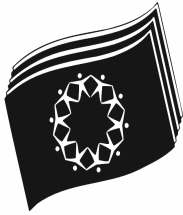


December 2005



ICASO

**International Council of AIDS
Service Organizations**

**Perú In-Country
Monitoring and Evaluation Report on the
Implementation of the
UNGASS Declaration of Commitment**

**A project of the
International Council of AIDS Service Organizations
(ICASO)**

**Produced by
Mg. Rocío Valverde, Mg. Victor Salazar, Dr. Robinson Cabello
For No Gubernamental Organization Vía Libre**

Organización Responsable
VIA LIBRE

Dr. Robinson Cabello

Consultora responsable

Mg. Rocío Valverde A.

Equipo de trabajo:

Mg. Victor Salazar

Sra. Gaby Grimaldo del Pino

Comité Consultivo

Pablo Anamaría

Presidente

Coordinadora de Personas viviendo con VIH-Peruanos Positivos

Carlos Cáceres

Vicedecano de la Facultad de Salud Pública y Administración

Universidad Peruana Cayetano Heredia

Roberto López Linares

Director

Acción Internacional en Salud – Perú

Marie Françoise Sprungli

Presidenta

Red SIDA-Perú

Robinson Cabello

Director

Vía Libre

Índice

Resumen ejecutivo

Antecedentes y Metodología

Resultados

Sección 1: Situación Epidemiológica del VIH-SIDA en el Perú

Sección 2: Situación general de la respuesta al VIH-SIDA

2.1 Respuesta del gobierno peruano a la epidemia del VIH-SIDA

2.2 Participación y movilización de la sociedad civil en la Respuesta Nacional al VIH-SIDA

Sección 3: Políticas Nacionales sobre el VIH-SIDA y su implementación

3.1 Acceso a tratamiento, cuidado y apoyo

3.2 Prevención

3.3 Consejería y pruebas voluntarias

3.4 Protección de los derechos humanos de las PVVSs y de otros grupos vulnerables

3.5 Empoderamiento de la mujer

Sección 4: Monitoreo y Evaluación.....40

Conclusiones, Recomendaciones y Lecciones Aprendidas.....41

Anexos:

Anexo 1: Comité de Trabajo elegido para consolidar los resultados de la Primera Plenaria

Anexo 2: Relación de líderes de la Sociedad Civil del Perú participantes en el proceso de construcción del Informe

Resumen ejecutivo

El informe presenta el acopio de información y evaluación del Cumplimiento de Compromisos de la UNGASS 2001, que desde la Sociedad Civil Peruana se ha realizado entre octubre y diciembre del año 2005. Proceso facilitado por la Organización No gubernamental Vía Libre como parte del proyecto del Consejo Internacional de Organizaciones con Servicio en SIDA (ICASO).

La realización del presente informe de monitoreo y evaluación tuvo como objetivo construir, desde una mirada independiente y con el aporte de los líderes de la sociedad civil y la información académica y programática disponible, un discurso evaluativo de los alcances y limitaciones de la respuesta nacional al VIH-SIDA. Así mismo, se plantea, complementariamente, la reflexión sobre la incorporación y participación de la Sociedad Civil en tal respuesta.

El enfoque metodológico del informe fue constructivista y de participación amplia. Se basó en acopio de información de fuentes secundarias del gobierno y fuentes de otros sectores. La valoración de los alcances y de los límites de la respuesta nacional fue abordada con técnicas de colección de información cualitativa. Se convocaron a cuatro talleres de discusión con líderes de la Sociedad Civil, agrupados en sub-grupos: líderes de las Personas Viviendo con VIH, líderes de las organizaciones de las poblaciones vulnerables, directivos de las organizaciones no gubernamentales y académicos reconocidos de las universidades y centros de investigación del país. En base a esta información, se preparó un primer reporte que fue discutido y alimentado en una primera plenaria con todos los líderes de la Sociedad Civil. Un segundo reporte fue discutido en reunión con delegados elegidos durante la primera plenaria y una versión de redacción preliminar fue validada en una última plenaria el día 15 de diciembre de 2005. Luego, el informe final fue distribuido a todos los participantes vía Internet para recibir sugerencias y observaciones a la redacción final.

En la primera sesión de los resultados se presentan las estadísticas generales del país y específicas de la epidemia que intentan retratar la situación de la misma en el contexto socio-económico nacional. En la segunda sección se aborda de manera sintética las características de la respuesta nacional en el periodo de estudio, poniendo énfasis en las principales marchas y contramarchas que tanto desde el Gobierno como desde la Sociedad Civil se han mostrado. En la tercera sección se presenta los avances y limitaciones de las políticas sobre el VIH-SIDA percibe la Sociedad Civil Peruana. Por último se hace referencia al sistema de monitoreo y sistema de información.

Entre las principales conclusiones podemos apreciar que la respuesta nacional ha alcanzado un nivel importante de avance en torno al acceso a tratamiento,

que en gran medida ha transformado el panorama de respuesta frente a la epidemia en el país. Un avance significativo resultante de la movilización de la sociedad civil, el apoyo financiero internacional y el compromiso del Gobierno.

En el campo de la prevención y las pruebas voluntarias se manifiestan limitaciones estructurales y algunos retrocesos resultantes del periodo 2001-2003 donde imperó el conservadurismo en el MINSA y se desatendió la continuidad o mejora de los programas (luego del inicio de cambios por la reforma de Salud), culminando en el desmantelamiento del Programa Nacional de SIDA. A pesar de la nueva voluntad política de las autoridades actuales, sigue proporcionando pasivos.

El escenario de la respuesta a la epidemia se ha visto transformado también por el desarrollo del Proyecto financiado por el Fondo Mundial y por la dinámica que ha supuesto los nuevos recursos y las nuevas relaciones interinstitucionales representadas en la conformación de la CONAMUSA y los consorcios.

Aparecen nuevos ítems en la agenda, sin que desaparezcan otros. Las preocupaciones sobre el acceso a la información sobre la epidemia y los diversos procesos de la respuesta nacional, las barreras económicas, normativas y culturales (como el Estigma y la discriminación) al tratamiento, los niveles deficientes de la calidad de las atenciones, la falta de integralidad de las atenciones preventivas y recuperativas, la sostenibilidad del tratamiento en el corto y largo plazo, los niveles de adherencia y resistencia a los medicamentos, el debilitamiento de las acciones preventivas, la ausencia de lucha frontal contra todo tipo de discriminación asociado al VIH-SIDA (por la seropositividad, por el ejercicio del comercio sexual, por comportamientos homosexuales y por identidades de género alternativos), la debilidad de las acciones del gobierno a favor de la protección de los derechos de las PVVS y poblaciones vulnerables (salud, empleo, familia, educación), la falta de apoyo y cuidados a personas en fase terminal, niños con VIH y huérfanos, entre otras.

Antecedentes y metodología

El informe presenta el acopio de información y evaluación del Cumplimiento de Compromisos de la UNGASS 2001 , que desde la Sociedad Civil Peruana se ha realizado entre octubre y diciembre del año 2005. Proceso facilitado por la Organización No gubernamental Vía Libre como parte del proyecto del Consejo Internacional de Organizaciones con Servicio en SIDA (ICASO).

La realización del presente informe de monitoreo y evaluación tuvo como objetivo construir, desde una mirada independiente y con el aporte de los líderes de la sociedad civil y la información académica y programática disponible, un discurso evaluativo de los alcances y limitaciones de la respuesta nacional al VIH-SIDA. Así mismo, se plantea complementariamente la reflexión sobre la incorporación y participación de la Sociedad Civil en tal respuesta.

La finalidad del informe es formar parte de los documentos que aporten a la reflexión de la evaluación del cumplimiento de compromisos del Perú a nivel internacional al año 2006, así como ser documento que sustente los procesos de abogacía que acompañan a dicho proceso. Paralelamente, contribuye a la reflexión en el entorno nacional necesario para la vigilancia de la Sociedad Civil, la planificación del Plan Nacional Multisectorial 2006-2010 ha ser iniciado en el primer trimestre del 2006, como al establecimiento de enfoques más consensuados desde la Sociedad Civil sobre las brechas existentes en la respuesta país.

El enfoque metodológico del informe fue constructivista y de participación amplia. Se basó en acopio de información de fuentes secundarias, consolidando la información de las distintas instancias del Ministerio de Salud, de la Coordinadora Nacional Multisectorial de Salud (CONAMUSA), informes de los proyectos y programas que desarrolla la sociedad civil y los informes de investigaciones realizadas durante el período de estudio desde las instituciones académicas prestigiosas del país.

La valoración de los alcances y de los límites de la respuesta nacional fue abordada con técnicas de colección de información cualitativa. Se convocaron a cuatro talleres de discusión por grupos de actores de la sociedad civil: líderes de las Personas Viviendo con VIH, líderes de las organizaciones de las poblaciones vulnerables, directivos de las organizaciones no gubernamentales y académicos reconocidos de las universidades y centros de investigación del país. En base a esta información se preparó un primer reporte que fue discutido y alimentado en una primera plenaria con todos los líderes de la sociedad civil. Un segundo reporte fue discutido en una reunión con delegados elegidos durante la primera plenaria y una versión de redacción preliminar fue validada en una última plenaria el día 15 de diciembre de 2005.

Paralelamente, se trabajó durante todo el proceso con un comité consultivo que acompañó las reflexiones y decisiones metodológicas desde el diseño hasta la redacción final del informe. Este comité estuvo conformado por: el Sr. Pablo Anamaría, Presidente de la Coordinadora Nacional de Personas viviendo con VIH - Peruanos Positivos; el Dr. Carlos Cáceres, Vicedecano de la Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia; el Dr. Roberto López, Director de la Organización No Gubernamental Acción Internacional en Salud con sede en Perú; la Dra. Marie Françoise Sprungli, Presidenta de la Red SIDA-Perú y el Dr. Robinson Cabello, Director de la organización No Gubernamental Vía Libre y Vicepresidente de la CONAMUSA.

Por los límites en tiempo y recursos no fue posible acceder a información de primera fuente de otras regiones del país. Para superar este centralismo se recuperó e insertó las reflexiones de los encuentros nacionales de las organizaciones de PVVS y poblaciones vulnerables. Así mismo, se incorporaron documentación e informes de investigación realizados en diversas regiones del país, de forma tal, que la perspectiva del informe se nutriera con las visiones y experiencias a nivel nacional.

Finalmente es importante mencionar que se ha recibido respuesta formal sobre la información referida a datos epidemiológicos de la Oficina General de Epidemiología (OGE) de Ministerio de Salud (MINSA). Sin embargo, aún no hemos recibido respuesta formal de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS y el VIH-SIDA (ESN) referida a la información solicitada sobre indicadores programáticos y presupuestos de gestión.

Resultados

Sección 1: Situación Epidemiológica de VIH – SIDA en el Perú

• CIFRAS SOBRE LA POBLACIÓN

De acuerdo al último Censo Poblacional, la población del Perú para el año 2005 alcanza a los 26'152,256¹. En los últimos 30 años la tasa de crecimiento promedio anual ha disminuido en forma sistemática de 2.5% a 1.6%, como consecuencia de una significativa reducción de la fecundidad y de la mortalidad, que hacen prever para el 2010 una reducción de la tasa de crecimiento a 1.3%².

Las población del Perú es eminentemente joven, los grupos etáreos con mayor concentración poblacional son los de de 5 a 9 años (10.5%), de 10 a 14 (11%) y de 15 a 19 (10.2%). Asimismo la distribución por sexo da cuenta que el 50.1% son mujeres y el 49.9% hombres, y que la capital Lima, concentra 8'028,000 de habitantes, lo que excede en 1'593677 la población limeña de 1993³.

• CIFRAS ECONÓMICAS BÁSICAS

De acuerdo a cifras oficiales del Ministerio de Economía y Finanzas en el periodo 2001-2005, el Perú ha crecido sostenidamente en el plano macroeconómico. El crecimiento acumulado del PBI es 20.6%, las exportaciones han crecido en 44.7%, la inversión privada en 25.2% y el gasto publico ha crecido en 19.9%. Sin embargo, este crecimiento no es proporcional al aumento en el consumo per-cápita de los hogares que en el periodo 2001-2004 ha tendido un ligero incremento en 6.7%. Estos efectos han implicado una reducción en las tasas de pobreza y, sobretodo, de pobreza extrema mencionada en los últimos años⁴.

La pobreza se ha reducido entre el 2001 y 2004 de 54.3% a 51.6%, también la pobreza extrema⁵ ha caído de 24.1 a 19.2% en este mismo periodo. Los mayores efectos de la reducción de la pobreza se observa en el área rural y en provincias. En el área rural disminuyó de 77,1 a 72,5%. y la pobreza extrema de 49.8 a 40.3%, en provincias la pobreza cae de 63.3% a 57.7% y la pobreza extrema disminuye de 32.9% a 25.6%. En Lima Metropolitana la pobreza se ha incrementado de 31.8% a 36.6% y la pobreza extrema de 2 a 3.4%⁶.

