Vigilancia centinela de tercera generación en HSH. 2006 DGE-Impacta Vigilancia centinela de TS. 2006. DGE-UPCH		HSH= 57,53% PPL= 17,24%	HSH: 843/4090	HSH: 20.61 % TS: 54.3%	
9	Porcentaje de poblaciones más expuestas a las que llegan los programas de prevención del VIH	Vigilancia centinela de tercera generación en HSH. 2006 DGE-Impacta Vigilancia centinela de TS. 2006. DGE-UPCH		HSH= 65.58% HSH=18% (condón) TS= 39.3% TS = 16.7% (condón)	HSH: 2274/4168		HSH: 44.5% TS: 80.3%

Desde el año 1996, las intervenciones en prevención contra la epidemia del VIH en el Perú se han concentrado en dos poblaciones vulnerables al virus: hombres que tienen sexo con otros hombres y las trabajadoras sexuales, identificadas como las más expuestas al VIH en el Perú.

En la medición de los indicadores que evalúan el porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a una prueba de VIH (indicador 8) en los últimos 12 meses, esta cifra en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) fue de **20.61%** y en las trabajadoras sexuales (TS) fue de **54.3%**; mientras que el porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegaron los programas de prevención, en HSH fue de **44.6%** y en la población TS fue **80.73%** (este último es un indicador aproximado)

Los indicadores fueron calculados usando la información de la vigilancia centinela para población HSH en el 2006<sup>14</sup>. A diferencia de la vigilancia centinela de segunda

<sup>13</sup> Norma Técnica 024-2005 MINSA/DGSP-V01. RM 084-2005/MINSA

<sup>14</sup> Vigilancia Centinela de "Tercera Generación" – CIPRA 3B – Andean CIPRA-Dirección General de Epidemiología



generación, el objetivo de esta vigilancia es determinar la incidencia de VIH calculada mediante la técnica de BED ELISA. La principal diferencia entre la vigilancia centinela de segunda generación y la realizada en el 2006, se encuentra en que en la última no y se incluyen a las personas que a tienen el diagnóstico de VIH. La población total de HSH encuestados fue de 4227 procedentes de las ciudades de Lima, Ica, Trujillo, Chiclayo, Sullana Arequipa, Huancayo, Iquitos y Tarapoto.

Es por esta razón que en el primer indicador no es exactamente el solicitado por las directrices de reporte para UNGASS ya que si una persona se hizo un examen de VIH en el último año y salió positivo, entonces no participó en el estudio y por ende no entra a ser contabilizado dentro del denominador ni numerador, (ya que ellos si conocían su resultado)

Para el caso de TS, los indicadores fueron calculados por el estudio de vigilancia centinela para población TS en el 2006<sup>15</sup>. Este estudio se realizó enrolando a TS mujeres que acudían a los servicios de salud de las principales ciudades del país.

En el segundo indicador, el cuestionario del estudio de vigilancia centinela 2006 no cuenta exactamente con las 2 preguntas que se deben dirigir a esta población, por lo que para tener una aproximación del dato se tomó como referencia la respuesta a la siguiente pregunta que fue extraída del cuestionario de comportamiento que se aplicó en la vigilancia centinela: “*En los últimos 12 meses, ¿Ha recibido de alguna institución: condones, lubricantes, algún tipo de información preventiva, diagnóstico, tratamiento de ITS, tamizaje o consejería para VIH?*”. El resultado de 44.6% estima una brecha de 6% considerando como meta el 50% propuesto en el Proyecto aprobado por el Fondo Mundial para la 6ta ronda.

La interpretación de este indicador es sólo aplicable para los subgrupos específicos que participaron en los estudios de vigilancia, en este caso HSH de alto riesgo para contraer VIH; que probablemente si tomamos el universo de la población HSH, el porcentaje sería mucho menor. De igual manera en el caso de las TS, la población es aquella que tiene de alguna manera contacto con el sistema de salud, lo que hace que los resultados encontrados sean específicos para la población estudiada.

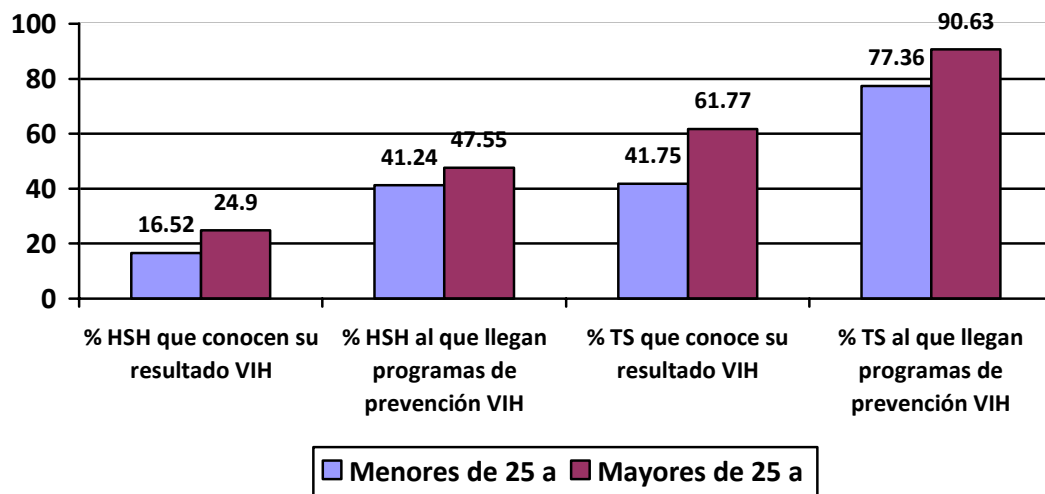
Las tendencias con respecto indicadores presentados en el anterior informe al UNGASS no son comparables ya que la metodología realizada en cada vigilancia centinela fue diferente.

Cuando se analizan las diferencias etáreas, existe una mayor disposición para las actividades de prevención en los mayores de 25 años tanto en HSH como en TS mujeres. Esto sugiere la presencia de un efecto residual de campañas preventivas realizadas algunos años atrás.

---

<sup>15</sup> Vigilancia Centinela para TS- UPCH-Dirección General de Epidemiología

**Cuadro 9. % de HSH y TS que se sometió a una prueba VIH y que conoce su resultado y % de HSH y TS al que llegaron programas de prevención, según edad. Vigilancia centinela 2006**



El bajo indicador de HSH que se realizan la prueba de VIH y que conocen sus resultados, pueden traducirnos el poco interés que tiene esta población en conocer su estado serológico al VIH, la falta de oferta por parte del sistema de salud, la difusión inadecuada acerca de medidas de prevención del VIH que incluye el diagnóstico o barreras que no permiten a los HSH llegar al establecimiento de salud como pueden ser: accesibilidad geográfica, costo de la atención y el estigma y la discriminación tanto externo como interno. Sin embargo, hace falta estudiar con mayor profundidad esta situación.

La meta propuesta por el Proyecto aprobado por el Fondo Mundial en sexta ronda, para el porcentaje de HSH al que llegan programas de prevención del VIH fue calculada considerando estimaciones poblacionales de HSH bastante altas; por lo que la brecha establecida podría ser mucho mayor, si consideramos que se estima que el 3% de poblacional nacional de hombres entre 17 y 50 años pueden ser incluidos como HSH, grupo en el cual los estudios de base poblacional del proyecto PREVEN muestran prevalencias superiores a 3.1% de infección por VIH<sup>16</sup>.

En el caso de las TS el conocimiento del resultado de VIH y del porcentaje al que llegan los programas de prevención, están relacionado a la AMP la cual tiene una mayor cobertura educacional y preventiva en este grupo poblacional.

En el año 2004, con la ejecución del proyecto aprobado por el Fondo Mundial en segunda ronda, se retomó las acciones de formación de pares, estrategia que data desde 1996 pero que había perdido fuerza en los anteriores años. Las actividades de los pares se realizan en los lugares de reunión de los HSH (discotecas de ambiente, centros de belleza, lozas deportivas, etc), estas intervenciones deben ser fortalecidas como estrategias para lograr su sostenibilidad.

<sup>16</sup> El 13.8% de los varones encuestados admite haber tenido alguna vez sexo con otro hombre en su vida. Si bien en este grupo la prevalencia de VIH es 1.8%, los varones que declaran que su última pareja ha sido hombre (2.3%) presentan una prevalencia de 3.1% (Fuente: Proyecto PREVEN-UPCH 2003).

La ejecución del proyecto evidenció el debilitamiento de los Centros de Referencia de ITS (CERITS) y los Unidades de Atención Médico Periódica (UAMP) por falta de recursos materiales y humanos, por lo que a pesar del esfuerzo del Ministerio de Salud, la estrategia de pares se llevó a cabo en forma limitada. Actualmente estos servicios se encuentran en una etapa de fortalecimiento no sólo en infraestructura sino en lo referido a insumos y equipamiento para mejorar la calidad de atención.

Por otro lado, el estigma y la discriminación externo e interno que sufren, que aún no está bien estudiado, los aleja de los centros de salud por lo que es necesario contar con estrategias que acerquen también a los trabajadores de salud a los sitios de reunión de estas personas para realizar la consejería y el diagnóstico respectivo. En el proyecto aprobado por el Fondo Mundial en sexta ronda que debe ser ejecutado desde el 2008, se incluyen actividades dirigidas a la promoción del uso adecuado y provisión de condones, incidencia política para desarrollar acciones que faciliten el acceso a la información de las poblaciones vulnerables y el fortalecimiento de la estrategia de pares, entre otras.

Una debilidad identificada por la sociedad civil en este sistema, es que la caracterización de las poblaciones vulnerables han tenido pocos cambios desde 1996, por lo que las estrategias se han dirigido a coberturar sobre todo a las personas que por alguna razón llegan a los establecimientos, pero no se logra aún tener acceso a aquellas poblaciones que por su situación, se excluyen y están siendo vulnerabilizadas frente a la epidemia como son los travestis, transexuales, HSH adolescentes, los niños y adolescentes en explotación sexual comercial y de la calle entre otros.

Otro de los problemas identificados por miembros de los grupos afectados es el bajo nivel de escolaridad de los HSH, muchos de ellos no tienen Instrucción primaria o secundaria completa, por lo cual las estrategias y los mensajes deben tener en consideración este nivel de escolaridad de la población a la cual están dirigidas, deben ser sumamente gráficos. Adicionalmente a esto los PEPs, son un medio para que la población asista a los CERITS, que a través de difusión de información para la adquisición de comportamientos sexuales más seguros y saludables que ayuden al prevención de las ITS y el VIH y promover su asistencia a los CERITS o UAMPs para recibir su Atención Médica Periódica. Los PEPs deben ser fortalecidos con entrenamientos continuos con información actualizada en los temas antes referidos, así como en talleres de terapia de grupo o personales que los ayuden a superar algunos problemas que no faciliten un desempeño adecuado frente a sus pares y evaluados en técnicas de divulgación de mensajes, los cuales deben ser actualizados a medida que nuevas estrategias o nuevos hallazgos en el área de prevención se develan., existe una Norma Técnica del Ministerio de Salud en el que se dan los lineamientos en relación a las funciones específicas de los y las PEPs.

Se considera un tema importante la aparición de la red GLTB (gays, lesbianas, transexuales, lesbianas y bisexuales) que reúne a la diversidad sexual homosexual, con la que se deberán generar reuniones de coordinación para conocer sus objetivos y postura frente a la prevención de las ITS y VIH.

Algo muy preocupante es el cada vez más alto número de HSH que son menores de edad, quienes no son coberturados por las estrategias formales de prevención y tampoco pueden acudir a los establecimientos de salud. Estos adolescentes HSH son los que menos reciben estrategias de prevención y son a la vez los más vulnerables al VIH, por lo que es importante se siga haciendo abogacía para la modificación de la ley que rige en relación a la atención de los adolescentes.

#### • 4. Población general

N°	Indicador	Fuente	2006		2008		
			N	%	N	%	I. aprox
7	Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados			No reportado		ND	
11	Porcentaje de escuelas que impartió educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último año académico	Informes varios: Instituto de Educación y Salud Ministerio de Educación Proyecto Vigía		2.50%	339/7389	ND	4.58%

La prevención en población general está centrada en la información y educación, sobretodo esta última ya que en la lucha por contener el avance de la epidemia del VIH/SIDA, la educación juega un rol decisivo. A través de la educación es posible transmitir información y conocimientos, promover comportamientos que disminuyan el riesgo a la infección por VIH, desarrollar habilidades que faciliten la protección personal

Esta forma de prevención puede ser medida en el deseo que tienen las personas en conocer acerca de su estado sexológico al VIH; y en las actividades docentes que se realiza con los escolares acerca de educación sexual, que incluya la prevención del VIH y otras ITS.

El indicador 7, que se relaciona al porcentaje de varones de 15 a 49 años de edad que se sometió a la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce sus resultados, ha sido diseñado para países con epidemia generalizada, en nuestro país tanto en los estudios poblacionales (ENDES) como en estudios de comportamiento realizados a población general para medir comportamiento no han incluido la pregunta para medirlo.

Respecto al porcentaje de escuelas que impartió educación sobre el VIH basada en aptitudes para la vida durante el último curso académico (indicador 11), no se cuenta con el estudio respectivo que brinde la información. En el proyecto financiado por el FM en la segunda ronda, se iniciaron capacitaciones de docentes y formación de líderes juveniles, en el mes de junio del 2006 al cierre de la primera fase e inicio de la segunda del proyecto existía:

- más de 90,000 adolescentes informados en temas de ITS, VIH/SIDA en las escuelas intervenidas, tanto por parte de los docentes como de los promotores escolares;
- más de 17,000 adolescentes y jóvenes expuestos a información fuera del ambiente escolar;
- 1105 adolescentes que recibieron orientación sobre ITS y VIH/SIDA en establecimientos de salud cercanos a sus escuelas;
- 971 jóvenes derivados a servicios de orientación sobre ITS y VIH/SIDA;
- 105 instituciones de Ica e Iquitos han utilizado el video ficción sobre prevención de ITS y VIH/SIDA

- 22 instituciones han diseñado y ejecutado campañas de comunicación;
- 21 promotores escolares y juveniles han producido y se encuentran a la fecha conduciendo programas radiales enfocados en la prevención del VIH/SIDA<sup>17</sup>. Todas las anteriores actividades se realizan en coordinación con el Ministerio de Educación (MINEDU)

Durante el año 2006 se han capacitado a 120 escuelas de todas las regiones quienes imparten educación sobre VIH<sup>18</sup>. La distribución de las escuelas capacitadas es la siguiente:

Callao	Chimbote	Huancayo	Ica	Iquitos	Piura	Lima
16	15	14	13	12	18	33

De igual manera el MINEDU capacitó a 667 docentes en el tema de VIH para que impartan educación de VIH a 77 escuelas durante el año 2006.

El Proyecto Vigía capacitó a 62 escuelas secundarias de Loreto, que involucraba a 270 docentes y 37,200 alumnos; y en Ucayali capacitando a 80 escuelas secundarias que involucran a 296 docentes y 48,000 alumnos.

Si se realiza el cálculo del indicador proxy, (número de escuelas secundarias capacitadas en VIH/SIDA) como se realizó el informe anterior, el indicador sería de 4.58% (339/7389 escuelas secundarias)

Durante estos años se ha llevado a cabo la ejecución de la primera etapa de intervención en jóvenes mediante la capacitación de líderes escolares y de profesores de escuela, además de actividades dirigidas a jóvenes de ambientes intra y extra institucionales de educación, con la finalidad de formar las bases necesarias para el sostenimiento de una política liderada por el MINEDU que actualmente está construyendo con la participación de agencias cooperantes, el MERCOSUR, sociedad civil y el MINSA, referidos a la educación sexual en las escuelas del país.

Se espera contar con la información necesaria para el indicador en los próximos años como parte del sistema de monitoreo de la aplicación de las acciones diseñadas por el MINEDU con el objetivo de disminuir la exposición al virus de los adolescentes y jóvenes.

En el objetivo 1 de la quinta ronda se desarrolló una capacitación dirigida 100 mujeres que pertenecen a las Organizaciones Sociales de Base (OSB), como promotoras de salud en tema de prevención de las ITS y VIH, quienes después realizarán replicas en su comunidad, utilizando la metodología de la cascada, se ha logrado un importante número de mujeres informadas. En este proceso se ha dado un acompañamiento cercano desde la ESN PC ITS y VIH, por ser una nueva estrategia de intervención que nos permitirá llegar con información de prevención a la población general.

<sup>17</sup> Informe Anual del componente VIH Periodo Julio 2005 – Noviembre 2006. Fortalecimiento de la Prevención y Control del VIH y TB en el Perú. CARE Perú. 2006

<sup>18</sup> Fortalecimiento de la Prevención y control del VIH y TB en el Perú. Objetivo 1. 2007

## 4.2.2 Tratamiento, atención y apoyo

### • 1. Tratamiento

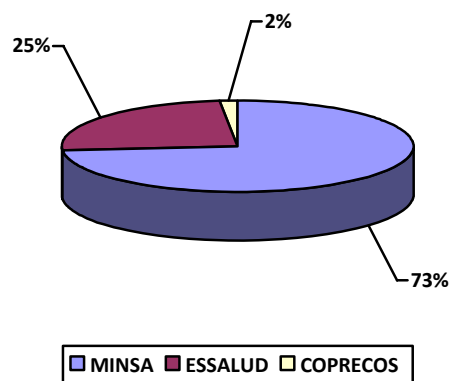
N°	Indicador	Fuente	2006		2008		
			N	%	N	%	I. aprox
4	Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe terapia antirretrovírica	MINSa (ESN_PC_ITS/VIH/SIDA) 2006-2007. Informe Epinfo de ESN PC ITS/VIH/SIDA		6298	10367/12080	85.8%	
6	Porcentaje de casos estimados de coinfección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH	Tuberculosis en el Perú. Informe de Gestión. 2006. Global Database – TB Country Profile OMS. 2005 Estimates Informe Epinfo de ESN PC ITS/VIH/SIDA			93/1209	7.7% (3.3) 11.0% (2.29)	
24	Porcentaje de adultos y niños con el VIH que sigue con vida y se tiene constancia de que continúa en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia antirretrovírica	Registro de tratamiento antirretroviral del MINSa 2005-2006. Informe Epinfo de ESN PC ITS/VIH/SIDA		90.90%	2014/2356	85.4%	

El tratamiento ARV para personas con VIH fue uno de los objetivos principales del MINSa a partir del año 2004, con el apoyo inicial del FM. En la actualidad y desde el 2006, el MINSa ha asumido financieramente el tratamiento de adultos, mientras que el tratamiento de niños se ha entregado como parte del Seguro Integral de Salud desde el año 2004.

Los datos brindados por el Ministerio de Salud, cubren la expectativa si se toma como adecuado el método de calcular la tendencia de personas con VIH que requieren tratamiento.

El numerador del indicador ha sido tomado del informe del Ministerio de Salud, acerca del total de tratamientos entregados hasta Agosto del 2007, lo que corresponde a 10,367 que reciben TARGA de los cuales el 73.4% corresponde al Ministerio de SALUD, ESSALUD 24.6% y COPRECOS 1.8%; el denominador es la tendencia calculada con el programa SPECTRUM (12,080). El indicador hallado es de **85.8%**. En el numerador, de igual manera, no se han considerado los fallecidos y abandonos.

**Cuadro 10. Establecimientos que entregan TARGA. Agosto del 2007**

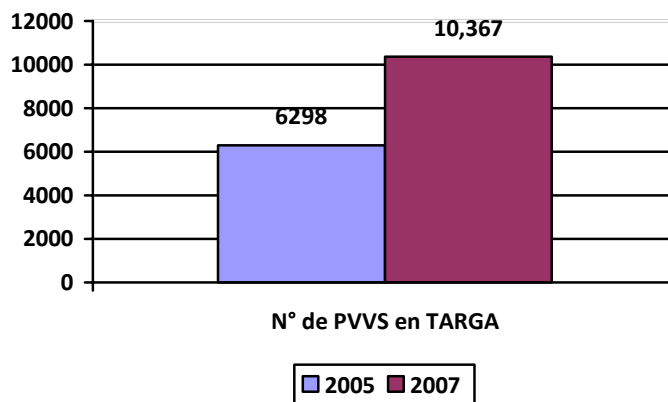


Según este informe el incremento de tratamientos con referencia al informe anterior es de 80%, lo que es bastante satisfactorio.

