

ACCESO AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL PARA EL VIH / SIDA

Dra. Lourdes Kusunoki Fuero

Este Cuaderno de Trabajo ha sido posible gracias al auspicio de DFI, Fundación Ford y Proyecto POLICY de USAID.

© ForoSalud

Av. Los Incas N° 603, 2do. Piso
San Isidro, Lima 27, Perú
Telf.: 422 6137 - 9857 2760
www.forosalud.org.pe

© Consorcio de Investigación Económico y Social - CIES

Antero Aspíllaga 584
San Isidro, Lima 27, Perú
Telf.: 421 8082 - 421 17968
www.consortio.org

Julio del 2003

Editado por: ForoSalud y Observatorio del Derecho a la Salud - CIES

Redess Jóvenes, Simón Salguero 233 - Surco, Lima

Coordinación: Ana Gúezmes y Manuel Vargas

Lectoría: Robinson Cabello, Enrique Chávez, Roberto López y Carmen Murguía

Corrección de estilo: Enrique Watanabe Varas

ISBN 9972-9696-6-5

Hecho el Depósito Legal: 150115 2003 - 6033

Los auspiciadores, ForoSalud, el CIES y las personas que han realizado las lectorías no comparten necesariamente las opiniones vertidas en este documento, que son responsabilidad exclusiva de su autor.

PRESENTACIÓN

Tenemos el agrado de presentar en esta oportunidad el informe final de investigación de la Dra. Lourdes Kusunoki Fuero, titulado: «Acceso al tratamiento antirretroviral para el VIH/SIDA», estudio auspiciado por ForoSalud y el Consorcio de Investigación Económica y Social, en cumplimiento de sus objetivos de promover la investigación independiente y la capacidad propositiva de la sociedad civil en salud.

Esta investigación es parte de un conjunto de 6 temas de interés para la sociedad civil, concursados por ForoSalud y el Consorcio de Investigación Económica y Social en enero de 2003, cuyo informe final está siendo publicado como Cuaderno de Trabajo N° 5.

El procesamiento de los estudios se hizo en un período de varios meses, en base a fuentes secundarias principalmente, por tratarse de estados de situación realizados por especialistas en cada campo.

Ponemos a disposición de los asociados de ForoSalud y de todo el público interesado, estos reportes de investigación, en el interés de que puedan ser utilizados para que nuestro sistema de salud responda a estos nuevos conocimientos y propuestas.

Cordialmente,

Juan Arroyo Laguna
Coordinador Nacional de ForoSalud

Carlos E. Aramburú
Consorcio de Investigación
Económica y Social

AGRADECIMIENTO

Expreso mi especial agradecimiento a todas las personas que colaboraron proporcionando la información necesaria para elaborar este documento, especialmente a IPYS - Proética, pues gracias a su gestión fue posible obtener la información oficial del Ministerio de Salud y de EsSalud. A la Dra. Marianela Villalta por sus sugerencias y comentarios. Asimismo al Lic. Roberto López, señor Enrique Chávez, Dr. Robinson Cabello, Dra. Patricia Mostajo, Lic. Carmen Murgía y Lic. Inés Béjar, quienes revisaron la versión preliminar e hicieron llegar valiosos aportes.

CONTENIDO

PRESENTACIÓN	7
RESUMEN EJECUTIVO	8
I. METODOLOGÍA	11
II. SITUACIÓN DEL VIH / SIDA	12
III. RESPUESTA NACIONAL	14
A. Respuesta del Ministerio de Salud	14
B. Marco legal	16
C. Plan Nacional de Lucha Contra el SIDA	18
D. Respuesta de la Sociedad Civil	19
IV. ESTADO ACTUAL DEL ACCESO AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL PARA EL VIH / SIDA	21
A. Esfuerzos Realizados	21
1. Acuerdos asumidos por el Perú	22
2. Propuesta presentada al Fondo Mundial: “Fortalecimiento de la Prevenición y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú”	22
3. Negociación Conjunta para el Acceso a Medicamentos Antirretrovirales y Reactivos en la Subregión Andina, Argentina, México, Paraguay y Uruguay	23
B. Situación Actual	26
V. DISCUSIÓN Y PROPUESTAS	29
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31

PRESENTACIÓN

El presente trabajo “Acceso al Tratamiento Antirretroviral para el VIH / SIDA” ha sido elaborado mediante la recopilación de información existente y entrevistas realizadas a informantes clave. Surge como una respuesta a la necesidad de contar con un documento básico que permita consolidar los procesos y los cambios que están ocurriendo en la temática que el título señala.

Sobre el acceso al tratamiento antirretroviral (ARV), que es parte indisoluble de la atención integral de las personas viviendo con el VIH / SIDA (PVVS), este documento describe la situación actual, los acuerdos asumidos por el Gobierno Peruano, el marco legal, la propuesta presentada al Fondo Mundial “Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú” y el proceso de Negociación Conjunta para el Acceso a Medicamentos Antirretrovirales y Reactivos en la Subregión Andina, Argentina, México, Paraguay y Uruguay. También se describe el plan del Ministerio de Salud respecto del acceso a estos medicamentos.

Asimismo, se hace mención de la epidemiología del VIH / SIDA en nuestro país, número de PVVS, formas de transmisión, áreas más afectadas. Esta información es importante para determinar las prioridades en cuanto a población y ciudades que deberían ser consideradas en un primer momento para el acceso a tratamiento ARV.

Respecto de la respuesta nacional, se hace un recuento del esfuerzo desplegado por la sociedad civil en nuestro país acerca de la protección de los derechos humanos de las PVVS y de los logros obtenidos durante esta lucha; de las decisiones tomadas por el Ministerio de Salud frente al problema del VIH / SIDA, de las actividades realizadas que respondieron a un Plan Nacional. Se constata que es necesario en este momento actualizar los datos para plantear nuevas alternativas, pues el acceso a medicamentos ARVs no es solo una cuestión de medicamentos; también son necesarios equipamiento, infraestructura, recursos humanos entrenados, logística, un programa de adherencia para asegurar el éxito de la administración de ARVs, entre otros.

Se considera que el reducido presupuesto que maneja el Ministerio de Salud (MINSA), dedicado solo a la prevención y promoción, es un gran problema en la lucha contra la epidemia del VIH / SIDA, ya que el acceso al tratamiento ARV ha estado en un segundo plano. El gasto de bolsillo realizado por las familias en nuestro país para afrontar este problema alcanza a US \$ 32 millones, tanto en el año 1999 como el 2000, estando orientados solo a la provisión de servicios auxiliares y gastos en farmacia. Dada la situación económica de las familias, el gasto no se efectúa en la magnitud requerida y es insuficiente para acceder a los servicios de salud necesarios.

Este documento pretende brindar información al público en general para que se conozca la situación actual de la epidemia del VIH / SIDA: cuál ha sido y es la respuesta de nuestro país, en especial del Ministerio de Salud, la sociedad civil y las organizaciones de las PVVS; en qué nivel estamos en lo referente al acceso a tratamiento ARV y cuáles son los siguientes pasos que los actores involucrados deben dar para lograr el acceso universal a estos medicamentos.

RESUMEN EJECUTIVO

El SIDA es un problema de salud pública, es una emergencia mundial y uno de los desafíos más graves para la vida y la dignidad de los seres humanos. Su importancia ha modificado la relación entre la sociedad civil y la salud y ha dado lugar a dinámicas sociales muy importantes pues afecta a todas las personas, sin distinción de su condición económica, edad, sexo o raza, observándose además que los habitantes de los países en desarrollo son los más afectados y que las mujeres, los jóvenes y los niños, en particular las niñas, son los más vulnerables.

La pobreza, el subdesarrollo y el analfabetismo se cuentan entre los principales factores que contribuyen a la propagación del VIH / SIDA, y, en un impacto perverso, éste a su vez agrava la pobreza y obstaculiza el desarrollo en muchos países.¹ Se conoce también que el estigma y la discriminación a las PVVS son factores importantes que contribuyen a perpetuar en ellas muchas de las condiciones de exclusión social que probablemente favorecieron la adquisición de la infección.

Según el Informe de ONUSIDA 2002, la epidemia del SIDA cobró más de tres millones de vidas en ese año y se estima que cinco millones de personas contrajeron el VIH a lo largo del año. La suma acumulada de PVVS es de 42 millones en el mundo y 1,5 millones en América Latina.²

En el Perú para fines del año 2002, el MINSA además de las 12.000 personas infectadas con el VIH,³ ha reportado 13.398 personas con SIDA, estando vivas solo 7.000. Además refiere que son 7.000 PVVS las que necesitan tratamiento de las cuales sólo 1.567 (22%) lo recibe; el 78 % restante aún está en espera de acceder a una mejor calidad de vida, por eso es muy urgente acelerar los procesos de acceso a tratamiento ARV de las PVVS. No obstante, el número estimado de PVVS en el país calculado por la Oficina General de Epidemiología (OGE) del MINSA es alrededor de 76.633.⁴

La verdadera magnitud y distribución de la epidemia por VIH/SIDA es posible conocerla a través de estudios de seroprevalencia que se realizan en determinados grupos poblacionales. La información disponible hasta ahora indica, siguiendo la clasificación del estado de la epidemia propuesta por el Banco Mundial en 1997, que la epidemia en el Perú es de tipo CONCENTRADA; es decir que la prevalencia de la infección por VIH en grupos con comportamientos de alto riesgo como en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), pacientes con infecciones de transmisión

¹ ONUSIDA. Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA "Crisis Mundial – Acción Mundial". Nueva York, 25-27 de junio de 2001.

² ONUSIDA. Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA, diciembre 2002.