¹ Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censo Nacional de población y Vivienda, 2005

² Oficina General de Epidemiología del Ministerio de Salud. Perú: Indicadores básicos de Salud, 2004

³ Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censo Nacional de población y Vivienda, 2005

⁴ Waldo Mendoza Bellido. Desarrollo y Pobreza en el Perú, 2001-2005: Crecimiento económico y pobreza. Documento de discusión. Pontificia Universidad Católica del Perú, 2005.
http://palestra.pucp.edu.pe/portal/especial_01/textos/pon02_02.pdf

⁵ *Relacionada a la incapacidad de los hogares de financiar una canasta básica de alimentos.*

⁶ Waldo Mendoza Bellido. Desarrollo y Pobreza en el Perú, 2001-2005: Crecimiento económico y pobreza. Documento de discusión. Pontificia Universidad Católica del Perú, 2005.
http://palestra.pucp.edu.pe/portal/especial_01/textos/pon02_02.pdf

Una forma complementaria de evaluar la pobreza es a través del fenómeno de desempleo periódico⁷, desde esta perspectiva el 68% de los hogares resultó ser pobre al menos una vez en los últimos cuatro años, y sólo el 32% resultó no pobre en el mismo período. Sólo el 25% de la muestra estudiada resultó ser pobre los cuatro años seguidos (pobres estructurales) mientras que el 43% restante está cambiando de status frecuentemente.⁸

Tabla N° 1
Dinámica de la pobreza y tipo de pobreza

	Lima	Urbano	Rural	Total
Al menos 1 año pobre	55	52	86	68
4 años	8	13	41	25
3 años	10	12	17	14
2 años	15	11	16	14
1 año	22	16	12	15
Ningún año pobre	45	48	14	32

• **ÍNDICES DE LA INCIDENCIA Y PROPAGACIÓN DEL VIH/SIDA**

El primer caso de SIDA en el Perú se ha reportado en el año 1983, desde ese entonces hasta el mes de octubre del 2005 las estadísticas oficiales de la Oficina General de Epidemiología del Ministerio de Salud (OGE) revela 17,678 casos notificados de SIDA y 23,657 personas infectadas por el VIH. La vía de transmisión más frecuente es la vía sexual con un 97% de los casos, la transmisión sanguínea 1% y la transmisión vertical 2%⁹.

En veintidós años de epidemia, la incidencia acumulada se concentra en el departamento de Lima y la Provincia Constitucional del Callao (73 % de todos los casos notificados de SIDA), en tanto el 27% se distribuye en el resto del país, siendo las ciudades con mayor incidencia de casos de VIH/SIDA: Ica, Loreto, La Libertad, Ancash, Piura, Arequipa, Junín y Lambayeque. 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 ha mantenido en los últimos 8 años¹⁰.

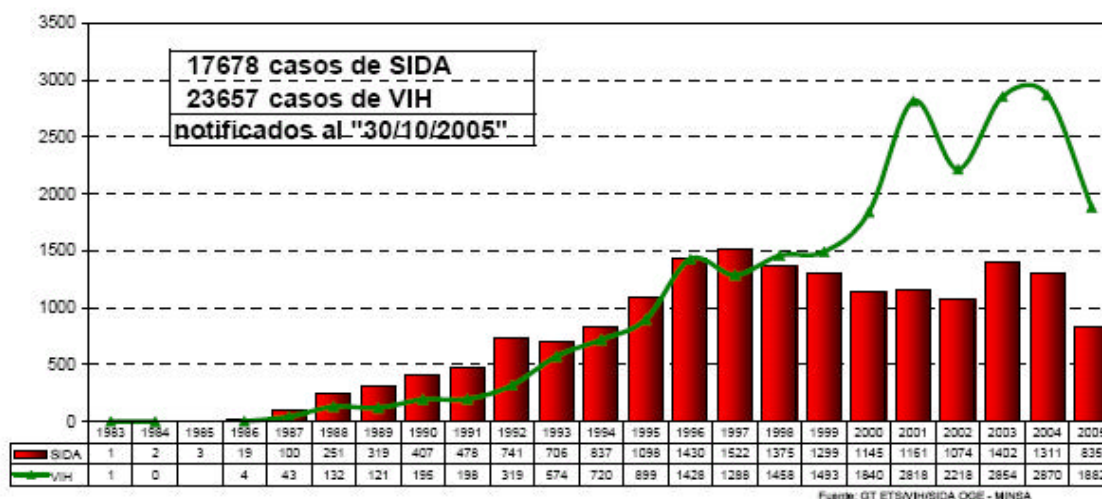
Gráfico N° 1
Casos de sida según año de diagnóstico, Perú, 1983-2005

⁷ En los últimos años a aparecido el fenómeno social del “empleo móvil”, que significa que una franja importante de la población pierde sus trabajos en el año y vuelve a recuperar posiciones en el mercado laboral tras un tiempo de paro. La duración media del empleo y desempleo se ha reducido. El 38% en la población en edad de trabajar cambia de status laboral (empleo-desempleo inactividad) al interior de un año y menos de la mitad de la PEA habitual tiene empleo 12 meses seguidos.

⁸ Francke, Pedro. Cambio institucional en los programas de lucha contra la pobreza: Perú 1980 – 2005. Documento de Trabajo. Lima, abril de 2005.

⁹ Oficina General de Epidemiología del Ministerio de Salud. Perú: Boletín epidemiológico. Octubre, 2005. <http://www.oge.sld.pe/vih/Boletin%202005/octubre.pdf>

¹⁰ Oficina General de Epidemiología del Ministerio de Salud. Perú : Boletín epidemiológico. Octubre, 2005. <http://www.oge.sld.pe/vih/Boletin%202005/octubre.pdf>



En los grupos vulnerables según información del Estudio de Vigilancia Centinela OGE 2002-2003, la prevalencia de VIH en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) es de 13.9% [N 3280, IC 95% 12.7%- 15.1%]. Estas cifras dan cuenta del perfil de una epidemia concentrada en las poblaciones de HSH, siendo estas poblaciones las más vulnerables al VIH. Sin embargo, hay que destacar que estas cifras no son representativas a nivel nacional sino que se centra en ciudades de alta prevalencia: Lima: 22.9%, Iquitos: 11.6%, Pucallpa: 5.7%, Arequipa: 6.6%, Sullana: 10.2%. Según la misma fuente la prevalencia de VIH en Trabajadoras Sexuales (TS) es de 0.49% [IC 95% 0.31-0.76%]. En gestantes de acuerdo con la Hoja de Monitorización del CETSS 2003 la estimación de la prevalencia de VIH es 0.50% [IC95% 0.47%-0.53%], mientras que de acuerdo al estudio de vigilancia centinela es de 0.21% [IC 95% 0.13-0.32%] en el 2002¹¹. No se cuenta en el país con cifras oficiales más recientes, limitando las conclusiones sobre el período de estudio. Actualmente, se vienen levantando los datos de vigilancia para HSH y Gestantes, siendo imposible de obtener algún dato adicional.

En relación a los HSH, se debe destacar que bajo este rótulo se ocultan importantes diferencias en las tasas de infección y prevalencia de la enfermedad. Pues no se distinguen la población de HSH cuya ocupación es el comercio sexual, de aquellos con otras ocupaciones, ni se distinguen las distintas identidades de género inmersas, apareciendo como un grupo homogéneo para el acopio de información y lo que es más grave, dificulta la implementación más efectiva de las estrategias de prevención y tratamiento. Si bien no se cuenta con cifras que nos aporten la importancia de la diferenciación al interior de los HSH a niveles poblacionales amplios, un estudio en una población focalizada, con muestra no representativa de la población HSH, realizado en Lima en el año 1996 y publicado en el 2002 encontró que 33% de

¹¹ Estudio de línea de base de los objetivos 1 a 4 del proyecto de acciones en VIH/SIDA. Fondo mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria, Abril 2005

los HSH transgénero y travestis encuestados tenían diagnóstico seropositivo, en contraste con el 18% de varones homosexuales, y 15% de varones bisexuales¹².

En relación a la transmisión vertical y los datos disponibles, es importante anotar que en el país la cobertura de parto institucional y control prenatal es limitada y diversa comparando las cifras regionales. Lo que lleva a que cualquier ponderación sobre las mujeres insertadas en los servicios sean bastante limitadas para representar la población de gestantes en general. Respecto a la proporción de hijos de madres VIH positivas que NO serorrevierten a los 18 meses es de 5.5% en madres controladas que recibieron AZT y 29.2% en madres no controladas que no recibieron AZT. Se demuestra un efecto protector de la terapia antirretroviral (OR: 0, 14, IC, 95%) con respecto a aquellos que no fueron tratados, debido a un diagnóstico posnatal tardío. El riesgo de infección se redujo de 1/3 a 1/20 en hijos de madres tratadas con AZT¹³.

La mayoría de personas adquiere la infección entre los 16 y los 24 años de edad y aproximadamente el 70 % de los afectados tienen entre 20 y 39 años de edad¹⁴, lo que además significa que es población en plena edad productiva. Hasta julio del 2005 el Boletín epidemiológico de la OGE informaba de 5231 muertes asociadas al SIDA, cabe mencionar que en esta cifra es bastante probable un problema de subregistro, asociado a los procesos de estigmatización presentes en la cultura peruana y en los servicios de salud particularmente.

La información dada por la OGE se basa en información de las vigilancias centinelas de 2002-2003, no habiéndose realizado los estudios de prevalencia de VIH en ninguna de las cuatro poblaciones: gestantes, HSH, TS y PPL. Actualmente se halla en curso el estudio en gestantes y en PPL, siendo programado para el 2006 el estudio en HSH. Para el caso de TS no está programada, pero se espera que los resultados del Estudio "Preven" en curso, puedan actualizar la información vigente. Esta condición de la información del gobierno ofrece serias dificultades para el análisis de la situación durante el período del informe.

- **PRESUPUESTOS Y GASTOS DEL SECTOR PÚBLICO EN EL ÁREA DE LA SALUD**

A lo largo de los últimos 5 años, el presupuesto del sector salud se ha ido incrementando año a año. En el año 2000 fue 1,727 millones de nuevos soles, en el 2002 fue 2,139 millones de nuevos soles y en el 2005 es 2,652 millones de nuevos soles. El presupuesto del sector salud es principalmente para gastos corrientes (alrededor del 90%), particularmente a lo que concierne a personal y

¹² Tabet S, Sanchez J, Lama J, Goicoechea P, Campos P, Rouillon M, Cairo JL, Ueda L, Watts D, Celum C, Holmes KK. HIV, syphilis and heterosexual bridging among Peruvian men who have sex with men. AIDS. 2002 Jun 14;16(9):1271

¹³ Velásquez-Vásquez C. Transmisión Vertical Del Virus De Inmuno Deficiencia Humana (VIH) Tipo 1. Instituto Materno Perinatal de Lima. Revista de Ginecología y Obstetricia, Perú 2002; 48(4): 235-242

¹⁴ Oficina General de Epidemiología del Ministerio de Salud.

obligaciones sociales, y bienes y servicios¹⁵. Es importante tener en cuenta que estos incrementos macros no encuentran simetría con el decrecimiento de los recursos para las intervenciones diversas (gastos no corrientes).

Tabla N°2
Presupuesto del Sector Salud Por Grupo Genérico de Gasto
(En Millones de Nuevos Soles – Toda fuente)

GRUPO GENERICO GASTO	2000	2001	2002	2003	2004	2005 (a)	2006 (b)	VARIACION	
								ABSOLUTA (b-a)	%
GASTO CORRIENTE	1,549	1,625	2,047	2,000	2,254	2,428	2,301	(127)	(5)
1. Personal y Obligaciones Sociales	364	424	619	765	852	1,004	1,033	30	3)
2. Obligaciones Previsionales	167	171	177	176	175	194	191	(3)	(2)
3. Bienes y Servicios	962	970	1,136	792	764	902	780	(121)	(13)
4. Otros Gastos Corrientes	55	60	116	267	462	329	296	(33)	(10)
GASTO DE CAPITAL	179	314	91	92	132	224	130	(94)	(42)
5. Inversiones	135	286	63	68	99	157	48	(109)	(69)
7. Otros Gastos de Capital	44	29	28	24	34	67	82	16)	24)
TOTAL	1,727	1,939	2,139	2,092	2,386	2,652	2,431	(221)	(8)

Fuente: 2000 - 2005 Presupuesto Institucional Modificado, 2006 Proyecto de Presupuesto

• OTRAS ESTADÍSTICAS RELEVANTES SOBRE SALUD

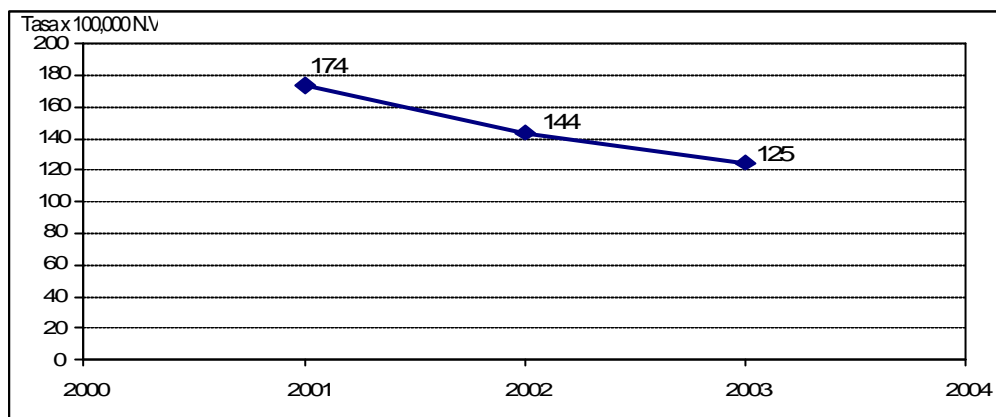
En los últimos 50 años se ha producido una reducción de la tasa bruta de mortalidad pasando de 21.6 defunciones por mil habitantes para el período 1950 -1955 a 6.2 para el período 2000-2005. Asimismo se han presentado importantes cambios en sus perfiles, en donde la mortalidad por enfermedades transmisibles ha descendido, incrementándose las producidas por causas externas y cáncer. A nivel nacional, la primera causa de defunción es la infección respiratoria aguda (Tasa de mortalidad: 77.01 por 100,000 hab.), le siguen las enfermedades del sistema urinario, enfermedades cerebro vasculares y las enfermedades isquémicas del corazón¹⁶.