La sociedad civil refiere que no se ha considerado el número real de personas con VIH que requiere tratamiento ARV y que la brecha debe ser más alta, para lo cual están tratando de mejorar su sistema de vigilancia ciudadana para obtener datos que evidencien la brecha que ellos mencionan.

Se debe considerar que en el Perú se ingresa a tratamiento en estadio SIDA de acuerdo a las definiciones de caso, siendo el profesional médico capacitado quien determina si el paciente requiere o no de tratamiento, por lo que, la determinación de que personas deben recibir tratamiento no puede ser presumida por personas no calificadas, sino que debe ser enmarcada dentro de la normatividad establecida con los rigores que ella determina.

**Cuadro 11. Comparación de personas con VIH enrolados en tratamiento antiretroviroco 2005 – 2007**



El MINSA está construyendo el proceso de descentralización del TARGA, con el funcionamiento adecuado de las redes de salud para lo cual se han dictado las directivas correspondientes dentro de un proceso de mejora de la calidad de la atención integral de las personas con VIH .

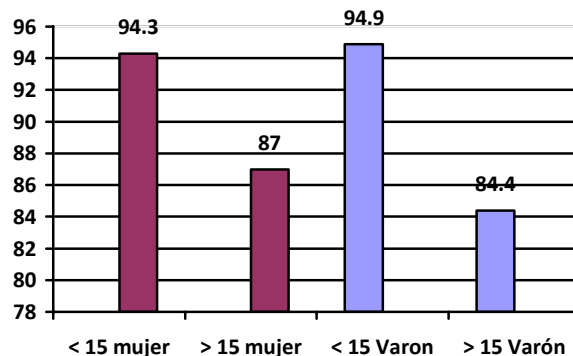
De igual manera se encuentran en proceso estudios referidos a la resistencia a las drogas con el apoyo del Instituto Nacional de Salud.

En el proceso de tratamiento y atención integral de las personas con VIH se encuentran dos debilidades que actualmente están en etapa de resolución: costo de los exámenes auxiliares necesarios para determinar el inicio de la terapia antirretroviral y el tratamiento de enfermedades oportunistas, este último recibe actualmente el apoyo del proyecto aprobado por la quinta ronda financiado por el FM.

Otro aspecto evaluado es la adherencia al tratamiento luego de un año de iniciado el mismo, este valor ha sido calculado en un corte de personas con VIH que ingresaron a tratamiento durante todo el año 2005 hasta cumplir los doce meses de terapia. El indicador se encuentra en **84.5%**, el que comparado con el informado en el 2005 es 5.5% menor, lo que puede significar una menor adherencia o fallas en el reporte el cual debe ser corregido. Cuando se realiza la comparación por edades se observa una permanencia mayor en el tratamiento por parte de los niños, posiblemente porque la adherencia va a depender de los padres más que de ellos mismos.



**Cuadro 12. Porcentaje de adherencia según sexo y edad. 2006 MINSA**



Un aspecto importante que debe ser medido para evaluar el avance en el tratamiento antirretroviral, es el manejo de la coinfección TB-VIH. La información respecto a la coinfección VIH-TB puede ser obtenida de dos formas:

1.- Las personas diagnosticadas de VIH positivas que reciben TARGA y a quienes se les hace todos los exámenes para ver si tienen TB activa e iniciar tratamiento: este caso se puede extraer directamente de la ESN PC ITS/VIH/SIDA

2.- Los pacientes con TB a quienes se les diagnostica VIH; en este caso el dato proviene de la ESN PCT siendo la única dificultad que los diagnosticados de comorbilidad no se puede identificar cuántos están recibiendo TARGA. Así vemos que para el año 2006 existen 648 personas con VIH/Sida – TB.

En el caso de las personas con TB sensible tenemos una prevalencia de 1.8%, siendo la mayor dificultad el hecho de que no todas acceden a las pruebas de tamizaje; en el caso de TB MDR la prevalencia es 3.5%, y a todos se les tamiza para VIH.

Para el año 2007 debieron de haber sido incluidas las pruebas de tamizaje gratuitas para VIH dentro del presupuesto nacional según la Norma Técnica actual de la ESN-PCT. Para el año 2008 ya han sido presupuestadas dichas pruebas para ser ofertadas en forma gratuita, ya que el costo de ellas afecta la accesibilidad.

El porcentaje de tratamiento de coinfección basados en los estimados es muy bajo **(7.9%)** el cual requiere un mayor análisis de los problemas existentes en el diagnóstico y la información que debe ser compartida por ambas Estrategias Sanitarias.

• **2. Atención y apoyo.**

N°	Indicador	Fuente	2006		2008		
			N	%	N	%	I. aprox
10	Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables de 0 a 17 años de edad cuyos hogares recibieron apoyo externo básico gratuito para la atención infantil			15.60%		ND	
12	Asistencia actual a la escuela entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad	Estudio de Percepción de las necesidades de la familia VVS		No reportado	47/110	ND	69.8%

Los indicadores de atención y apoyo del UNGASS, están diseñados para epidemias generalizadas, por lo que no puede ser medido en el país. Sin perder la perspectiva de que estos indicadores están dirigidos a la población infantil que pueden ser expuestos o afectados por el VIH, consideramos contextualizar el problema de orfandad por el VIH.

Dado que la epidemia en nuestro país es una epidemia concentrada en población HSH, el número de huérfanos por VIH aún no es muy alto, según los datos que se tienen de diferentes fuentes; aunque aparentemente estos datos no son suficientes para determinar la situación actual.

Una de las cosas que llama la atención es que el concepto de Huérfano no es considerado dentro de los programas sociales; pues predomina el concepto de “niño en abandono”, el cual puede ser huérfano o no, tomando mayor importancia la condición social.

Según Informe de UNICEF para el año 2005 existían en el Perú 660 huérfanos debido a todas las causas<sup>19</sup>; averiguar cuántos son huérfanos a causa del VIH no es sencillo, ya que culturalmente en nuestra sociedad, cuando fallece uno o los dos progenitores, la familia asume el cuidado del niño; no siendo reportada a ninguna instancia la condición de orfandad.

En el país existen Instituciones que trabajan con la población infantil que tiene VIH:

- La Posadita del Buen Pastor
- Hogar San Camilo
- ONG Vía Libre

De los 660 huérfanos, 267 se reconocen que son huérfanos por VIH (entre afectados y los que tienen VIH).

En el MIMDES no se encuentra el dato de huérfanos; en el INABIF no se albergan a niños con VIH positivo

<sup>19</sup> Estado Mundial de la Infancia 2007. UNICEF

Vía Libre con el Proyecto<sup>20</sup>: **Niños y niñas por la vida: creando un entorno favorable en VIH/Sida** tiene los siguientes objetivos:

- Sensibilización al entorno (profesional de la salud, educadores y profesores de albergues)
- Niñez y VIH. Cuidados domiciliarios del niño con VIH
- Promover el empoderamiento y la mejora de habilidades sociales de los niños y niñas y adolescentes que viven con VIH y afectados
- Desarrollar estrategias de abordaje o manejo del diagnóstico VIH dirigidas al personal de salud y cuidadores.
- Desarrollar actividades para la recreación de la población beneficiaria

Reporta:

148 niños con VIH	95% recibe TARGA
	90% reciben víveres en San Camilo
299 afectados	
447 total (julio 2007)	52% huérfanos de uno o ambos padres
<b>232 HUÉRFANOS</b>	12% huérfanos de madre
	36% huérfanos de ambos padres
	52% huérfanos de padre

El 50% de los niños y niñas huérfanos vive en hogares monoparentales, donde la madre es la única responsable y, por lo general, ella también vive con VIH/Sida. El 33.33% de los niños y niñas vive en albergues y el 18% está al cuidado de sus abuelas, quienes han perdido a sus propios hijos a causa del Sida

Uno de los parámetros es considerar escolaridad en estos niños, pero nuevamente se retoma la pregunta, cuán importantes es la orfandad versus el abandono social. Por eso sería importante que en este periodo 2008, se puedan colocar en las fichas de los colegios, la situación del niño respecto a orfandad y desde cuando para poder analizar este dato en algún momento.

En los hospitales se está aplicando una ficha para levantar información sobre orfandad por VIH a través de la Red de Asistentas Sociales, dentro de un proyecto colaborativo ESN, UNICEF y Partners in Health, y toda esta información estará relacionada con escolaridad.

Es necesario contar con la información necesaria para la toma de decisiones, sobre todo en los programas sociales y ver la capacidad que se tiene para asumir la carga de huérfanos.

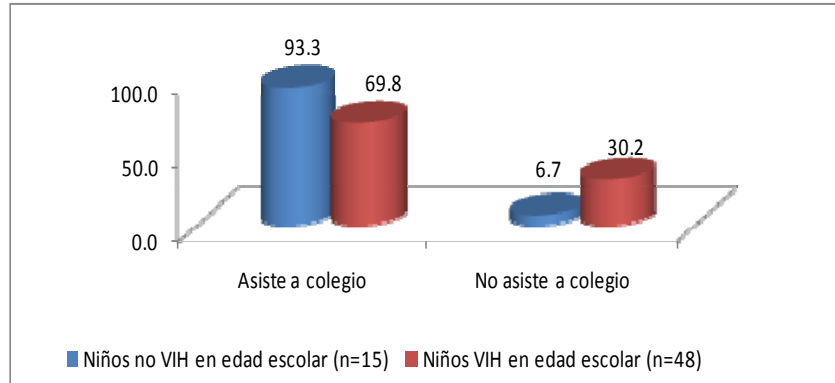
Por otro lado, en un estudio de necesidades de la atención de la familia viviendo con el VIH/SIDA realizado en las ciudades de Lima, Ica e Iquitos<sup>21</sup>, sobre 160 familias, permite tener una idea del problema de educación de los niños infectados por el VIH se encuentre o no en situación de orfandad. En la muestra encuestada se encontraron

<sup>20</sup> Intervención en Niños y Niñas viviendo con y afectados por el VIH/Sida en Lima- Perú. Sinopsis y hallazgos iniciales (2004-2005). 2007

<sup>21</sup> Estudio sobre la percepción de las necesidades de atención integral en familias viviendo con el VIH y SIDA. Consorcio Miradas y Voces. Proyecto Cerrando Brechas: Hacia el logro de los objetivos del milenio en TB y VIH. Fondo Mundial. 2007

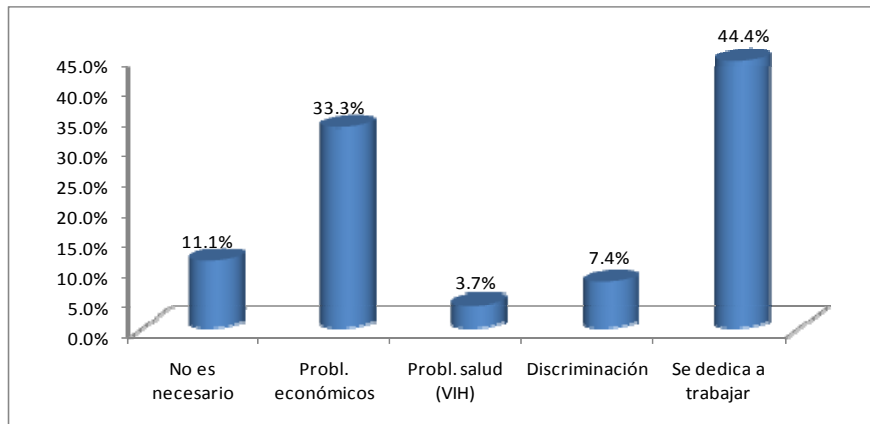
63 niños en edad escolar, 15 de ellos VIH positivos y 48 no VIH. En relación a su asistencia al colegio: 93.3% los niños no VIH asiste al colegio en tanto, solo 69.8 % de los niños VIH en edad escolar asiste al colegio.

**Cuadro 13. Porcentaje de personas en edad escolar que asisten al colegio según sexo**



De las 16 personas VIH en edad escolar que no asisten al colegio, 44.4 % de ellas no lo hace pues se dedica a trabajar, 33.3 % declara problemas económicos en tanto solo 3.7 % no lo hace por problemas de salud y 7.4 % declara motivos de discriminación.

**Cuadro 14. Personas en edad escolar VIH, según razones para no asistir a colegio (n=15)**



Esta información permite tener una idea de las necesidades de atención y apoyo en el caso de los niños infectados y afectados por el VIH, y permite diseñar estrategias para disminuir la vulnerabilidad social de estos niños y proteger sus derechos. Actualmente se están llevando a cabo acciones que determinen una línea basal del problema de los niños con la cooperación de organismos cooperante como UNICEF, y en los proyectos financiados por el FM.

### 4.3. Conocimiento y comportamiento

#### • 1. Población más expuesta al VIH

N°	Indicador	Fuente	2006		2008		I. aprox
			N	%	N	%	
14	Porcentaje de poblaciones más expuestas que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus	Vigilancia centinela de tercera generación en HSH. 2006. DGE-Impacta		HSH= 61.59% HSH<24 = 63.73%	Total: 1649/4101 <25: 767/2141 >25: 882/1960	HSH:40.2% <25: 35.8% >25: 45%	
18	Porcentaje de profesionales del sexo hombres y mujeres que declara haber usado un preservativo con su último cliente	Vigilancia centinela de tercera generación en HSH. 2006. DGE-Impacta Vigilancia centinela en trabajadoras sexuales. 2006. DGE-UPCH		HSH/TS= 50% HSH/TS< 25=47.7%	HSH/TS: 595/1420 <25: 326/790 >25: 279/630	HSH/TS: 41.9% <25: 40% >25: 44.3%  TS: 96% <25: 96.1% >25: 95.9%	
19	Porcentaje de hombres que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual anal con una pareja masculina	Vigilancia centinela de tercera generación en HSH. 2006. DGE-Impacta		HSH > 25=47.19 % HSH < 25=45.54 %	1,575/3,334 <25: 685/1650 >25: 890/1684	HSH:47.2% <25: 41.5% >25: 52.8%	

Para efectos de control de una epidemia concentrada como la del Perú, es necesario que las intervenciones realizadas en las poblaciones más expuestas tengan el conocimiento adecuado de las medidas de prevención del VIH que se traduzcan en comportamiento saludable y de bajo riesgo.

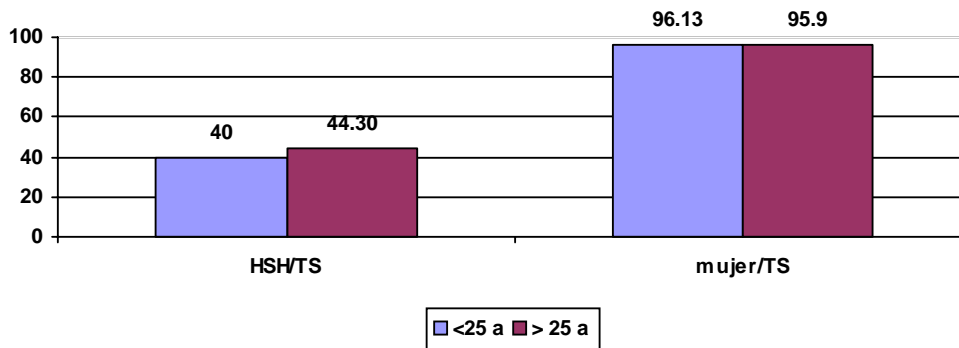
Para la medición de estos indicadores se utilizó los datos referidos de la vigilancia centinela de 3ra generación del 2006, que como se explicó anteriormente, su objetivo es determinar la incidencia de VIH calculada mediante la técnica BED ELISA.

El % de HSH que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas de la transmisión del virus es del **40.2%** (1649/4101), de los cuales el 32.82% resultó entre los menores de 25 años y 46.9% a los mayores de 25 años de edad.

El % de profesionales del sexo HSH que declara haber utilizado preservativo en el último cliente fue de **41.69%** (595/1420), de los cuales el 40% resultó en menores de 25 años y 44.3% en mayores de 25 años. En el caso de TS mujeres el uso de preservativo en el último cliente fue **96%**, en menores de 25 años 96.13% y en

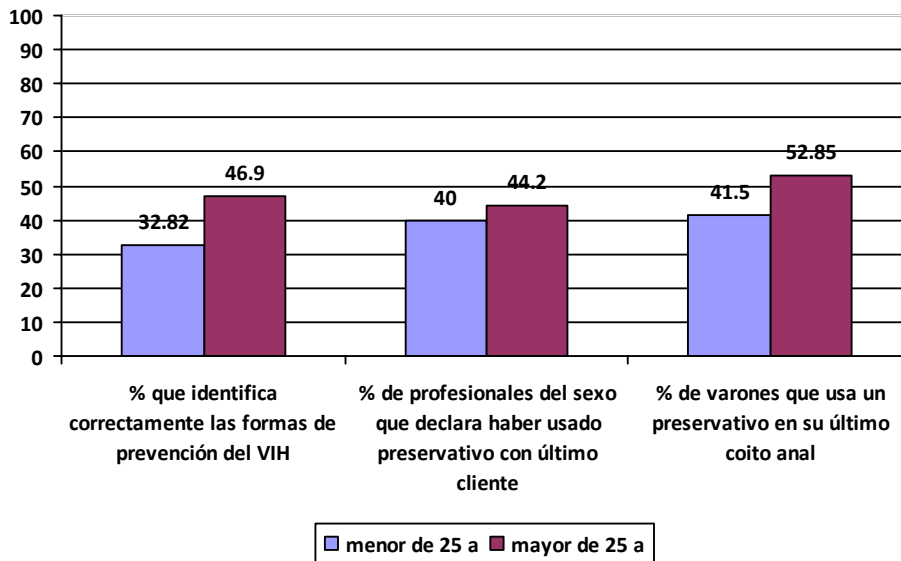
mayores de 25, 95.9%; considerando la meta propuesta en el proyecto del Fondo Mundial (6ta ronda) de 97% para el año 2011, en los HSH se encuentra una brecha de 55.1% que debe ser cubierta; esta brecha se incrementa cuando el indicador se mide por edad ya que los más jóvenes utilizaron menos preservativos. En el caso de las TS mujeres, posiblemente a las características de la población que participó en la vigilancia centinela, la meta es cumplida en ese grupo.

**Cuadro 15. Porcentaje de uso de preservativo en profesionales del sexo HSH y TS en su última relación sexual con un cliente**



El % de varones que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con pareja masculina fue de **47.24%** (1575/3334), de los cuales 41.52% resultó en menores de 25 años y 52.85% en mayores de 25 años; considerando que la meta propuesta para el año 2008 en el proyecto aprobado por el Fondo Mundial (6ta ronda) es de 80% (85% para el 2011), se evidencia una brecha de 27.15%.

**Cuadro 16. Indicadores de conocimiento y comportamiento del VIH en HSH. Vigilancia Centinela HSH. 2006**

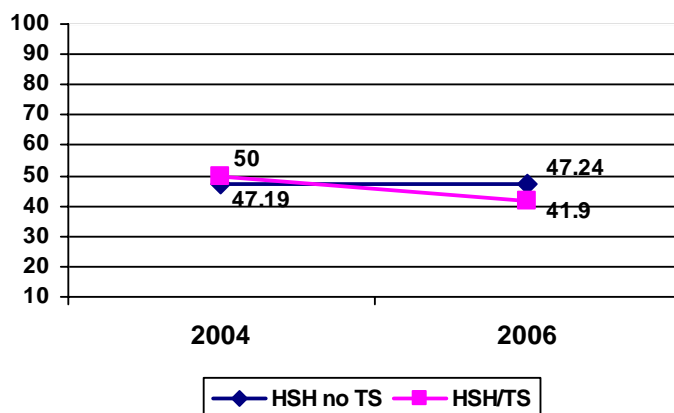


Los porcentajes del conocimiento y comportamiento frente al VIH, de la población HSH que participó en el estudio de vigilancia centinela no llega al 50% de la población y esta es mucho menor en los jóvenes menores de 25 años, esta deficiencia incrementa su vulnerabilidad frente a la epidemia y reconoce la necesidad de establecer estrategias de educación y/o difusión de los conocimientos a los HSH más jóvenes

quienes quizás no han tenido ni tendrán la oportunidad de ver las consecuencias del SIDA debido al ingreso del TARGA en el país.