³ OMS/OPS/ORAS-CONHU. "Proceso de Negociación Conjunta para el Acceso a Medicamentos Antirretrovirales y Reactivos en la Subregión Andina, Argentina, México, Paraguay y Uruguay". Documento marco. Mayo 2003.

⁴ Luis Suárez- Mónica Pun. Presentación de la Oficina General de Epidemiología. Diciembre 2002.

sexual (ITS), es mayor del 5%, pero es menor del 1% en mujeres que se hacen el examen en su control prenatal, población considerada con conductas de bajo riesgo y que por lo tanto se supone representan a la población general.

Se calcula que en el periodo 1983 – 2003 más de 7.000 personas murieron a causa del SIDA en nuestro país, ocasionando una cuantiosa cantidad de años de vida potencialmente perdidos y aproximadamente 17.000 huérfanos. De acuerdo a los cálculos de morbilidad anual, es posible que en el período comprendido entre el 2001 y 2007, más de 30.000 personas desarrollen síntomas atribuibles al VIH y demanden ayuda en el sistema de salud; el cual podría verse limitado para brindarles una adecuada atención integral. Esto implica el reto de generar, lo más pronto posible, una política sostenida de acceso universal a tratamiento antirretroviral.⁵

La lucha contra el SIDA es también una lucha por el derecho a la salud, que en el caso de las PVVS, está muy ligado al acceso universal al tratamiento ARV. La propuesta de brindar tratamiento ARV debe ser vista como una inversión antes que como un gasto y debe ser parte de la agenda política del Estado, con objetivos, estrategias y con tiempos para su realización. El costo que implican los tratamientos ARVs es superado con creces por los resultados favorables que se obtienen en la disminución del costo por atención hospitalaria y por el ingreso de muchas personas con VIH a las actividades productivas.

En los países que proveen tratamiento ARV se ha reducido el número de muertes por SIDA entre 35% y 48%⁶ y en Estados Unidos en 70%.⁷ Desde que Brasil estableció el derecho a la medicación gratuita, se ha brindado atención a más de 100.000 PVVS con una reducción de la mortalidad de 40 - 70%, reducción de la morbilidad de 60 - 80%, 358.000 hospitalizaciones evitadas y disminución en 60 - 80% en las principales infecciones oportunistas.⁸

Si bien es cierto que el Gobierno Peruano ha demostrado compromiso en la lucha contra las ITS / VIH / SIDA, como sucedió en el año 1997 en Lima, durante el discurso inaugural de la V Conferencia Panamericana de SIDA,⁹ otro hito importante fue la Declaración de Compromiso que se aprobó en el Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH / SIDA que se llevó a cabo en junio del 2001 en Nueva York. Ese acontecimiento puede marcar un antes y un después en la historia de la epidemia del VIH / SIDA, siendo lo más importante el seguimiento del cumplimiento de las metas trazadas en aquel Compromiso. Después de la evaluación del 2003 realizada en el país, se observó que los logros obtenidos han sido limitados, por lo que es necesario tener presente las metas planteadas para el año 2005 e incorporarlas en las agendas de trabajo tanto de las instituciones públicas como de la sociedad civil.

En nuestro país, el acceso al tratamiento ARV no es universal, recientemente se ha comenzado con la población pediátrica, pero estamos a la expectativa de que en este año pueda hacerse realidad. Para esto es imprescindible la decisión política de hacerlo, porque las condiciones, como veremos, ya están creadas en:

⁵ Ministerio de Salud. "Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú" Presentado al Fondo Mundial en setiembre 2002.

⁶ Fundación Mexicana para la Salud "El SIDA en América Latina y el Caribe: Una visión multidisciplinaria" 1999.

⁷ Instituto nacional de los Estados Unidos de las enfermedades alérgicas e infecciosas (Institutos nacionales de salud) y los Centros de control y prevención de enfermedades (CDC). 2000.

⁸ Jorge Bermúdez, Director ENSP/FIOCRUZ. Presentación en la reunión: Acceso a los ARV en los países andinos, 24 de julio de 2002.

⁹ Ministerio de Salud-ONUSIDA. "Estado de Situación: El SIDA en el Perú al año 2000". 2001.

- Un marco legal y acuerdos asumidos por el Gobierno.
- Una negociación conjunta de la Subregión Andina, Argentina, México, Paraguay y Uruguay para el acceso a medicamentos ARVs, insumos y reactivos para diagnóstico de VIH y seguimiento de las personas en tratamiento, realizada los días 5 - 7 de junio del presente año. En ella se obtuvo la reducción en los precios de esquemas de triple terapia de primera línea, para la Región del 30 al 92%, es decir US \$ 350 - 690. No obstante la reducción de precios de los ARVs podría hacer persistir el grave problema del acceso, porque en la negociación solo se negocian precios y luego cada país decide cuándo adquirir los medicamentos. Sería mandatorio en estos momentos conocer cuáles son los siguientes pasos que se van a dar en el transcurso del año.
- La propuesta “Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú”, presentado al Fondo Mundial en setiembre del 2002 y aprobado en enero del 2003 con un componente de tratamiento ARV a PVVS. Este Fondo Mundial es un instrumento financiero complementario a los esfuerzos que desarrollan los gobiernos, por lo tanto no reemplaza las obligaciones y compromisos de éstos,¹⁰ pero tiene que existir la decisión del país que debe traducirse en un presupuesto destinado a las actividades de la lucha contra las ITS / VIH / SIDA, destacando entre ellas el acceso al tratamiento ARV de las PVVS, pues el presupuesto del Fondo Mundial es por un determinado tiempo; la sostenibilidad es responsabilidad de cada uno de los países.

¹⁰ Acción Internacional para la Salud. The Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Ginebra, julio 2 de 2002. Boletín AIS-LAC N° 66 Febrero 2003. Pág 2.

I. METODOLOGÍA

Este documento es una revisión para determinar la situación del Acceso al Tratamiento ARV de las PVVS, que lo hemos realizado a través de la información existente de todos los esfuerzos que se vienen realizando en nuestro país para el logro de éste.

Las principales fuentes de información fueron los diferentes documentos emitidos por el Programa de Control de ETS y SIDA (PROCETSS) ahora el Componente ETS y SIDA (CETSS), la Oficina General de Epidemiología (OGE) del Ministerio de Salud; EsSalud; por instituciones y organismos como la Oficina Panamericana de la Salud (OPS), el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), especialmente el Documento Marco para el Proceso de Negociación Conjunta para el Acceso a Medicamentos Antirretrovirales y Reactivos en los países de la Subregión Andina, Argentina, México, Paraguay y Uruguay; por el PNUD, ONUSIDA; por las Organizaciones No Gubernamentales que trabajan el tema.

Además también se solicitó información oficial a través de la Agencia de Acceso a la Información Pública (IPYS – Proética) al Ministerio de Salud: Seguro Integral de Salud (SIS), Oficina General de Epidemiología (OGE), Dirección General de Salud de las Personas (DGSP), Programa de Administración de Acuerdos de Gestión (PAAG) y a EsSalud,

Con respecto al Ministerio de Salud, la información fue obtenida a partir de los gastos presupuestales efectivamente ejecutados desde 1998 hasta 2002 y del programado para 2003 de los fondos proporcionados por el Tesoro Público.

Una forma muy interesante para recolectar alguna información que se encuentra en este documento, ha consistido en la revisión de presentaciones realizadas por personas que trabajan en el Ministerio de Salud como en algunas ONGs dedicadas al tema. Las fuentes primarias de información han sido entrevistas informales realizadas a personas que intervinieron o participaron en algún momento del proceso de construcción y desarrollo de las estrategias del PROCETSS, las mismas que en su momento fueron sustentadas en estudios de ámbito mundial con muy buenos resultados.

Han sido incorporados también los resultados de la Negociación Conjunta, realizada en Lima, los días 5 - 7 de junio del presente año.

II. SITUACIÓN DEL VIH / SIDA EN EL PERÚ

En nuestro país existen 12.000 personas viviendo con VIH y 13.398 personas con SIDA registradas por el Ministerio de Salud al año 2002, de las cuales solo se consideran 7.000 personas vivas con SIDA.¹¹ El número estimado de PVVS en el Perú, proporcionado por la Oficina General de Epidemiología del Ministerio de Salud es de 76.633.

La relación hombre : mujer que hacia 1987 alcanzaba una cifra de 27 varones por una mujer infectada, a finales del 2002 se situó en 3,3 varones por una mujer infectada,¹² además, al analizar la base de datos hasta el año 2000 de la Oficina General de Epidemiología, encontramos que el diagnóstico de VIH y de SIDA en la mujer es a menor edad en comparación al varón,¹³ lo que confirma la mayor vulnerabilidad biológica y social de la población femenina y la pertinencia de un enfoque de género en el análisis de las tendencias de la epidemia en el mediano plazo.

La mediana de edad del total de casos notificados de SIDA es de 31 años, es decir que probablemente el 50% de las personas con SIDA se han infectado antes de los 20 años y por tanto, la repercusión futura es que tendremos más mujeres jóvenes contagiadas y sus hijos infectados por ellas. La vía de transmisión es 96% sexual, vertical 3% y parenteral 1% del total de casos notificados.

Las ciudades más afectadas en nuestro país son Lima, Callao, Loreto, Ica, La Libertad, Tumbes, Arequipa, Ancash, Piura, Lambayeque, Moquegua, Tacna, Ucayali.¹⁴

La medición habitual de la epidemia de VIH / SIDA es la *prevalencia* de infecciones por el VIH en la población adulta de un país, es decir, el porcentaje de la población adulta que vive con el virus. La prevalencia del VIH proporciona una buena perspectiva del estado global de la epidemia. En los países con epidemia generalizada, la prevalencia se basa principalmente en pruebas de VIH realizadas en muestras sanguíneas anónimas obtenidas de mujeres que acuden a controles prenatales.