La mortalidad materna en el Perú presenta una tendencia decreciente. En el año 2001 la tasa de mortalidad materna era de 174 por 100,000 N.V., en el año 2002 se redujo a 144 por 100,000 N.V. y en el 2003 a 125 por 100,000 N.V. Las estimaciones para los subsiguientes años dan cuenta de un descenso sostenido. A pesar del descenso observado aun se observan inequidades regionales, así en 15 regiones se observan razones de mortalidad materna mayores al promedio nacional, los valores mas altos corresponden a Puno, Ayacucho, Huanuco y Cajamarca; con menor Razón de mortalidad materna están Callao, Lima e Ica. Asimismo gran parte de las muertes maternas se produce en la población adolescente, pues de aproximadamente 1,200 mujeres que fallecen anualmente el 18 % son adolescentes.

¹⁵ Ministerio de Economía y Finanzas. Portal de Transparencia Económica, Consulta amigable SIAF – SP <http://ofi.mef.gob.pe/transparencia/default.aspx>

¹⁶ Oficina General de Epidemiología del Ministerio de Salud. Perú: Indicadores básicos de Salud, 2004

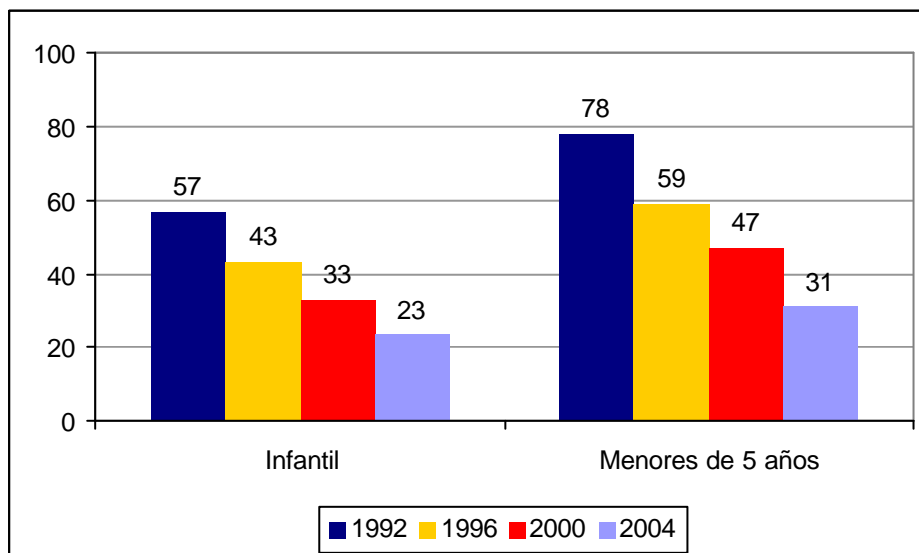
Gráfico N°2
Tasa de Mortalidad Materna – Perú 2001-2003



Fuente: Ministerio de salud, 2005

Por otro lado, la mortalidad infantil también se encuentra en continuo descenso a nivel nacional, de 57 por 1,000 N.V. en 1992 ha disminuido a 23 por 1,000 N.V. en 2004. Aproximadamente 7,200 niños menores de 1 año de edad fallecen cada año; para el período 2000-2005, el 50% de la población más pobre acumula casi el 70% de las muertes infantiles registradas en el país.

Gráfico N° 3
Tasa de Mortalidad Infantil – Perú (por 1,000 nacidos vivos)



Fuente: Ministerio de salud, 2005

Sección 2: Situación general de la respuesta al VIH/SIDA

2.1 Respuesta del gobierno peruano a la epidemia del VIH-SIDA

En la Constitución Política Del Perú de 1993, en el título I de la personas y la sociedad, el capítulo II de los derechos sociales y económicos, artículos 7º se destaca el derecho de todo ciudadano a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. En los artículos subsiguientes 9º, 10º y 11º se reconoce que el estado protege el derecho a la salud del medio familiar y la comunidad, y también reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, para su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida se garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento¹⁷.

Además el derecho a la salud está refrendado por la Ley General de Salud (Ley N° 26842), el Título I, de los derechos deberes y responsabilidades concernientes a la salud individual y en sus respectivos artículos que contempla que el derecho de las personas a la salud¹⁸

Por otro lado el Perú también está suscrito a tratados internacionales que de acuerdo al artículo N° 55 a la Constitución Política del Estado son normas para el país, esta precisión también concuerda con la Cuarta Disposición final del mismo cuerpo legal que precisa “las normas relativas a los derechos y a las libertades que la constitución reconoce se interpretan de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y con los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por el Perú”. Los tratados internacionales a los que el Perú está suscrito son:

- a. Declaración Universal de los Derechos Humanos Aprobada por Res. Legislativa N° 13282.
- b. Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, Aprobado por Decreto Ley N° 22129.
- c. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Aprobado por Decreto Ley N° 22128
- d. Convención Americana sobre los Derechos Humanos, “Pacto de San José de Costa Rica”. Aprobado por Decreto Ley N° 22231.
- e. Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador” Aprobado por Resolución Legislativa N° 26448.

Según la normatividad vigente no existen profesiones y/o comportamientos que sean ilegales como la homosexualidad, el consumo de drogas por vía

¹⁷ Constitución Política Del Perú, 1993. <http://tc.gob.pe/legconperu/constitucioncompleta.html>

¹⁸ Ley General de Salud. Ley N° 26842. <http://www.congreso.gob.pe/ntley/Imagenes/Leyes/26842.pdf>

intravenosa y el trabajo sexual. Lo que está penado es la comercialización de estupefacientes y el proxenetismo. Sin embargo, se dan procesos de alta censura institucionalizada a las y los trabajadores sexuales por parte de los gobiernos locales y la policía nacional sobre argumentos de cuidado del orden y las buenas costumbres.

Existe así mismo, en el Perú normas que reconocen los derechos de las personas viviendo con VIH/SIDA^{19 20}. Sin embargo de acuerdo al informe comparado sobre la situación del VIH/SIDA y los derechos humanos en la Comunidad Andina de Naciones²¹ las personas enfrentan serias dificultades en cuanto al acceso a los servicios de salud o en la sostenibilidad de los mismos cuando logran su acceso. También se sostiene en dicho informe que a pesar de la existencia de las normas que recogen los principios de autonomía de la voluntad, reserva de la confidencialidad, derecho al trabajo, protección al trabajador en el caso de despido por discriminación, la situación de las personas que viven con el VIH/SIDA continúa plagada de una serie de maltratos que, en la mayoría de los casos, atentan contra sus derechos fundamentales teóricamente protegidos por las normas nacionales.

De acuerdo al Informe sobre la situación del VIH/SIDA y Derechos Humanos en Perú para el seguimiento al cumplimiento de las obligaciones emanadas de la declaración de compromisos en la lucha contra el VIH/SIDA, se destaca que “a pesar de la normatividad existente en relación a los derechos de las personas viviendo con VIH/SIDA éstas no son respetadas, por las autoridades como tampoco por la población que en su mayoría desconoce la existencia de la normatividad, y ante tal situación los derechos son vulnerados u omitidos, transgrediendo de esta forma el principio básico del respeto que se debe tener hacia el otro”²².

Por otro lado, hay que destacar el rol fundamental de La Defensoría del Pueblo como institución encargada de defender los derechos constitucionales de la persona y de la comunidad, así como supervisar el cumplimiento de los deberes de la administración estatal y la prestación de servicios públicos. De acuerdo a los informes de seguimiento de los derechos de las personas viviendo con VIH/SIDA, el rol de la defensoría en relación al tema ha sido activa en la promoción de una cultura de la igualdad, sobre todo en lo referido al SIDA, situación en la que se presenta una fuerte discriminación lo que permite que estas personas sean maltratadas, también consideran que una de las principales necesidades de las PVVS es el derecho al acceso de medicamentos básicos, asimismo colabora con diversas instituciones y PVVS, solicitando información y

¹⁹ Ley CONTRASIDA N° 26626.

²⁰ Modificatoria de la Ley CONTRASIDA DS 004-97-SA.

²¹ Comunidad Andina de Naciones. Situación del VIH/SIDA y los derechos humanos en la Comunidad Andina de Naciones: Seguimiento al cumplimiento de las obligaciones emanadas de la declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA. Diciembre 2003. LACCASO y Vía Libre

²² Gutiérrez J. Informe sobre la situación del VIH/SIDA y derechos humanos en Perú para el seguimiento al cumplimiento de las obligaciones emanadas de la declaración de compromisos en la lucha contra el VIH/SIDA, Mayo 2003. Informe realizado por LACCASO y Vía Libre

haciendo seguimiento para cumplimiento de las Medidas Cautelares concedidas a favor de PVVS por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, al ser dicha información muy restringida por parte de los organismos competentes como el Ministerio de salud y el Ministerio de Relaciones Exteriores²³.

La Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud (CONAMUSA) es un organismo de coordinación, constituido con la representación del gobierno, la cooperación internacional bilateral y multilateral, la sociedad civil y las organizaciones de personas directamente afectadas con el VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria en el país. La CONAMUSA, se establece como un asocio que intenta promover y construir consensos, desarrollar mensajes y conceptos compartidos entre todos los sectores, cerrar la brecha entre lo público y lo privado y complementar y fortalecer lo que desde los Gobiernos se trabaja en torno a la prevención del VIH/SIDA, Tuberculosis, y Malaria. La CONAMUSA ha desarrollado un Plan estratégico para el mediano y largo plazo y un plan de acción para el corto plazo²⁴. A continuación se detalla los objetivos estratégicos de la CONAMUSA.

ESTRATEGICOS	OBJETIVOS ESTRATEGICOS A 3 AÑOS
INCIDENCIA POLITICA	Los ministerios involucrados en la CONAMUSA han incorporado los objetivos y metas de la lucha contra el VIH/SIDA, Tuberculosis y han asignado presupuestos consistentes con ellos. Los objetivos deben incorporar los derechos de los ciudadanos.
COMUNICACIÓN Y DIFUSION	La opinión pública, instituciones y empresas conocen la gravedad del problema de VIH/SIDA y TBC; respalda y vigilan las iniciativas de lucha contra estas epidemias.
ARTICULACION ENTRE ACTORES	Las instituciones miembros de la CONAMUSA integran sus recursos y capacidades en torno a los planes nacionales por la lucha contra el VIH/SIDA y Tuberculosis.
FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONES DE PERSONAS AFECTADAS	Mayor porcentaje de población afectada esta mejor organizada y unida y logra efectividad en el ejercicio de los derechos y cumplimiento de sus deberes en VIH/ SIDA y TBC.
INTERAPRENDIZAJE	El interaprendizaje ha contribuido a la armonía institucional, y ha posibilitado mejorar la efectividad de las acciones de la CONAMUSA en la lucha contra el VIH/SIDA y Tuberculosis.
CAPTACION DE RECURSOS	La CONAMUSA cuenta con sistema de captación de fondos a nivel nacional e internacional que le permite ejecutar acciones de su plan de lucha contra el VIH/SIDA y Tuberculosis.

Fuente: Página Web CONAMUSA (Consulta: dic 2005)

En el último quinquenio el MINSA desarrolló un Plan Estratégico para la Prevención y Control de las ITS/VIH/SIDA 2001 – 2004. El Plan incluía cinco objetivos específicos y catorce resultados esperados; para la operativización de los cuales se plantearon nueve estrategias. Además el Plan presenta 31 indicadores para su evaluación.

²³ Ibid.

²⁴ <http://www.conamusa.com/conamusa/index2.php>

De acuerdo al estudio de evaluación del Plan Estratégico 2001-2004²⁵, éste responde a las necesidades del MINSA, se han dejado de lado elementos importantes vinculados con la cultura y comportamientos sexuales, no se promovieron mecanismos para lograr respuestas sociales multisectoriales, y además, no reconoce a la sociedad civil como actor relevante. También destaca que no existe evidencias que los planes fuesen aprobados formalmente por instancia alguna y, consecuentemente, no se asignaron los presupuestos requeridos para su implementación.

Por otro lado en el mismo estudio²⁶ se menciona que las estrategias no definen formas de abordaje y facilitación para el logro de los objetivos planteados y en general no articulaban el concurso de otros sectores y actores para la respuesta social al VIH/SIDA. En cuanto a la evaluación del plan se menciona que sólo seis indicadores podían ser obtenidos directamente el resto de ellos presenta un alto costo porque implica preparar estudios de vigilancia centinela o estudios especiales y/o su inclusión en encuestas poblacionales.

En cuanto al financiamiento del estado para el VIH/SIDA, no se cuenta con información disponible debido a como está estructurada la programación presupuestal. Sin embargo de acuerdo al Informe de la Evaluación del Plan Estratégico 2001 – 2004, en el 2003 el monto asignado para acciones de prevención y control del VIH/SIDA, por los distintos ministerios fue de 7.29 millones de nuevos soles (aproximadamente, 2.1 millones de dólares americanos). A excepción del MINSA y las actividades de COPRECOS, para el año 2004 la mayor proporción de los fondos del resto de ministerios (Ministerios de Educación y Justicia) fueron contrapartidas al financiamiento del Fondo Mundial. De ahí otra información que se dispone es la del año 2000 donde el MINSA otorgo un monto de 18.5 millones de nuevos soles (aproximadamente 6,2 millones de dólares americanos) al PROCETSS (dirigidos esencialmente a las actividades de comunicación para la prevención, mercadeo social del condón, tamizaje y diagnóstico, manejo de ITS, intervenciones en grupos vulnerables y vigilancia). En la actualidad al haberse establecido el Modelo de Atención Integral de Salud y haberse eliminado la organización por Programas resulta difícil tener acceso a dicha información²⁷. Se hizo una solicitud formal a la ESN de los presupuestos para el último quinquenio, solicitud recibida y hasta el momento no contestada.