En la tendencia del uso de condón en HSH/TS se puede observar una disminución de casi un 10% entre el informe del 2005 y el actual informe. Mientras la tendencia se mantiene en los HSH no TS.

**Cuadro 17. Tendencia en el uso de condón HSH/TS y HSH no TS, 2004-2006. Vigilancia centinela 2004 y vigilancia centinela 2006**



En un estudio de carácter cualitativo, realizado por el Consorcio Ejecutor del objetivo 1 del proyecto financiado por el FM en quinta ronda<sup>22</sup>, se utilizó entrevistas a profundidad realizadas a 90 trabajadores sexuales y víctimas de explotación sexual comercial de ambos sexos (Mujeres: 67% y Hombres: 33%) de 12 a 24 años residentes en las ciudades de Lima/Callao, Ica, Chimbote, Iquitos y Pucallpa.

Se encontró que el inicio sexual ocurrió entre los 8 y 19 años, siendo la edad promedio los 18 años. Los varones son más precoces sexualmente. Se inician con pareja/enamorado, amigos/as, familiar, trabajadora sexual, alguno/as mencionan abuso sexual (violación). No suelen usar preservativo/condón en la primera relación sexual, refiriendo que es por la inexperiencia, irresponsabilidad, desinformación y/o confianza en su pareja, dándose un alto índice de “embarazos no deseados”.

Poseen información básica del VIH, refiriendo que es una enfermedad incurable y transmitida por relaciones sexuales sin protección. Confunden y/o desconocen las diferencias entre el VIH y SIDA. Reconocen las vías de transmisión (relaciones sexuales sin protección, exposición a sangre infectada y madre a hijo). Consideran como grupo de riesgo a la/os trabajadora/es sexuales, homosexuales y personas promiscuas, autoexcluyéndose los TS varones como grupo vulnerable.

Ante el supuesto de adquirir VIH/SIDA la primera opción sería la búsqueda de tratamiento, a pesar de esto solamente una minoría se alejaría o dejaría el trabajo sexual. La mayoría ha recibido información (charlas, talleres, folletos, etc.) de centros de salud, colegio u ONGs. A pesar de esto se evidencia un nivel de conocimiento

<sup>22</sup> Opiniones, percepciones, actitudes, conocimientos y comportamientos en trabajadores/as sexuales y víctimas de explotación sexual comercial de 12 a 24 años sobre ITS, VIH y Sida. Objetivo 1. Cerrando brechas hacia el logro de los objetivos de desarrollo del milenio en TB y VIH. 2007. Versión preliminar

deficiente, erróneo o confuso, declarando que se debe a la obligatoriedad (centros educativos/salud, charlas matrimoniales, etc.) y/o exposición tediosa que generó una falta de interés. Los resultados de este estudio describen claramente las debilidades de las estrategias educativas en esta población vulnerable.

Durante los últimos años las actividades de prevención no han variado mucho con referencia a las elaboradas hace 10 años y no han sido cubiertas adecuadamente en la población expuesta, sobre todo considerando su diversidad y mayor exposición a las ITS y VIH (gay, travestis, transgénero, bisexual, lesbiana). De igual manera la insuficiente de generación de políticas y normas que faciliten el acceso de los HSH, considerando todos los grupos, y TS a la información y a los servicios de prevención, incrementan su vulnerabilidad a las ITS y VIH.

La Atención Médica Periódica (AMP) es una actividad implementada en el Perú desde hace ya varios años y exitosa dentro de sus zonas de implementación. Si bien esta actividad ha sido y viene siendo apoyada por los proyectos del Fondo Mundial, se han identificado brechas en la cobertura que impiden un impacto a nivel nacional. Las acciones en población de riesgo deben ser implementadas de manera amplia ya que se sabe de su gran movilidad. Por ejemplo, se sabe que la migración en TS es de 53% (PREVEN 2002). Otra posible causa de disminución de la cobertura es la falta de normas para una atención diferenciada teniendo en cuenta la diversidad de trabajadores sexuales entre las que se encuentran mujeres, HSH, grupos transgénero, cuyo acceso a los establecimientos de salud muchas veces es limitado por estigma.

La necesidad de establecer algunas modificaciones en la estrategia de educadores de pares HSH o TS, así como de la AMP han sido descritos en talleres dirigidos a evaluar y fortalecer el sistema de promotores educadores de pares; las deficiencias que pueden influenciar en el inadecuado impacto de la estrategia va desde la falta de insumos, la mala selección de educadores así como la atención inadecuada de los CERITS y UAMP por falta de personal, insumos o maltrato<sup>23</sup>.

Como parte de la solución de las brechas existentes, en el proyecto aprobado por el FM en su sexta ronda, se han elaborado actividades dirigidas a la promoción del uso adecuado del condón en poblaciones vulnerables; incidencia política para desarrollar actividades que faciliten el acceso a la atención e información a la población HSH y TS; promoción para el incremento de la cobertura de consejería y servicios de despistaje y tratamiento de ITS, bajo una perspectiva de diversidad en HSH y TS; y fortalecimiento de la prevención y manejo de las ITS a través de la AMP, asegurando diagnóstico, tratamiento y consejería en HSH y TS.

Aunque todavía no se han considerado estrategias dirigidas a otras poblaciones vulnerabilizadas, en el último año una serie de estudios intentan captar información sobre actitudes que incrementan su vulnerabilidad frente al VIH. Por ejemplo, en un estudio cualitativo realizado con 12 grupos focales de niños/adolescentes trabajadores de la calle en las ciudades de Lima, Chimbote, Ica, Pucallpa e Iquitos, constituidos por 94 niños (49% mujeres y 51% varones), se encontró que la edad de inicio de las relaciones sexuales se dio entre los 12 y 15 años de edad, con enamorados, amigos, o prostitutas en el caso de los varones. Por lo general sin ninguna protección.

Señalaron que la edad ideal para tener relaciones sexuales está entre los 18 y 25 años. Percibieron que el inicio temprano de la vida sexual les trae como posible

---

<sup>23</sup> Sistematización de la Información de los Talleres Regionales de Evaluación y Fortalecimiento del Sistema de PEPs. Consorcio Plataforma de Poblaciones Vulnerables. FM Noviembre del 2007. Informe preliminar



consecuencia: el embarazo no deseado y la adquisición de algunas ITS o VIH SIDA. Conocen el condón como medio de protección para evitar embarazos no deseados y adquisición de ITS y VIH sida, pero no conocen sobre su disponibilidad, cuán seguro es y la forma correcta de usarlo.

El entorno donde trabajan estos chicos es de altísimo riesgo, el cual les permite estar expuestos a diferentes riesgos como el consumo de drogas, violaciones, relaciones sexuales con prostitutas y con homosexuales, además muchos de estos chicos trabajan hasta altas horas de la noche y en muchos casos hasta entrada la madrugada.

En relación al SIDA, la mayoría manifestó que se trata de una enfermedad mortal, que no tiene cura, observando una actitud de temor respecto a la posibilidad de poder contraer esta enfermedad. Sólo algunos señalaron diferencias entre el VIH y el SIDA. En relación a las formas de contagio también existe mucha confusión al respecto, todavía se sigue diciendo que se contagia a través de objetos personales, de besos y abrazos. Señalan que la población más vulnerable son los homosexuales y las prostitutas<sup>24</sup>.

Otro estudio cualitativo está dirigido a los niños en situación de calle, mediante grupos focales que reunieron a 72 de 5 ciudades del país: Al igual que el anterior estudio el inicio sexual fue entre los 11 y 15 años, predominando la violación entre las mujeres. Conocen el condón como medio de protección para evitar embarazos no deseados y adquisición de ITS y VIH Sida. Lo usan ocasionalmente en sus relaciones sexuales, es exigido sobre todo por la mujer. En general, los niños, niñas y adolescentes de calle no tienen un conocimiento claro sobre las diferentes infecciones de transmisión sexual, las confunden con otras enfermedades como el cáncer, la TB. Al igual que el grupo anterior existe mucha confusión con respecto a la forma de contagio del VIH pues todavía creen que se contagia por los cubiertos, prendas de vestir, besos y abrazos<sup>25</sup>.

Sobre Explotación Sexual Comercial Infantil (ESCI) en la ciudad de Iquitos, la asociación "La Restinga" presenta los resultados de una investigación en población ESCI en la ciudad de Iquitos. De una muestra de 32 niños y niñas adolescentes (NNA), 18 mujeres y 14 varones en situación de explotación muestran cifras dramáticas como: Solo el 12% de las víctimas tiene escolaridad, el 76% de ellos presentan ITS; el 97% no reciben control medico periódico, el 18% de las adolescente mujeres refiere haber tenido embarazos no deseados, el 10% refiere haber tenido abortos provocados sin atención médica. El 97% de los NNA refieren que consumen alcohol habitualmente, el 39% consume drogas: pasta básica de cocaína, marihuana y mixtos, el 56% refiere haber sido violentado sexualmente antes de los 10 años de edad y el 89% refiere haber tenido problemas de violencia familiar. Finalmente planteó como reto realizar acciones conjuntas relacionadas a: Mayores investigaciones respecto al tema, enfatizar la prevención desde el trabajo con los jóvenes varones, y establecer servicios amigables para la atención a adolescentes.

Estos estudios ponen sobre aviso de la necesidad de no descuidar estos grupos que por su condición son vulnerabilizados frente al VIH, elaborando estrategias educativas multisectoriales donde intervengan el Ministerio de Salud, Ministerio de Educación y Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, junto con la Sociedad Civil, para lo cual es necesario conseguir el apoyo político necesario.

---

<sup>24</sup> Estudio diagnóstico de niñas, niños y adolescentes que trabajan frente al VIH. Objetivo 1. Cerrando brechas hacia el logro de los objetivos de desarrollo del milenio en TB y VIH. 2007. Informe preliminar

<sup>25</sup> Estudio diagnóstico de niñas, niños y adolescentes en situación de calle frente al VIH. Objetivo 1. Cerrando brechas hacia el logro de los objetivos de desarrollo del milenio en TB y VIH. 2007. Informe preliminar

## **Drogas y el VIH.**

Desde los primeros años de la epidemia de VIH/SIDA en otros países, se evidenció un vínculo entre el uso de drogas endovenosas y la transmisión del VIH. Sin embargo, en países como el Perú, donde el uso de drogas inyectables es muy poco frecuente por razones culturales<sup>1</sup> y de producción, el uso de aquéllas no inyectables, principalmente el alcohol, está intrínsecamente unido a actividades sexuales inseguras. En un estudio realizado en las ciudades de Lima, Callao, Chiclayo e Iquitos intenta explorar la magnitud del vínculo entre el consumo de drogas psicoactivas ilegales y prácticas sexuales de riesgo para la transmisión sexual del VIH tanto en población general como vulnerables<sup>26</sup>. La población participante de grupos focales y encuestas fue de 1,739 personas de 18 a 30 años de edad.

En el estudio se halló la relación entre el consumo de drogas y las prácticas sexuales de riesgo a partir de las declaraciones de que “a veces”, se ha tenido relaciones sexuales habiendo consumido alcohol en el último mes, siendo las cifras 35% para Lima-Callao, 30% para Iquitos y 49% para Chiclayo; así mismo un 31% de mujeres lo ha hecho “a veces”, frente a un 45% de los hombres.

A estas prácticas se le suman aquellas en las cuales se usó o no condón teniendo relaciones sexuales bajo los efectos de alguna droga recreativa en los últimos 12 meses. Por ejemplo en Lima – Callao el 59% nunca usó condón, en Iquitos nunca lo hizo el 22% y en Chiclayo no lo hizo el 77%, éstos datos sumados a los datos de quienes lo usaron “a veces”, nos estarían dando un panorama alarmante.

La asociación de la infección por VIH a contextos y condiciones de vulnerabilidad social es un hecho conocido, y un conjunto de subpoblaciones son conocidas, en el marco del trabajo programático en prevención y control del VIH, como poblaciones vulnerables. Estas incluyen a varios grupos de hombres que tienen sexo con hombres, incluyendo travestis y hombres gay y bisexuales; asimismo, personas de ambos sexos que ejercen el trabajo sexual; y finalmente, niños de la calle y personas privadas de su libertad. En el estudio del Dr. Cáceres, el consumo de drogas y las relaciones sexuales de riesgo están relacionados a la “diversión” sobre todo en los grupos gay y bisexuales, mientras que en los travestis la relación del consumo de drogas y VIH se presentan como un componente o como medio de cambio del intercambio en el ejercicio del trabajo sexual.

---

<sup>26</sup> Cáceres C., Salazar X., Rosasco A., Salazar V. ¡A lo que venga! Alcohol, drogas y vulnerabilidad sexual en el Perú actual. Universidad Cayetano Heredia. Facultad de Salud Pública y Administración. 2006

• **2. Población general**

N°	Indicador	Fuente	2006		2008		
			N	%	N	%	I. aprox
13	Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 24 años que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus	3ra medición de Indicadores del Programa de VIH financiada por el Fondo Mundial. 2007		70%	12-17 a: 3,187 17-24 a: 1,989	12-17 a: 56.1% 17-24 a: 54.1%	
15	Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 24 años que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años	ENDES continua 2004-2006		23.4%	277/994 15-19 a: 97/196 20-24 a: 180/748		29.34% 15-19 a: 49.49% 20-24 a: 24.0%
16	Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses	Estudio PREVEN. Universidad Cayetano Heredia 2006					Varones: 38.2% Mujeres: 11.7%
17	Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual	3ra medición de Indicadores del Programa de VIH financiada por el Fondo Mundial. 2007		c/pareja ocasional =17%  c/pareja ocasional + uso de condón= 19%	12-17 a: 3,187 17-24 a: 1,989		12-17 a: 58.9% 17-24 a: 45.9%

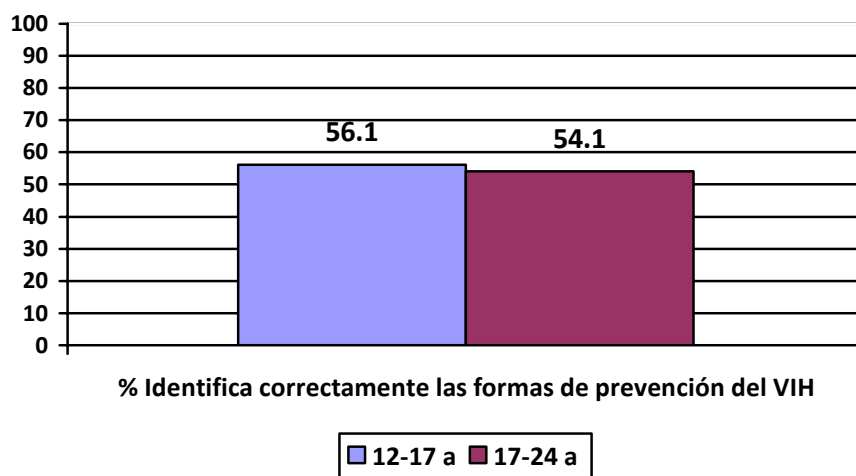
Durante los últimos años, se ha sustentado la importancia de invertir en la salud y desarrollo de la población adolescente y joven, considerando los costos que implica en un país como el nuestro, el no proveer programas que brinden respuestas adecuadas a sus demandas y necesidades. Las evidencias que el 10% de las gestantes en el país son adolescentes y que la mitad de nuevos casos de SIDA que se reportan a la Dirección General de Epidemiología son menores de 30 años, lo que significa que la infección se da alrededor de los 20 años, son suficientes argumentos para que se diseñen políticas claras para el acceso de la población joven a la información de salud sexual y reproductiva, y a los establecimientos de salud.

En estudios realizados para la tercera medición de línea de base del objetivo 1 del Proyecto financiado por el FM en 2da ronda, sobre 3187 adolescentes (12 a 17 a), y 1389 jóvenes (17 a 24 a) en Lima, Callao, Iquitos y Chimbote encontraron que el

porcentaje de adolescentes que tienen información de ITS y VIH fue de 56.1%, y que el porcentaje de jóvenes que tienen información sobre ITS y VIH fue de 54.1%<sup>27</sup>

El porcentaje de conocimiento de las formas de prevención de las ITS y VIH, supera levemente el 50% de los jóvenes entrevistados lo que significa que casi la mitad de ellos está expuesta al VIH al no reconocer estos principios preventivos. Además, los adolescentes como los jóvenes de ambos sexos que cuentan con información precisa sobre VIH-SIDA, este conocimiento no se traduce en comportamientos responsables que se puedan observar en la práctica. Los jóvenes de ambos sexos suelen tomar precauciones únicamente para prevenir los embarazos y no para prevenir las infecciones de transmisión sexual.

**Cuadro 18. Conocimiento de prevención de ITS y VIH en población joven menor de 24 años. Lima, Callao, Iquitos y Chimbote. 2006.**



La educación en la prevención de las ITS, VIH y SIDA en los adolescentes y jóvenes, está dirigida a:

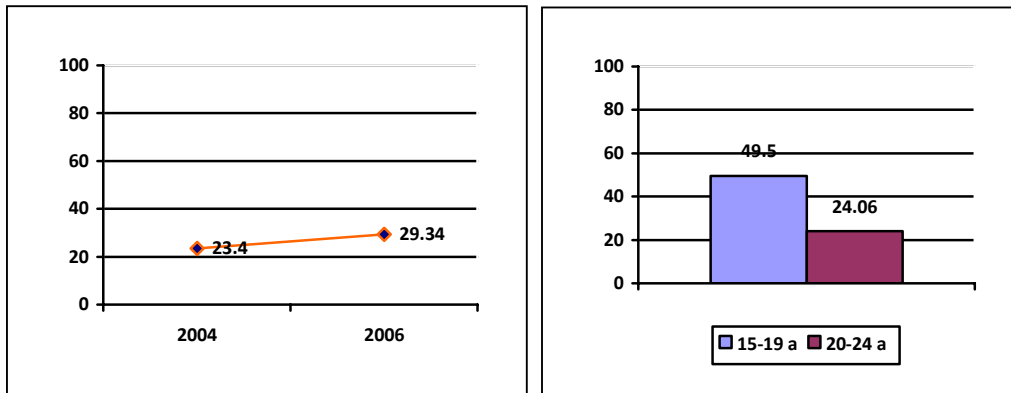
- retardar el inicio de la actividad sexual
- disminuir el número de parejas sexuales y
- uso de preservativo en las relaciones sexuales

En la encuesta poblacional ENDES continua 2004-2006 se encuentra que el 29.34% de mujeres entrevistadas tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años, en el grupo de entrevistado de 15 a 19 años lo había hecho el 49.9% y en los de 20 a 24 años el 24.06%. En el estudio de investigación PREVEN 2006 se encontró que el 14.87% de jóvenes varones y mujeres iniciaron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad<sup>28</sup>.