En el Perú, la prevalencia de infección por el VIH en mujeres gestantes es de 0,3%, aunque falta conocer los resultados de la última Vigilancia Centinela (2002), realizada por el Ministerio de Salud en todo el país. Sería importante hacer un análisis de estos resultados por ciudades, porque el promedio nacional puede enmascarar datos locales y podríamos estar ya en epidemia generalizada en algunas ciudades del país, razón por la cual es urgente que esos datos se den a conocer, para que se tomen decisiones oportunas.

¹¹ OMS/OPS/ORAS-CONHU. "Proceso de Negociación Conjunta para el Acceso a Medicamentos Antirretrovirales y Reactivos en la Subregión Andina, Argentina, México, Paraguay y Uruguay". Documento marco. Junio 2003.

¹² Luis Suárez- Mónica Pun. Presentación de la Oficina General de Epidemiología. Diciembre 2002.

¹³ Walter mendoza. Informe Preliminar "Sida y Mujer en el Perú". 13 de Junio de 2003.

¹⁴ Luis Suárez- Mónica Pun. Presentación de la Oficina General de Epidemiología. Diciembre 2002.

Por otra parte, los diferentes estudios transversales realizados también demostraron que la prevalencia de la infección es mayor en algunos grupos poblacionales de Lima, como son los hombres que tienen sexo con otros hombres (12%), o los pacientes con infecciones de transmisión sexual (7%). Adicionalmente, la prevalencia de infección por VIH entre trabajadoras sexuales se encuentra entre 1% y 2% en todo el país, constituyendo una de las cifras más bajas en toda América Latina.¹⁵ A finales del año 2002, el Ministerio de Salud a través del Comité de Vigilancia Centinela, en convenio con la Universidad Cayetano Heredia, la Asociación Civil Impacta Salud y Educación y el Naval Medical Research Center Detachment (NMRCD), ha realizado la Vigilancia Centinela de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), trabajadoras sexuales (TS) y sus clientes, cuyos resultados aún están en proceso de análisis.

La información obtenida de la prevalencia de infección por VIH en los diferentes grupos poblacionales, nos indica que la epidemia en el Perú es CONCENTRADA, según la clasificación propuesta por el Banco Mundial en 1997: la infección por VIH en grupos con comportamientos de alto riesgo es mayor del 5%, pero es menor del 1% en mujeres que se hacen el examen en su control prenatal. Afecta principalmente a la población más joven y más pobre de las ciudades más densamente pobladas, principalmente a la costa y la selva.

De acuerdo al estadio de la epidemia en que se encuentra el país, hay ciertas recomendaciones de prevención y control que son universalmente reconocidas con las cuales se podría mantener la epidemia en un determinado estadio y no permitir su progreso a otro de mayor implicancia social y económica. En el país, los valores promedios de la prevalencia a nivel nacional, aún nos demuestran que estamos en epidemia concentrada.

¹⁵ Ministerio de Salud. ONUSIDA. "Estado de Situación: El SIDA al año 2000". 2001.

III. RESPUESTA NACIONAL

A. RESPUESTA DEL MINISTERIO DE SALUD

Ante la expansión global del VIH / SIDA, la gran mayoría de países ha respondido con la creación de Programas específicos para su prevención y atención. El alcance de estos Programas está determinado en gran medida por el modelo sanitario de cada país, lo que incluye el nivel de desarrollo científico y tecnológico de los servicios, la participación social, la asignación de recursos, la magnitud del problema y la eficiencia de la gestión, entre otros.

En nuestro país, entre 1983 y el 2001, la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP) del Ministerio de Salud, a través de la Comisión Multisectorial de Lucha Contra el SIDA, el Programa Especial de Control del SIDA (PECOS) y el Programa de Control de ETS y SIDA (PROCETSS), tenía desde un rol normativo en el diseño de políticas, estrategias y protocolos de atención, hasta un rol conductor en el fortalecimiento de las normas que se aplicaban en el sistema de salud. Esto implicaba un claro liderazgo en los procesos de capacitación, logística y comunicación, así como el monitoreo y vigilancia de los resultados, a través de la notificación epidemiológica y los estudios anuales de seroprevalencia.

A partir del año 2001, con la reforma de la estructura de la DGSP, se crea el Componente de ETS y SIDA (CETSS), que tiene un rol exclusivamente normativo, mientras que las funciones de fortalecimiento y vigilancia fueron delegadas a otras direcciones dentro del sistema de salud, lo que ha dado lugar a una aparente pérdida de la eficiencia en la respuesta a la epidemia por parte del Estado.¹⁶

Dentro de este contexto, como parte de la respuesta del Ministerio de Salud, es necesario considerar el desarrollo de los recursos humanos y del presupuesto asignado, así como también el liderazgo asumido por el país en la coordinación y ejecución de la Negociación Conjunta para el Acceso a Medicamentos Antirretrovirales de la Subregión Andina, Argentina, México, Paraguay y Uruguay, que es una experiencia única en la historia de la lucha contra el SIDA.

Desarrollo de Recursos Humanos: Parte sustancial de este desarrollo es lo referente a la capacitación. En este aspecto el PROCETSS ha capacitado recursos humanos en las diferentes estrategias: Atención Integral de las PVVS, dirigida no solo al personal del Ministerio de Salud sino también a los profesionales de otras instituciones prestadoras de servicios de salud como EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales (Tabla 1).

¹⁶ Ministerio de Salud. Informe sobre la Implementación de los acuerdos adoptados en el Periodo Extraordinario de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH-SIDA (UNGASS 2001) Mayo 2003.

Tabla 1. N° de personas capacitadas por el PROCETSS / CETSS

	1998	1999	2000	2001	2002
Atención Integral a la PVVS	-----	-----	-----	-----	100**
Capacitadores en Consejería*	-----	-----	302	-----	-----
Consejeros	-----	-----	818*	182+	-----
Atención Médica periódica	-----	-----	-----	-----	30***

+ Informe PROCETSS - 2001.

* Informe del Área de Consejería. PROCETSS – MINSA - 2000.

** N° total de personas capacitadas hasta el año 2002.

*** N° de equipos capacitados hasta el año 2002 de los Centros de Referencia de ITS.

Este potencial humano capacitado, y por tanto sujeto de inversión, debería ser captado nuevamente e incorporado al Programa de Acceso a Tratamiento Antirretroviral del Ministerio de Salud.

Presupuesto Asignado: Desde el inicio de la respuesta nacional contra el VIH/SIDA, el Ministerio de Salud ha manejado un presupuesto insuficiente, dirigido a prevención y promoción, pero no a tratamiento ARV. En la tabla siguiente se observa a los presupuestos ejecutados desde 1998 hasta el 2002 (Tabla 2).

Tabla 2. Presupuesto Anual (S/.) PROCETSS / CETSS - Ministerio de Salud 1998 – 2003

Año	Presupuesto Ejecutado
1998	11.204.149
1999	8.476.584
2000	8.786.964
2001	9.505.698
2002	5.908.355
2003*	

* Para el presupuesto del año 2003, el Programa de Administración de Acuerdos de Gestión viene trabajando bajo el nuevo enfoque de Atención Integral de la Salud, por lo que no es posible desagregar por línea de gasto.¹⁷

El 80 % de este presupuesto era asignado a la compra de medicamentos para el manejo sindrómico de las ITS; para las ITS diagnosticadas etiológicamente especialmente en la Atención Médica Periódica (AMP); para la implementación del programa de Disminución de la Transmisión Vertical es decir para la compra de pruebas de ELISA para VIH, Western Blot, Zidovudina (AZT) tanto para la madre como para el niño, y las fórmulas lácteas también para el recién nacido, hijo de madre VIH positiva; para los insumos y reactivos de laboratorio y para la compra de condones. El 20% estuvo asignado a consejería e intervenciones para cambio de comportamientos.

¹⁷ Ministerio de Salud – Programa de Administración de Acuerdos de Gestión. Nota Interna N° 085-2003-EGF del 09 de mayo de 2003.

Además del presupuesto de Tesoro Público, se ha contado con el apoyo financiero de la cooperación externa: USAID, VIGÍA, ONUSIDA, NMRCD, como se puede ver en el Informe de Cuentas Nacionales años 1999 - 2000. Las fuentes externas, durante ese periodo fueron el 1% de los recursos asignados en respuesta al VIH / SIDA, siendo utilizado el 90% en programas de prevención. Es decir en el 2000, el gasto total en VIH/SIDA representó US\$ 43,11 millones y para 1999 de 38,39 millones de dólares. (Tabla 3)

**Tabla 3. Clasificación de fuentes de financiamiento¹⁸
(en millones de dólares americanos)
1999- 2000**

Año	Nacional	Externa	Total
1999	37,77 *	0,62	38,39
2000	42,04	1,07	43,11

*No disponible la información del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú

Si bien los montos de la cooperación externa fueron reducidos considerando esos dos años (1999, 2000), constituyeron la fuente principal de recursos de las ONGs que trabajaban en la temática del SIDA. Asimismo, diferenciando las fuentes de financiamiento de origen nacional basándose en sectores, para 1999 y 2000, el sector más importante para afrontar el VIH/SIDA, fue el de hogares (gasto de bolsillo de los hogares) que se mantuvo para ambos años en US\$ 32,0 millones. La mayor magnitud de los recursos se orientó a la provisión de servicios de salud personal que implicaba atención recuperativa, servicios de apoyo, es decir, orientados a la provisión de servicios auxiliares y a gastos en farmacias. Esto fue debido a que el gobierno, en ese entonces no contaba con los fondos y la capacidad técnica necesaria para proveer los servicios especializados de laboratorio, los cuales son muy costosos, ni tampoco los medicamentos ARV adecuados, los cuales han sido costeados por gastos de bolsillo.