Los procesos de desarrollo de los dos últimos planes estratégicos nacionales han sido desarrollados íntegramente desde el Ministerio de Salud sin comprometer a otros sub-sectores al interior del Sector Salud (Seguro Social-EsSalud, Sanidad de Fuerzas Armadas y Policiales-COPRECOS, sector privado) y menos aún a otros sectores como el Ministerio de Educación, el Ministerio de la Mujer y

²⁵ MINSA-ONUSIDA – Proyecto Policy. Evaluación del Plan Estratégico del MINSA, 2001 – 2004 para la Prevención y Control del VIH / SIDA en el Perú. Informe final. Lima, Perú, Septiembre 2005

²⁶ Ibid. 26

²⁷ Ibid. 26

Desarrollo Humano, o el Ministerio de Trabajo. La participación de la sociedad civil ha sido muy limitada al haber una convocatoria reducida y los procesos de muy corto plazo. Un proceso de mayor duración podría asegurar que los interlocutores de la Sociedad Civil realicen procesos de consulta con sus organizaciones y postulen apreciaciones y posiciones más representativas de su colectivo.

A mediados del año 2002 se inicio un proceso participativo apoyado por ONUSIDA para desarrollar el Plan Multisectorial de Prevención y Control del VIH-SIDA, se iniciaron las coordinaciones y reuniones iniciales contando con facilitadores internacionales. Lamentablemente, el proceso resultó trunco debido a dos circunstancias que se dieron en la misma época, por un lado la falta de voluntad política del Ministerio de Salud que no asumió el liderazgo del proceso, y de otro lado, una Sociedad Civil que tampoco presionó para la continuación del mismo, girando su atención hacia el diseño y posterior implementación del Proyecto de Fortalecimiento de la Prevención y Control de la Tuberculosis y el VIH-SIDA en el Perú. La agenda del proyecto mencionado superó las posibilidades de acción y reflexión de las organizaciones de la Sociedad Civil.

En torno a la obligatoriedad de los médicos de reportar los resultados positivos de la prueba de VIH en el país, en efecto, existe un listado de enfermedades que están sujetas a vigilancia epidemiológica activa. En ese listado se encuentran los resultados positivos de la prueba de VIH. Esta regulación afecta a todos los servicios públicos, mas no al sector privado.

Por último, sobre las terapias del tratamiento ARV, se han desarrollado dos terapias. La de primera línea o NAIVE y la de segunda línea o RESCATE.

Número de tratamientos adquiridos a IDA hasta noviembre del 2004²⁸

Esquema	Total
Naive A: zidovudina* + lamivudina* + nevirapina*	2825
Naive B: estavudina* + lamivudina* + nevirapina	363
Naive C: didanosina + lamivudina + nevirapina	363
Especial 1: zidovudina + lamivudina + efavirenz	72
Especial 2: zidovudina + lamivudina + indinavir	57
Especial 3: zidovudina + lamivudina + nelfinavir	17
Especial 4: zidovudina + lamivudina + abacavir	24
Especial 5: estavudina + lamivudina + ritonavir* + saquinavir*	14
Especial 6: didanosina* + lamivudina + ritonavir + saquinavir	15
Rescate 1: ritonavir + lopinavir + lamivudina + estavudina	139
Rescate 2: ritonavir + lopinavir + lamivudina + didanosina	142
Total	4030

(*) zidovudina (AZT), lamivudina (3TC), nevirapina (NVP), estavudina (D4T), didanosina (DDI), lopinavir (LPV), ritonavir (RTV), saquinavir (SQV).

²⁸ CARE. Cuarto Informe Trimestral VIH/SIDA (16 de agosto 2004-30 de noviembre 2004). En AIS-LAC, Beneficios y Riesgos de las iniciativas Público – Privadas orientadas a incrementar el acceso a medicamentos para el VIH-SIDA en el Perú. 2005

Sección 2: Situación general de la respuesta al VIH/SIDA

2.1 Participación y movilización de la sociedad civil en la Respuesta Nacional al VIH-SIDA

La Sociedad Civil activa en VIH-SIDA en el país es numerosa y dinámica. Ha llevado adelante procesos de abogacía, prevención, atención, tratamiento, apoyo, investigaciones que enriquecen la experiencia del país, siendo que algunas instituciones que la conforman inician sus actividades en el primer lustro de la década pasada.

Las organizaciones de Sociedad Civil han generado importantes transformaciones y se han mantenido alerta sobre los avances y retrocesos de la respuesta nacional. En el año 2001 denunciaron públicamente los retrocesos y vacíos generados por la reforma del Ministerio de Salud y la poca voluntad política de la gestión de entonces. Desde ese mismo año se establece como objeto de incidencia el acceso a tratamiento y se desarrollan diversas actividades en esa dirección. Ejemplo el Simposio Internacional de Acceso a Tratamientos, acciones legales y denuncias en la CIDH. En el año 2002 impulsó la propuesta al Fondo Mundial, generando gran presión al Gobierno para asumir el proceso con una perspectiva multisectorial.; en momentos en que el MINSA adolecía de una voluntad política clara y necesaria para responder a la epidemia, logrando un trabajo articulado y presentando la propuesta país que sería aprobada y financiada.

A partir de esa experiencia, y por exigencias de las Bases del Concurso se conforma La Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud (CONAMUSA), siendo un organismo de coordinación, constituido con la representación del gobierno, la cooperación internacional bilateral y multilateral y la sociedad civil, incluyendo a las organizaciones de personas directamente afectadas con el VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria en el país. La CONAMUSA, se establece como un asocio que intenta promover y construir consensos, desarrollar mensajes y conceptos compartidos entre todos los sectores, cerrar la brecha entre lo público y lo privado y complementar y fortalecer lo que desde los Gobiernos se trabaja en torno a la prevención del VIH/SIDA, Tuberculosis, y Malaria. La CONAMUSA ha desarrollado un Plan estratégico para el mediano y largo plazo y un plan de acción para el corto plazo²⁹.

En el CONAMUSA participan representantes de las organizaciones no gubernamentales, delegados de dos universidades (una pública y otra privada), delegados de las organizaciones de personas afectadas, para el caso de SIDA, están presentes la Coordinadora Nacional Peruanos Positivos y la Red de Mujeres viviendo con VIH. Los procesos de elección de participantes si bien en su momento fueron amplios y autónomos, en este momento muestran algunas dificultades para la participación, al no establecerse mecanismos de reelección

²⁹ <http://www.conamusa.com/conamusa/index2.php>

periódica e inclusión de nuevos actores.. La actual presidenta de la CONAMUSA es la ministra de salud, el vicepresidente es un representante de la sociedad Civil (elegido por la Asamblea de la CONAMUSA) y el secretario ejecutivo es delegado de una organización no gubernamental interconfesional. Lo que muestra la rectoría del MINSA y la presencia activa de organizaciones de la Sociedad Civil.

Esta coordinadora, que se conforma en el 2002, logra recién en el año 2005 instalarse orgánicamente, siendo registrada en el marco normativo del MINSA por decreto supremo firmado por el Presidente de la República. Para los miembros de la Sociedad Civil las expectativas sobre esta organización multisectorial son diversas. Existen visiones críticas que plantean que la agenda de la CONAMUSA está demasiado circunscrita al Proyecto financiado por el Fondo Mundial, que la convocatoria y participación de otros sectores del Estado ha sido parcial o por lo menos sin éxito y que existen problemas de representatividad de los delegados que la conforman. En todo caso, la experiencia resulta ser un primer intento de concertación multisectorial, y en la medida que construya procesos de participación amplia, que convoque activamente a otros sectores(Ministerio de Economía, Ministerio de Trabajo, Sector Privado, Poblaciones Vulnerables, entre los más importantes) y logre incorporar en su agenda las necesidades nacionales -más allá de los proyectos actuales-, logrará institucionalización y legitimidad en toda la Sociedad, Política y Civil.

Sobre la información existe un marco normativo sobre transparencia de la gestión pública y la propiedad pública de los datos generados por las instituciones estatales. Sin embargo en cuanto a la información disponible se puede afirmar su limitada existencia. Los sistemas de información estatales tienen serias limitaciones de eficiencia, oportunidad, acceso y adecuación cultural. De eficiencia porque existe una gran cantidad de dato, muchas veces disperso o poco procesado que no responde a una organización sistémica, duplicándose esfuerzos de procesamiento y análisis. De oportunidad, porque la entrega de información se realiza en procesos muy largos, por ejemplo para la construcción del presente informe los datos oficiales disponibles corresponden a las vigilancias centinelas 2002-2003. De acceso, porque no existen canales institucionales de difusión de la información, realizándose gestiones que muchas veces resultan discrecionales. Y de adecuación cultural que confluye a la limitación del acceso, porque la presentación de la información no es pensada en función de las distintas audiencias que conforman la sociedad civil; a menudo, se dirige a un público académico especializado, pero no se trabaja la difusión para otras poblaciones de afectados y, menos aún si pensamos en poblaciones de otras regiones del país.

En cuanto a la inserción y escucha a la Sociedad Civil en los procesos que desarrolla el gobierno, durante el período 2001-2005 se perciben dos períodos: entre 2001-2003 y 2004-2005. La referencia al primer período es bastante

negativa, en relación a las acciones del MINSA y de la poca disposición al diálogo y la intolerancia a la diversidad de criterios. En el siguiente período, se percibe apertura al diálogo y disposición de escucha. Sin embargo, se considera urgente institucionalizar procesos de inserción y diálogo con la Sociedad Civil que permitan superar las disposiciones y creencias personales de las autoridades de turno.

En el año 2003 y 2005 se han realizado procesos de evaluación del cumplimiento de compromisos del UNGASS, ambos procesos han sido llevados con algunas limitaciones en la participación de la Sociedad Civil. En el primer año por la perspectiva conservadora del MINSA y su distanciamiento de la Sociedad Civil, el segundo caso por los períodos tan cortos que ejecución de la evaluación que han impedido un proceso de mayor reflexión y contribución al informe país.

La versión final de la evaluación del año 2003 nunca fue difundida. Una versión preliminar fue conocida pero no muy ampliamente, sumado a que los formatos de presentación no se transforman para llegar a poblaciones diversas. El objeto físico puede estar disponible pero en términos reales las reflexiones no son accesibles necesariamente a diversos públicos.

El conocimiento de los Compromisos asumidos por el Estado en UNGASS son conocidos por los actores de la sociedad civil en diversos niveles. Existen quienes los manejan conceptualmente y han logrado transformarlo en herramienta para sus acciones de abogacía. Un ejemplo fue que la Sociedad Civil logró que el MINSA firme la Propuesta al Fondo Mundial en el 2002, cuando las autoridades ofrecían resistencia a la lucha frontal contra la epidemia y cuando la propuesta contemplaba responsabilidades programáticas y presupuestales de envergadura. Dicho proyecto basó, en gran medida, sus metas en los Compromisos asumidos en UNGASS a pedido y planteamiento de la Sociedad Civil.

Otros actores reportan sólo tener conocimiento de ellos y un tercer grupo de actores, de reciente inserción en el campo de VIH_SIDA, reportan que en el proceso del presente informe se han informado sobre los compromisos.

Los problemas en el lugar de trabajo de las PVVS no ha sido un campo de acción del gobierno, pero tampoco ha sido parte de las agendas de la Sociedad Civil. Incluso es muy reducida la información que se tiene al respecto.

La Sociedad Civil en el país proporciona:

- La perspectiva desde la vivencia del VIH y de las situaciones de vulnerabilidad que aportan a la reflexión de las estrategias para generar una respuesta nacional adecuada a las necesidades, imaginarios y condiciones sociales, económicas y culturales de las poblaciones meta y con ello influir favorablemente a su eficacia.

- Conocimientos epidemiológicos y sociales a través de las investigaciones que ayudan a superar los vacíos de información que tiene el sistema de información nacional.
- Conocimientos abstractos y operativos sobre estrategias innovadoras de intervención en promoción y prevención a distintas poblaciones a través del trabajo desarrollado por ONGs y PVVSs en intervenciones similares a poblaciones focalizadas.
- Conocimientos y Experticia en atención y tratamiento a PVVS, pues existen instituciones de SC que vienen proporcionando atención y tratamientos hace varios años.
- Estrategias de apoyo y soporte a afectados en etapas terminales y apoyo a niños afectados y huérfanos, superando en alguna medida el vacío de las acciones de gobierno que no responden a estas necesidades.
- Abogacía para la protección de los derechos humanos y derechos de las PVVS

En un proceso autocrítico se considera como debilidades y retos a futuro lo siguiente:

- Gran parte de estas potencialidades se han visto implementadas en los procesos del Proyecto financiado por el Fondo Mundial, sin embargo, aún resta fortalecer las vinculaciones al interior de la propia Sociedad Civil que pueda retroalimentar estos procesos y vigorizar las acciones conjuntas.
- Una debilidad importante es la ausencia de sistemas organizados de vigilancia. Existen una serie de reportes de las instituciones que quedan en términos de anécdotas y no se constituyen en casuística, lo que no permite sostener acciones de abogacía y defensa de los Derechos de las PVVS y otras poblaciones vulnerables.
- La agenda implícita de la Sociedad Civil en torno al VIH-SIDA está centrada aún hacia la prevención, atención y tratamiento ligada al Sector Salud. Se ha incorporado muy tímidamente la lucha contra el estigma y la discriminación hacia las condiciones de vulnerabilidad que influyen en la transmisión: trabajo sexual, homosexualidad, sexualidad activa en adolescentes; las necesidades en torno al espacio laboral; las reflexiones sobre la familia y la escuela; entre otras, que conllevan a acciones de coordinación y abogacía hacia otras instituciones del Estado.