<sup>27</sup> Información de Líder de Consorcio Objetivo 1 del Proyecto de Fortalecimiento de la prevención y control del VIH y TB en el Perú: Instituto de Educación y Salud. (IES)

<sup>28</sup> Información del Dr. César Cárcamo estudio PREVEN 2006. Sin publicar

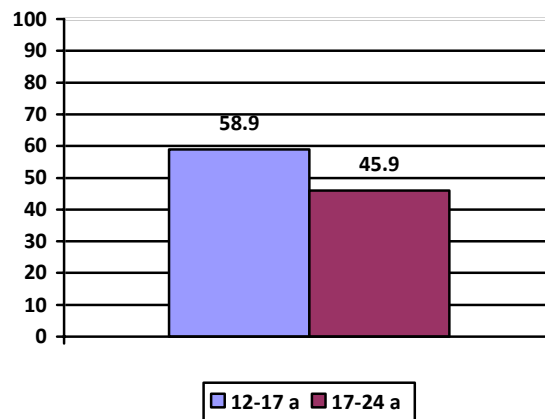
**Cuadro 19. % de mujeres jóvenes que inició relaciones sexuales antes de los 15 años. ENDES 2004, ENDES continua 2004-2006.**



Según estudio de PREVEN en varones de 18 a 29 años que tuvieron una nueva relación en el último año fue 38.24%, y en mujeres 11.7%

En el estudio de tercera medición de línea de base del objetivo 1 del Proyecto financiado por el FM en 2da ronda, se encontró, que el porcentaje de adolescentes varones y mujeres que utilizaron preservativo en su última relación sexual fue de 58.9% y en jóvenes este indicador fue de 45.9%. En el estudio PREVEN 2006 el porcentaje de jóvenes de 18 a 29 años este indicador fue de 36.75%

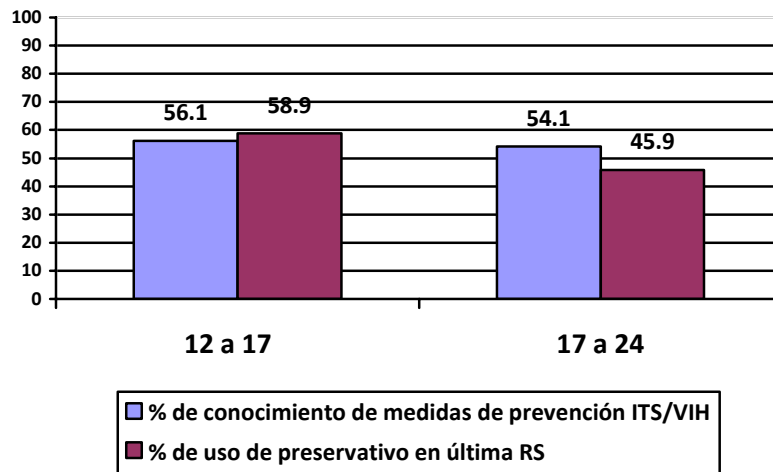
**Cuadro 20. % de jóvenes que utilizaron preservativo en su última relación sexual. Lima, Callao, Iquitos y Chimbote. 2006**



Para la población específica que participó en el estudio de medición de línea de base, el porcentaje de uso de preservativo en la última relación sexual es muy bajo, aunque en el informe del 2005 su valor era del 19% en mujeres, se puede decir que se ha incrementado su uso pero ambas poblaciones no son comparables. Lo que se puede evidenciar de los estudios de medición de la línea de base del objetivo 1, es la relación existente con el conocimiento de las acciones de prevención de la infección por el VIH y el uso de preservativo en la última relación sexual, la relación directa se observa en la población adolescente, mientras que en los jóvenes esta relación no se observa; lo

que confirma la necesidad de diseñar nuevas estrategias de información y educación diferenciada para los adolescentes y jóvenes para reducir su exposición al virus

**Cuadro 21. Relación entre conocimiento de las medidas de prevención de ITS/VIH y uso de preservativo en la última RS, en jóvenes menores de 24 a.**



En un estudio realizado en instituciones educativas rurales de nivel secundario de los distritos de Fernando Lores y San Juan en Iquitos, se encuentra que los principales hallazgos, de la encuesta de base poblacional realizada en adolescentes de 12 a 19 años, muestran que la autoestima en adolescentes hombres en un nivel medio es de 53.7% y en adolescentes mujeres del 51%, mientras que la asertividad en un nivel alto en adolescentes hombres es de solo 39% y en las adolescentes mujeres de solo 31.3%. Respecto a la edad de inicio sexual es de 13.5 años en promedio, por debajo de las cifras encontradas para la zonas urbanas de Loreto (16 años), y llama la atención que un 9.5% de adolescentes varones manifestaron haberse iniciado sexualmente a la edad de 10 años o menos. Un elevado porcentaje manifestó haber recibido conocimientos de educación sexual y reproductiva en sus instituciones educativas, sin embargo, los temas menos tratados fueron eyaculación precoz, masturbación y embarazo en adolescentes. Un 72% de adolescentes hombres y mujeres manifiestan conocer sobre las ITS, el VIH y Sida, pero un 28% tienen conocimientos distorsionados o inexactos sobre la prevención de los mismos.

Este estudio ha demostrado que el inicio de las relaciones sexuales en adolescentes hombres y mujeres de las zonas rurales es en promedio más temprano que en las zonas urbanas y que a pesar de manifestar haber recibido información sobre las ITS y el VIH Sida un alto porcentaje (28%) desconoce o tiene información inexacta sobre la prevención de los mismos<sup>29</sup>.

Actualmente el MINEDU, el MINSA, organizaciones de la sociedad civil y cooperantes internacionales se encuentran construyendo la armonización de políticas públicas en educación sexual a nivel de países de MERCOSUR con el Proyecto "fortalecimiento de la educación sexual integral en el Perú". Dicho trabajo va a complementar el trabajo realizado por organizaciones en diferentes establecimientos

<sup>29</sup> "Percepciones de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes" del Proyecto SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES DE COMUNIDADES RURALES DE LA SELVA PERUANA de ADAR/Pathfinder International/USAID. 2007

de educación para modernizar y ampliar el conocimiento de los adolescentes y jóvenes en educación sexual y reproductiva.

## 4.4 Impacto

N°	Indicador	Fuente	2006		2008		
			N	%	N	%	I. aprox
22	Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 24 años infectados por el VIH	Estudio de vigilancia centinela en gestantes 2005-2006. DGE-Impacta		0.21%	7/3075	0.23% (gestantes) 0.26% (parejas masculinas)	
23	Porcentaje de poblaciones más expuestas infectado por el VIH	Estudio de vigilancia centinela en HSH. DGE-Impacta  Estudio de vigilancia centinela en TS-DGE-UPCH		HSH<25= 14.3% HSH>25= 30.27% PPL= 1.07% PL= 0.87%	HSH: 170/1574 <25 a: 54/727 >25 a: 116/847	<b>HSH:</b> 10.8% <25 a: 7.4% >25 a: 13.7% <b>TS:</b> 0.5% <25 a: 0.2% >25 a: 0.7%	
25	Porcentaje de lactantes que nació con el VIH de madres infectadas	Estudio de cohorte: UNSM-INMP-WESTAT		19%	3/54		5.5%

El impacto de las actividades realizadas por el país en la lucha contra el VIH y SIDA, es medido en el grado en que estas han logrado disminuir las tasas de infección por el VIH y la morbilidad y mortalidad asociadas; de igual manera es evaluada por la capacidad de un país para que una epidemia concentrada no se generalice.

Según los estudios de vigilancia centinela realizados entre el 2005 y 2006, se observa que la epidemia se mantiene concentrada y no se observa un mayor incremento en la prevalencia encontrada en la población de gestantes con referencia al indicador informado en el 2005 el cual estaba basado en estudios de vigilancia centinela del 2002.

En referencia a los datos encontrados en la población más expuesta, la población HSH sigue siendo la más afectada, mientras que la prevalencia no se presenta sobre el 1% en la población de TS mujeres. Los valores encontrados en HSH en el 2005 (basado en vigilancia centinela del 2002) y el actual, no pueden ser comparados ya que el primero mide prevalencia, mientras que el último mide la incidencia del virus.

La epidemia no se ha generalizado en el Perú, pero es necesario mantener la misma metodología de medición para el siguiente informe para poder medir los efectos de las intervenciones realizadas en los HSH, las cuales se están incrementando con la ejecución de los proyectos financiados por el FM.

Un indicador fiable que mide el grado en que las actividades contra el VIH y SIDA sobre la morbilidad y mortalidad asociadas, es aquel dirigido a la prevención de la transmisión materno infantil del VIH, cuya eficacia va a poder ser medida de acuerdo al número de niños de madres VIH positivas que finalmente no se infectan.

Durante el año 2005 y 2006 se utilizó como tratamiento profiláctico en gestantes la monoterapia con zidovudina, el TARGA y la monodosis con nevirapina (en caso de la mujer diagnosticada en el momento del parto), no se tienen estudios de cohorte nacionales que nos permita evaluar el producto final de la estrategia de prevención de la transmisión materno infantil del VIH al que se agrega la suspensión de la lactancia materna y la culminación del embarazo por vía cesárea.

En un estudio de cohorte realizado durante el año 2006-2007 en el Instituto Nacional Materno Perinatal<sup>30</sup> se encontró que de 54 niños de madre VIH que ingresaron a la cohorte se infectaron 3 niños lo que resulta en un 5.5%. Este resultado, comparado a estudios anteriores que indicaban el grado de transmisibilidad del virus en 28%, permite valorar el impacto de la intervención oportuna en las gestantes, sobre todo del manejo de diferentes escenarios basados en las normas técnicas aprobadas en el 2005; actualmente dicha norma ha sido actualizada y se encuentra en etapa de aprobación, en dicha norma se dispone el uso del TARGA para la totalidad de las gestantes VIH, con la finalidad de disminuir a menos del 2% la infección de los niños por transmisión vertical

---

<sup>30</sup> Estudio de Observación Prospectivo de Niños expuestos al VIH y niños infectados por el VIH en centros clínicos de América Latina y el Caribe. NICDH, UNMSM, INMP, INSN, WESTAT. Informe preliminar



## V. Prácticas óptimas

Desde el reporte del primer caso de SIDA en el país, se han dado una serie de actividades muy importantes que deberían ser consideradas en la historia de la respuesta nacional, en los últimos dos años algunas de estas actividades se han fortalecido constituyéndose como práctica óptimas.

- El Perú, es uno de los países que muy rápidamente pudo identificar el tipo de epidemia que tenía y cuáles eran las poblaciones más expuestas donde se tenía que intervenir en esos momentos. Hubo decisión política para la realización de los estudios de Vigilancia Centinela, los cuales abarcaron población gestante, hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y trabajadoras sexuales (TS). Aunque estos estudios que deberían hacerse cada dos años en el país, ha habido periodos en que no se realizaron por problemas presupuestales. Por esa razón, en los últimos años estos estudios han tenido que ejecutarse con el apoyo de organismos especializados en este tipo de investigaciones pero externos al Ministerio de Salud.
- Identificada la epidemia como concentrada en población HSH, se decidió implementar las intervenciones para el cambio de comportamiento que comprendía en el caso de HSH y TS, la estrategia de Promotores educadores de Pares (PEPs), la implementación de los Centros de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual (CERITS) y las Unidades de Atención Médica Periódica (UAMPS) a nivel nacional; la Atención Médica Periódica (AMP) para las poblaciones mencionadas. Estas estrategias asumidas por el Ministerio de Salud, han tenido periodos de desarrollo y de dificultad, por falta de apoyo político. Actualmente están vigentes, pero sería necesario hacer una evaluación de estas estrategias y ver la posibilidad de incorporar cambios dirigidos a la diversidad dentro de la población HSH.
- La estrategia de manejo sindrómico de las ITS, la cual está dirigida a población general, no se fortaleció adecuadamente en estos dos últimos años, posiblemente debido al esfuerzo que tuvieron que realizar las autoridades competentes con la implementación del TARGA en el país. Como ha sucedido en otros países la introducción del TARGA muchas veces influye negativamente en la ejecución de algunas estrategias de prevención, actualmente estas estrategias se encuentran en proceso de fortalecimiento dentro de la ejecución de los proyectos financiados por el FM.
- Una de las estrategias que ha tenido el apoyo político para su fortalecimiento es la dirigida a la disminución de la transmisión materno infantil. La introducción de las pruebas rápidas de diagnóstico VIH para las gestantes y un proceso permanente de capacitación, está logrando poco a poco ampliar la cobertura de diagnóstico y tratamiento necesario para disminuir el impacto que tiene el VIH sobre la población infantil. La modificatoria de la ley CONTRASIDA 26626 donde se explicita esta estrategia, fue modificada en el año 2004 (ley modificatoria 28243) para que el tamizaje en la gestante sea obligatorio, lo cual ha generado en la sociedad civil una respuesta de alerta debido a la vulneración del derecho que tiene la mujer sobre la toma de sus propias decisiones.
- La implementación del Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) iniciado en el año 2004, actualmente tiene una cobertura de 10,367 personas con VIH que reciben el tratamiento; a pesar que se han presentado algunas

dificultades durante su implementación, que tienen que ver con la accesibilidad a las pruebas previas al inicio del tratamiento o la cobertura en provincias, entre otras, el TARGA es una gran fortaleza y una gran oportunidad de mejorar la calidad de vida de las personas con VIH.

- La acción de la CONAMUSA, organismo creado inicialmente para efectos de la elaboración de propuestas al FM, ha logrado establecerse como el centro de la dinámica multisectorial para la discusión de las acciones contra el VIH y tuberculosis; su más importante intervención ha sido la facilitación para la elaboración del Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 y actualmente la promoción de los Planes Estratégicos Multisectoriales regionales.
- La producción del Plan Estratégico Multisectorial (PEM), (parte de los TRES UNOS), considerado como una práctica óptima en un país, se inició con la elaboración del Plan de Acceso Universal para la Atención Integral, Prevención, Cuidado y apoyo en VIH 2006-2010, que le sirvió como insumo; ambos planes se están trabajando en forma conjunta en la elaboración del Plan Operativo del PEM a nivel Regional
- La generación de propuestas multisectoriales para la lucha contra el VIH en forma continua, ha logrado que el Perú sea uno de los pocos países beneficiados con la aprobación de 3 proyectos para el financiamiento por el FM.
- La generación de trabajos de investigación desde la sociedad civil, la mayoría de ellas llevadas en contraparte con el Ministerio de Salud y de Educación, está permitiendo identificar problemas y plantear soluciones, aunque todavía falta sistematizarla
- En el último año, se ha planificado e iniciado una campaña contra el estigma y la discriminación a las personas con VIH, gracias al trabajo conjunto de gobierno con sociedad civil, la que debería ampliarse hacia poblaciones vulnerables como una estrategia de prevención al VIH.

## VI. Principales problemas y acciones correctoras

Los principales problemas que se han identificado alrededor de los indicadores de seguimiento del UNGASS están relacionados a la consecución de los datos para su elaboración, se tiene información en la mayoría de aquellos que se relacionan a epidemia concentrada y no así en todos los que tienen que ver con los de epidemia generalizada. En los siguientes cuadros podemos observar, desde el punto de vista programático, los problemas y acciones de corrección identificadas, algunas ya aplicadas y otras que se encuentran en etapa de planeamiento o ejecución.

### VI.1 Prevención

Problema	Acción correctora
<p><b>Bancos de sangre</b> No se cuenta con la información necesaria acerca del número de unidades de sangre tamizadas en laboratorio que cuentan con control de calidad externa</p>	<p>Actualmente los bancos de sangre del país se encuentran dentro de un proceso de evaluación y control de calidad por lo que se espera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar el sistema de información de los Bancos de Sangre.</li> <li>• Realizar supervisiones a nivel nacional para ver cumplimiento del manual de procedimientos</li> <li>• Realizar control de calidad externo a todos los Bancos tipo II</li> </ul>
<p><b>Transmisión materno infantil</b> La baja cobertura de diagnóstico VIH en gestantes no permite tener el número de embarazadas infectadas que se programa considerando la prevalencia del VIH, obtenido por los estudios de vigilancia centinela, y por lo tanto del tratamiento profiláctico</p>	<p>La introducción de las pruebas rápidas de diagnóstico gratuitas para la gestante, la capacitación del profesional de salud que se encarga de la atención de la madre y del niño, y la promoción del control prenatal, son la principales estrategias desarrolladas para ampliar la cobertura de los tratamientos preventivos para la transmisión materno infantil del VIH</p>
<p><b>Poblaciones más expuestas</b> La información sobre el número de HSH que existen en el país, continúa siendo un problema en el Perú. La cobertura de los establecimientos de salud hacia la población HSH es baja y se reduce a aquellos que llegan a los CERITS y UAMPs.</p>	<p>Con la ejecución del proyecto aprobado para la sexta ronda del FM, se han estructurado estrategias para ampliar las coberturas de prevención y atención a las poblaciones más expuestas sobre todo en el manejo sindrómico de las infecciones de transmisión sexual</p>
<p><b>Población general</b> La principal estrategia para la población general está dirigida a la educación sexual de los escolares y jóvenes. La medición de cobertura en la aplicación de educación sobre el VIH basada en aptitudes de la vida no puede ser posible aún porque no se han realizado estudios de investigación al respecto</p>	<p>A pesar que el trabajo en escuelas no es prioritario en epidemias concentradas, se han realizado capacitación en profesores y líderes escolares para mejorar la información respecto al VIH y sus formas de prevención; esta capacitación todavía no es suficiente para cubrir la totalidad de escuelas del país. Para obtener la información necesaria para el UNGASS se realizará la abogacía adecuada para la introducción de las preguntas requeridas en las encuestas poblacionales (ENDES)</p>

## VI.2 Tratamiento, atención y apoyo

Problema	Acciones correctivas
<p><b>Tratamiento antirretroviral</b></p> <p>La base de datos generada por el Ministerio de Salud permite la vigilancia del tratamiento antirretroviral que se entrega en el MINSA y otras Instituciones, aunque depende de la oportunidad y de la calidad de información de estas últimas. Los datos nos permiten observar el crecimiento de la cobertura de tratamiento en los dos últimos años (86% de la población esperada) y cierta disminución en lo referido a la sobrevivencia o adherencia al tratamiento en el último año. El incremento de la cobertura se acompaña con problemas de calidad de atención y necesidades de descentralización del mismo, además de posibilidades de desabastecimiento que debe ser vigilado. La sociedad civil manifiesta que los cálculos de personas con VIH que necesitan tratamiento no es adecuado y que es necesario sincerarla</p>	<p>La actualización dinámica de la normativa alrededor del tratamiento antirretroviral está dirigida a solucionar problemas de renovación de esquemas y abastecimiento de medicamentos.</p> <p>Durante el siguiente periodo debe fortalecerse los mecanismos de vigilancia, tanto del gobierno como de la sociedad civil, acerca de la cobertura real del tratamiento brindado y la calidad de la atención integral a las personas con VIH que incluya el tratamiento de las infecciones oportunistas al alcance de los que lo necesiten.</p>
<p><b>Coinfección TB-VIH</b></p> <p>La información del manejo de la coinfección TB-VIH, es todavía insuficiente, lo que determina que los valores encontrados sea muy bajos y no representan el esfuerzo realizado por ambas Estrategias de Control.</p>	<p>Los datos reportados en el presente informe son referidos al año 2006; desde el 2007 se está ejecutando un piloto diseñado por la ESN-PC-ITS/VIH/SIDA y la ESN-PCT, donde se establece un plan conjunto de intervención para el diagnóstico y manejo de la coinfección TB-VIH, la que debe brindar informes más precisos acerca de este indicador</p>
<p><b>Apoyo a huérfanos</b></p> <p>El indicador está referido en países donde la epidemia es generalizada por lo que no se cuenta con esta información actualmente</p>	<p>Organizaciones no gubernamentales prestan apoyo a niños infectados o afectados por el VIH mediante programas diseñados para este fin, pero que todavía no logran generalizarse. Con la ejecución del proyecto aprobado en la quinta ronda del FM, se establecen actividades de apoyo a los niños huérfanos y afectados por el VIH, esta misma iniciativa es apoyada por Socios en Salud y la Red de Asistentes Sociales; actualmente se encuentra en la etapa de elaboración de la línea de base y establecimiento del apoyo alimentario en una primera etapa en Lima. Una vez que se sistematice la intervención, se debe obtener la información necesaria para el UNGASS</p>

## VI.3 Conocimiento y Comportamiento

Problema	Acción correctora
<p><b>Huérfanos</b></p> <p>No se cuenta con información necesaria con respecto a la escolaridad de los huérfanos en general debido a que por características culturales, en nuestro país el huérfano no queda en estado de desamparo o abandono</p>	<p>A pesar de la característica concentrada de nuestra epidemia, se ha visto por necesario iniciar acciones dirigidas hacia los niños infectados y afectados por el VIH, que incluyen los huérfanos, para lo cual se están realizando estudios de líneas de base para conocer la realidad de esta población, entre</p>

<p>ya que el familiar más cercano se hace cargo del niño.</p>	<p>estos la escolaridad, para desarrollar estrategias de apoyo</p>
<p><b>Población más expuesta</b></p> <p>Se observa que el grado de conocimiento y su aplicación en el comportamiento de prevención de las ITS y VIH por parte de los HSH se mantiene bajo, a pesar que las metodologías de los estudios de vigilancia centinela no son comparables; los valores son preocupantes y explica el porqué de la tipificación de la epidemia como concentrada</p>	<p>Durante la ejecución del proyecto aprobado por la segunda ronda del FM, durante el 2004 al 2006, se ha realizado la capacitación de educadores de pares (PEPs) con la finalidad de mejorar la consejería brindada por ellos. En el proyecto aprobado por la sexta ronda del FM, se han elaborado actividades dirigidas a la promoción del uso adecuado del condón en poblaciones vulnerables; incidencia política para desarrollar actividades que faciliten el acceso a la atención e información a la población HSH y TS; promoción para el incremento de la cobertura de consejería y servicios de despistaje y tratamiento de ITS, bajo una perspectiva de diversidad en HSH y TS; y fortalecimiento de la prevención y manejo de las ITS a través de la AMP, asegurando diagnóstico, tratamiento y consejería en HSH y TS.</p> <p>De igual manera hay que destacar la necesidad de intensificar acciones de reducción del estigma y la discriminación, para evitar que esto se constituya en una barrera para el acceso universal a prevención, tratamiento, atención y apoyo</p>
<p><b>Población menos expuestas</b></p> <p>Existen problemas para recabar la suficiente información con respecto al conocimiento y comportamiento de jóvenes, debido a que las preguntas solicitadas por el UNGASS no se encuentran necesariamente en las encuestas poblacionales del país. La información desprendida de estudios de medición de indicadores de los proyectos financiados por el FM, nos permite observar que a pesar que el conocimiento es adecuado referente al tema pero no óptimo, el comportamiento es todavía riesgoso para adquirir una ITS o VIH.</p>	<p>Respecto al problema de educación sexual en las escuelas peruanas, el MINEDU, el MINSA, organizaciones de la sociedad civil y cooperantes internacionales se encuentran construyendo la armonización de políticas públicas en educación sexual a nivel de países de MERCOSUR con el Proyecto "fortalecimiento de la educación sexual integral en el Perú". Dicho trabajo va a complementar el trabajo realizado por organizaciones en diferentes establecimientos de educación para modernizar y ampliar el conocimiento de los adolescentes y jóvenes en educación sexual y reproductiva.</p> <p>Para poder obtener la información solicitada para el UNGASS se realizará la abogacía necesaria para la introducción de las preguntas requeridas en las encuestas poblacionales (ENDES) y no debe circunscribirse solo a mujeres, sino también a varones.</p>

## VII. Apoyo de los asociados para el desarrollo del país

La respuesta nacional frente al VIH/sida en el país, involucra a los diferentes sectores además del Sector Salud, y a la sociedad civil representada por las ONGs dedicadas al tema del VIH/sida, las organizaciones de personas afectadas por el VIH, la cooperación internacional.