En este año 2003, además del presupuesto nacional esperamos contar con el presupuesto del Fondo Global para la compra de medicamentos antirretrovirales y de esa manera dar inicio al Programa de Tratamiento ARV en el país.

B. MARCO LEGAL

En nuestro país existe un marco legal para el acceso universal al tratamiento integral de las PVVS, incluyendo el tratamiento ARV, cuyo gran problema es su incumplimiento y en muchos casos su desconocimiento. Los aspectos más importantes del marco legal son:

¹⁸ SIDALAC. Flujos de financiamiento y gasto en VIH / SIDA. Cuentas Nacionales en VIH / SIDA en el Perú 1999-2000.2002

Norma	Contenido
Capítulo II, Artículo 7 de la Constitución Política del Estado	Todos tienen derecho 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.
Capítulo II, Artículo 9 de la Constitución Política del Estado	El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud.
Ley 26626 CONTRASIDA del 20 de junio de 1996	Encarga al Ministerio de Salud la elaboración del Plan Nacional de Lucha contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana, el SIDA y las enfermedades de transmisión sexual. Consagra los derechos de las poblaciones vulnerables, afectadas y la priorización nacional de la problemática.
Decreto Supremo N° 004-97-SA del 27 de junio de 1997	Aprueba el Reglamento de la Ley 26626, referido al logro de objetivos del Plan Nacional CONTRASIDA. Establece las pautas de intervención que el país debe seguir.
Título preliminar de la Ley 26842 del 9 de julio de 1997	Ley General de Salud. Establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. ¹⁹
Ley 27450, del 18 de mayo de 2001	Ley que exonera del pago del Impuesto General a las Ventas y de los derechos arancelarios a los Medicamentos para Tratamiento Oncológico y VIH / SIDA.
Decreto Supremo N° 236-2001-EF del 21 de diciembre de 2001	Aprueba la relación de medicamentos e insumos para el tratamiento oncológico y VIH / SIDA, para efectos de liberación de pago del IGV y derechos arancelarios.
Resolución Directoral N° 265-2002-DGSP, del 02 de mayo de 2002	Aprueba la Directiva N° 001-DGSP-DEAIS-DPCRD-CETSS-2002 denominada "Tratamiento Antirretroviral en los niños infectados por el VIH".
Decreto Supremo N° 143-2002-EF del 20 de setiembre de 2002	Actualiza la relación de medicamentos e insumos para el tratamiento oncológico y VIH / SIDA, para efectos de liberación de pago del IGV y derechos arancelarios.
Decreto Supremo N° 167-2002-EF del 30 de octubre de 2002	Incorporan diversos insumos dentro del anexo del D.S N° 143-2002-EF que aprobó la actualización de la relación de medicamentos e insumos para el tratamiento oncológico y VIH / SIDA.
Ley 27657 de acciones del Seguro Integral de Salud	Involucra el Tratamiento ARV gratuito a los niños hasta los 17 años.
Decreto Supremo N° 040- 2003 EF del 09 de abril de 2003	Incorpora medicamentos a relación de medicamentos e insumos utilizados para el tratamiento oncológico y VIH / SIDA: ESTAVUDINA + LAMIVUDINA + NEVIRAPINA, de acuerdo a las especificaciones obrantes en los informes técnicos expedidos por los órganos técnicos de dicho Ministerio.

C. PLAN NACIONAL DE LUCHA CONTRA EL SIDA

Desde 1996 el país cuenta con el Plan Nacional de Lucha contra el SIDA, denominado CONTRASIDA, con una primera fase 1996 al 2000 y luego, del 2001 al 2005, enmarcado dentro de los lineamientos establecidos en la Ley CONTRASIDA y su Reglamento. Es el documento doctrinario para el control de las ITS / VIH / SIDA y está consagrado en el artículo 2° de la Ley N° 26626.

Si bien es cierto que este Plan fue elaborado por el Ministerio de Salud, desde su nivel central y coordinadores del Programa a nivel nacional, sin participación multisectorial, sigue vigente todavía y es el que orienta las actividades del actual CETSS. Este Plan es actualizado anualmente en sus costos e indicadores y en la actualidad está siendo revisado de manera multisectorial con la participación de la sociedad civil, a fin de obtener un Plan Nacional Multisectorial de Lucha contra el VIH / SIDA, para el desarrollo de acciones concertadas y conjuntas en la prevención y atención.

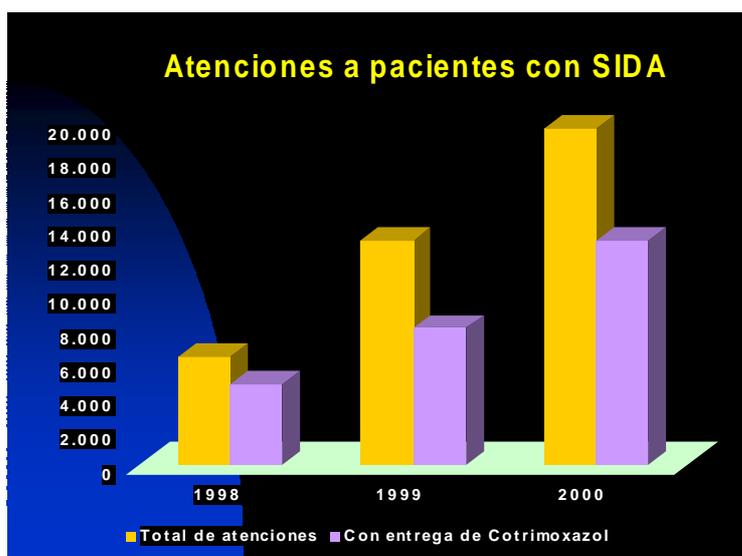
Este Plan CONTRASIDA, tiene cuatro grandes objetivos:

1. Disminución de la transmisión sexual de las ITS / VIH.
2. Disminución de la transmisión sanguínea.
3. Reducción de la transmisión vertical.
4. Disminución del impacto individual, social y económico en las PVVS.

Los tres primeros objetivos han sido desarrollados con gran fuerza y resultados bastante positivos en el manejo sindrómico de las ITS, la disminución de la transmisión sanguínea (asumido por el Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre desde 1997), disminución de la transmisión vertical programada a nivel nacional pero con una cobertura aproximadamente del 50%. El cuarto objetivo recién se está implementando como una respuesta a la necesidad muy urgente de las PVVS, las cuales tienen derecho a una mejor calidad de vida. Este objetivo abarca algunas actividades que el Ministerio de Salud está tratando de llevar a cabo:

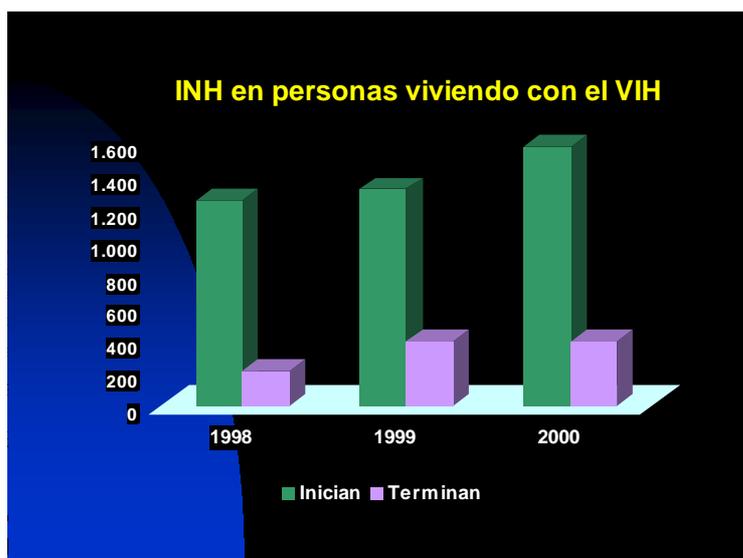
- Atención de calidad para las PVVS, incluyendo descentralización de la atención y visitas domiciliarias. Desde el año 1998 el Ministerio de Salud ha estado prestando atención a las PVVS en diferentes hospitales, especialmente de Lima, algunas personas reciben solo atención médica y otras además reciben tratamiento profiláctico (Cotrimoxazol o Isoniacida) (Gráficos 1 y 2), pero aún se siente la falta de conocimiento acerca de los derechos de las PVVS por parte de los trabajadores de salud, lo cual repercute negativamente en la atención brindada a las personas y evidencia las carencias en la formación ética del personal.
- Protección y promoción de los derechos humanos y respeto por la dignidad de las PVVS, actividades que necesitan ser fortalecidas.
- Acceso a los ARVs de alta efectividad, que este año debe ampliarse a mayor población. Debe vigilarse para que esto se cumpla en el menor tiempo posible pero dentro de los estándares de calidad.
- Participación de voluntarios en consejería de pares y actividades de sensibilización a grupos familiares.

Gráfico 1



Fuente: Ministerio de Salud

Gráfico 2



Fuente: Ministerio de Salud

D. RESPUESTA DE LA SOCIEDAD CIVIL

La epidemia del VIH/SIDA ha generado diversas respuestas de la sociedad civil, siendo inicialmente un grupo pequeño de personas que reaccionaron al impacto del SIDA, que luego fueron creciendo, se unieron para brindarse apoyo mutuo y tomar medidas. En la actualidad es un gran movimiento, con mucha fuerza, y sobre todo con muchos logros, pues de una u otra forma es la voz que exige el cumplimiento de los compromisos políticos locales, nacionales y mundiales.