- Existe gran debilidad para convocar a otros actores de la Sociedad Civil que no trabajan directamente en el campo de VIH-SIDA para fortalecer acciones conjuntas. No se incorporan actores del sector privado. Tampoco se han podido articular los procesos de la SC en torno al VIH-SIDA con procesos mayores en relación a la Salud y el Desarrollo que conlleva a la coordinación y articulación con otras organizaciones de SC abocadas a otros problemas o situaciones de salud o derechos.

Sección 3: Políticas Nacionales sobre el VIH/SIDA y su implementación

3.1 Acceso a tratamiento, cuidado y apoyo

En el periodo 2001-2005 el mayor adelanto en la respuesta nacional contra el VIH-SIDA se ha dado en el campo del acceso a tratamiento con antiretrovirales universal y con medicamentos gratuitos. Antes del 2004, como antecedente de entrega de tratamiento antiretroviral desde el MINSA se puede citar los 35 tratamientos a recién nacidos de madres que vivían con VIH, dirigidos fundamentalmente a controlar la transmisión vertical.

Según cálculos para el año 2002 se estimaba que 9 mil personas necesitaban tratamiento con ARV y que sólo el 25% accedía a él, tomando en cuenta los beneficiarios del Seguro Social, de las Fuerzas Armadas y Policiales y la ONG Aids for Aids que brindaban tratamiento³⁰. Es en mayo del 2004 que la Estrategia Sanitaria Nacional inicia el Programa TARGA (Programa de tratamiento antiretroviral de gran actividad) con el apoyo financiero del Fondo Mundial. Hasta el 28 de noviembre de 2005 el número de personas que reciben tratamiento en el país alcanza a 6,298.

Tabla N°3
Número de Personas que reciben Tratamiento con Antiretrovirales en el Sector Salud

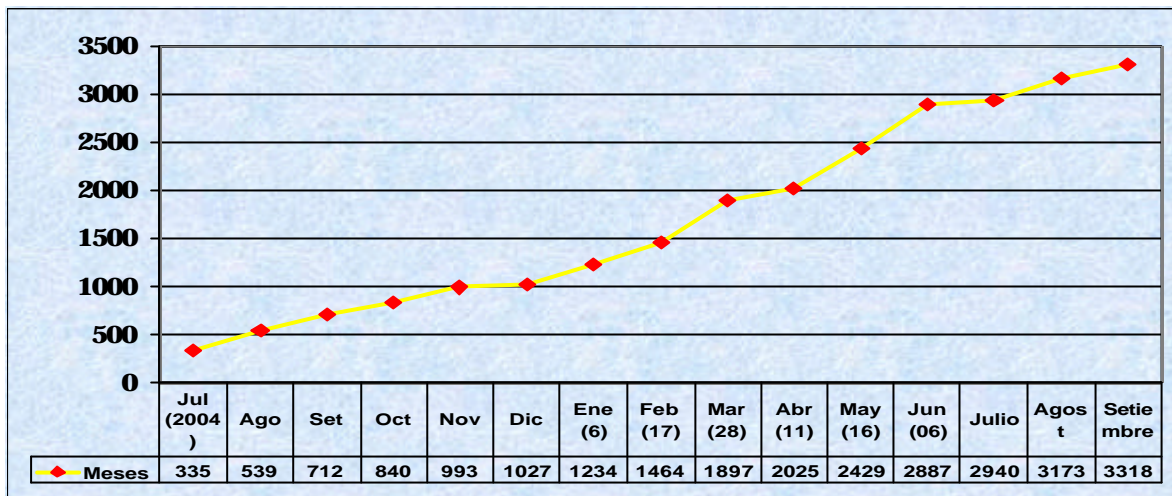
Sub sector de Salud	N° de personas que reciben tratamiento con antiretrovirales
MINSA	3752
Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales (COPRECOS)	213
Seguro Social (ESSALUD)	2333
Total	6,298

Fuente: Estrategia Sanitaria Nacional. Dic 16 .2005

Es importante anotar que no se tiene información de las personas que acceden a tratamiento en servicios de atención de salud privados. Suponemos que por el costo de los medicamentos en el país y la centralización de su acceso a zonas urbanas y de mayor desarrollo, estas personas pertenecen a sectores socioeconómicos medio-alto y alto y corresponden a una cifra menor.

³⁰ Public-Private Initiatives AFMED at Increasing Access to AIDS Medicines. Phase I. Country Situation Analysis – Perú. AIS-LAC. Lima, agosto del 2004

Personas con VIH en Tratamiento Antiretroviral (TARGA) a Nivel Nacional
Julio 2004 – Septiembre 2005



Fuente: Programa de Fortalecimiento de la prevención y control del VIH SIDA-Fondo Global

Los tratamientos del MINSA se iniciaron en cinco hospitales de las ciudades de Lima y Callao que concentran la mayor prevalencia de VIH-SIDA. La oferta se ha ido extendiendo en el espacio nacional, para inicios de diciembre de 2005 se dan tratamientos en 54 servicios de salud públicos y tres ONGs: Vía Libre, Impacta y Hogar San Camilo.³¹ Sin embargo, según cifras del mes de agosto, el porcentaje de los tratamientos en otras regiones diferentes a Lima y Callao representaba el 10% del total de tratamientos, siendo que en conjunto constituyen el 25 % de los casos a nivel nacional. Situación que muestra algunas dificultades de implementación del Programa TARGA a nivel nacional.

Desde 1997 en el país se hace entrega de tratamiento profiláctico para el control de las enfermedades oportunistas, sin embargo en base a entrevistas a profesionales de la salud que trabajan en el Programa y por comparación con las Guías Internacionales la profilaxis es incompleta y su abastecimiento es irregular. El tratamiento de las enfermedades oportunistas no es gratuito y es solventado por las propias PVVSS lo que supone serias limitaciones por los exiguos recursos con que cuentan.

El acceso a los medicamentos antiretrovirales es por varias vías. Se encuentran en el mercado privado, siendo que para un esquema de primera línea por persona y por año, pueden costar hasta la cantidad de 15,000 nuevos soles (\$4500³² dólares americanos aproximadamente) con medicamentos de marca y entre 3,500 y 4000 nuevos soles (\$1050 y \$1200 dólares americanos aproximadamente) con medicamentos genéricos³³. No se

³¹ AIS-LAC, Beneficios y Riesgos de las iniciativas Público – Privadas orientadas a incrementar el acceso a medicamentos para el VIH-SIDA en el Perú.

³² Calculado sobre el Tipo de cambio US de 3.41 nuevos soles. 15 dic 2005

³³ Ibid.

tienen registros del número de personas con tratamiento antiretroviral en el sistema privado, con excepción de las ONGs adscritas al programa TARGA.

También se accede a ellos a partir del Seguro Social y la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales. Así mismo, existen tres ONGs: Vía Libre, Impacta y el Hogar San Camilo, que reciben los medicamentos a partir del financiamiento del Fondo Mundial, estando la logística y recursos humanos proveídos por las propias organizaciones. Además otras dos ONGs: Médicos Sin Fronteras y Aids for Aids, que brindan tratamientos con recursos propios para un número reducido de PVVSs.

Son 54 establecimientos del MINSA que brindan acceso gratuito (sólo medicamentos de la terapia) a ARVs según datos de la ESN para el 15 de diciembre del 2005, habiendo tenido como meta para finales del mismo sumar 114 establecimientos MINSA incorporados al programa TARGA.

El programa TARGA del MINSA tiene metas de tratamiento a nivel país, que se encuentran planteadas en los compromisos con el Fondo Mundial, tanto en lo referente a su implementación como en su financiamiento. Según la propuesta presentada por la CONAMUSA (liderada por el MINSA y financiada por el FM) se planteaba que para el primer año (2004) del proyecto se incorporaría a TARGA a 7000 PVVSs y para el año 2007, según la reprogramación planteada en segunda fase, se espera llegar y mantener los 9000³⁴. La participación financiera del MINSA será cada vez mayor siendo que a los 5 años el programa se sostendrá íntegramente con recursos del Estado Peruano. Las metas propuestas para la primera fase rápidamente mostraron sus buenas intenciones pero poca factibilidad, siendo que durante el primer año no se alcanzó la meta trazada. Esta limitación de cumplimiento puso en cuestión el financiamiento del FM, quienes pusieron como requisito para la continuidad del financiamiento alcanzar para el primer año el 30% de la meta fijada, meta superada con gran esfuerzo.

Este retraso en el cumplimiento de la metas se explica por las condiciones de la implementación, ya que el sistema prestador no estaba listo para la instalación del TARGA y la ESN había visto reducidas sus grados de libertad en la toma de decisiones a consecuencia de la reforma del sector iniciada en el 2001. Tomó tiempo el fortalecer capacidades y gestionar los procesos, siendo que en el último período la inserción de las PVVSs al programa de tratamiento ha mostrado mayor dinamismo. En la actualidad la cobertura se encuentra por encima del 70% de la meta establecida.

³⁴ El número estimado de personas que viven con VIH-SIDA y que necesitan tratamientos ha variado en estos últimos tres años por problemas de estimación. En el año 2002 la ESN estimaba para el 2,004 en 9000 personas con necesidad de tratamiento. En el 2005 la ESN en base a una consultoría desarrollada por un equipo de Investigadores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia responden a la consulta hecha por Vía Libre con fecha 15 de diciembre brinda una cifra de 7000 personas.

Para ingresar al Programa TARGA las personas con diagnóstico seropositivo deben acceder a pruebas de CD4 y CV, siendo los parámetros de ingreso según norma: CD4 menor a 200 y CV mayor a 50,000. Luego, la persona es evaluada por el equipo de salud (médico/a, psicólogo/a, trabajador/a social, enfermero/a) Los criterios de selección para TARGA incorporan el criterio de soporte familiar, es decir, para ser aceptado en el programa la PVVS debe estar acompañada por un familiar y tener un domicilio permanente. Esta restricción para personas que no cuentan con soporte familiar en la práctica se ve flexibilizado al considerar allegados o amigos, dependiendo de la disposición personal de los proveedores de salud.

Sobre el número de personal entrenado en sistema de salud para implementar el Programa TARGA es importante mencionar que se dio un proceso de capacitación a nivel nacional sobre el Manejo del Tratamiento ARV. En estos momentos se cuenta en ese proceso de capacitación continua con 64 médicos a nivel nacional. Sobre ello se puede afirmar que el número es reducido, la selección de personal a capacitarse no corresponde necesariamente al personal actualmente en ejecución por razones de alta movilidad laboral al interior de los servicios de salud. Y las dimensiones interpersonal del tratamiento y de derechos humanos de las PVVS no fueron integradas en el contenido de la capacitación.

Así mismo, se observan limitaciones en el sistema de monitoreo y evaluación del personal que comprende la ESN en los distintos niveles.

No existen en el país Programas de Educación sobre Tratamientos, siendo que las personas de población general y poblaciones vulnerables no cuentan con información muchas veces básica y menos aún detallada sobre tratamientos ARV. Tampoco existe este programa para PVVS, siendo que algunas organizaciones de la Sociedad Civil y de poblaciones PVVS han venido desarrollando actividades puntuales en torno a ello, los esfuerzos son muy débiles y no puede considerarse la existencia de un Programa Educativo con este fin y

Sobre las restricciones formales e informales para el acceso a tratamiento, se puede afirmar que las restricciones formales están dadas para PVVS que no tienen red familiar y para personas con labores o quehaceres que le obligan a domicilios itinerantes. Teniendo en cuenta que el VIH-SIDA tiene una fuerte estigmatización en la sociedad, y siendo la familia un espacio donde se reproduce muchas veces la discriminación hacia ellos, estos criterios resultan en barreras para el acceso; más aún, en poblaciones como los HSH y las y los TS que por sus comportamientos transgresores al estándar hegemónico se encuentran en menor posibilidad de contar con el apoyo de sus familias.

El acceso también queda restringido a través de la poca información que se brinda a la población sobre el acceso a tratamiento, el costo de las atenciones, el costo de las pruebas, a pesar de que por norma no den exceder los 20 soles (6 dólares) . La demora en la entrega de los resultados de las pruebas que están centralizadas para su análisis en el Instituto Nacional de Salud lo que implica congestión y consecuente demora, más aún si consideramos la atención en otras regiones del país. La existencia de estigma y discriminación en los servicios de salud³⁵.

Respecto al acceso a adolescentes y jóvenes menores de edad hay vacíos legales que pueden generar inacción frente a necesidades específicas de estas poblaciones. Es importante señalar que los adolescentes trabajadores y trabajadoras sexuales también comparten estas limitaciones, pues para su ingreso en el Programa TARGA necesitarías el acompañamiento del padre o tutor.