En cuanto al apoyo de los asociados tenemos las actividades que realizan las distintas organizaciones e Instituciones en la lucha contra el VIH/sida en el país.

Una de las principales fuentes es el Fondo Mundial, que durante el 2006 y 2007 está ejecutando la II fase del Proyecto de la II Ronda y la I fase del Proyecto de la V Ronda.

Los ejecutores de estos dos Proyectos del FM en su mayoría son organizaciones de la sociedad civil, ONGs, asociación de personas con VIH, Universidades quienes se han agrupado para formar consorcios ejecutores y de esa manera ser subreceptores del Proyecto del FM.

### II Ronda: Fortalecimiento de la prevención y control del Sida y la Tuberculosis en el Perú

Todas estas organizaciones estarán realizando sus actividades dentro de este Programa financiado por el FM hasta noviembre de 2008.

Objetivo	Nombre	Subreceptores
1	Promover estilos de vida saludable en adolescentes y jóvenes en los temas de ITS/VIH/sida.	Instituto de Educación y Salud (IES), Asociación de Comunicadores Sociales Calandria, Pathfinder International, Programa de Soporte y Autoayuda de Personas Seropositivas y la Universidad Peruana Cayetano Heredia
2	Disminuir la prevalencia de la infección de VIH/sida en poblaciones vulnerables.	Asociación Civil Impacta, Salud y Educación, Grupo Amistad y Respeto y Asociación "Esperanza"
3	Disminuir de la transmisión madre-niño del VIH.	Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, Centro de Estudios de Problemas Económicos y Sociales de la Juventud - CEPESJU, el Instituto de Medicina Tropical de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, el Instituto Especializado Materno Perinatal, la Red Peruana de Mujeres Viviendo con VIH y la Red de Comunicación e Información para Grupos de Ayuda Mutua del Perú
4	Garantizar la atención integral de calidad a las personas que viven con el VIH y que incluya el acceso al tratamiento antirretroviral.	Asociación Vía Libre, Coordinadora Nacional Peruanos Positivos y la Universidad Peruana Cayetano Heredia

5	Fortalecer la respuesta de la Sociedad Civil y el Estado frente a la epidemia VIH/SIDA.	Centro Parroquial Ecuménico Rosa Blanca, Colectivo por la Vida, Alianza en acción, Coordinadora Nacional de PVVS Peruanos Positivos y la Red Peruana de Mujeres Viviendo con VIH, Colectivo Solidario de lucha contra la TB, Red Sida Perú y Universidad Nacional Mayor de San Marcos
---	---	---

**V Ronda: Cerrando Brechas: para alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio para VIH/Sida en el Perú. Propuesta con participación multisectorial y descentralizado.**

Objetivo	Nombre	Subreceptores
1	Prevenir la transmisión de VIH y SIDA mediante la disminución de las ITS	1 A: Asociación civil Impacta, ONG. CEDRO, Asociación Hogar de vida, Asociación Esperanza, Amistad y Respeto 1 B: MHOL, Red Nacional de Trans, Red DAS con equidad, Asociación Miluska vida y dignidad
2	Reducir el impacto social del VIH, disminuyendo el estigma y la discriminación hacia las PVVS, poblaciones vulnerables y su entorno	Save the Children, Asociación Solas y Unidas, Organización Comunitaria de HSH: AUDESEF, ONG Reddes Jóvenes, World Vision International, Instituto Nacional Materno Perinatal, CEPESJU, Asociación de TS Santa Micaela
3	Fortalecer la articulación de las organizaciones de las PVVS a nivel regional y nacional favoreciendo la gestión participativa en la respuesta integral del VIH	Asociación Solas y Unidas, Asociación de mujeres VVS Luz y Esperanza, GAM volver a vivir, CESEPI pro empresa
4	Incrementar a la adherencia al TARGA en las PVVS y manejo integral de enfermedades oportunistas que incluya el acceso gratuito a medicamentos	Hospital Daniel A. Carrión, CEPESJU, Red Nacional de Información y comunicación de Grupos de Ayuda Mutua, Grupo LEVIR

Estos subreceptores también estarán realizando actividades hasta el 2008, fecha en que termina la I Fase quedando pendiente la aprobación de la II Fase. Si se consiguiera esta aprobación, seguirán las instituciones u organizaciones realizando actividades para la II fase de este Proyecto de la V Ronda,

Además de estas actividades, las ONGs participantes también tienen otros Proyectos con otras fuentes de financiamiento, así vemos:

**Kallpa** está trabajando en la categoría de Prevención a través:

- Proyecto Ciudad Vida entretejiéndonos en Lima, para mejorar el manejo de las ITS; con jóvenes fuera de la escuela en Cusco a través del proyecto “Participación ciudadana y jóvenes en la lucha contra el Sida”;
- “Una propuesta de ellas para ellas y ellos para promocionar la sexualidad saludable a través del teatro”;

- “Proyecto de prevención de ITS/VIH/Sida/ y embarazo no deseado en adolescentes de centros e institutos educativos nocturnos de la ciudad de Iquitos – Perú”

**IES** también apoya a través de su trabajo en jóvenes a través de su proyecto

- “Punto J: un portal para educar de joven a joven en salud y VIH/Sida, mediante el uso de tecnología”.
- “Fortaleciendo la participación de actores clave y el trabajo concertado en la respuesta nacional al VIH/Sida”
- “Fortaleciendo el acceso a información y la participación de actores claves para disminuir el impacto social de la epidemia del VIH-Sida en el Perú”

**INPPARES** está ejecutando los Proyectos:

- “Igualmente diferentes: desarrollando y documentando un modelo para responder a las necesidades de derechos de salud sexual y salud reproductiva (DSSR) de la juventud LGBTQ: un proyecto piloto en México y Perú con el enfoque de derechos humanos”;
- “ ITS/VIH-SIDA Sistema de intervención integral para fortalecer el manejo de ITS”

**Médicos sin Fronteras –Bélgica**, apoyan en el área de atención y tratamiento mediante la compra de medicamentos antirretrovirales,

- “Cuidado integrales a personas viviendo con VIH Sida en el centro materno infantil San José de Villa El Salvador”
- “Control de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/Sida en el establecimiento de régimen cerrado ordinario de Lurigancho (EPRCOL)”

**ONG Manuela Ramos**, que está ejecutando:

- “Programa de empoderamiento de las mujeres de Lima y Ayacucho”
- “Ayudando a mejorar la salud sexual y reproductiva de las/os jóvenes rurales y peri-urbanos del Perú, Lima, Huancavelica, Ayacucho y Ucayali

**Asociación Vía Libre**, que ha ejecutado:

- “Un estudio de prueba de concepto de fase ii, controlado por placebo, multicéntrico, doble ciego, randomizado, para evaluar la seguridad y la eficacia de un régimen de 3 dosis de la vacuna de gag/pol/nef del vih-1 en adenovirus serotipo 5 de Merck” (MRKAD5)
- “Estudio de 96 semanas de duración que compara la eficacia antiviral y la seguridad de atazanvir/ritonavir con lopinavir/ritonavir, cada uno combinado con dosis fijas de tenofivir-emtricitabina, administradas en pacientes infectados con vih-1 que son vírgenes al tratamiento”
- “Niños y niñas por la vida creando un entorno favorable en VIH/SIDA.”
- “Apoyo a los HSH - Lima, Callao e Ica”

**CENTRO DE LA MUJER PERUANA -FLORA TRISTAN**, que ha ejecutado los siguientes proyectos:

- “Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos”



- “Fortalecimiento para las acciones para promover la incorporación de los estándares de derechos humanos y de equidad de género en el diseño e implementación de políticas públicas de salud sexual y reproductiva”
- “Fortalecimiento de un sistema de monitoreo nacional para promover la incorporación de estándares de derechos humanos y de equidad de género en el diseño e implementación de políticas públicas de salud sexual y reproductiva”

**Asociación Civil Impacta, Salud y Educación; Asociación Civil Cayetano Heredia (Pucallpa-Ucayali); Asociación Civil Selva Amazónica (Iquitos)**, contribuyen en el Área de investigación en VIH/ Sida en el país, teniendo financiamiento de *“Fred Hutchinson Cancer Research Center; Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos; The Harvard Medical School Center for AIDS Research; The J. David Gladstone Institutes; Universidad de Washington*

**Socios en Salud**, ha realizado el proyecto

- Piloto TARGA – plus en personas que viven con el VIH-TB en la DISA Lima Este, Perú.

**CEPESJU** está desarrollando:

- “Programa integral de desarrollo educativo dirigido a adolescentes y jóvenes vulnerables pertenecientes a centros educativos ocupacionales en 4 ciudades del Perú”

**Hogar San Camilo** ha ejecutado:

- “Programa Alumbrando una Vida” dirigido a gestantes VIH
- “Camilos vida” dirigido al apoyo de niños con VIH
- “Vida feliz del Hogar San Camilo: Hacia una mejor calidad de vida de las personas con VIH”

**PROSA** ha ejecutado el proyecto:

- “Empoderándonos para la acción, fortalecimiento del programa de soporte a la autoayuda de personas seropositivas”

**Cooperación Alemana al Desarrollo – GTZ** que está desarrollando con el Ministerio de Salud el Proyecto

- “Salud integral del adolescente y prevención del VIH/SIDA”

**Universidad Cayetano Heredia**, realiza trabajos de investigación a través de PREVEN, mediante proyectos financiados por Wellcome Trust. La población a la que está dirigida es población general, indígena y trabajadoras sexuales.

Además de las ONGs e Instituciones también tenemos actividades propias realizadas por organizaciones de cooperación internacional ya sea bilateral o multilateral:

### **UNICEF**

Está apoyando en las áreas de niñez y VIH que comprende también el área de huérfanos y fortaleciendo la estrategia de disminución de transmisión materno infantil de VIH, sobre todo en las áreas en que no está interviniendo el FM:

- Proyecto VIH y niñez (sida pediátrico)
- Proyecto VIH y niñez (prevención de la transmisión vertical), Cusco, Apurímac, Amazonas y Ayacucho. Ucayali y Loreto
- Compra de antirretrovirales niños
- Proyecto VIH y niñez (adolescentes en condición de vulnerabilidad) - Loreto

### **UNFPA**

Apoya con los trabajos relacionados a:

- La salud sexual y reproductiva de la mujer y de los jóvenes a través del proyecto: "Visibilización de demandas y necesidades de adolescentes en salud sexual y reproductiva". Región Lambayeque
- A nivel del Ministerio de Defensa, a través del proyecto: "Comprometiendo a los varones y mujeres jóvenes de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú en la lucha contra el VIH Sida"

### **PMA**

Ha ejecutado:

- La Aplicación del Estudio Basal del Componente Educativo Nutricional y VIH/SIDA del Proyecto PER 6240 en el Departamento de Piura
- Intervención Preventiva y de Asistencia Alimentaria en VIH / SIDA en Piura

### **Save the Children - Suecia**

Ha ejecutado las siguientes actividades:

- "Explotación sexual a niños, niñas y adolescentes de la ciudad de Cusco"
- "Explotación sexual-Junín"
- "Previniendo el VIH/Sida - ITS en líderes adolescentes de la región Cusco"

### **USAID**

Financia proyectos en el país que son asumidos por Vigía y por Iniciativa de Políticas de Salud (IPS).

**VIGÍA:** apoya a través de las líneas de Transmisión materno infantil, ha apoyado en la elaboración del PEM nacional; en el análisis para prioridades en VIH/sida en Ucayali, además de la elaboración de su Plan Regional; Asistencia técnica para la implementación del TARGA en Tacna y Cusco; Capacitación a coordinadores de la ESN VIH y CERETS en Monitoreo y Evaluación.

**IPS:** trabaja fortalecimiento de la estrategia disminución de la Transmisión materno infantil; apoyo en la elaboración del PER, Cuentas Regionales, Plan de Acceso Universal en Loreto.

## VIII. Sistemas de vigilancia y evaluación

Desde el año 1986 viene funcionando una unidad orgánica dentro del Ministerio de Salud responsable del tema de VIH/SIDA. En ese año se denominó Programa Especial de Control de SIDA (PECOS). En el año 1995 se cambia de nombre por Programa de Control de ETS y SIDA (PROCETSS). A partir del año 2004 se establecen 12 estrategias sanitarias nacionales en respuesta al modelo de atención integral, siendo una de ellas la Estrategia de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA. La misión de la ESN es *“fortalecer la respuesta nacional para prevenir la transmisión de las ITS y el VIH/SIDA y disminuir su impacto en el individuo, la sociedad y la economía”*.

En el nivel nacional existen las Direcciones Regionales de Salud (DIRESAS) en las que se ubican los responsables de salud de las personas y coordinadores de Estrategias.

En el marco de la reforma y modernización del Estado, el Perú se encuentra realizando diferentes iniciativas orientadas a la Gestión por Resultados, que están aún en comienzos. Pero, una de las Iniciativas, que está ligada al monitoreo y evaluación de programas es la iniciada en el año 2004 por el Ministerio de Economía y Finanzas, que es la iniciativa relacionada al Presupuesto por Resultados. El objetivo es la reestructuración de los procesos presupuestarios para incorporar información sobre desempeño, seguimiento de los recursos, mandatos y compromisos y la evaluación de resultados mediante indicadores.

En este marco, la Ley de Presupuesto del año 2007 establece esta metodología que será progresiva a todo el aparato estatal del nivel nacional, regional y local, el cual se inició con los Ministerios de salud, educación, mujer y desarrollo social, transportes y comunicaciones, gobiernos regionales y registro de identidad. Se ha priorizado las acciones en favor de la infancia a través de 11 actividades prioritarias. El componente de seguimiento y evaluación ha establecido indicadores, que es en caso de salud se refieren a salud materna e infantil.

La Estrategia Nacional planifica su intervención en el marco del Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 para la prevención y control de las ITS, VIH/SIDA y el Plan nacional Concertado de Salud 2007-2011

La ESN no cuenta con un sistema de monitoreo y evaluación propiamente dicho, pero se encuentra en el proceso de formulación de un plan de monitoreo y evaluación que estará implementándose el año 2008. Las actividades de monitoreo se realizan con la información procesada directamente por la ESN y proveniente de las DIRESAS, los Centros de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual y de los hospitales que se encuentran proporcionando el TARGA. Mientras que la construcción de indicadores de impacto es responsabilidad de la Dirección General de Epidemiología.

La Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA es una función de la DGE del MINSA y la considera como parte de su Plan Operativo Institucional de acuerdo a la Ley del MINSA 27657 y su Reglamento y Funciones del Ministerio de Salud (aprobado y publicado en el Diario “El Peruano” el 1 de Enero del año 2006)

Tanto DGE como la ESN cuentan con presupuesto dirigido a la vigilancia y supervisión, y personal en sus oficinas dedicado a mantener el sistema de información del programa y el cálculo de los indicadores a tiempo completo. A nivel nacional no existen responsables específicos para esta actividad, pero son los responsables

locales de la ESN quienes recolectan la información. Con algunos asociados la ESN-ITS/VIH ha identificado indicadores necesarios para el monitoreo y evaluación, aunque todavía no se ha terminado de implementar el sistema para evaluar la calidad de los datos.

La ESN realiza diferentes actividades de monitoreo, una de ellas es el acopio y procesamiento de información proveniente de las DISAs, DIRESAs, los CERITS y las UAMPs, quienes envían la información consolidada de su ámbito. Esta información es reportada trimestralmente. Asimismo, en la ESN se procesa la información proveniente de la Hoja de Registro de TARGA que es remitida por los Hospitales que proveen tratamiento.

Paralelamente en el Ministerio de Salud, la Oficina General de Estadísticas mantiene un sistema de información basado en el Registro Diario de Atención (Hoja HIS), la cual es de llenado obligatorio en todos los servicios de salud. En este registro se consignan las atenciones de salud que se realizan en la consulta ambulatoria, actividades preventivas y promocionales, entre otras. Este sistema registra intervenciones en diagnósticos de VIH, tratamientos, pruebas de tamizaje, exámenes, entre otros.

### **Indicadores**

La ESN de ITS/VIH/SIDA tiene identificados indicadores relacionados al VIH/SIDA, que se ubican en los diferentes niveles de impacto, efectos y procesos según el PEM. La mayor parte de los indicadores pueden desagregarse por sexo y edad, así como nacional y departamental.

Los indicadores de la ESN comenzaron a recopilarse en el año 2003 y se tiene información actualizada hasta agosto del presente año. Además tiene todo un componente fuerte de indicadores que corresponden a los proyectos del Fondo Mundial que se están implementando en el país. Para los indicadores epidemiológicos se tiene información del año 2006, pero que aún no han sido publicados

### **Análisis y uso de la información**

La información producida por el Ministerio de Salud y las otras organizaciones es muy poco analizada, siendo muchas veces, la solicitud de un Informe Internacional, como el caso del UNGASS, el que nos congrega a visualizar y analizar toda la información existente, que en el Perú es un número considerable.