En el periodo 1996 - 2000 las organizaciones de personas viviendo con VIH y SIDA han enfrentando no pocas veces el estigma y la discriminación al interior del propio sistema de salud, por ello, entre otras razones, han creado y promovido sistemas de soporte emocional con el objeto de disminuir el impacto individual, social y familiar de la infección (Grupos de Ayuda Mutua), han elaborado materiales informativos y de capacitación desde la perspectiva de la comunidad afectada.

En este esfuerzo las PVVS han desarrollado capacidades de promoción y defensa pública, sensibilización de diversos actores sociales con el fin de mejorar la calidad de la atención intra y extra hospitalaria. Se han desarrollado importantes esfuerzos de articulación nacional, iniciados con la Red SIDA Perú, constituida en 1997 y que agrupa a once ONGs que invierten la mayor parte de sus esfuerzos en la problemática del SIDA. Estas instituciones contribuyeron al desarrollo de las diferentes estrategias de intervención en poblaciones vulnerables, como también en el estudio de las conductas y comportamientos en los diferentes segmentos de la población.

Un logro muy importante fue la participación de un representante tanto de las PVVS, como de la Red Sida en el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, en la Reunión Preliminar que se realizó en mayo de 2001 y en la Reunión realizada en junio del 2001, donde se firmó la Declaración de Compromiso que sirve hoy de referencia para la acción mundial. En este mismo año 2001 se forjó el Colectivo por la VIDA, constituido por más de 25 instituciones de la sociedad civil, cuyo propósito es lograr el acceso universal y gratuito a la Atención Integral de Calidad para PVVS, que incluya tratamiento ARV.

Otra situación que cabe mencionar es la participación muy activa en la conformación de la Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud (CONAMUSA) y en la elaboración de la Propuesta elevada al Fondo Mundial “Fortalecimiento de la Prevención y el Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú”; esto se debió a que este Fondo creó una nueva forma de trabajar incluyendo en su junta no solo a representantes de organizaciones no gubernamentales, sino también ofreciendo un lugar a las personas directamente afectadas.

En el informe final del Proyecto: “Reuniones y Talleres para la Articulación y Fortalecimiento del Movimiento de Personas Viviendo con VIH y SIDA en el Perú” financiado por ONUSIDA, se encuentra información muy valiosa de la situación de las PVVS en el país, en especial en las ciudades fuera de Lima. Las PVVS del interior del país pertenecen a los sectores más empobrecidos de la sociedad, por lo que el impacto de la infección suele ser mayor en sus familias y entorno; no hay un sistema de apoyo eficaz que disminuya el aislamiento y el estigma, y favorezca la organización y la inserción social efectiva; el personal médico y de apoyo en los establecimientos de salud requiere ser sensibilizado acerca de los derechos humanos de las PVVS y sus familias, así como también acerca del respeto a los principios éticos de autonomía, dignidad y confidencialidad del diagnóstico.²⁰ Es muy importante que esta información sea conocida por el Ministerio de Salud, pues es el órgano responsable de los establecimientos de salud a nivel nacional, antes de que se brinde tratamiento ARV.

Desde el sector de las Iglesias, la Conferencia Episcopal Peruana, a través de la Pastoral de Salud ha generado corrientes de sensibilización hacia las PVVS y sus familias. Ciertamente, desde este sector se han establecido actividades de soporte social, a través de albergues y sistemas de visitas domiciliarias, como ocurre con el Hogar San Camilo y la Posada del Buen Pastor. Por otra parte, la Iglesia Anglicana y la Conferencia Interconfesional de Iglesias Evangélicas han contribuido a diseminar información sobre la epidemia en amplios sectores de adolescentes y jóvenes.

Las universidades y otras instituciones académicas también han contribuido con investigaciones operativas, evaluaciones estratégicas, estudios epidemiológicos, ensayos clínicos y patrones de resistencia, entre otros, lo que sin duda permite una mejor toma de decisiones desde los organismos del Estado.

²⁰ PROSA. Proyecto: “Reuniones y Talleres para la Articulación y Fortalecimiento del Movimiento de Personas Viviendo con VIH y SIDA en el Perú”. Marzo, 2002.

IV. ESTADO ACTUAL DEL ACCESO AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL PARA EL VIH / SIDA

Los avances de la ciencia y la tecnología han significado una revolución en el campo de la lucha contra el VIH / SIDA, especialmente con el uso de ARVs hemos podido observar disminución de la replicación viral, aumento de los linfocitos CD4, mejoramiento en el desempeño de actividades laborales de las PVVS, baja tasa de morbilidad y descenso de la mortalidad asociada al SIDA. Por eso crece cada vez más en la comunidad mundial el convencimiento de que el tratamiento de las PVVS en los países en desarrollo es una necesidad y no una elección.

En la historia de las pandemias como la del VIH / SIDA, el acceso a los medicamentos es un elemento fundamental para llegar progresivamente a la plena realización del derecho que toda persona tiene a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. La plena realización de los derechos humanos y las libertades fundamentales es un elemento indispensable de la respuesta mundial a la pandemia del VIH / SIDA, particularmente en las esferas de la prevención, atención, apoyo y tratamiento.

La inclusión de los medicamentos ARVs en la provisión de servicios de salud a las PVVS tiene una clara relación con el respeto a los derechos humanos, el nivel de desarrollo económico y con la capacidad de compra de esas terapias. De acuerdo a este enfoque, se deriva que es deber del Estado la protección y promoción de la salud de la ciudadanía, sin discriminaciones, obligándose a asignar recursos ordinarios o extraordinarios para la lucha contra el VIH / SIDA. En cuanto a las limitaciones presupuestarias, es mandatorio recurrir a la cooperación internacional.²¹

A. ESFUERZOS REALIZADOS

Se vienen realizando coordinaciones con organismos internacionales para enfrentar las barreras que influyen en la adquisición de medicamentos ARVs y contra las infecciones oportunistas. Esta es una de las estrategias que más presión recibe y que se trabaja con más énfasis. Existen acuerdos asumidos por el país, un marco legal, el proyecto aprobado por el Fondo Mundial: "Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú", los resultados de la Negociación Conjunta para disminución de los precios de los medicamentos ARVs.

Cabe recalcar que si bien se están alcanzando notables logros en el aseguramiento del acceso al tratamiento ARV de las PVVS, aún hay fuertes deficiencias en las intervenciones preventivas eficaces.²² "El principal problema es el hecho de que los recursos suelen asignarse de forma deficiente para abordar las necesidades de los que corren más riesgo de infectarse por el VIH,

²¹ Edgar Carrasco. "Políticas públicas y prevención del VIH/SIDA en América Latina y El Caribe", capítulo Derechos Humanos y el acceso a ARVs en América Latina y El Caribe. Fundación Mexicana para la Salud. 2001.

²² ONUSIDA. Comunicado de Prensa 2003. La Habana, 8 de abril 2003.

principalmente por el estigma que rodea a los grupos marginados”.²³ No olvidemos que luchar por el acceso al tratamiento ARV para el VIH / SIDA, no anula las actividades de prevención y promoción. El potenciar todas, es una mejor arma en esta lucha contra la epidemia del VIH / SIDA.

1. Acuerdos Asumidos por el Perú

Para el acceso universal al tratamiento integral de las PVVS existen los siguientes acuerdos asumidos por el país.

Acuerdo	Contenido
Informe Peruano sobre el VIH / SIDA presentado ante las Naciones Unidas en junio de 2001	Participaron en su elaboración aproximadamente cien representantes del sector público, privado, sociedad civil, organizaciones de PVVS, FFAA y Policiales, cooperación técnica internacional, empresa privada e iglesia. Propone que la población debe contar con servicios de salud adecuados para la atención de pacientes infectados por el VIH / SIDA de acuerdo a cada uno de los niveles de atención y que el Estado deberá garantizar el acceso al tratamiento de infecciones oportunistas y ARV, los exámenes diagnósticos y monitoreo, tales como CD4 y carga viral, acompañamiento clínico y otros insumos necesarios para la atención de la salud (Anteproyecto de Ley que amplía y modifica la Ley 26626).
El Estado Peruano suscribió el 27 de junio de 2001 en las Naciones Unidas la Declaración de Compromiso sobre el VIH / SIDA	Compromiso de alcanzar metas concretas mediante las acciones que respondan a los diferentes aspectos directamente relacionados con la epidemia del VIH / SIDA. Reconoce que la pobreza, el subdesarrollo y el analfabetismo son los principales factores que contribuyen a la propagación de la epidemia. En lo que se refiere a tratamiento, atención y apoyo el Estado Peruano se comprometió a fortalecer los sistemas de atención de salud y hacer frente a los factores que afectan al suministro de medicamentos contra el VIH / SIDA, incluidos los medicamentos antirretrovirales y hacer sostenible el tratamiento de la más alta calidad posible, incluidos la prevención y el tratamiento de infecciones oportunistas y la utilización eficaz de la terapia antirretroviral.

2. Propuesta presentada al Fondo Mundial: “Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú”

El Ministerio de Salud, en mayo de 2002, decide nombrar una comisión técnica para ver la posibilidad de realizar una segunda propuesta al Fondo Global, pues la propuesta presentada en la Primera Ronda había sido rechazada. Esta comisión sugirió que era necesaria en el proceso de formulación de dicha propuesta, la participación multisectorial de las organizaciones comprometidas en la lucha contra la TBC, el SIDA y la malaria.

Para esto, primeramente se instaló un Mecanismo Coordinador de País (MCP), formalmente constituido y en donde participaron las diversas organizaciones públicas y privadas de la sociedad civil del país comprometidas en la lucha contra las enfermedades mencionadas. Se realizaron diversas reuniones que tuvieron dos niveles de discusión una relacionada a la propuesta técnica en la que participaban por subcomisiones y otra relacionada a la necesidad de la formación del MCP.

