

EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE VIH PARA MIGRANTES VENEZOLANOS

Proyecto Sostenibilidad del Sistema Local de Salud
Orden de trabajo 1, IDIQ de Sistemas Integrados de
Salud de USAID

Proyecto Sostenibilidad del Sistema Local de Salud

El Proyecto Sostenibilidad del Sistema Local de Salud (LHSS) bajo la contratación gubernamental IDIQ (entrega indefinida – cantidad indefinida) de Sistemas Integrados de Salud de USAID brinda ayuda a los países de ingresos bajos y medianos en su transición hacia sistemas de salud sostenibles y autofinanciados como medio para apoyar el acceso a una cobertura médica universal. El proyecto trabaja con países socios y partes interesadas locales a fin de reducir los obstáculos financieros de atención y tratamiento, garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud esenciales para todas las personas y mejorar la calidad de los servicios de salud. Bajo la dirección de Abt Associates, el proyecto tiene una duración de cinco años y con presupuesto de 209 millones de dólares, desarrollará capacidades locales para sostener el sólido funcionamiento del sistema de salud, apoyando a los países en su camino hacia la autosuficiencia y prosperidad.

Presentado a: Scott Stewart, COR, Oficina de sistemas de salud, Oficina de Salud Global
Jaime Chang, Especialista en salud pública, Oficina de Programas de Migración Regional de Venezuela. USAID/Perú

N° de contrato USAID: 7200AA18D00023/7200AA19F00014

Cita recomendada: Proyecto Sostenibilidad del Sistema Local de Salud bajo el IDIQ de Sistemas Integrados de Salud de USAID. Diciembre de 2021. Evaluación de los Servicios de VIH para migrantes venezolanos: Recomendaciones para mejorar el reducido acceso de migrantes con VIH al aseguramiento público en salud, y la atención integral y de calidad del VIH/Sida en el Perú, Maryland: Abt Associates.



Contenido

Acronyms.....	ii
1. RESUMEN EJECUTIVO	1
2. Antecedentes	4
3. Metodología	5
3.1 Marco de Referencia	5
3.2 Objetivos	5
3.3 Recojo y análisis de Información	6
4. Hallazgos	7
4.1 Visión general del país y del sistema de Salud	7
4.2 Gobernanza.....	11
4.3 Financiamiento	15
4.4 Prestación de servicios.....	20
4.5 Recursos Humanos	26
4.6 Sistemas de Información	28
4.7 Vigilancia Epidemiológica	29
5. Análisis de Causa–efecto	31
6. Recomendaciones.....	33
6.1 Gobernanza.....	33
6.2 Financiamiento	34
6.3 Prestación de Servicios	35
6.4 Recursos Humanos	37
6.5 Sistemas de Información	37
6.6 Vigilancia Epidemiológica	39
6.7 A modo de conclusión	40
Annex 1: Matrices de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA) aplicadas a los servicios de VIH para migrantes venezolanos.....	41
Anexo 2. Instituciones que participaron de las entrevistas	46
Anexo 3. Centros de salud TAR que participaron en la encuesta en línea	47
Anexo 4. Visitas a Establecimientos de Salud.....	49
Bibliografía.....	50



Lista de Tablas

Tabla 1. Productos de VIH en el PpR 016 – TB y VIH.....	15
Tabla 2. Análisis de causa - efecto del “Reducido acceso de migrantes con VIH al aseguramiento público en salud, y la atención integral y de calidad del VIH / SIDA”, según componentes – Perú, septiembre 2021.....	32
Tabla 3. Productos, subproductos, actividad, definición operacional y criterios de programación que podrían modificarse para incorporar la prestación de servicios de prevención y tamizaje por OBC – Perú, septiembre del 2021	35
Tabla 4. Matriz FODA de la función de Gobernanza.....	41
Tabla 5. Matriz FODA de la función de Financiamiento	42
Tabla 6. Matriz FODA de la función de Prestación de Servicios	42
Tabla 7. Matriz FODA de la función de Recursos Humanos	44
Tabla 8. Matriz FODA de la función de Sistemas de información.....	44

Lista de figuras

Figura 1. Estructura del sector salud del Perú – 2021.....	9
Figura 2. Modelo de Intervención multicomponente relacionadas al sexo transaccional para prevención del VIH – ONUSIDA, 2018	20
Figura 3. Análisis de causa - efecto del “Reducido acceso de migrantes con VIH al aseguramiento público en salud, y la atención integral y de calidad del VIH / SIDA”, según componentes – Perú, septiembre 2021.....	31
Figura 4. Modelo de Vigilancia Epidemiológica de Tercera Generación del VIH – Perú.....	40