Así tenemos algunos comentarios al respecto:

De acuerdo al informe de evaluación del Plan Estratégico para la Prevención y Control de las ITS/VIH/SIDA 2001 – 2004: *“los diferentes actores plantean como una ausencia grave la falta de seguimiento, monitoreo y evaluación de las acciones e intervenciones desarrollados por los distintos actores. Teniendo en cuenta los compromisos internacionales como el Pacto de Derechos Sociales, Políticos y Económicos, la Declaración de Compromisos del UNGASS, el Proyecto financiado por el Fondo Mundial, se hace necesario plantear un espacio de reflexión y evaluación de las acciones y la construcción de una agenda a corto, mediana y largo plazo. La vivencia de procesos de evaluación actuales se instalan como medidas burocráticas y complacientes los entes financieros que no permiten un despliegue del pensamiento crítico y autocrático”.*

A su vez el Informe de Monitoreo y Evaluación de la implementación del compromiso del UNGASS en el Perú, desde la Sociedad Civil al 2005 refiere que: *“Si bien en el*

*Plan de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS-VIH/SIDA 2005 –2009 no se da cuenta de los indicadores, no se mencionan el cómo se irá a manejar la información referida a los indicadores. Es decir no se identifican elementos claves como fuentes de información, método de registro de la información, frecuencia, responsables, entre otros. Tampoco se definen los procesos que incluyen tanto la construcción del indicador como su difusión. Por otro lado, hay que destacar que no se establecieron mecanismos de rendición de cuentas o retroinformación a la sociedad civil (incluyendo la población afectada) como parte del manejo de la información respecto al avance y evaluación del plan”. Sobre diferentes indicadores indica: “La Hoja de monitorización de la ESN, no permite monitorear este indicador. Requiere estudio específico”.*

El PEM 2007-20011<sup>31</sup> señala que en el Perú: “Se cuenta con diversos estudios sobre conocimientos actitudes y prácticas, así como sobre Comportamiento sexual, desarrollados por organismos del Estado, algunas Universidades y ONGs.” sin embargo esta información no se encuentra estructurada, integrada y difundida, para poder servir en la generación de cambios en las estrategias o implementación de medidas por parte de los responsables de la implementación de políticas e intervenciones

Es en este contexto que es importante que la ESN tenga un Sistema de SME, que le permita ejercer el liderazgo y a su vez integrar los datos de las principales actividades, servicios prestados, beneficiarios, vigilancia epidemiológica e impacto en la epidemia conseguidos a la fecha.

Actualmente, muchos datos de vigilancia y evaluación son utilizados para la planificación, sobretodo los indicadores de cobertura.

La CONAMUSA también debería ejercer la función de vigilancia y evaluación, la cual generalmente queda concentrada en el MINSA

---

<sup>31</sup> Los Objetivos e Indicadores de Monitoreo y evaluación del PEM se pueden apreciar en los **Anexos 1 y 2**

## ANEXO 1

### Proceso de consulta y preparación del informe nacional sobre el seguimiento de la aplicación de la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA

1) ¿Qué instituciones o entidades tenían la responsabilidad de rellenar los formularios de los indicadores?

a) CNS o equivalente	Sí	No
b) PNS	Sí	No
c) Otras	Sí	No

(Sírvanse especificar)

2) Con aportaciones de Ministerios:

Educación	<u>Sí</u>	No
Salud	<u>Sí</u>	No
Trabajo	<u>Sí</u>	No
Relaciones Exteriores	Sí	<u>No</u>
Otros	Sí	No

(Sírvanse especificar)

Organizaciones de la sociedad civil	<u>Sí</u>	No
Personas que viven con el VIH	<u>Sí</u>	No
Sector privado	<u>Sí</u>	No
Organizaciones de las Naciones Unidas	<u>Sí</u>	No
Organizaciones bilaterales	<u>Sí</u>	No
ONG internacionales	<u>Sí</u>	No
Otras	Sí	No

(Sírvanse especificar)

3) ¿Se debatió el informe en un gran foro? Sí No

4) ¿Se almacenan centralmente los resultados de la encuesta? Sí No

5) ¿Están disponibles los datos para consulta pública? Sí No

6) ¿Quién es el responsable de la presentación del informe y del seguimiento en caso de que haya preguntas sobre el Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS?

Nombre / cargo: **JOSE LUIS SEBASTIAN MESONES - COORDINADOR NACIONAL DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ITS VIH SIDA**

Fecha: 30 de Enero 2008

Firma:

Sírvanse proporcionar información completa de contacto:

Dirección: **AVENIDA SALAVERRY CUADRA 8 S/N – JESUS MARIA**

Correo electrónico: **JSEBASTIAN@MINSA.GOB.PE**

Teléfono: 3156600

## ANEXO 2

### Matriz de Financiación Nacional – 2007

País:

**PERU**

Persona de contacto de la Autoridad/Comité Nacional del SIDA (o equivalente):

Nombre:

**JOSE LUIS SEBASTIAN MESONES**

Cargo:

**COORDINADOR NACIONAL DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE PREVENCION Y CONTROL DE ITS VIH SIDA**

Información de contacto de la Autoridad/Comité Nacional del SIDA (o equivalente):

Dirección: **AVENIDA SALAVERRY CUADRA 8 S/N – JESUS MARIA**

Correo electrónico: **JSEBASTIAN@MINSA.GOB.PE**

Teléfono: **315-6600 ANEXO 2345** Fax:

Periodo cubierto: **año civil 2005 AL 20076**

En caso de que el periodo cubierto sea un ejercicio fiscal, sírvanse consignar el mes/año de inicio y cierre:

de \_\_\_ / \_\_\_ a \_\_\_ / \_\_\_

Moneda local: **NUEVOS SOLES**

Tasa de cambio promedio con respecto al dólar de los Estados Unidos de América durante el periodo de información abarcado:

**AÑO 2005: 3.297 AÑO 2006: 3.28 AÑO 2007: 3.10**

Metodología:

**Se utilizo la encuesta de flujo de recursos MEGAS. El documento se encuentra en la Coordinación ONUSIDA para Perú, Ecuador y Bolivia**

Gastos no contabilizados:

**Todos los gastos han sido contabilizados**

Apoyo al presupuesto: ¿Recibe el presupuesto apoyo de alguna fuente internacional (por ej., un donante bilateral) incluida en las subcategorías central/nacional y/o subnacional correspondientes a las fuentes públicas de financiación?

Sí  No

[Ungass\\_enero\\_2007.xls](#)

ANEXO 3  
**Cuestionario del Índice Compuesto de Política Nacional**

**PAÍS: REPUBLICA DEL PERU**

Nombre del funcionario del Comité Nacional del SIDA a cargo:

---

Firma:

---

Dirección postal:

---

Tel:

---

Fax:

---

Correo electrónico:

---

Fecha de presentación:

---

---



## Entrevistados para el ICPN

### ICPN parte A

Organización	Nombre/cargo	Entrevistados para la parte A				
		A.I	A.II	A.III	A.IV	A.V
MINSA	Alberto Huacoto. Equipo técnico ESN-ITS/VIH	X				
Fuerzas Policiales	Andrés Paredes. Coordinador ITS/VIH				X	
MINSA	Cristina Magan. Equipo técnico ESN-ITS/VIH			X		
MINEDU	Darsy Calderón. OTUPI	X	X	X		
MINSA	Fresia Cárdenas. Directora Dirección de Calidad				X	
Congreso de la República	Guido Lombardi. Congresista de la República		X			
MINSA	Gustavo Rosell. Equipo técnico ESN-ITS/VIH					X
ESSALUD	Luis Vega Centeno. Subgerente de protección de salud	X	X	X	X	
Gobierno Regional. Arequipa	Miguel Alayza . Gerente regional de salud	X	X	X	X	
MINSA	Mónica Pun. Coordinadora componente VIH. DGE					X
Gobierno Regional. Lambayeque	Nery Saldarriaga. Vicepresidenta de Gobierno Regional	X	X			
Dirección Regional de Salud. Loreto	Pilar Jarama. Coordinadora de ESR- ITS/VIH			X	X	
Dirección Regional de Salud. Lambayeque	Rocío Pejerrey. Coordinadora de ESR- ITS/VIH			X	X	
MINSA	Víctor Chávez. Equipo técnico ESN-ITS/VIH				X	

MINSA: Ministerio de Salud

MINEDU: Ministerio de Educación

ESSALUD: Seguro Social de Salud. Ministerio de Trabajo

DGE: Dirección de Epidemiología

OTUPI: Oficina de Tutoría y Protección Integral

### ICPN parte B

Organización	Nombre/cargo	Entrevistados para la parte B			
		B.I	B.II	B.III	B.IV
Red SIDA Perú	Alicia Quintana	X	X		
ONG-TS Miluskas	Angela Villón		X		
UPCH	Carlos Cáceres	X	X	X	X
CONAMUSA	Estelia Lizama	X	X	X	X
OPS	Fernando Gonzales	X	X	X	X
Red Peruana de Mujeres Viviendo con el VIH	Gloria Ipanaque		X		
CIAT	Guiselly Flores	X	X	X	X
IPS.USAID	Henry Palacios	X	X	X	X
ONG. Vía libre	Jhon Gutierrez	X			
UNMSM	Jorge Alarcón		X		
MHOL	Jorge Bracamonte	X		X	
ONG Inmensa	Jorge Sánchez	X	X	X	X
ADS	Mario Rios	X			
UNICEF	Mario Tavera			X	X
IPS.USAID	Percy Minaya	X	X	X	X
ONG. Vía Libre	Robinson Cabello	X	X	X	X
CONAMUSA	Sonia Parodi	X	X	X	X
CARE Perú	Virginia Baffigo	X	X	X	X
Hogar San Camilo	Zeferino Montín				X

TS: trabajadoras sexuales

UPCH: Universidad Peruana Cayetano Heredia

CONAMUSA: Coordinadora Nacional Multisectorial de Salud

IPS: Iniciativas de Políticas en Salud

MHOL: Movimiento Homosexual de Lima

ADS: Asociación de Derechos Sanitarios

CIAT: Comité Internacional de Activistas para el tratamiento

Cuestionario del Índice Compuesto de Política Nacional

Parte A

[para que respondan los funcionarios del gobierno]

I. Plan estratégico

1. ¿Ha desarrollado su país un marco nacional de estrategia y acción multisectorial para la lucha contra el VIH/SIDA?

Sí X	Periodo cubierto: 2007-2110	No corresponde (N/C)	No
------	-----------------------------	----------------------	----

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

1.1 ¿Desde cuándo tiene el país un marco nacional de estrategia y acción multisectorial?

Número de años: Desde el año 1995 existe marco nacional

1.2 ¿Qué sectores están incluidos en el marco nacional de estrategia y acción multisectorial con un presupuesto específico para el VIH relativo a sus actividades?

Sectores incluidos	Marco estratégico/de acción	Presupuesto asignado
Salud	Si	Si
Educación	Si	No
Trabajo	Si	No
Transporte	No	No
Ejército/Policía	Si	No
Mujeres	No	No
Jóvenes	No	No

\* Cualquiera de los siguientes sectores: agricultura, finanzas, recursos humanos, justicia, minería y energía, planificación, obras públicas, turismo, comercio e industria.

1.3 El marco estratégico/de acción multisectorial, ¿se dirige a las siguientes poblaciones destinatarias, entornos y asuntos interrelacionados?

Poblaciones destinatarias		
a. Mujeres y niñas	a. Sí X	No
b. Muchachas y muchachos	b. Sí X	No
c. Subpoblaciones específicas vulnerables	c. Sí X	No
d. Huérfanos y otros niños vulnerables	d. Sí	No X
Entornos		
e. Lugar de trabajo	e. Sí X	No
f. Escuelas	f. Sí X	No
g. Prisiones	g. Sí X	No
Asuntos interrelacionados		
h. VIH/SIDA y pobreza	h. Sí	No X
i. Protección de los derechos humanos	i. Sí X	No
j. Participación de las PVVS	j. Sí X	No
k. Abordaje del estigma y la discriminación	k. Sí X	No
l. Capacidad de decisión de la mujer/igualdad entre los sexos	l. Sí	No X

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

Sí X	No
------	----

**Si la respuesta es afirmativa**, ¿cuándo se efectuó esta evaluación/análisis de necesidades?  
Año: 2006 Evaluación anual de la ESN-ITS/VIH

15 Las poblaciones más expuestas son los grupos identificados localmente como más expuestos al riesgo de transmisión del VIH (consumidores de drogas inyectables, varones que tienen relaciones sexuales con varones, profesionales del sexo y sus clientes, migrantes transfronterizos, trabajadores migrantes, personas internamente desplazadas, refugiados, presos, etc.).

1.5 ¿Cuáles son las poblaciones destinatarias del país?  
*HSH, TS, PPL, mujeres gestantes, jóvenes*

1.6 ¿Incluye el marco estratégico/de acción multisectorial un plan operativo?

Sí	No X
----	------

Se encuentra en construcción

1.7 ¿Incluye el marco estratégico/de acción multisectorial o el plan operativo:

a. Objetivos formales del programa?	Si X	No
b. Hitos y/o metas claras?	Si X	No
c. Un presupuesto detallado de los costos por área programática?	Si X	No
d. Indicaciones de fuentes de financiación?	Si X	No
e. un marco de vigilancia y evaluación?	Si	No X

1.8 ¿Ha asegurado el país la "integración y participación plenas" de las sociedad civil en el desarrollo del marco estratégico/de acción multisectorial?

Participación activa X	Participación moderada	Participación nula
------------------------	------------------------	--------------------

**Si la participación es activa**, describa brevemente cómo se ha conseguido:

Se consiguió durante la elaboración del PEM 2007-2011, mediante reuniones consultivas propiciadas por CONAMUSA

1.9 ¿Han respaldado la mayor parte de los asociados para el desarrollo (bilaterales y multilaterales) el marco estratégico/de acción multisectorial?

Si X	No
------	----

1.10 ¿Han ajustado y armonizado los asociados para el desarrollo (bilaterales y multilaterales) sus programas relacionados con el VIH y el SIDA con el marco nacional estratégico/de acción multisectorial?

Sí, todos los asociados X	Sí, algunos asociados	No
---------------------------	-----------------------	----

2. ¿Ha integrado el país el VIH y el SIDA en sus planes de desarrollo general, tales como: a) planes de desarrollo nacional, b) evaluaciones nacionales comunes / Marco de las Naciones Unidas para la Asistencia al Desarrollo, c) Documentos estratégicos para la reducción de la pobreza, y d) enfoque amplio sectorial?

Sí X	No	N/C
------	----	-----

2.1 **Si la respuesta es afirmativa**, ¿en qué planes de desarrollo está integrado el apoyo político al VIH y el SIDA?

- a) Plan Nacional Concertado de Saud

2.2 **Si la respuesta es afirmativa**, ¿cuáles de las siguientes áreas están incluidas en estos planes de desarrollo?

✓ Marcar la política/estrategia incluida

Área de política	Planes de desarrollo				
	a)	b)	c)	d)	e)
Prevención del VIH	X				
Tratamiento de las infecciones oportunistas	X				
Terapia antirretrovírica	X				
Atención y apoyo (incluidos la seguridad social u otros planes)	X				
Alivio del impacto del SIDA					
Reducción de las desigualdades de género que se relacionan con la prevención/tratamiento, atención y/o apoyo relativos al VIH					
Reducción de las desigualdades de ingresos que se relacionan con la prevención/tratamiento, atención y/o apoyo relativos al VIH					
Reducción del estigma y la discriminación Mayor poder económico de las mujeres (por ej., acceso al crédito, a la tierra y a la capacitación)	X				
Otras: [especificar]					

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

Sí	NoX	N/C
----	-----	-----

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

Bajo						Alto
0	1	2	3	4	5	

4. ¿Tiene el país un marco estratégico/de acción para tratar los problemas del VIH y el SIDA entre sus cuerpos uniformados nacionales, incluidas las fuerzas armadas, de policía, los cuerpos para el mantenimiento de la paz, el personal penitenciario, etc.?

Si	No X
----	------

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

Comunicación de cambio de comportamientos	Si	No
Suministro de preservativos	Si	No
Asesoramiento y pruebas del VIH*	Si	No
Servicios de ITS	Si	No
Tratamiento	Si	No
Atención y apoyo	Si	No
Otros: <i>[especifici car]</i>	Si	No

\*¿Qué enfoque se ha adoptado con respecto al asesoramiento y las pruebas del VIH?

¿La prueba del VIH es voluntaria u obligatoria (por ej., para incorporarse al cuerpo uniformado)? Explíquelo brevemente:

5. ¿Ha hecho el país el seguimiento de los compromisos para alcanzar el acceso universal adoptados durante la Revisión de Alto Nivel sobre el SIDA de junio de 2006?

Si X	No
------	----

5.1 ¿Han sido revisados el Plan Estratégico Nacional /el plan operativo y el presupuesto nacional para el SIDA en consecuencia?

Si X	No
------	----

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

Si X	No
------	----

5.3 ¿Hay estimaciones y previsiones fiables de necesidades futuras del número de adultos y niños que necesitan terapia antirretrovírica?

Estimaciones y necesidades previstas	Sólo estimaciones X	No
--------------------------------------	---------------------	----

5.4 ¿Se vigila la cobertura del programa del VIH y el SIDA?

Si X	No
------	----

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

Si	No X
----	------

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

Si	No
----	----

**Si la respuesta es afirmativa**, ¿cuáles son los subgrupos de población?

HSH, TS, mujeres gestantes

(c) **Si la respuesta es afirmativa**, ¿se vigila la cobertura por zona geográfica?

Si X	No
------	----

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

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

Si X No

En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos de planificación estratégica en los programas del VIH y el SIDA en 2007 y 2005?											
2007	Insuficientes					Correctos					
	0	1	2	3	4	5 X	6	7	8	9	10
2005	Insuficientes					Correctos					
	0	1	2 X	3	4	5	6	7	8	9	10
Comentarios sobre los progresos realizados desde 2005: El mayor logro se ha basado en la elaboración y aprobación del Plan Estratégico Multisectorial 207-2011											

## II. Apoyo político

El apoyo político firme incluye al gobierno y los líderes políticos que hablan abierta y frecuentemente acerca del SIDA y presiden habitualmente reuniones importantes, la asignación de presupuestos públicos para el apoyo de programas del SIDA y el empleo eficaz de las organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil y procesos de apoyo a los programas eficaces del SIDA.

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

Presidente/jefe del gobierno	Si X	No
Otros altos cargos	Si X	No
Otros funcionarios regionales y/o de distrito	Si X	No

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

Si X No

La Coordinadora Multisectorial de Salud

2.1 **Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo fue creado? Año:**2002

2.2 **Si la respuesta es afirmativa, ¿quién es el presidente?**  
Ministro de Salud

2.3 **Si la respuesta es afirmativa:**

¿tiene atribuciones?	Si X	No
¿tiene liderazgo y participación activos del gobierno?	Si X	No
¿tiene una composición definida?	Si X	No
¿incluye a representantes de la sociedad civil? <b>Si la respuesta es afirmativa, ¿qué porcentaje? [especificar]</b>	Si X	No
¿incluye a personas que viven con el VIH?	Si X	No
¿incluye al sector privado?	Si X	No
¿Tiene un plan de acción?	Si X	No

¿Tiene una secretaría en funcionamiento?	Si X	No
¿se reúne por lo menos trimestralmente?	Si X	No
¿revisa las medidas sobre las decisiones políticas de forma habitual?	Si X	No
¿Promueve activamente decisiones políticas?	Si X	No
¿Da la oportunidad a la sociedad civil de influir en la toma de decisiones?	Si X	No
¿Fortalece la coordinación de los donantes para evitar la financiación paralela y la duplicación de esfuerzos en materia de programación y preparación de informes?	Si X	No

3. ¿Cuenta su país con un órgano nacional del SIDA u otro mecanismo que promueva la interacción entre el gobierno, las personas que viven con el VIH, el sector privado y la sociedad civil para aplicar programas y estrategias relativos al VIH y el SIDA?

Si X	No
------	----

3.1 **Si la respuesta es afirmativa**, ¿incluye lo siguiente?