²³ Peter Piot. Discurso inaugural del Segundo Foro sobre el VIH / SIDA / ITS en América Latina y El Caribe. La Habana, 12 de abril 2003.

En la segunda semana de julio de 2002, en una reunión conjunta de todas las instituciones convocadas, se acordó que cada una de ellas debería tener una representatividad en una organización mayor y que funcione como Mecanismo Coordinador.

Cada grupo consideró la cantidad de representantes necesaria y fueron designados luego de una elección democrática. Esta designación fue entregada posteriormente al Ministerio de Salud y el 8 de agosto del año 2002, el Viceministro de Salud preside la reunión de instalación del MCP e inmediatamente se conforma una secretaría permanente.

En nuestro país este MCP adoptó el nombre de Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud (CONAMUSA), que trabajó arduamente en la elaboración de la propuesta al Fondo Mundial. Esta propuesta fue un logro desde el punto de vista de coordinación multisectorial, ya que en ella tuvieron participación muy activa la sociedad civil y las organizaciones de PVVS, recibiendo la aprobación del Fondo Mundial en enero de este año.

En el componente SIDA se cuenta con US \$ 23.671.871 para un periodo de cinco años. Mediante esta propuesta, se impulsarán los tratamientos antirretrovirales para incrementar de 1.100 a 7.000 tratamientos en el primer año y a 9.000 en el segundo. El Fondo Mundial cubrirá el 40% de tratamientos en el primer año y 70% en el segundo; posteriormente, el gobierno se hará cargo de la totalidad de los mismos. La entrega de tratamientos irá acompañada de un programa de adherencia elaborado por un comité de expertos y aplicado por el personal de salud encargado de la atención integral, lo que permitirá disminuir las posibilidades de fracaso. El Estado garantizará el abastecimiento de los otros medicamentos necesarios para el manejo de ITS y de enfermedades oportunistas.

La monitorización por laboratorio de las PVVS es una actividad necesaria para el inicio de la terapia ARV y para el seguimiento posterior, éste incluye pruebas de carga viral y cuenta de células CD4; el impulso de estas pruebas requiere el apoyo del proyecto en un 40% de ellas en el primer año y del 30% en el segundo; posteriormente, el total de las mismas será asumido por el Estado, manteniendo el financiamiento de un número reducido para situaciones de emergencia, por parte del proyecto.²⁴

Actualmente, los integrantes de la Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud (CONAMUSA) ya han elaborado el Plan de Trabajo, requisito para que el Fondo Mundial empiece a desembolsar el dinero, lo cual es muy importante para la adquisición de los ARVs. El desafío más grande ahora es sostener este impulso y ajustar las coordinaciones para que los gobiernos desembolsen el dinero con eficiencia y eficacia.

3. Negociación Conjunta para el Acceso a Medicamentos Antirretrovirales y Reactivos en la Subregión Andina, Argentina, México, Paraguay y Uruguay

La Reunión Técnica y Ministerial de Negociación que se llevó a cabo los días 5, 6 y 7 de junio del presente año, ha sido el resultado de un proceso de aproximadamente un año, durante el cual se discutieron de manera detallada y profunda los requisitos y procedimientos para conseguir menores precios de ARV, a partir de agregar la capacidad de negociación de los países que se fueron sumando a la iniciativa liderada por el Perú y que al final fueron un total de diez países que negociaron: Colombia, Bolivia, Ecuador, Venezuela, Perú, Chile, Argentina, México, Paraguay y Uruguay.

²⁴ Ministerio de Salud. "Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú". Presentado al Fondo Global en setiembre 2002.

El objetivo inmediato de la Negociación Conjunta fue lograr el menor precio, negociado y único para todos los países participantes, tanto para productos de marca como genéricos precalificados, mediante un proceso de invitación, oferta y negociación a un grupo de empresas que, dentro de un marco de convocatoria amplia sobre base objetiva, cumplieran con las garantías de calidad necesarias por lo cual se esperaba lograr mayor acceso al tratamiento ARV para los pacientes con VIH / SIDA de los países participantes.

Esto no implicó un compromiso o exclusividad de compra, no se negoció ningún tipo de condicionamiento o exclusividad, asimismo no implicó una compra conjunta de los países participantes en este proceso. Este mecanismo permitirá compras independientes de cada país, acorde al precio negociado de los volúmenes requeridos y la adquisición se realizará siguiendo la normatividad legal vigente en cada uno de los países.

Los criterios solicitados a las empresas farmacéuticas para participar en esta negociación fueron los siguientes (Cuadro 1).

Cuadro 1. Criterios solicitados

Fabricante	<ul style="list-style-type: none"> • Certificación de Buenas Prácticas de Manufactura otorgado por cualquiera de los países participantes en la negociación, el FDA, Agencia Europea de Medicamentos (EMA), o • Ser lugar de producción de ARV precalificado por la OMS.
Medicamento ARV	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplir con los estándares de calidad y bioequivalencia en los casos que corresponda. • Contar con la precalificación para ARV de la OMS.
Reactivos	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplir con criterios de calidad, sensibilidad y especificidad.

En esta negociación conjunta participaron diez países, dentro de la denominación de “La Región” y estuvieron representados por los Ministros de Salud (Perú, Bolivia, Argentina, Chile), los Vice-Ministros de Salud de Ecuador, México, Venezuela, el Director de Programa de Control de ITS / SIDA del Paraguay y los Asesores del Ministerio de Salud de Colombia y Uruguay. Los resultados obtenidos en esta negociación fueron:

- De 37 ítems negociados, en 15 se obtuvo propuestas por debajo del menor precio que existía en los diez países de la región.
- En todos los ítems negociados se cumplieron todos los estándares de calidad.
- De los 16 laboratorios de medicamentos, 14 aceptaron participar y de ellos solo 9 llegaron a negociar, 5 no negociaron; en cuanto a reactivos, de 9 invitados 7 aceptaron participar, 5 negociaron y 2 no se presentaron.
- Reducción del 30 al 93% en los precios de esquemas de triple terapia de primera línea para la región.

Costo de terapia de primera línea: US \$ 350 – 690

Costo antes de la negociación: US \$ 1.000 – 5.000

Pero si vemos por países tenemos los siguientes gráficos:

Gráfico 3

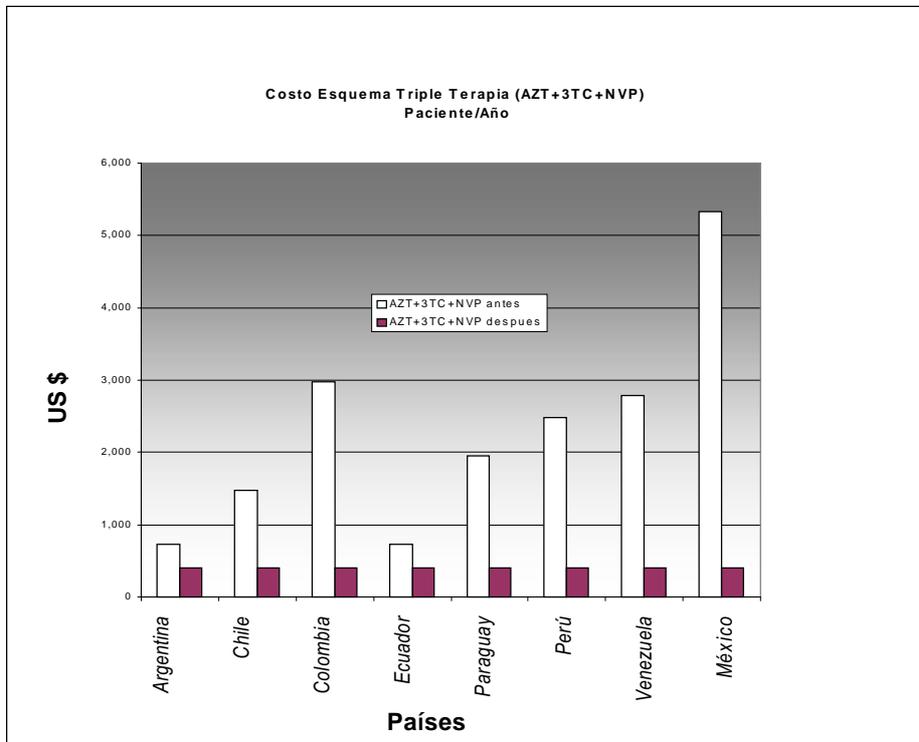
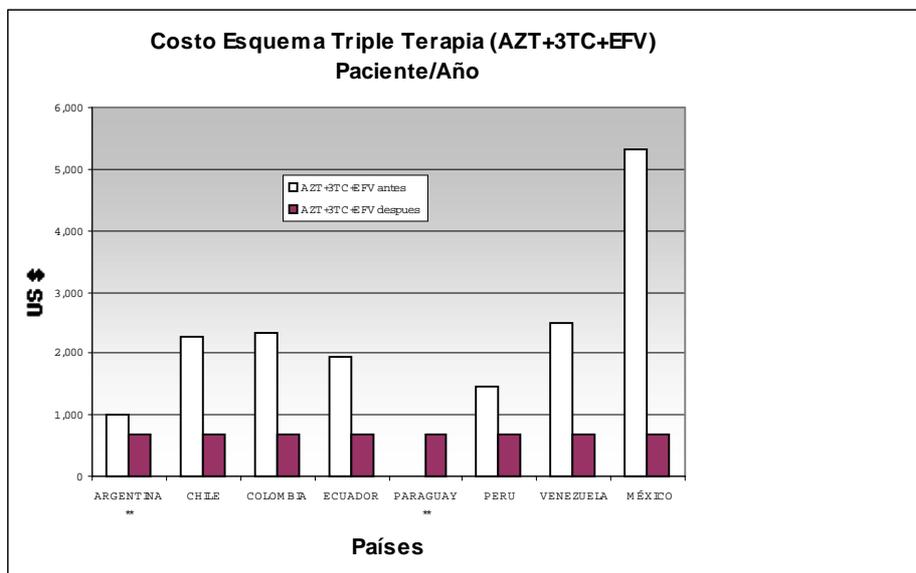


Gráfico 4



- Reducción del 9 al 72% en los precios de esquemas de triple terapia de segunda línea para la región.