Por otro lado, una barrera importante para el acceso y adherencia a TARGA lo constituye las dificultades observadas en el proceso de compra, almacenamiento y distribución de medicamentos, en un reciente estudio de AIS-LAC³⁶ en entrevistas realizadas a coordinadores del programa en los establecimientos de salud muestran amplia preocupación por el retraso en la distribución, recibir medicamentos con fechas de expiración a corto plazo, remesas de medicamentos con concentraciones no consideradas en los protocolos, desabastecimiento de algunos medicamentos (como el caso de efavirenz que no hubo en establecimientos de marzo a julio del 2005). Esta falta de suministros ha llevado en algunos casos³⁷ a situaciones complejas como la compra de medicamentos por parte de los pacientes o el cambio de esquema con los problemas de salud individual y pública y la vulneración del derecho a la salud de los usuarios.

Como brechas complementarias a lo expresado anteriormente, en el Programa TARGA se pueden citar las dificultades de capacidad diagnóstica de los laboratorios para enfermedades oportunistas, las debilidades del sistema de información y monitoreo de la terapia y las dificultades para una atención integral.

El sistema de atención hospitalario en el país tiene limitaciones estructurales para brindar atención oportuna y de calidad a sus usuarios. Las limitaciones presupuestales, las carencias a niveles de estructura física, equipo y las bajas retribuciones salariales a los trabajadores de salud profesionales y no profesionales constituyen un escenario de precariedad. Es en este escenario en el cual se desarrollan las atenciones a enfermos terminales de VIH-SIDA, lo que resulta agravándose por la ausencia de una estrategia diseñada para

³⁵ Estigma y Discriminación: la mirada de las personas viviendo con VIH-SIDA en el Perú.

³⁶ AIS-LAC. Idem.

³⁷ Estos casos son citados por PVVS en el Taller de Diagnóstico y por estudios como el de AIS-LAC-

su atención y personal poco sensibilizado con la situación de la PVVS y muchas veces con trato discriminatorio.

Es importante mencionar que se han hecho esfuerzos desde la ESN para capacitar a equipos de profesionales para mejorar la calidad de atención y trato a PVVS, logrando algunos avances en la atención en el entorno del programa, sin embargo aún se adolece de atenciones altamente discriminatorias en espacios de emergencia y otros campos hospitalarios hacia las PVVS.³⁸

En el Plan Nacional de VIH-SIDA 2001-2004 y en el Plan 2005-2009 recientemente publicado³⁹ no existe referencia directa a los cuidados en el hogar. Incorporar al entorno del hogar en trabajo conjunto con los servicios de salud supondría recursos y acciones concretas para desarrollar la complementariedad entre ambas instituciones sociales: la Familia (entendida como sociedad de convivencia, no necesariamente con vínculos sanguíneos o formales) y el Ministerio de Salud. Sin embargo, a pesar de la ausencia y los débiles avances en este rubro, es importante mencionar como elementos potenciales para su desarrollo dos procesos dados en el país. El primero, que desde el Ministerio de Salud en el año 2001 se incorporó como línea política el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) donde se entiende a las instituciones familiares y comunitarias como actores claves en la producción de la salud y la respuesta nacional a los problemas de salud⁴⁰; este enfoque se halla en proceso de implementación lento, pero ya existe como marco de política. El segundo, que en las actividades programadas para la segunda fase del proyecto financiado por el Fondo Mundial se hallan algunas actividades destinadas a fortalecer la estrategia combinada de los servicios de salud con las instituciones comunitarias.⁴¹

El acceso a tratamiento antirretroviral es un avance significativo en la respuesta nacional, resultante de la movilización de la sociedad civil, el apoyo financiero internacional y el compromiso del Estado. Es importante mencionar que se manifiestan en la Sociedad Civil serias preocupaciones frente a la respuesta estatal sobre tres dimensiones. Sobre la universalidad del acceso, mientras no se luche frontalmente contra las barreras económicas, normativas y culturales (como el Estigma y la discriminación a las personas por su seropositividad o comportamientos sexuales no

³⁸ Diez Canseco, Francisco. Estigma y discriminación: La mirada de las personas viviendo con VIH-SIDA en el Perú. Proyecto Policy. Lima, 2005. En el estudio cualitativo se muestra como el espacio de los servicios de salud es reproductor del estigma y la discriminación existente en la sociedad en su conjunto. Así también se afirma la percepción de mejora en los últimos años de las atenciones entre personal del Programa TARGA (pp.42)

³⁹ Ambos planes publicados en el sitio Web de la Estrategia Sanitaria Nacional de Control de las Infecciones de transmisión sexual, VIH y SIDA. www.minsa.gob.pe (consulta: 12 nov 2005 y 15 de dic 2005)

⁴⁰ Modelo de Atención Integral de Salud. Ministerio de Salud. 2001.

⁴¹ Proyecto de Fortalecimiento de la Prevención y Control de TB y VIH- SIDA. Propuesta Segunda Fase. 2005.

hegemónicos). Sobre el acceso a una atención integral de calidad, mientras no se desarrollen estrategias con enfoques holísticos y articulados entre tratamiento y la calidad de vida de las PVVSs y mejores niveles de calidad de atención y tratamiento. Sobre sostenibilidad, mientras no se asegure una voluntad política estatal, más allá de los gobiernos y autoridades de turno, más aún cuando se sabe que los procesos de resistencia elevarán de manera importante los costos de tratamiento.

3.2 Prevención

Sobre las herramientas utilizadas por la Respuesta Nacional para la prevención del VIH-SIDA son los condones masculinos la que se encuentra con mayor disponibilidad en el mercado, y son distribuidos en los servicios de salud. Se constata reducciones en la cobertura de distribución de los condones desde el Estado a partir del año 2001 y en la actualidad, a pesar que el discurso oficial ha dejado de ser conservador y moralista, aún no se percibe un cambio sustancial en el acceso a recursos concretos como es la distribución de condones en los servicios de salud.

Los condones femeninos no se encuentran fácilmente y su precio bordea los S/.30 nuevos soles (US \$8.5 aproximadamente) y siendo que más del 50 % de la población peruana vive con menos de S/. 6,80 nuevos soles al día (\$2 dólares americanos)⁴², esta herramienta por su costos se encuentra fuera del alcance de una mayoría poblacional.⁴³

Los lubricantes existen en el mercado de áreas urbanas densamente pobladas, siendo muy escasos en medios rurales o ciudades muy distantes de las capitales de provincias. En los cuatro últimos años no se distribuyen en los servicios de salud, percibiéndose como un retroceso de la epidemia, ya que en la década anterior se distribuía en la estrategia preventiva de HSH.

Jeringas estériles y descartables se utilizan ampliamente en los servicios de salud, y se encuentran en el mercado. Siendo que no hay casos reportados de personas con VIH que sean usuarios de drogas endovenosas.

Sobre el manejo de información y los mensajes de prevención, los contenidos de la prevención masiva en medios y programas escolares dirigidos a población general se basan en dos ideas fuerza la abstinencia y el uso de condón. Este último se sobreentiende, porque no se dice explícitamente, que se trata de condón masculino. Los mensajes suelen ser abstractos y no proveen concreción alguna sobre comportamientos diferenciados: parejas múltiples, sexo comercial, comportamiento homosexual.

Sobre niveles de conocimiento en adolescentes y jóvenes es heterogéneo en el país, y probablemente diferente entre el medio urbano con mayor acceso a la información y el rural. En un estudio poblacional de adolescentes de 12 a 19 años en tres regiones del país⁴⁴ se encontró alta proporción de adolescentes que reconocen al condón como una forma de protección de VIH/SIDA, 63% entre

⁴² INEI. Situación de Pobreza en el Perú, 2004

⁴³ Es importante mencionar que en una investigación-acción realizada con trabajadoras sexuales y sus clientes en una población no representativa y con una muestra intencional, se observa una importante receptividad de dicha herramienta. García, Patricia. UPCH, Lima, 2004

⁴⁴ Presentación de Resultados del Estudio Diagnóstico en adolescentes en el Perú: Comportamientos sexuales ya acceso a condón. García, Patricia MPH. CONAMUSA -Fondo Mundial

adolescentes de 12 a 14 años y 93% entre jóvenes de 15 a 19 años. Así mismo, se encontró la persistencia de algunas ideas erróneas como que la buena higiene es una forma de prevención (30%) y que existe una vacuna contra el VIH (10%), las fuentes autorizadas son los profesores (entre 39% y 49% en los distintos segmentos poblacionales del estudio), los padres (entre 8% y 36%) y 40% de los adolescentes consideran que la información que proviene de los profesores es insuficiente. Según el estudio de línea de base del Proyecto financiado por el Fondo Mundial el nivel de conocimientos de adolescentes y jóvenes sobre VIH-SIDA bordea el 85%.

Hay un esfuerzo importante desde la escuela por incorporar en la currícula determinados contenidos sobre VIH, pero que la implementación es aún insuficiente, tomando en cuenta la crisis del sistema educativo peruano, son grandes las limitaciones en tanto recursos humanos y materiales para abordar los temas propuestos. Además no se incorporan contenidos de diversidad sexual, culturas y derechos sexuales.

El MINSA cuenta con establecimientos de salud que brindan servicios de prevención y consejería en ITS y VIH-SIDA: 25 Centros de Referencia de ITS (CERITS), 35 Unidades de Atención Médica Periódica (UAMP), 138 hospitales y 1203 centros de salud.

Existe la norma de servicios diferenciados para adolescentes y jóvenes, sin embargo, su implementación es limitada, sólo existen servicios diferenciados en zonas urbanas, pocos recursos humanos capacitados para ello. Siendo muy pocos los especialistas en el tema y el abordaje resulta desde la perspectiva, necesidades y deseos de la sexualidad adulta. En la sociedad civil se han dado experiencias con servicios de cobertura local.

Las poblaciones vulnerables carecen de estrategias de educación focalizadas. Incluso, las estrategias de Promotores Educadores de Pares que en la década pasada habían mostrado importantes alcances se han debilitado desde 2001-2003. La organización y actividades de los PEPs en HSH y TS que se desmantelaron como estrategias educativas, hoy resultan focalizadas en la captación de Poblaciones Vulnerables para la Atención Médico Periódica (AMP). La percepción de la Sociedad Civil es que se han resquebrajado las intervenciones que mostraron su efectividad y eficiencia antes del 2000, se ha disminuido el número de PEPs, materiales e insumos para facilitar sus actividades.

En los servicios de AMP dirigidos al control de ITS, la atención que se brinda aún tiene limitaciones de integralidad (por ejemplo, no atiende necesidades de salud reproductiva y salud mental de las poblaciones vulnerables). Así mismo, se han limitado los recursos y desatendido la atención a las infecciones de transmisión sexual, considerada una estrategia preventiva de alta importancia en poblaciones vulnerables. Si bien en el 2004 fueron diagnosticados

sindrónicamente un mayor número de casos⁴⁵ (flujo vaginal), sólo se pudieron tratar el 77%, frente al 91% de casos tratados en el año 2000. También en el caso de diagnósticos por descarga uretral, úlcera genital y bubón inguinal, para el 2004 se registran 88%, 91% y 69% de casos tratados respectivamente y para el 2000 se reportó 93,4%, 96% y 90%. Resultando desatendidas las poblaciones de mayor prevalencia en una epidemia descrita como concentrada.

Este debilitamiento de las estrategias preventivas puede resultar de la pérdida de prioridad de dichas actividades, al ingresar en el MINSA el Programa de Tratamientos. Este hecho sumado a los recursos humanos limitados hizo que las actividades relacionadas al tratamiento sobrepasaran las capacidades instaladas en el MINSA y podrían haber ocasionado este debilitamiento en el campo preventivo durante los años 2004 y 2005. Sin olvidar que esta gestión tenía como base el desmantelamiento de los programas generados por las transformaciones de la estructura organizativa del MINSA y la poca voluntad política 2001-2003 en la lucha contra el SIDA.

En términos generales, en los servicios de salud persisten deficiencias en el enfoque de respeto a las distintas formas de ser varones y ser mujeres de las poblaciones, influyendo en la calidad de las atenciones. Siendo necesario fomentar una actitud respetuosa hacia las personas con comportamientos e identidades alternativas. Se hace necesario un real involucramiento de los trabajadores de salud en la lucha contra el estigma y discriminación, que se convierten en las principales barreras para el acceso de HSH y TS a los servicios preventivos.

Respecto a la población general, los Programas Educativos sólo se dan en las escuelas públicas pero con limitaciones en la cobertura. No conociendo su impacto. Es de relevancia mencionar que no existieron campañas de prevención oficiales en los últimos 5 años. Las ONGs desarrollaron campañas de prevención pero con corto alcance, basadas en ABC, principalmente en mercadeo del condón, en adolescente y jóvenes y circunscritos a comportamientos de riesgo y prevención heterosexual.

En cuanto a los mensajes preventivos, los pocos que existen desde el gobierno, se invisibiliza la situación y riesgos de las poblaciones vulnerables HSH, travestis, trabajadoras y trabajadores sexuales, mujeres o varones violentados sexualmente.

Existe un marco normativo y estrategia para despistaje en gestantes que obliga a las gestantes ha realizarse la prueba. Sin embargo, al no haber coordinación e integración con la estrategia de salud reproductiva, los resultados son limitados. Desde la Sociedad civil, algunas ONGs como INPPARES y Vía Libre

⁴⁵ MINSA - ONUSIDA – Proyecto Policy. Exposición de los resultados de la Evaluación del Plan Estratégico del MINSA, 2001 – 2004 para la Prevención y Control del VIH / SIDA en el Perú. Informe final. Lima, Perú, Septiembre 2005.

brindan servicios a gestantes con coberturas limitadas. Los profesionales de salud no se encuentran capacitados para realizar atenciones de prevención diferenciadas a mujeres, gestantes y niñas.