Atribuciones	Si	No
Composición definida	Si	No
Plan de acción	Si	No
Secretaría en funcionamiento	Si	No
Reuniones periódicas	Si	No
	Frecuencia de las reuniones:	

**Si la respuesta es afirmativa**, ¿cuáles son los principales logros?

La CONAMUSA viene a ser el centro de coordinaciones multisectoriales en políticas referidas a la lucha contra el VIH y la TB. Sus mayores logros fueron la presentación y aprobación de tres proyectos financiados por el Fondo Mundial y la aprobación del PEM

**Si la respuesta es afirmativa**, ¿cuáles son los principales problemas de trabajo de este órgano?

Están referidos al orden financiero debido a la falta de presupuesto para realizar sus acciones

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

Porcentaje:

5. ¿Qué tipo de apoyo ofrece el CNS (o equivalente) a los asociados para la ejecución del programa nacional, en especial a las organizaciones de la sociedad civil?

Información sobre las necesidades y servicios prioritarios	Si X	No
Orientación técnica /materiales	Si X	No
Adquisición y distribución de suministros/fármacos	Si	No X
Coordinación con otros asociados de ejecución	Si X	No
Desarrollo de las capacidades	Si X	No
Otros: [especificar]		

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?



Si	No X
----	------

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

Si	No
----	----

6.2 **Si la respuesta es afirmativa**, ¿qué políticas y leyes se han enmendado, y cuándo?

Política/Ley:	Año:
Política/Ley:	Año:

[Enumerar todas las pertinentes]

En general, ¿cómo calificaría los <i>esfuerzos de planificación estratégica</i> en los programas del VIH y el SIDA en 2007 y 2005?											
2007	Insuficientes					Correctos					
	0	1	2	3	4X	5	6	7	8	9	10
2005	Insuficientes					Correctos					
	0	1	2 X	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Comentarios sobre los progresos realizados desde 2005:</i>											

III. Prevención

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

Sí X	No	N/C
------	----	-----

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

✓ Marcar los mensajes clave promovidos explícitamente

Abstinencia sexual	
Aplazamiento del inicio de la actividad sexual	X
Fidelidad	
Reducción del número de parejas sexuales	X
Uso sistemático del preservativo	X
Práctica de relaciones sexuales seguras	X
Evitar las relaciones sexuales remuneradas	
Abstenerse del consumo de drogas inyectables	
Uso de equipo de inyección estéril	
Combatir la violencia contra las mujeres	
Mayor aceptación y participación de las personas que viven con el VIH	X
Mayor participación de los varones en programas de salud reproductiva	
Otros: <i>[especificar]</i>	

1.2 ¿Ha efectuado el país una actividad o aplicado un programa durante el último año para promover una información correcta sobre el VIH y el SIDA en los medios de comunicación?  
 Sí X No

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

Sí X	No
------	----

2.1 ¿Forma parte el VIH del plan de estudios de

- las escuelas primarias?
- las escuelas secundarias?
- la formación de maestros?

Sí	No X
X	
X	

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

Sí X	No
------	----

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

Sí	No X
----	------

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

Sí X	No
------	----

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

✓ Marque la política/estrategia incluida

	CDI	VSV	Profesionales del sexo	Cientes de los profesionales del sexo	Internos de prisiones	Otras subpoblaciones* [especificar]
Información para destinatarios específicos sobre reducción del riesgo y educación sobre el VIH		X	X		X	
Reducción del estigma y la discriminación						PVVS
Promoción del preservativo		X	X		X	
Asesoramiento y pruebas del VIH		X	X			
Salud reproductiva, incluidos la prevención y el tratamiento de las ITS		X	X		X	
Reducción de la vulnerabilidad (por ej., generación de ingresos)	N/C	N/C		N/C	N/C	
Terapia de sustitución de drogas		N/C	N/C	N/C	N/C	
Intercambio de jeringas y agujas		N/C	N/C	N/C	N/C	

En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos políticos de apoyo a la prevención del VIH en 2007 y 2005?											
2007	Insuficientes					Correctos					
	0	1	2	3	4	5 X	6	7	8	9	10
2005	Insuficientes					Correctos					
	0	1	2	3 X	4	5	6	7	8	9	10
<p><i>Comentarios sobre los progresos realizados desde 2005:</i>                      El Decreto Supremo firmado por el Sr. Presidente de la Republica y refrendado por 6 Ministros aprobando el Plan Estratégico Multisectorial muestra la sensibilidad de las autoridades sobre la epidemia al VIH sin embargo falta un mayor compromiso político en otros sectores y en las regiones</p>											

4. ¿Ha identificado el país los distritos (o nivel geográfico/descentralizado equivalente) que necesitan programas de prevención del VIH?

Si X	No
------	----

**Si la respuesta es afirmativa,** ¿en qué grado se han aplicado los siguientes programas de prevención del VIH en los distritos identificados\* que los necesitan?  
 ✓ Marque el grado de aplicación pertinente para cada actividad o indique N/C si no corresponde

Programas de prevención del VIH	La actividad está disponible en		
	todos los distritos* necesitados	la mayoría de los distritos* necesitados	algunos distritos* necesitados
Seguridad hematológica		X	
Precauciones universales en entornos de atención sanitaria		X	

Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH	X		
IEC sobre reducción del riesgo		X	
IEC sobre reducción del estigma la discriminación			X
Promoción del preservativo		X	
Asesoramiento y pruebas del VIH			X
Reducción de daños para los consumidores de drogas inyectables			n/c
Reducción del riesgo para los varones que tienen relaciones sexuales con varones		X	
Reducción del riesgo para los profesionales del sexo		X	
Programas para otras subpoblaciones vulnerables			X
Servicios de salud reproductiva, incluidos la prevención y tratamiento de las ITS		X	
Educación escolar sobre el SIDA para jóvenes		X	
Programas para jóvenes no escolarizados			X
Prevención del VIH en el lugar de trabajo			X
Otros [especifi car]			

\* *Distritos o niveles geográficos/descentralizados equivalentes en zonas urbanas y rurales*

En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos de aplicación de los programas de prevención del VIH en 2007 y 2005?											
2007	Insuficientes					Correctos					
	0	1	2	3	4	5 X	6	7	8	9	10
2005	Insuficientes					Correctos					
	0	1	2	3 X	4	5	6	7	8	9	10
<i>Comentarios sobre los progresos realizados desde 2005:</i> Las acciones de prevención aun están en construcción y deben ampliar la cobertura en los próximos meses enfocados en la población de más exposición y adolescentes											

#### IV. Tratamiento, atención y apoyo

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

Si X      No

- 1.1 **Si la respuesta es afirmativa**, ¿se presta suficiente atención a los obstáculos que afrontan las mujeres, los niños y otras poblaciones expuestas?

Si      No X

2. ¿Ha identificado el país los distritos (o nivel geográfico/descentralizado equivalente) que necesitan servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH y el SIDA?

Sí X	No	N/C
------	----	-----

**Si la respuesta es afirmativa**, ¿en qué grado se han puesto en marcha los siguientes servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH y el SIDA en los distritos\* identificados que los necesitan?

✓ Marque el grado de aplicación pertinente para cada actividad o indique N/C si no corresponde

Servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH y el SIDA	El servicio está disponible en		
	<i>todos los distritos* necesitados</i>	<i>la mayoría de los distritos* necesitados</i>	<i>algunos los distritos* necesitados</i>
Terapia antirretrovírica		X	
Atención nutricional			X
Tratamiento pediátrico del SIDA			X
Tratamiento de las infecciones de transmisión sexual	X		
Apoyo psicosocial para las personas que viven con el VIH y sus familias			X
Atención domiciliaria			X
Cuidados paliativos y tratamiento de infecciones comunes relacionadas con el VIH		X	
Asesoramiento y pruebas del VIH para los pacientes con tuberculosis		X	
Análisis sistemático de la tuberculosis de las personas infectadas por el VIH	X		
Terapia preventiva de la tuberculosis para las personas infectadas por el VIH	X		
Control de la infección de tuberculosis y tratamiento del VIH en establecimientos de atención	X		
Profilaxis con cotrimoxazol en personas infectadas por el VIH	X		
Profilaxis posterior a la exposición (por ej., exposición ocupacional al VIH, violación)		X	
Servicios de tratamiento del VIH en el lugar de trabajo o sistemas de derivación para tratamiento a través del lugar de trabajo			X
Atención y apoyo relacionados con el VIH en el lugar de trabajo (incluidos acuerdos de trabajo alternativos)			X
Otros programas: <i>[especificar]</i>			

\*Distritos o niveles geográficos/descentralizados equivalentes en zonas urbanas y rurales

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

Si X	No
------	----

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

Si X	No
------	----

4.1 **Si la respuesta es afirmativa**, ¿para qué productos? **[especificar]**

Medicamentos de soporte según listado de RM 482-2007 y medicamentos antirretrovirales contemplados en el tarifario SIS

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

Sí	No X	N/C
----	------	-----

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

Si	No
----	----

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

Si	No
----	----

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

Si	No
----	----

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

En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos para satisfacer las necesidades de los huérfanos y otros niños vulnerables?											
2007	Insuficientes					Correctos					
	0	1	2	3 X	4	5	6	7	8	9	10
2005	Insuficientes					Correctos					
	0	1X	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Comentarios sobre los progresos realizados desde 2005:</i>											
Se ha iniciado algunos proyectos para mejorar el acceso de los niños abandonados entre los que se incluyen huérfanos y vulnerables sin embargo esto requiere un mayor esfuerzo multisectorial principalmente con el Ministerio de Desarrollo Humano (MINEDU) e instituciones de la sociedad civil y religiosa que abordan la problemática											

V. Vigilancia y evaluación

1. ¿Tiene establecido el país un plan nacional de vigilancia y evaluación?

Sí X	Años cubiertos: 2002-2007	En preparación	No
------	---------------------------	----------------	----

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

Si X	No
------	----

1.2. El plan de vigilancia y evaluación, ¿se elaboró en consulta con la sociedad civil y las personas que viven con el VIH?

Si	No X
----	------

1.3. ¿Disponen los asociados clave de requisitos sobre vigilancia y evaluación (incluidos los indicadores) en consonancia con el plan nacional de vigilancia y evaluación?

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

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

una estrategia para la recopilación y análisis de datos	Si X	No
vigilancia comportamental	Si X	No
vigilancia del VIH	Si X	No
un grupo bien definido y normalizado de indicadores	Si X	No
directrices sobre los instrumentos de recopilación de datos	Si X	No
una estrategia para evaluar la calidad y exactitud de los datos	Si X	No
una estrategia de divulgación y uso de los datos	Si X	No

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

Sí	Años cubiertos: 2002-2007	En preparación	No
----	---------------------------	----------------	----

3.1 **Si la respuesta es afirmativa**, ¿se ha conseguido la financiación?

Si X	No
------	----

4. ¿Existe una unidad o departamento funcional de vigilancia y evaluación?

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

4.1 **Si la respuesta es afirmativa**, la unidad o departamento de vigilancia y evaluación,

¿está ubicado en el CNS (o equivalente)?	Si	No
¿en el ministerio de salud?	Si X	No
¿en otra parte? [especificar]		

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

Número de empleados permanentes:		
Cargo: [especificar]	¿Jornada completa / media jornada?	¿Desde cuándo?
Cargo: [especificar]	¿Jornada completa / media jornada?	¿Desde cuándo?
Cargo: [especificar]	¿Jornada completa / media jornada?	¿Desde cuándo?
Cargo: [especificar]	¿Jornada completa / media jornada?	¿Desde cuándo?
Número de empleados temporales:		

4.3 **Si la respuesta es afirmativa**, ¿se dispone de mecanismos para asegurar que todos los asociados importantes para la ejecución presenten sus informes/datos a la unidad o departamento de evaluación a fin de que se revisen y examinen en los informes nacionales?

Si X	No
------	----

**Si la respuesta es afirmativa**, ¿funciona este mecanismo? ¿Cuáles son las principales dificultades?

Si funciona el mecanismo. Limitaciones para el análisis de datos, el proceso no contempla un espacio de análisis conjunto entre los actores

4.4 **Si la respuesta es afirmativa**, ¿en qué grado las Naciones Unidas, los organismos bilaterales y otras instituciones comparten sus resultados de vigilancia y evaluación?

Bajo					Alto
0	1	2	3X	4	5

5. Existe un grupo o comité de trabajo de vigilancia y evaluación que se reúna periódicamente y coordine las actividades de vigilancia y evaluación?

No	Sí, pero no se reúne periódicamente X	Sí, se reúne periódicamente
----	---------------------------------------	-----------------------------

**Si la respuesta es afirmativa**. Fecha de la última reunión: **5 de noviembre del 2007**

5.1 ¿Tiene representación de la sociedad civil, incluidas las personas que viven con el VIH?

Si	No X
----	------

6. ¿Mantiene la unidad de vigilancia y evaluación una base de datos nacional central?

Sí X	No	N/C
------	----	-----

6.1 **Si la respuesta es afirmativa**, ¿de qué tipo? [especificar]

Los datos recibidos periódicamente de los establecimientos de salud se agrupan a nivel de distrito y se envían al nivel nacional. Los datos se analizan y usan a distintos niveles

6.2 **Si la respuesta es afirmativa**, ¿incluye información sobre el contenido, las poblaciones destinatarias y la cobertura geográfica de las actividades programáticas, así como sobre las organizaciones ejecutoras?



Si X	No
------	----

6.3 ¿Existe un sistema de información de salud funcional?\*

Nivel nacional	Si X	No
Nivel subnacional <b>Si la respuesta es afirmativa, ¿a qué nivel(es)?</b> [especificar]	Si	No

(\*Los datos recibidos periódicamente de los establecimientos de salud se agrupan a nivel de distrito y se envían al nivel nacional. Los datos se analizan y usan a distintos niveles.)

6.4 ¿Publica el país por lo menos una vez al año un informe de vigilancia y evaluación sobre el VIH que incluya datos de vigilancia del VIH?

Si X	No
------	----

7. ¿En qué grado se utilizan los datos de vigilancia y evaluación en la planificación y ejecución?

Bajo					Alto
0	1	2	3 X	4	5

Ejemplos de datos que se usan:  
 Numero de casos de SIDA y VIH notificados.  
 Razón Hombre /Mujer  
 Vía de transmisión: Sexual. Parenteral o Vertical  
 Prevalencia de VIH en gestantes, HSH, PPL. Etc.

¿Cuáles son las principales dificultades para usar los datos?

8. ¿Se impartió en el último año capacitación en vigilancia y evaluación?

¿A nivel nacional?	Sí	No X
<b>Si la respuesta es afirmativa.</b> Número de personas capacitadas: [especificar]		
¿A nivel subnacional?	Sí	No
<b>Si la respuesta es afirmativa.</b> Número de personas capacitadas: [especificar]		
¿Se incluyó a la sociedad civil?	Sí	No
<b>Si la respuesta es afirmativa.</b> Número de personas capacitadas: [especificar]		

En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos de vigilancia y evaluación del programa del SIDA en 2007 y 2005?

2007	Insuficientes					Correctos					
	0	1	2	3	4	5	6 X	7	8	9	10
2005	Insuficientes					Correctos					
	0	1	2	3X	4	5	6	7	8	9	10

Comentarios sobre los progresos realizados desde 2005:

Se han realizado esfuerzos para mejorar el sistema de información, este se encuentra en una etapa de implementación y en los hospitales y centros de referencia, asimismo se está trabajando un sistema de información de gestión de pacientes

Parte B

**[para que respondan los representantes de las organizaciones no gubernamentales, los organismos bilaterales y las organizaciones de las Naciones Unidas]**

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

Si X	No
------	----

- 1.1 **Si la respuesta es afirmativa**, especifíquelas:

2. ¿Dispone el país de leyes y reglamentaciones que protejan específicamente a las subpoblaciones vulnerables?

Si	No X
----	------

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

Mujeres	Si	No
Jóvenes	Si	No
CDI	Si	No
VSV	Si	No
Profesionales del sexo	Si	No
Internos en prisiones	Si	No
Migrantes/poblaciones móviles	Si	No
Otras: <i>[especifique]</i>	Si	No

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

**Si la respuesta es afirmativa**, describa los sistemas de compensación establecidos para asegurar que las leyes tengan el efecto deseado:

3. ¿Existen en el país leyes, reglamentos o políticas que supongan obstáculos para la prevención, tratamiento, atención y apoyo eficaces relacionados con el VIH en las subpoblaciones vulnerables?

Si X	No
------	----

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

Mujeres	Si	No X
Jóvenes	Si X	No
CDI	Si	No X
VSV	Si	No X
Profesionales del sexo	Si	No X
Internos en prisiones	Si	No X
Migrantes/poblaciones móviles	Si	No X
Otras: <i>[especifique]</i>	Si	No X

**Si la respuesta es afirmativa**, describa brevemente el contenido de las leyes, reglamentos o políticas y de qué forma suponen un obstáculo:

En jóvenes (claramente por la autonomía restringida, todavía no se ha logrado modificar la

norma para que los menores de edad tengan facilidad para atenderse sin un familiar.

- En HSH, si bien no hay normas que impidan el acceso, hay restricciones para incorporar a esta población en instrumentos jurídicos para proteger pro-activamente, restricciones para la promoción de la salud de la población cuyos derechos humanos debe promoverse, ni siquiera hay pasos concretos, la idea es promover la calidad de vida y el desarrollo humano
- En mujeres no existe una política para las no gestantes.

4. ¿Se mencionan explícitamente la promoción y protección de los derechos humanos en alguna política o estrategia relacionadas con el VIH?

Si X	No
------	----

5. ¿Existe algún mecanismo para registrar, documentar y tratar casos de discriminación sufridos por personas que viven con el VIH y/o por las poblaciones más expuestas?

Si X	No
------	----

**Si la respuesta es afirmativa**, describa brevemente el mecanismo

La Defensoría del Pueblo tiene un registro de esta naturaleza, levanta y recibe denuncias y quejas. Pero ellos solo hacen la recomendación al sector que corresponda

6. ¿Ha facilitado el gobierno, por medio del apoyo político y financiero, la participación de las poblaciones más expuestas en la formulación de políticas y en la ejecución del programa gubernamental sobre el VIH?

Si X	No
------	----

**Si la respuesta es afirmativa**, describa algunos ejemplos

Ha sido facilitado en la ejecución de los proyectos financiados por el Fondo Mundial

7. ¿Tiene establecida el país una política de gratuidad para los siguientes servicios?

Prevención del VIH	Si X	No
Tratamiento antirretrovírico	X	
Intervenciones de atención y apoyo relacionados con el VIH		X

8. ¿Tiene establecida el país una política que asegure a varones y mujeres la igualdad en el acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo? En concreto, que asegure el acceso de las mujeres fuera del contexto del embarazo y el parto.

Si X	No
------	----

9. ¿Tiene establecida el país una política que asegure a las poblaciones más expuestas la igualdad en el acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo?

Si	No X
----	------

9.1 ¿Hay diferentes enfoques para diferentes poblaciones expuestas?

Si	No X
----	------

**Si la respuesta es afirmativa**, explique brevemente las diferencias:

10. ¿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)?

Si X	No
------	----

11. ¿Tiene establecida el país una política que asegure que los protocolos de investigación del SIDA en los que participan seres humanos sean revisados y aprobados por un comité de ética nacional o local?

Si X	No
------	----

11.1 **Si la respuesta es afirmativa**, ¿participan en el comité de revisión ética representantes de la sociedad civil y personas que viven con el VIH?

Si X	No
------	----

**Si la respuesta es afirmativa**, describa la eficacia de dicho comité de revisión

No se puede medir la eficacia

12. ¿Tiene establecidos el país mecanismos de vigilancia y que aseguren el respeto de los derechos humanos?

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

Si X	No
------	----

- Puntos focales en los departamentos gubernamentales de salud y de otro tipo que vigilen los abusos en materia de derechos humanos y discriminación relacionados con el VIH en áreas como el empleo y la vivienda.

Si	No X
----	------

- Indicadores de desempeño y patrones de referencia para
  - a) el cumplimiento de las normas de derechos humanos en el contexto de los esfuerzos relacionados con el VIH

Si	No X
----	------

- b) la reducción del estigma y la discriminación relacionados con el VIH

Si	No X
----	------

**Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es afirmativa**, describa algunos ejemplos:

13. ¿Se ha sensibilizado/capacitado a los miembros de la judicatura (incluidos los del fuero laboral) sobre cuestiones relativas al VIH/SIDA y los derechos humanos que puedan surgir en el contexto de su trabajo?