Costo de terapia de segunda línea: US \$ 1.400 – 4.600

Costo antes de la negociación: US \$ 1.600 – 7.600

- Reducción del precio de reactivos en relación con los precios máximos y mínimos de la región:

Pruebas rápidas: 62 – 81%
Pruebas de ELISA: 13 – 33%
CD4: 5 – 70%
Carga Viral: 22- 82%

Esta reducción podría representar un incremento equivalente a 150.000 pacientes más en la región, bajo tratamiento ARV con terapia triple.

Este proceso de negociación se ha convertido en un gran éxito para los países participantes, tanto desde el punto de vista de la integración como de la responsabilidad compartida entre las empresas productoras de medicamentos, los gobiernos y las PVVS y, finalmente, de la formulación de una política razonable de medicamentos. La negociación es un primer paso dado en este tema y abre el camino primero, para solucionar los problemas de salud, segundo, para solucionar los problemas de mercado de las empresas y, tercero, para solucionar el problema de los Estados que deben satisfacer la demanda de acceso a medicamentos ARVs. Sin embargo, Pero, aun habiendo reducción de precios de los fármacos ARVs, la oferta más barata excede con creces el gasto anual por habitante destinado a la salud en cada uno de los países, incluido el nuestro. Los problemas relacionados a la adherencia, a la terapia continuada, a la resistencia viral, a los efectos secundarios, al acceso al tratamiento ARV continúan siendo dificultades que quedan por resolver.

Como país, tenemos muchas expectativas puestas en estos resultados, pero lo más importante en este momento es la decisión que tome el país de cuándo hacer efectiva la compra de medicamentos ARV y reactivos para diagnóstico y seguimiento, a fin de lograr lo antes posible, mejorar la calidad de vida de las PVVS que día tras día luchan en defensa de sus derechos.

B. SITUACIÓN ACTUAL

Desde la aparición de la terapia ARV de alta efectividad en 1995, no se ha contado en el país con una política consistente que permita el acceso universal al tratamiento ARV. Lo que se ha conseguido es aprovechar las oportunidades en el contexto nacional, subregional e internacional para responder a esta necesidad. Gran parte del esfuerzo dirigido a aprovechar estas oportunidades ha sido motivado por el activismo de las PVVS y sus organizaciones, así como del accionar de coaliciones como el Colectivo por la Vida, que agrupa a 22 organizaciones en la lucha por el acceso a tratamiento.

Si bien es cierto que la Ley 26626, conocida como Ley CONTRASIDA establece que toda persona con VIH / SIDA tiene derecho a la atención médica Integral y a la prestación provisional que el caso requiera, su reglamento vigente solo garantiza la profilaxis en madres gestantes para evitar la transmisión vertical.

Actualmente se está planteando su modificación, pues a pesar de los logros obtenidos son evidentes los problemas en su implementación, ya sea porque no existen mecanismos de vigilancia de cumplimiento de la norma (la Ley y su Reglamento no tienen elementos coercitivos que obliguen el cumplimiento de la misma), o porque contiene inconsistencias en lo referido a la atención integral. Otro problema adicional probablemente sea la falta de su difusión lo cual conlleva al desconocimiento de la norma o su incumplimiento por parte de los diferentes actores sociales que aún se sienten ajenos a esta problemática.²⁵

En confrontación con la ley, el Estado Peruano a través de los grandes hospitales fundamentalmente localizados en Lima, realiza la atención médica a las PVVS, pero no provee tratamiento ARV a los

adultos en los hospitales públicos. En diciembre del 2001 el Ministro de Salud anunció el compromiso de ofrecer tratamiento ARV a 100 niños con VIH/SIDA, actualmente ya se encuentran en tratamiento bajo responsabilidad del Ministerio de Salud en un número aproximado de 40²⁶ y hay otros niños que esperan iniciar su tratamiento. Otro problema es el desabastecimiento constante y muchas veces permanente de medicamentos en los establecimientos de salud, sobre todo de aquellos que previenen las infecciones oportunistas.

De las 7.000 personas que necesitan tratamiento, según el Ministerio de Salud, solo 1.567 (22%) lo recibe; 1.100 (70,9%) brindado por la seguridad social.²⁷ 40 (2,5%) a través del Ministerio de Salud, 200 (12,9%) por las Fuerzas Armadas y 227 (14,6%) por otros.²⁸ El 78 % restante aún está en espera de acceder a una mejor calidad de vida; por eso es muy urgente acelerar los procesos de acceso a tratamiento ARV de las PVVS.

En setiembre de este año, la Corte Superior de Justicia de Lima resolvió ordenar al Ministerio de Salud la entrega, en el término de 48 horas, de medicamentos ARVs a PVVS que, mediante recurso de amparo, reclamaron este derecho, pero lo cual aún no se cumple porque el MINSA no cuenta con presupuesto para la compra de estos medicamentos. Este es un mecanismo de exigencia ante la falta de acceso universal al tratamiento ARV que se ha venido dando en otros países con muy buenos resultados. Se espera que en nuestro país se asuman los acuerdos y se desarrolle el acceso universal al tratamiento ARV lo más pronto posible, para que de esa manera el 78% de las PVVS que necesitan tratamiento ARV, lo reciban.

El presupuesto destinado a la compra de medicamentos ARVs en el año 2002 proviene de diferentes fuentes, siendo mayor el monto de la Seguridad Social, mientras que el Ministerio de Salud, que acoge a la mayor población de PVVS solo dio tratamiento a los niños que están siendo atendidos en el Hospital del Niño y en el Hospital Cayetano Heredia. EsSalud refiere que actividades como la consulta externa especializada en su red hospitalaria no está presupuestada por tipo de daño. En la tarifa de la consulta externa de diferentes especialidades están comprendidos los costos de exámenes de ayuda al diagnóstico, medicamentos, recursos humanos, entre otros. Su sistema de tarifa estándar no permite diferenciar los gastos por atenciones de diversas patologías (ITS; VIH/SIDA), programándose las atenciones de consulta externa de forma general, así como el control de enfermería y control obstétrico²⁹ (VerTabla 4)

En el año 2003 el monto asignado por el Seguro Integral de Salud (SIS) asciende a US \$ 52.574,75 (S/.184.011,64).³⁰ Se espera que a finales de este año pueda ser considerado también el desembolso del Fondo Mundial para la compra de medicamentos ARVs y de esa manera ampliar la cobertura a un número mayor de PVVS.

Pero para el tratamiento ARV es necesario también tener otros elementos desarrollados y establecidos, como acceso a pruebas de calidad para diagnóstico y seguimiento; atención de calidad, accesible y sin discriminación, incluyendo atención médica y consejería en todas sus

²⁵ Ministerio de Salud. ONUSIDA. "Estado de Situación: El SIDA al año 2000". 2001

²⁶ Roberto López "Acceso a Tratamiento Antirretroviral". Boletín Regional sobre Derechos Sexuales. Ciudadanía sexual. Boletín N° 1. Febrero 2003.

²⁷ EsSalud. Carta N° 1406 –SG-ESSALUD-2003 del 23 de mayo 2003.

²⁸ OMS / OPS / ORAS - CONHU "Proceso de Negociación conjunta para el Acceso a Medicamentos Antirretrovirales y Reactivos en la Subregión Andina, Argentina, México, Paraguay y Uruguay". Documento marco. Junio 2003.

²⁹ Carta N° 1406 –SG-ESSALUD-2003 del 23 de mayo 2003.

Tabla 4. Presupuesto Anual (US \$) y Fuentes para el Tratamiento ARV – 2002

FUENTES	MONTOS
Ministerio de Salud: SIS**	42.860,71
Seguridad Social***	5.000.000,00
Policía Nacional*	2.733.590,00
Fuerzas Armadas*	55.008,00
Otros	_____
MONTO TOTAL	7.831.458,71

* OMS / OPS / ORAS - CONHU. "Proceso de Negociación Conjunta para el Acceso a Medicamentos Antirretrovirales y Reactivos en la Subregión Andina, Argentina, México, Paraguay y Uruguay". Documento marco. Junio 2003.

** Seguro Integral de Salud. Oficio N° 1183-2003 – SIS / OPD del 27 de mayo 2003.

*** EsSalud. Carta N° 1406 –SG-ESSALUD-2003 del 23 de mayo 2003.

modalidades: pre-test, post-test, de soporte y de adherencia; acceso universal a tratamiento con medicamentos antirretrovirales y para infecciones oportunistas; promoción y protección de los derechos humanos y respeto por la dignidad de las PVVS. Capacidades mínimas de laboratorio para la realización de pruebas de calidad de diagnóstico y seguimiento, así como también CD4 y carga viral, pruebas de vital importancia para la introducción de ARV en el país.