El acceso a servicios preventivos de VIH- SIDA están limitados por costos y por falta de situación de indocumentado/a. Otras barreras son el analfabetismo, las relaciones inequitativas de género y la estigmatización de las ITS, cuestiones que no son abordadas por estrategias del gobierno. Los planes nacionales no incluyen en el periodo 2001-2004 y 2004-2009 como objetivo la lucha contra el estigma y la discriminación.

3.3 Consejería y pruebas voluntarias

Existe en la normatividad desde 1997⁴⁶ el acceso a la prueba de ELISA en forma voluntaria en los servicios de salud del MINSA. Estableciéndose que debe estar acompañada por consejería pretest y posttest. Sin embargo, la voluntariedad de la prueba se cuestiona cotidianamente cuando se solicita pruebas como requisitos para ingresar a un trabajo, o para continuar laborando.

Desde 1997 el PROCETSS (hoy Estrategia Sanitaria Nacional) estableció un sistema de AMP sistemática para los y las trabajadoras sexuales con el objetivo de realizar de manera precoz la detección, atención oportuna y tratamiento adecuado de las infecciones de Transmisión Sexual –ITS y VIH –SIDA. Durante el año 2005 la directiva de AMP se encontró en curso de aprobación, buscando institucionalizar una práctica desarrollada con anterioridad. La directiva contempla un ELISA cada seis meses con consejería y consentimiento firmado a población de trabajadoras y trabajadores sexuales.

La AMP debe realizarse en los Centros de Referencia de ETS (CERETS) o en las Unidades de Atención Médica Periódica (UAMP), contándose a nivel nacional con 34 establecimientos, ubicados en 22 Direcciones de Salud (DISAS). 24 CERETSS y 10 UAMPs. Esta estrategia se apoya en la Estrategia de Promotores Educadores de Pares y logra tener en su cobertura a HSH trabajadores sexuales y trabajadoras sexuales insertados en zonas de comercio sexual formal, teniendo más limitaciones para abarcar a los y las trabajadoras informales.

Según información de la ESN durante los años 2001 y 2002 registró una caída en sus coberturas. Es a partir del 2003 que registra aumentos progresivos de número de trabajadores sexuales atendidos por primera vez en el sistema AMP, con un incremento total para el período 2000-2004 de 29%. Sin embargo en cuanto al número de atenciones provistas a ellos no se observa un incremento ya que al 2000 se registro 2.79 atenciones, mientras en el 2004 alcanzo 2,29. (Cabe mencionar que se plantea una visita al mes y para considerar controlado a un TS se necesita confirmar su asistencia por lo menos 6 atenciones anuales)⁴⁷

Según la Evaluación del Plan estratégico 2001-2004 para la prevención y Control del VIH-SIDA en el Perú⁴⁸ desarrollado por el Proyecto Policy por encargo del MINSA y ONUSIDA, se encontró para el período 2000-2004 que el incremento de nuevos casos se dio mayormente en la población de TS HSH y que sólo el 48% de TS para el periodo han alcanzado 6 o más atenciones, de dónde se

⁴⁶ Ley 26626, denominada Ley ContraSIDA, que ha sido modificada en el 2005 por la ley 28243 que incorpora el acceso a tratamiento antiretroviral. Asimismo, existe el reglamento que operativiza el contenido de la ley.

⁴⁷ Estrategia Sanitaria Nacional para el Control de las ITS y VIH-SIDA, 2005.

⁴⁸Exposición del Informe Final Evaluación del Plan estratégico del MINSA, 2001-2004 para la Prevención y Control del VIH-SIDA en el Perú. Lima, Setiembre 2005. MINSA, ONUSIDA, Proyecto Policy.

desprende que el 52% de las y los TS que llegaron a los servicios no cuentan con un adecuado seguimiento.

En relación a la prueba a gestantes, según la ley 2243, han ingresado a un régimen de excepción por el cual la prueba de VIH ya no es voluntaria, es ahora obligatoria. Siendo sumamente preocupante que existe la norma técnica de transmisión vertical que al referirse a la consejería señala que la consejería en el caso de mujeres gestantes puede efectuarse de manera grupal, lo cual rompe la esencia de la consejería y la confidencialidad respecto de la persona. A pesar de ser esta última norma de menor jerarquía que las leyes 26626 y 28243, se viene aplicando.

Aproximadamente 500,000 gestantes reciben por lo menos un control prenatal en los servicios de salud del MINSA y ellas significan el 65% de las gestantes esperadas a nivel nacional. Durante el período 2000- 2004 en promedio fueron tamizadas para VIH sólo el 31% de ellas. De aquellas gestantes que fueron tamizadas, el 0,32% resultaron con diagnóstico seropositivo y sólo el 59% de ellas recibieron antirretrovirales para evitar la transmisión vertical. Paralelamente el 71%, en promedio, fue tamizada para sífilis, lo que arroja un 54,26% de oportunidades perdidas para el tamizaje para VIH, ubicadas estas oportunidades perdidas en las DISAs de mayor concentración de pobreza.⁴⁹

Considerando que el Sistema de Servicios de Salud en el Perú está constituido por más de 6000 establecimientos a nivel nacional, que sólo el 25% cuenta con servicios de laboratorio” y que se estima que en todo el país no existen más de 200 lectores de ELISA⁵⁰, puede concluirse que en conjunto existe una limitación estructural del Sistema de Salud para el acceso al diagnóstico de gran parte de la población general y de poblaciones vulnerables.

Es de importancia señalar que en los últimos dos años, a través de las actividades desplegadas por el Proyecto financiado por el Fondo Mundial se han realizado sustantivas mejoras en relación a la capacidad y organización de los laboratorios a nivel nacional, descentralizando parte del proceso, acceso a pruebas rápidas; sin embargo, aún existen serias limitaciones para hablar de un acceso a las pruebas diagnósticas a nivel nacional y con entrega de resultados oportunos.

⁴⁹ Ibid.

⁵⁰ Estudio Calidad de Atención de pacientes viviendo con VIH-SIDA (PVVS) en establecimientos de Salud. F. Llanos, desarrollado por encargo del “Objetivo 4” del Proyecto financiado por el Fondo Mundial. Informe de Investigación, Lima, 2005.

Protección de los Derechos Humanos de las PVVSs y otros grupos vulnerables

El país cuenta con un marco normativo amplio para la protección de los Derechos Humanos de las PVVS y es la ley 26626 y la ley modificatoria 28243, el marco normativo específico. Al incorporarse el acceso a tratamiento, la respuesta nacional avanza significativamente en la protección de los derechos humanos de las PVVs sin embargo podemos anotar las siguientes dificultades:

Aún existen limitaciones para el acceso a la información científica, oportuna y adecuada sobre derechos, prevención, tratamientos; considerando un acceso a información no sentenciosa, ni parcial, que aborde toda la gama de comportamientos riesgo de reinfección, reproducción y sexualidad saludables. Complementariamente, también hay limitaciones en el acceso de información a las redes de soporte integrándola a la estrategia de soporte al tratamiento de la PVVS.

Si bien el acceso a tratamiento es el principal avance en los últimos 5 años, las barreras económicas, sociales y culturales al mismo son preocupaciones actuales. El costo de los exámenes, los procesos de desabastecimiento, la persistencia del estigma y la discriminación hacia las poblaciones vulnerables y las PVVS resultan los principales obstáculos.

La lucha contra la discriminación en los servicios de salud, la discriminación en el trabajo, la discriminación en la escuela no son parte de la agenda del gobierno, tal es así que no aparece en los planes de la Estrategia Sanitaria Nacional, ni en las agendas de los otros sectores comprometidos, como el Ministerio de Trabajo, el Ministerio de Justicia y el Ministerio de Educación.

Las mayores dificultades se aprecian en los procesos de cumplimiento de la normatividad y más aún en los procesos de resarcimiento.

En relación a las poblaciones vulnerables, la respuesta nacional maneja el concepto HSH, que en sí mismo, intenta homogenizar una variedad de poblaciones e identidades. Esta denominación muchas veces ha invisibilizado las necesidades específicas de los grupos a los que intenta agrupar sin considerar sus particularidades: travestis, HSH no trabajadores sexuales, adolescentes HSH. Limitando el acceso de estos grupos a las actividades preventivas y a la atención en los servicios de salud y tratamientos y por ende acrecentando sus vulnerabilidades y cuestionando el ejercicio de sus derechos.

Un retroceso significativo ha resultado que en los primeros días de diciembre del 2005, luego de un año de trabajo, por influencia del Ministerio del Interior y la Iglesia Católica excluyeron el tema de orientación sexual diferente del Plan Nacional de Derechos Humanos.

Existen algunos mecanismos para la denuncia, pueden tramitarse a través de Transparencia (MINSA), defensoría del paciente (EsSalud), y Defensoría del Pueblo, ésta última ha intervenido en algunos casos, y en otros ha recomendado, cumplimiento su función, pues no es entidad jurisdiccional. Así mismo, pueden tramitarse Acciones de Amparo, figura que protege los derechos fundamentales de la persona (artículo 200 de la Constitución Política del Perú). Sin embargo, a pesar de la existencia de estas instancias y procedimientos, el sistema es altamente deficiente y muchos de estos recursos no son conocidos por las diversas poblaciones y menos aún utilizados. Como antecedentes se pueden citar 5 acciones de amparo interpuestas por PVVS, dos denuncias por discriminación sexual contra una cadena de supermercados y dos procesos, en los cuales el Tribunal Constitucional, falló a favor de 2 PVVS, reconociéndoles el derecho a la salud y el acceso a tratamiento, con lo cual se generó jurisprudencia nacional.

Desde la Sociedad Civil se han dado procesos importantes, principalmente desde las organizaciones de personas viviendo con VIH y ONGs, dirigidos ha alcanzar atención y beneficios a favor de los PVVS. Estos esfuerzos han colaborado en la protección de los Derechos Humanos, siendo el acceso a tratamientos resultado, en gran medida, de los esfuerzos en ese sentido.

La lucha de la Sociedad Civil, aún está focalizada en la vivencia del VIH y, circunscrita en gran medida, al acceso a tratamiento y atención de calidad en los servicios de salud. Son limitados los esfuerzos que han problematizado las dimensiones de inserción económica, empleo e inserción social como problemas del ejercicio de los Derechos Humanos en PVVSs. Así mismo, es importante anotar que las organizaciones de Sociedad Civil que trabajan en SIDA, han respondido tenuemente a la preocupación por el ejercicio de los Derechos Humanos de las poblaciones vulnerables, sin anexar estas situaciones con la profundización de las condiciones de vulnerabilidad frente a la epidemia. Es importante señalar la existencia de estas limitaciones tanto en las agendas de las instituciones no gubernamentales como en las prioridades de las organizaciones de PVVS.

S bien, existe un marco legal, sin embargo su cumplimiento es incipiente y no hay mecanismos de monitoreo. La Sociedad Civil realiza aún muy débiles esfuerzos para la vigilancia de los Derechos Humanos de las PVVS y las poblaciones vulnerables. El establecimiento de mesas de vigilancia de organizaciones de base que incorporen a organizaciones de trabajadores y trabajadoras sexuales, PVVS y los diversos grupos de HSH, son una estrategia pendiente para generar acciones conjuntas de abogacía y denuncia.

3.4 Empoderamiento de la mujer

Las acciones realizadas en torno al empoderamiento de la mujer han sido bastante limitadas. Es importante recordar que durante el período 2001-2003 incluso se reemplazó el término género en los documentos del Ministerio de Salud.

Se puede anotar que la situación de las mujeres, como tales, en el entorno de la epidemia ha sido poco relevada. Aunque es notorio y muchas veces citado el aumento de la proporción de mujeres afectadas -De 1 mujer por cada 14 varones afectados en 1990, a 1 mujer por cada 3,6 varones- no ha influido en el diseño de las estrategias de intervención preventivas y no se ha superado la escasa percepción de riesgo que ellas tienen. El Ministerio de la Mujer y Desarrollo Humanos no desarrolla actividad alguna, tampoco mantiene coordinaciones con el MINSA respecto a la epidemia, ni ha asumido una participación activa en la CONAMUSA.

Teniendo en cuenta el tipo de epidemia como concentrada en grupos vulnerables, en particular en HSH, las intervenciones en mujeres se han propuesto hacia trabajadoras sexuales como grupo vulnerable; sin embargo, esta estrategia contempla solamente los temas de ITS y VIH y no se ha considerado el empoderamiento de las mismas.

Actualmente, la Consejería de Pares incluye, utilizando los principios Mayor Involucramiento Personas Afectadas (MIPA) y los compromisos de UNGASS, la consejería para mujeres que viven con VIH, a solicitud de la Sociedad Civil ante la necesidad de atención para este grupo poblacional.

Existen algunas acciones desde las organizaciones de PVVS, poblaciones vulnerables y ONGs con coberturas limitadas, y sin incidencia política sobre el tema. Las organizaciones feministas no han asumido el tema del VIH-SIDA en sus agendas de acción.

Sección 4: Monitoreo y Evaluación

El Plan Estratégico para la Prevención y Control de las ITS/VIH/SIDA 2001 – 2004 contempla 31 indicadores de evaluación. De acuerdo al análisis realizado en el informe de evaluación del mencionado plan, sólo seis indicadores podían ser obtenidos directamente, dos dependían de la vigilancia centinela de VIH/SIDA, dos del sistema de notificación y registro de casos de VIH/SIDA, diez requerían estudios especiales y/o su inclusión en encuestas poblacionales que nunca fueron implementados o incorporados, tres se pueden obtener de las Encuestas ENDES, once se podían obtener directamente o con indicadores sustitutos (proxy) del sistema de monitoreo y estadística de la Estrategia Sanitaria y tres del sistema de información de Bancos de sangre⁵¹.