Si	No X
----	------

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

- Sistema de ayuda jurídica para el trabajo de asistencia relacionado con el VIH y el SIDA

Si	No X
----	------

- Bufetes jurídicos del sector privado o centros jurídicos vinculados a la universidad que ofrezcan servicios de asesoría jurídica gratuitos o a un precio reducido a las personas que viven con el VIH

Si	No X
----	------

- Programas para educar y sensibilizar a las personas que viven con el VIH sobre sus derechos

Si X	No
------	----

15. ¿Existen programas diseñados para cambiar las actitudes sociales de estigmatización vinculadas al VIH y el SIDA en actitudes de comprensión y aceptación?

Si	No X
----	------

**Si la respuesta es afirmativa, ¿qué tipos de programas?**

Medios de comunicación	Si	No
Educación escolar	Si	No
Intervenciones periódicas de personalidades	Si	No
Otros: [especificar]		

En general, ¿cómo calificaría las <i>políticas, leyes y reglamentaciones</i> establecidas para promover y proteger los derechos humanos en relación con el VIH y el SIDA en 2007 y 2005?											
2007	Insuficientes					Correctos					
	0	1	2	3	4	5 X	6	7	8	9	10
2005	Insuficientes					Correctos					
	0	1	2	3 X	4	5	6	7	8	9	10
<p><i>Comentarios sobre los progresos realizados desde 2005:</i>                      El estado garantiza el pleno ejercicio de los derechos de todas las personas, promueve y protege los derechos humanos sin distinción. La oficina de Defensoría y Transparencia del MINSA vigila que los actos de estigma y discriminación sean manejados adecuadamente para tomar las medidas correctivas. Se viene trabajando directivas y normas para mejorar el cumplimiento de las políticas referidas a la protección de los derechos humanos y civiles en relación con el VIH Sida. Así como mejorar el acceso a los servicios.</p>											

En general, ¿cómo calificaría el esfuerzo por hacer cumplir las <i>políticas, leyes y reglamentaciones</i> existentes en 2007 y 2005?											
2007	Insuficientes					Correctos					
	0	1	2	3	4 X	5	6	7	8	9	10
2005	Insuficientes					Correctos					
	0	1	2 X	3	4	5	6	7	8	9	10
<p><i>Comentarios sobre los progresos realizados desde 2005:</i></p>											

II. Participación de la sociedad civil

1. ¿En qué grado ha contribuido eficazmente la sociedad civil a fortalecer el compromiso político de los líderes principales y a la formulación de políticas nacionales?

Bajo					Alto
0	1	2	3 X	4	5

2. ¿En qué grado han participado los representantes de la sociedad civil en el proceso de planificación y presupuesto para el Plan Estratégico Nacional sobre el SIDA o el plan de actividad actual (asistencia a las reuniones de planificación y revisión de anteproyectos)?

Bajo					Alto
0	1	2	3 X	4	5

3. ¿En qué grado se incluyen los servicios prestados por la sociedad civil en los aspectos de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?  
a. Tanto en los planes estratégicos nacionales como en los informes nacionales

Bajo					Alto
0	1	2	3 X	4	5

b. En el presupuesto nacional

Bajo					Alto
0	1	2 X	3	4	5

4. ¿Ha incluido el país a la sociedad civil en una revisión del plan estratégico nacional?

Si X	No
------	----

**Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo se efectuó la revisión? [especifi car]**

En el 2005 y 2006 se participó activamente en la elaboración del PEM

5. ¿En qué grado es amplia la representatividad del sector de la sociedad civil en los esfuerzos relacionados con el VIH?

Bajo					Alto
0	1	2	3 X	4	5

Enumere los tipos de organizaciones que representan a la sociedad civil en los esfuerzos relacionados con el VIH y el SIDA:

Organizaciones no gubernamentales, Organizaciones de personas viviendo con VIH, Organizaciones de personas vulnerables, Universidades, Iglesias

6. ¿En qué grado la sociedad civil puede acceder a

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

Bajo					Alto
0	1	2	3 X	4	5

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

Bajo					Alto
0	1	2 X	3	4	5

En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos para aumentar la participación de la sociedad civil en 2007 y 2005?

2007	Insuficientes					Correctos					
	0	1	2	3	4	5 X	6	7	8	9	10
2005	Insuficientes					Correctos					
	0	1	2	3 X	4	5	6	7	8	9	10
<p><i>Comentarios sobre los progresos realizados desde 2005:</i>                  Con la elaboración del PEM se logró mayor participación de la sociedad civil La sociedad civil ha venido trabajando intensamente en la respuesta nacional teniendo su representación en la CONAMUSA (Comité Multisectorial en Salud). Sin embargo se debe mejorar la articulación de esfuerzos y compromisos así como monitorizar y evaluar los logros que se vienen obteniendo.</p>											

III. Prevención

1. ¿Ha identificado el país los distritos (o equivalentes geográficos/niveles descentralizados) que necesitan programas de prevención del VIH?

Si X	No
------	----

**Si la respuesta es negativa,** ¿cómo se están ampliando los programas de prevención del VIH?

**Si la respuesta es afirmativa,** ¿en qué grado se han ejecutado los siguientes programas de prevención del VIH en los distritos identificados que los necesitan?

✓ Marque el grado de ejecución pertinente de cada actividad o indique N/C si no corresponde

Programas de prevención del VIH	El servicio está disponible en		
	todos los distritos* necesitados	la mayoría de los distritos* necesitados	algunos los distritos* necesitados
Seguridad hematológica			X
Precauciones universales en entornos de atención sanitaria		X	
Prevención de la transmisión del VIH maternoinfantil		X	
IEC sobre reducción del riesgo			X
IEC sobre reducción del estigma y la discriminación			X
Promoción del uso del preservativo		X	
Asesoramiento y pruebas del VIH		X	
Reducción de daños para los consumidores de drogas inyectables			
Reducción de riesgos para los varones que tienen relaciones sexuales con varones		X	
Reducción de riesgos para los profesionales del sexo		X	
Programas para las poblaciones más expuestas			X
Servicios de salud reproductiva, incluidos la prevención y el tratamiento de las ITS			X
Educación escolar sobre el SIDA para jóvenes			X
Programas para jóvenes no escolarizados			
Prevención del VIH en el lugar de trabajo			
Otros [especificar]			

\*Distritos o equivalente geográfico/nivel descentralizado en zonas urbanas y rurales

En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos hechos en la aplicación de los programas de prevención del VIH en 2007 y 2005?											
2007	Insuficientes					Correctos					
	0	1	2	3	4 X	5	6	7	8	9	10
2005	Insuficientes					Correctos					
	0	1	2	3 X	4	5	6	7	8	9	10
<b>Comentarios sobre los progresos realizados desde 2005:</b>											
No se ha logrado un avance significativo en la aplicación de los programas de prevención por falta de apoyo político. Algunos programas han logrado sensibilizar a la población en la adopción de medidas preventivas, sin embargo se deben establecer acciones multisectoriales permanentes que permitan una mayor cobertura, eficiencia y efectividad											



IV. Tratamiento, atención y apoyo

1. Ha identificado el país los distritos (o equivalentes geográficos/niveles descentralizados) que necesitan servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH y el SIDA?

Si X	No
------	----

**Si la respuesta es negativa,** ¿cómo se están ampliando los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH y el SIDA?

**Si la respuesta es afirmativa,** ¿en qué grado se han puesto en marcha los siguientes servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH y el SIDA en los distritos\* identificados?

✓ Marque el grado de ejecución pertinente de cada actividad o indique N/C si no corresponde

Servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH y el SIDA	El servicio está disponible en		
	<i>todos los distritos* necesitados</i>	<i>la mayoría de los distritos* necesitados</i>	<i>algunos los distritos* necesitados</i>
Terapia antirretrovírica		X	
Atención nutricional			X
Tratamiento pediátrico del SIDA			X
Tratamiento de las infecciones de transmisión sexual		X	
Apoyo psicosocial para las personas que viven con el VIH y sus familias			X
Atención domiciliaria			X
Cuidados paliativos y tratamiento de infecciones comunes relacionadas con el VIH			X
Asesoramiento y pruebas del VIH para pacientes con tuberculosis		X	
Detección sistemática de la tuberculosis en personas infectadas por el VIH		X	
Terapia preventiva de la tuberculosis para personas infectadas por el VIH		X	
Control de la infección de tuberculosis en establecimientos de atención y tratamiento del VIH		X	
Profilaxis posterior a la exposición (por ej., exposición ocupacional al VIH, violación)			X
Servicios de tratamiento del VIH en el lugar de trabajo o sistemas de derivación para tratamiento a través del lugar de trabajo			No
Atención y apoyo relacionados con el VIH en el lugar de trabajo (incluidos acuerdos de trabajo alternativos)			No
Otros programas: <i>[especificar]</i>			

\*Distritos o equivalente geográfico/nivel descentralizado en zonas urbanas y rurales

En general, ¿cómo calificaría los esfuerzos hechos en la aplicación de los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH y el SIDA en 2007 y 2005?											
2007	Insuficientes					Correctos					
	0	1	2	3	4	5	6 X	7	8	9	10
2005	Insuficientes					Correctos					
	0	1	2	3	4 X	5	6	7	8	9	10

**Comentarios sobre los progresos realizados desde 2005:**

Se han realizado los esfuerzos que han permitido enrolar en la actualidad a más de 9,000 pacientes en TARGA en el Ministerio de salud y más de 11000 contando la Seguridad Social y Fuerzas Armadas. Asimismo el Estado apoya las iniciativas gubernamentales y de la sociedad civil que permiten mejorar el acceso a los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionado con el VIH Sida.

2. ¿Qué porcentaje de los siguientes servicios/programas del VIH y el SIDA se estima que proporciona la sociedad civil?

	<25% X	25-50%	50-75%	>75%
Prevención para jóvenes				
Prevención para subpoblaciones vulnerables				
– CDI	<25%	25-50%	50-75%	>75%
– VSV	<25%	25-50% X	50-75%	>75%
– Profesionales del sexo	<25% X	25-50%	50-75%	>75%
Asesoramiento y pruebas	<25% X	25-50%	50-75%	>75%
Servicios clínicos (IO*/terapia antirretrovírica)	<25% X	25-50%	50-75%	>75%
Atención domiciliaria	<25%	25-50% X	50-75%	>75%
Programas para HNV**	<25%	25-50%	50-75% X	>75%

\*IO Infecciones oportunistas;

\*\*HNV Huérfanos y otros niños vulnerables

3. ¿Tiene el país una política o estrategia para abordar las necesidades adicionales relacionadas con el VIH/SIDA de los huérfanos y otros niños vulnerables (HNV)?

Sí	No X	N/C
----	------	-----

5.1 **Si la respuesta es afirmativa**, ¿existe una definición operativa de HNV en el país?

Si	No
----	----

5.2 **Si la respuesta es afirmativa**, ¿tiene el país un plan de acción nacional específico para los HNV?

Si	No
----	----

5.3 **Si la respuesta es afirmativa**, ¿tiene el país una estimación de los HNV a los que llegan las intervenciones existentes?

Si	No
----	----

**Si la respuesta es afirmativa**, ¿a qué porcentaje de HNV? % [especificar]

ANEXO 4

**Instrumento de recolección de datos para indicadores UNGASS**

**Indicador N°**

**Nombre del Indicador**

	<b>Nombre</b>	<b>Valor</b>
1	<b>Nombre del indicador</b>	
2	Indicador Proxy, de no existir información para el Indicador básico <i>(Información existente en el país afín al indicador básico de UNGASS):</i>	
3	<b>Numerador</b>	
4	<b>Denominador:</b>	
5	<b>Meta establecida en el país para el Indicador</b>	
6	<b>Brecha identificada:</b>	
7	<b>Frecuencia de recopilación en el país</b>	
8	<b>Interpretación y análisis del indicador:</b> <i>(incluye cambios en la metodología de medición)</i>	
9	<b>Experiencias y lineamientos del país para cubrir brecha identificada:</b>	
10	<b>Recomendaciones para próxima medición:</b>	
11	<b>Instrumento de medición:</b>	

**12 Desglose por sexo y edad**

**2006**

Grupo etáreo	Indicador			Numerador			Denominador		
	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total
< 15 años									
> 15 años									

**2007**

Grupo etáreo	Indicador			Numerador			Denominador		
	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total

< 15 años									
> 15 años									

**13 Tendencia**

Año 2004	Año 2005	Año 2006	Año 2007

**14 Fuentes de información**

Estudios e investigaciones consultados	Institución y país	Año del estudio	Fecha de publicación

## ANEXO 5

### Actores participantes en las reuniones para la elaboración del Informe País

<b>Participaron en las entrevistas:</b>	
Alberto Huacoto	ESN-ITS/VIH MINSA
Alicia Quintana	Red SIDA Perú
Andrés Paredes	Fuerzas Policiales
Angela Villón	ONG de trabajadoras sexuales Miluskas
Carlos Cáceres	Universidad Peruana Cayetano Heredia
Cristina Maqan	ESN-ITS/VIH MINSA
Darsy Calderón	MINEDU
Estelia Lizama	CONAMUSA
Fernando Gonzales	OPS
Fresia Cárdenas	Dirección de calidad. MINSA
Gloria Ipanaque	Red Peruana de Mujeres Viviendo con el VIH
Guido Lombardi	Congresista de la República
Guiselly Flores	Comité Internacional de Activistas para el Tratamiento
Gustavo Rosell	ESN-ITS/VIH MINSA
Henry Palacios	IPS-USAID
Jhon Gutierrez	Asesor legal ONG Vía Libre
Jorge Alarcón	Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Jorge Bracamonte	Movimiento Homosexual de Lima
Jorge Sánchez	ONG Inmensa
Luis Vega Centeno	Subgerente de protección de la Salud. ESSALUD
Mario Rios	Asociación de Derechos Sanitarios
Mario Tavera	UNICEF
Miguel Alayza	Gerente Regional de salud de Arequipa
Mónica Pun	DGE. MINSA
Nery Saldarriaga	Vicepresidenta Gobierno Reg. Lambayeque
Percy Minaya	IPS-USAID
Pilar Jarama	ESN-ITS/VIH Iquitos
Robinson Cabello	ONG Vía Libre
Rocio Pejerrey	ESN-ITS/VIH Lambayeque
Sonia Parodi	CONAMUSA
Victor Chávez	ESN-ITS/VIH MINSA
Virginia Baffigo	CARE Perú
Zeferino Montín	Hogar San Camilo
<b>Participantes en Reunión Nacional 13 diciembre 2007</b>	
Alberto La Rosa	ONG INMENSA
Aldo Vivar	PRISMA
Augusto Vásquez	Gobierno Regional de Huanuco
Byelca Huamán	ESN-ITS/VIH MINSA
Carla Cossio	Federación Cruz Roja
Carlos Manrique	ADAR - Iquitos
Carmen Murguía	UNFPA
Claudia Vásquez	CEPESJU
David Limo	ONG Rosa Blanca
Elizabeth Meza	Posadita del Buen Pastor
Elsa Ventura	APROPO
Gaby Mariño	Asociación Civil Ángel Azul
Giovanna Garibay	Municipalidad de Lima
Gisella Godier	Gerencia de Desarrollo Social Gobierno Reg. de Ucayali
Guillermo Diller	Red SIDA Perú
Guiselly Flores	CIAT
Gustavo Reyes	Asociación Hojas al Viento

Gustavo Rosell	ESN-ITS/VIH MINSА
Henry Palacios	IPS-USAID
Jackeline Villanueva	Defensoría del Pueblo
Jorge Bracamonte	Movimiento Homosexual de Lima
José Cairo	Asociación Germinal
José Dueñas	Gerencia Regional de Educación de Arequipa
José Luis Sebastián	ESN-ITS/VIH. MINSА
José Pajuelo	Universidad Peruana Cayetano Heredia
Luis Miguel León	DGSP- MINSА
Luis Vega Centeno	Subgerente de protección de la Salud. ESSALUD
Margot Vidal	Proyecto Vigía
María Pereyra	Proyecto Vigía
Marie Sprungli	Red SIDA Perú
Mario Ríos	Asociación de Derechos Sanitarios
Mario Tavera	UNICEF
Martha Tijero	Reddes Jóvenes
Mercedes Morales	ESN-ITS/VIH-MINSА
Miguel Gutierrez	PHATHFINDER
Mónica Pun	DGE. MINSА
Narda Arbulu	Consortio Miradas y Voces
Norma Diaz	ONG Promsex
Olivier Gregoire	ONUSIDA
Patricia Burga	MIMDES
Patricia Caballero	Instituto Nacional de Salud
Patricia Torres	Instituto de Educación y Salud
Porfirio Barrenechea	Defensoria del Pueblo
Roger Adrianzen	INABIF
Rosa Galván	CARE Perú
Rosario Aliaga	Consortio Miradas y Voces
Silvia Barbarán	ONG Lazos de Vida
Teresa Ayala	Aid for Aids
Tomas Sinchi	Hogar San Camilo
Tula Mendoza	Asociación Santa Micaela
Víctor Chávez	ESN-ITS/VIH MINSА
Willington Mendoza	Socios en Salud – Sucursal Perú
Yrene Aquino	ONG Peruanos Positivos
Zeferino Montín	Hogar San Camilo
<b>Participaron en reunión consultiva 11 de diciembre 2007</b>	
Aldo Araujo	MHOL
David Limo	ONG Rosa Blanca
Deborah La Porta	Instituto de Educación y Salud
Elizabeth Meza Peña	Posadita del Buen Pastor
Estelia Lizama	CONAMUSA
Esther Vásquez	Proyecto Vigía
Gaby Mariño Llamaja	Asociación Ángel Azul
Guiselly Flores	CIAT
Gustavo A. Reyes	Org.Hojas al Viento
Irene Aquino Capcha	Coordinadora Peruana personas con VIH Peruanos Positivos
José Luis Sebastián	ESN-ITS/VIH-MINSА
Lourdes Palomino	Etapa Adolescente -MINSА
Luz Esther Vásquez	Proyecto Vigía
Margot Vidal	Proyecto Vigía
Marianela Villalta	UNICEF
Mario Tavera	UNICEF
Mercedes Morales	ESN-ITS/VIH-MINSА
Mónica Pun	DGE. MINSА
Neri Fernández	ESN Salud Sexual y Reproductiva-MINSА

Patricia Burga Mateos	MIMDES
Patricia Caballero	INS – MINSA
Rosemary Sagástegui	COPRECOS
Tomás Sinchi	Hogar San Camilo
Yvonne Cortez Jara	ESN PCT –MINSA
Zeferino Montín	Hogar San Camilo
<b>Participantes Reunión consultiva sobre ICPN 29/11/07</b>	
Carlos Cáceres	Universidad Peruana Cayetano Heredia
Darsy Calderón	Ministerio de Educación
Diana Angeles	Ministerio de Trabajo
Elva Dávila	Instituto Nacional de Estadística e Informática
Gloria Loza	Instituto Nacional de Estadística e informática
José Best	Instituto Nacional Penitenciario
Liliana Chirinos	ESSALUD
Lorenzo Alva	Ministério de Defensa
María Canevaro	Ministério de Justicia
Mercedes Morales	ESN.-ITS/VIH-MINSA
Mónica Pun	DGE-MINSA
Percy López	Ministerio de la Mujer y Desarrollo
Rosa Galván	CARE-Perú
Ulalia Cárdenas	ESN-SSR-MINSA
Willington Mendoza	Socios en Salud
<b>Participaron en reunión de apertura de proceso Julio 2007</b>	
Carlos Maldonado	OGEI-MINSA
Felipe Gonzáles	OPS
Gladys Díaz	ESN-PCT-MINSA
Gustavo Rosell	ESN-ITS/VIH-MINSA
Henry Palacios	IPS-USAID
Jorge Bolarte	DGE-MINSA
José Luis Sebastian	ESN-ITS/VIH-MINSA
Mercedes Morales	ESN-ITS/VIH-MINSA
Norma Díaz	Promsex
Olivier Gregorie	ONUSIDA
Patricia Bracamonte	ONUSIDA
Rosa Galván	CARE Perú
Rubén Mayorga	ONUSIDA