El acceso a las pruebas de ELISA es todavía difícil en nuestro país, toda vez que requiere de laboratorios equipados y personal capacitado. El sistema de salud peruano cuenta con 6.000 establecimientos entre hospitales, centros y puestos de salud. Sólo se cuenta con servicio de laboratorio en el 25% del sistema. Es posible que en todo el país no existan más de 200 lectores de ELISA en el sector público, situación que no permite el acceso a pruebas de la mayor parte de la población de gestantes, casos sintomáticos de ITS y parturientas sin control prenatal previo, que requieran acceder a una profilaxis con ARV. Por esta razón es necesario reevaluar el estado de los laboratorios tanto de los hospitales como de los CERETS a nivel nacional y tomar las decisiones pertinentes antes de iniciar el acceso a tratamiento ARV.

En la presentación realizada por el coordinador del CETSS el 27 de mayo del 2003, se explicó sobre el Plan para el Acceso a los Antirretrovirales en el país, haciendo mención que del total de las PVVS que necesitan tratamiento ARV, 75% de ellas se encuentran en Lima y Callao y el otro 25 % en el resto del país. Plantea que 16 Hospitales Nacionales y de Apoyo de Lima y Callao constituirían el nivel normativo y de decisión terapéutica y que 70 establecimientos periféricos se encargarían de la vigilancia y administración en Lima y Callao, mientras que en el resto del país se encargarían los hospitales regionales. En total la red estaría conformada por 114 establecimientos de salud a nivel nacional.

Se espera que con las condiciones antes mencionadas, este plan empiece a ejecutarse en el segundo semestre de este año, lo cual sería de gran beneficio para las PVVS que están a la espera de tratamiento, y, en consecuencia, mejorar su calidad de vida.

³⁰ Seguro Integral de Salud. Oficio N° 1183-2003-SIS / OPD del 27 de mayo 2003.

V. DISCUSIÓN Y PROPUESTAS

En la Declaración del Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH / SIDA (UNGASS- 2001), por primera vez todos los gobiernos del mundo reconocieron el tratamiento y la atención, incluido el acceso a tratamiento ARV, como un elemento esencial de la respuesta mundial a la epidemia del VIH / SIDA.

En setiembre de este año, la OMS y el ONUSIDA han reafirmado su propósito de alcanzar un ambicioso objetivo: “tres millones para 2005”, es decir, proporcionar medicamentos ARVs a tres millones de personas para el final del año 2005.

En el país se han venido realizando esfuerzos para desarrollar estrategias preventivas y provisión de tratamientos profilácticos para prevenir las enfermedades oportunistas, pero en estos últimos años se ha ido incorporando progresivamente el concepto de atención integral dentro de las estrategias de manejo de las PVVS.

La atención integral de las PVVS abarca elementos importantes, además de un mayor suministro de ARVs. Entre estos elementos figuran los siguientes: manejo clínico que incorpora diagnóstico temprano, incluyendo pruebas diagnósticas, tratamiento con antirretrovirales, uso racional de los medicamentos, seguimiento y adherencia; atención de enfermería; orientación y apoyo emocional; apoyo social mediante el apoyo de pares, servicio de bienestar social, servicios de apoyo comunitario, apoyo espiritual y asesoramiento legal. Dentro del Ministerio de Salud algunos componentes de este tipo de atención han sido implementados y otros están en pleno desarrollo. Urge en estos momentos acelerar el proceso, porque se va a iniciar una nueva etapa, que es la provisión de ARVs.

Los recursos destinados a la lucha contra la epidemia del VIH / SIDA en los planos nacional e internacional no están equilibrados con la magnitud del problema. El presupuesto asignado a la lucha contra el SIDA en el país es escaso, no alcanza para cubrir satisfactoriamente las actividades de prevención y mucho menos brindar tratamiento ARV. Por esa razón, para iniciar tratamiento ARV a las PVVS el presupuesto del Ministerio de Salud no es suficiente, siendo necesario recurrir a otras fuentes, como es en este caso el del Fondo Mundial. Lo que preocupa, es la sostenibilidad de esta decisión porque el inicio de tratamiento ARV no debería significar disminución de los recursos destinados a la prevención del VIH; por el contrario, debería contarse con recursos adicionales a los ya destinados a la prevención de la infección por el VIH, los cuales también, como hemos visto, son insuficientes.

Para esto, es necesaria una adecuada respuesta a la epidemia de VIH / SIDA, es decir que se produzca un aumento muy importante y sostenido de los recursos y del compromiso político para fortalecer las intervenciones en promoción, prevención, organización de los servicios y acceso a la atención para mejorar la calidad de vida de la población. Si anteriormente una de las dificultades más grandes fue el alto costo de los medicamentos, hoy día se han conseguido reducciones de

los precios mediante la negociación conjunta, pero aún así la oferta más barata no es accesible a la población. Por ello es razonable demandar de los decisores políticos la planificación de los pasos siguientes, para lograr el acceso universal al tratamiento ARV y un plan de sostenibilidad en el tiempo, porque el tratamiento contra el SIDA es un compromiso a largo plazo, no una medida puntual. Se debe integrar el tratamiento en los planes de emergencia de más amplio alcance para la prevención y la atención del SIDA, pues de lo contrario, no habrá posibilidad de invertir la tendencia de la epidemia.³¹

Las organizaciones que representan y apoyan a PVVS han demostrado ser un recurso inestimable, aunque en muchos países tienen una necesidad imperiosa de reforzamiento.³² En nuestro país, como ha sido ya mencionado, estas organizaciones han trabajado esforzadamente para lograr los avances conseguidos hasta ahora, siendo necesario dirigir las actividades para solicitar que se cumplan los acuerdos asumidos por el gobierno, las leyes y sus reglamentos.

El reconocimiento de la Comisión Nacional Multisectorial en Salud (CONAMUSA) en las instancias correspondientes, la culminación del Plan Multisectorial de Lucha contra el SIDA, el conseguir la aprobación del Anteproyecto de Ley para la Modificación de la Ley N° 26626, de manera que se incluya la responsabilidad directa del Estado en garantizar la provisión integral y gratuita de tratamiento y cuidados a las PVVS,³³ el realizar un nuevo estudio de Cuentas Nacionales en el país, son demandas que deberíamos tener en cuenta en un plan a mediano plazo.

³¹ Dr. Lee Jong-wook. Director General de la OMS. Discurso el 22 de setiembre de 2003. Nueva York

³² Peter Piot. Discurso ante el 59º periodo de sesiones de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. UNAIDS Speech. Ginebra 19 de marzo de 2003.

³³ Acción Internacional Para la Salud. Política Nacional de Medicamentos. Año 3 – N° 3. Perú. Junio 2002.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acción Internacional para la Salud. Continúa lucha por tratamientos para PVVS. Boletín AIS-LAC 2002;63:1.

Acción Internacional para la Salud. 1The Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Ginebra, julio 2 de 2002. Boletín AIS-LAC 2003;66:2.

Acción Internacional para la Salud. Política Nacional de Medicamentos. 2002;3:2.

Bermúdez J. Acceso a los ARV en los países andinos. Reunión Preliminar para la Constitución de Negociaciones Conjuntas para el Acceso a Medicamentos ARVs en los Países Andinos. Lima, Perú. 24 de julio de 2002 (presentación oral).

Carrasco E. Derechos Humanos y el acceso a ARVs en América Latina y El Caribe. En: Fundación Mexicana para la salud: Políticas públicas y prevención del VIH / SIDA en América Latina y El Caribe, 2001.

EsSalud. Carta N° 1406-SG- EsSALUD- 2003 del 23 de mayo de 2003.

Izazola J, Astarloa L, Beloqui J, et al. Avances en la comprensión del VIH/SIDA: una visión multidisciplinaria. En: El SIDA en América Latina y El Caribe: Una visión multidisciplinaria. 1999;21-42.

López R. Acceso a Tratamiento Antirretroviral en el Perú. Boletín Regional sobre Derechos Sexuales. Ciudadanía sexual. 2003;1.

Mendoza W. SIDA y Mujer en el Perú. Informe Preliminar. Junio de 2003 (no publicado).

Ministerio de Salud. "Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú". Proyecto Presentado al Fondo Global en setiembre 2002.

Ministerio de Salud. Implementación de los Acuerdos adoptados en el Periodo Extraordinario de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH / SIDA (UNGASS 2001). Informe. Mayo 2003.

Ministerio de Salud. Estado de Situación: El SIDA al año 2000. 2001.

Ministerio de Salud. Situación del SIDA en el Perú al año 2002 (documento preliminar).

Ministerio de Salud- Programa de Administración de Acuerdos de Gestión. Nota Interna N° 085-2003- EGF del 09 de mayo de 2003.

OMS/OPS/ORAS-CONHU. Proceso de Negociación Conjunta para el Acceso a Medicamentos Antirretrovirales y Reactivos en la Subregión Andina, Argentina, México, Paraguay y Uruguay. Junio 2003.

ONUSIDA. Comunicado de Prensa 2003. La Habana, abril 2003.

ONUSIDA. Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA: Crisis Mundial – Acción Mundial. Nueva York, junio 2001.

ONUSIDA. Resumen Mundial de la epidemia de VIH/SIDA. Diciembre 2002.

Piot P. 59º periodo de sesiones de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas: Discurso. UNAIDS Speech. Ginebra 19 de marzo de 2003.

Piot P. Segundo Foro sobre el VIH/SIDA/ITS en América Latina y El Caribe: Discurso inaugural. La Habana 12 de abril 2003.

PROSA. Reuniones y Talleres para la Articulación y Fortalecimiento del Movimiento de Personas Viviendo con VIH y Sida en el Perú. Marzo 2002 (no publicado).

SIDALAC. Flujos de financiamiento y gasto en VIH / SIDA. Cuentas Nacionales en VIH / SIDA en el Perú 1999-2000.2002.

Seguro Integral de Salud. Oficio N° 1183- 2003- SIS/OPD del 27 de mayo de 2003.

Suárez L, Pun M. Presentación de la Oficina General de Epidemiología. Diciembre 2002.