Si bien en el Plan de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS-VIH/SIDA 2005 –2009⁵² se da cuenta de los indicadores, no se mencionan el como se irán 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.

⁵¹ *Ibíd.* 26

⁵² Plan de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS-VIH/SIDA 2005 –2009. <http://www.minsa.gob.pe/portal/03Estrategias-Nacionales/03ESN-ITS-SIDA/Archivos/PLAN%20ESTRATÉGICO%20DE%20LA%20ESN%20VIH%20SIDA.doc> (ingreso diciembre de 2005)

Conclusiones, Recomendaciones y Lecciones Aprendidas

Desde el Gobierno

Sobre la respuesta nacional, el desmantelamiento del Programa de Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA en el período 2001-2003 nos muestra los peligros para la respuesta a la epidemia, si ésta fluctúa en función de los intereses y creencias personales de las autoridades que asumen los cargos ministeriales; es necesario, continuar con el proceso de institucionalización de la respuesta nacional que se desarrolla en los últimos dos años que incorpore normativa, programática y presupuestalmente los compromisos asumidos por el gobierno frente a los afectados y a la población general.

El liderazgo del MINSA en la respuesta nacional, visualizado más claramente en los últimos dos años, tendrá necesariamente que acompañarse de las capacidades de convocar efectivamente para el trabajo conjunto y coherente a los otros subsectores de salud y a los otros Ministerios. Durante el período, aun persisten brechas que evidencian una respuesta nacional distante de un enfoque y práctica multisectorial desde las instituciones que conforman el Gobierno, habiendo la gestión actual del Ministerio de Salud dado los primeros pasos concretos de apertura y visión de trabajo conjunto con la Sociedad Civil.

El avance de la inserción del trabajo conjunto con la Sociedad Civil de los últimos dos años, motivado por una Sociedad Civil altamente propositiva y la conformación de la CONAMUSA en el marco del financiamiento del Fondo Mundial, hace necesario su continuidad y reforzamiento: institucionalizando los procesos de participación, ampliando los procesos participativos para la elección de los representantes y ampliando la agenda de preocupaciones con una perspectiva intersectorial real que responda a las necesidades regionales y nacionales.

Sobre el acceso a atención, tratamiento y cuidados. El acceso a tratamiento desde la Estrategia Sanitaria Nacional, es un avance significativo en la respuesta nacional, resultante de la movilización de la sociedad civil, el apoyo financiero internacional y el compromiso del Estado. La Sociedad Civil muestra preocupaciones frente a la respuesta estatal sobre tres dimensiones. Sobre la universalidad del acceso, mientras no se luche frontalmente contra las barreras económicas, normativas y culturales (como el Estigma y la discriminación a las personas por su seropositividad o comportamientos sexuales no hegemónicos). Sobre el acceso a una atención integral de calidad, mientras no se desarrollen estrategias con enfoques holísticos y articulados entre tratamiento y la calidad de vida de las PVVSs y mejores

niveles de calidad de atención y tratamiento. Sobre sostenibilidad, mientras no se asegure una voluntad política estatal, más allá de los gobiernos y autoridades de turno, para sostener presupuestalmente el programa, más aún cuando se sabe que los procesos de resistencia elevarán de manera importante los costos de tratamiento.

Sobre prevención, el debilitamiento de las estrategias preventivas desde el gobierno en torno a las poblaciones vulnerables observada en el período, considerando las limitaciones para acceder a herramientas preventivas, la disminución del porcentaje de tratamientos de infecciones de transmisión sexual diagnosticadas en las AMP, la debilidad de las estrategias educativas y la debilidad de las acciones de lucha contra el estigma en los servicios de salud, plantean un panorama de alerta en la prevención del VIH-SIDA en un país con epidemia de tipo concentrada donde los HSH tienen una prevalencia mayor al 13%.

La prevención en adolescentes y jóvenes y población general también muestran serias deficiencias. Debe señalarse algunos alcances para incorporar contenidos puntuales de prevención en la currícula escolar, siendo aún un proceso incipiente con un número de maestros capacitados muy por debajo de las necesidades nacionales. Es importante apuntar que los contenidos de los mensajes preventivos no incorporan la diferenciación de los comportamientos de riesgo y se dirigen hacia una ideal relación heterosexual desde la perspectiva adulta.

Sobre consejería y pruebas voluntarias, los avances en este ítem están fuertemente influidos por las acciones de prevención, lo que lleva a plantear una situación preocupante, sin embargo las acciones desarrolladas en torno al proyecto financiado por el Fondo Mundial, han proporcionado mejoras sustantivas en cuanto a la capacidad de laboratorios en el país a nivel de las regiones prioritarias, siendo que la capacidad de los laboratorios locales y regionales a nivel nacional aún son deficientes. Asimismo, las capacidades para desarrollar consejerías adecuadas a los diversos comportamientos e identidades de género de las personas es un proceso aún incipiente.

Sobre la Protección de los Derechos Humanos de las PVVS y de otros grupos vulnerables. Si bien existe un marco normativo en el país - que protege los Derechos Humanos de las PVVS y de los otros grupos vulnerables- sumado a los tratados internacionales que el país ha firmado, es importante señalar que los procesos de vigilancia y resarcimiento en caso de derechos vulnerados, son casi inexistentes. El gobierno no ha realizado suficiente labor para construir una cultura de derecho y mecanismos de vigilancia y reparación de daños, que posibiliten el ejercicio pleno de los derechos humanos en PVVSs, HSH, TS y adolescentes.

Sobre el empoderamiento de la mujer, es la dimensión de los compromisos que menos atención ha merecido por parte del gobierno. Las condiciones de vida, sexualidad y salud diferenciadas de las mujeres en una sociedad con un sistema de inequidad de relaciones entre los géneros, no ha sido incorporado en el análisis diagnóstico, ni en las estrategias de la respuesta del gobierno. La vulnerabilidad de las mujeres no es objeto de reflexión ni de comunicación preventiva hacia las diversas poblaciones. Así mismo, las condiciones de vulnerabilidad de las Mujeres viviendo con VIH para el cuidado de su salud, calidad de vida y cuidado de las personas dependientes de ellas (hijos, padres, parejas VVS) en el entorno social estigmatizante y discriminatorio no son preocupaciones asumidas por la respuesta del gobierno.

Sobre monitoreo y evaluación. El gobierno tiene instancias dirigidas a generar los procesos de acopio de información, análisis y difusión de la misma, sin embargo la información que desde la sociedad civil puede obtenerse adolece de fragmentación al no estar incorporadas estas instancias a un solo sistema, muchas veces se difunden en períodos muy posteriores a su colección perdiéndose el criterio de oportunidad y no existe un sistema de difusión amplia a los diferentes actores y las poblaciones, tanto por los medios utilizados como por el diseño de los contenidos. Las posibilidades de potenciar la vigilancia y participación devienen de la operatividad de un sistema de información y de la transparencia de las gestiones que muestren las instituciones. Es importante mencionar finalmente que el presupuesto desagregado para la lucha contra el VIH-SIDA no es de dominio público.

Desde la Sociedad Civil

Sobre la respuesta nacional. La Sociedad Civil activa en VIH-SIDA en el país es numerosa y dinámica. Ha llevado adelante procesos de abogacía, prevención, atención, tratamiento, apoyo e investigación que enriquecen la experiencia del país y generado importantes transformaciones. En base a sus movilizaciones se han generado procesos de envergadura y compromisos del gobierno con la epidemia

Gran parte de estas potencialidades se han visto implementadas en los procesos del Proyecto financiado por el Fondo Mundial, sin embargo, aún resta fortalecer las vinculaciones al interior de la propia Sociedad Civil que pueda retroalimentar estos procesos y vigorizar las acciones conjuntas.

En cuanto a la inserción del tratamiento de ARV ha sido importante la participación de la sociedad civil en investigaciones de evaluación ex – ante, la experiencia previa de algunas de ellas en tratamiento ARV que

ha servido de interlocutores del MINSA en el proceso y han apoyado su implementación y la perspectiva de las PVVS sobre el mismo ha estado presente.

En relación a la prevención, la Sociedad Civil ha desplegado esfuerzos importantes en el diseño de estrategias alternativas de prevención y promoción a distintos grupos poblacionales que sólo en parte son recuperadas en las estrategias nacionales faltando mayores vínculos. Así mismo se hace necesario un mayor diálogo entre las organizaciones de las poblaciones vulnerables y la estrategia que posibiliten una mejor adecuación de las estrategias desde la perspectiva de las comunidades.

Una debilidad importante es la ausencia de sistemas organizados de vigilancia de la sociedad civil. En especial sobre Tratamiento, Prevención y Derechos. Existen una serie de reportes de las instituciones que quedan en términos de anécdotas y no se constituyen en casuística, lo que no permite sostener acciones de abogacía y defensa de los Derechos de las PVVS y otras poblaciones vulnerables.

Anexo 1:

Comité de Trabajo elegido para consolidar los resultados de la Primera Plenaria:

Inés Mendoza
Asociación de Trabajadoras Sexuales, “Miluska Vida y Dignidad”, (Poblaciones Vulnerables)

Rev. David Limo
Centro Parroquial Ecuménico Rosa Blanca, (ONG/Iglesias)

Sonia Parodi
Coordinadora Peruana de PVVS, (PVVS)

Richard Muñoz
IMPACVIH, Grupo de Ayuda Mutua PVVS, (PVVS)

Jorge Bracamonte
Aldo Araujo
MHOL, Movimiento Homosexual de Lima, ONG (Poblaciones Vulnerables)

Percy Minaya
Policy Project

Dr. Aldo Vivar
Prisma, (ONG)

Guiselly Flores
Red Peruana de Mujeres Viviendo con VIH, (PVVS)

Lic. Marie F. Sprungli
Red Sida , (ONGs)

Dr. Alfonso Silva Santisteban
Universidad Peruana Cayetano Heredia, (Universidades)

Anexo 2:

Relación de líderes de la Sociedad Civil del Perú participantes en el proceso de construcción del Informe:

Amistad y Respeto, Grupo de Ayuda Mutua PVVS y no PVVS
Xavier Bazalar
Luis Alberto Yupanqui

Alianza en Acción, Grupo de Ayuda Mutua PVVS
Liliana Briceño Hilares

Asociación “Angel Azul”, Primera Asociación por los Derechos de las personas
Travesti, Transgénero y Transexuales de Lima, Perú
Gaby Mariño Llamoya
Jana Villayzan
Mariana Bermúdez Castillo

Acción Internacional para la Salud, ONG
Roberto López Linares
Germán Rojas

Asociación de Trabajadoras Sexuales, “Miluska Vida y Dignidad”
Sara Guerrero Miranda
Inés Mendoza
Karina Cerna
Angela Villón
Doris Guevara

CARE
Dra. Virginia Baffigo
Dra. Lourdes Kusunoki
Patricia Bracamonte

Centro Parroquial Ecuménico “Rosa Blanca”, ONG
Rev. David Limo
Luisa Parra
Gabriel Ochoa

CEPESJU, Centro de Estudios de Problemas Económicos y Sociales de la
Juventud, ONG
Lic. Julia Campos Guevara

Código Blanco, Grupo de Ayuda Mutua PVVS
Martin Ismael Davila Arroyo

Ana Maria Cumpa Trujillo

Colectivo por la vida (Organización de Base Comunitaria, reúne Personas y Organizaciones No Gubernamentales PVVS)

Lídice López

Mercedes Atocza López

Coordinadora Peruana de PVVS

Pablo Anamaría

Irene Aquino

Sonia Parodi

Foro Salud (Organización de la Sociedad Civil en Salud)

María Luisa Vásquez

Hogar San Camilo

Dr. Luis Hercilla

IES, Instituto de Educación y Salud, ONG

Lic. Carmen Murguía Pardo

IMPACVIH, Grupo de Ayuda Mutua PVVS

Richard Muñoz

Fernando Chujutalli

Inppares, ONG

Laura Pérez M.

Fernando Cisneros

Casa Hogar para Niños viviendo con VIH/SIDA “La Posadita del Buen Pastor”

Madre Celina Jugo Rebaza

Lic. Elizabeth Mesa

MHOL, Movimiento Homosexual de Lima, ONG

Jorge Bracamonte

Aldo Araujo

Luisa Zanabria

Policy Project

María Rosa Gárate

Percy Minaya

Rosa Inés Béjar

Pontificia Universidad Católica del Perú

Dra. Sandra Vallenás

PROMSEX, ONG
George Liendo

Prisma, ONG
Dr. Aldo Vívar

Red Peruana de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA
Giselly Flores Arroyo
Gloria Ipanaque

Red Peruana “TLGB”, Red Peruana de Trans, Lesbianas, Gays y Bisexuales
George Liendo
Rosario Villegas

Red Sida Perú, ONG
Lic. Marie Sprungli

Redess Jóvenes, ONG
Estrelia Nizama

Solas y Unidas, Asociación de Mujeres viviendo con VIH/SIDA, ONG
Paola Guzmán
Milagros Chueca Torre

Universidad Peruana Cayetano Heredia,
Dr. Carlos Cáceres
Dr. José Pajuelo

Universidad Peruana Cayetano Heredia,
Instituto de Medicina Tropical, “Alexander Von Humboldt”
Dr. Alfonso Silva Santisteban

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Instituto de Medicina Tropical
Dr. Jorge Alarcón Villaverde

Vía Libre, ONG
Lic. Ada Mejía
Dr. John Gutiérrez
Dr. Robinson Cabello