Lista de Gráficos

Gráfico 1. Perú: Pirámide poblacional 1970-2020	7
Gráfico 2. Cobertura de aseguramiento – Perú 2012-2019.....	9
Gráfico 3. Presupuesto público en salud 2002-2021 (millones de soles).....	10
Gráfico 4. Gasto per cápita promedio en prestaciones de salud, por tipo de seguro (soles) – Perú 2019.....	10
Gráfico 5. Variación departamental en el gasto por afiliado SIS – Perú 2014	11
Gráfico 6. Presupuesto Institucional de Apertura del Programa presupuestal 016 TB-VIH (millones de soles) – MINSA, Perú 2016-2022.....	17
Gráfico 7. PpR VIH per cápita* – Perú 2016-2020.....	17
Gráfico 8. Promedio de tiempo y otras medidas de tendencia central del inicio de tratamiento TAR en PVV mv, según nivel del EESS TAR Perú, Septiembre 2021	22
Gráfico 9. Estado del PVV migrante venezolano en la 1.ª consulta, en EESS TAR – Perú, Septiembre 2021	23
Gráfico 10. Abandonos y coinfección TBC entre PVV ciudadanos nacionales y PVV mv que reciben TAR. Perú, septiembre 2021.....	24
Gráfico 11. Barreras para el inicio TAR en PVV migrantes venezolanos – Perú, Septiembre 2021.....	25
Gráfico 12. Proporción de EESS con equipo mínimo de profesionales para atención de salud integral en sus servicios TAR – Perú, Septiembre 2021.....	27
Gráfico 13. Proporción de RRHH actualizados según competencia para la atención integral en servicios TAR con 1 año o menos de implementación,– Perú, septiembre 2021	28



Acronyms

ACNUR	Agencia de la ONU para los Refugiados
AHF	Fundación para el Cuidado del Sida (AIDS Healthcare Foundation, por sus siglas en inglés)
AVISA	Años de Vida Saludables perdidos
AVP	Años de Vida Perdidos por mortalidad prematura
CCEFIRO	Asociación Construyendo Caminos de Esperanza Frente a la Injusticia, el Rechazo y el Olvido
CDC-Perú	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - CDC Perú
CONAMUSA	Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud
CPP	Carné de Permiso temporal de Permanencia
DGIESP	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública
DIRESA	Dirección Regional de Salud
DIRIS	Direcciones de Redes Integradas de Salud
DPVIH	Dirección de Prevención y Control del VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis, del Ministerio de Salud del Perú
DPS	Datos Personales de Salud
EESS	Establecimientos de Salud
EESS TAR	Establecimiento de Salud que entrega Terapia Antirretroviral
ENSAP	Escuela Nacional de Salud Pública
EsSalud	Seguro Social de Salud del Perú
FISSAL	Fondo Intangible Solidario de Salud
FODA	Matriz de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas
HIS	Sistema de Información en Salud (Health Information System, por sus siglas en inglés)
HSAA	Enfoque de Evaluación del Sistema de Salud (Health System Assessment Approach, por sus siglas en inglés)
HSH	Hombres que tienen Sexo con Hombres
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
INS	Instituto Nacional de Salud
IPRESS	Institución(es) Prestadora(s) de Servicios de Salud
MINSA	Ministerio de Salud
MT	Mujeres Transgénero



NETLab	Sistema de información de la Red nacional de Laboratorios de salud pública, INS, Perú
NOTI Web	Software para el registro de casos de notificación al Sistema de Vigilancia Epidemiológica, MINSA, Perú
NTS	Norma Técnica de Salud
OBC	Organizaciones de Base Comunitaria
OGTI	Oficina General de Tecnologías de la Información del MINSA
ONG	Organización No Gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PBI	Producto Bruto Interno
PIA	Presupuesto Institucional de Apertura
PpR	Programa de Presupuesto por Resultados
PpR 016	Programa de Presupuesto por Resultados 0016, TBC-VIH/Sida.
PrEP	Profilaxis Previa a la Exposición
LHSS	Sostenibilidad del Sistema de Salud Local, (Local Health System Sustainability Project, por sus siglas en inglés)
PTP	Permiso Temporal de Permanencia
PVV	Personas Viviendo con VIH
PVV mv	Personas Viviendo con VIH migrantes venezolanos
R4V	Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes
REUNIS	Repositorio Único Nacional de Información en Salud
RM	Resolución Ministerial
RREE	Relaciones Exteriores
RRHH	Recursos Humanos
Sida	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SINADEF	Sistema Informático Nacional de Defunciones
SIS	Seguro Integral de Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud
SUSALUD	Superintendencia Nacional de Salud
SVE	Sistema de Vigilancia Epidemiológica
TAR	Terapia Antirretroviral
TARGA	Terapia Antirretroviral de Gran Actividad
TBC	Tuberculosis
TS	Trabajadores sexuales



USAID	Agencia de los EE. UU. para el Desarrollo Internacional (SU.S. Agency for International Development, por sus siglas en inglés)
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
VMSP	Viceministerio de Salud Pública



1. RESUMEN EJECUTIVO

Debido a la crisis económica y social en Venezuela, se calcula que un 20% de su población total ha abandonado el país en busca de asistencia humanitaria, acceso a servicios básicos y oportunidades laborales. Aproximadamente 1,5 millones de ciudadanos venezolanos emigraron hacia el Perú. Entre ellos, se estima que habría cerca de 8000 Personas Viviendo con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (PVV) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida). Un importante porcentaje de estos migrantes habrían dejado de recibir tratamiento médico debido a la crisis en su país de origen.

Las epidemias del VIH en Venezuela y Perú, a pesar de tener prevalencias diferentes (en Venezuela, la prevalencia del VIH en la población general alcanza el 0,56%; en el Perú, el 0,3%) presentan similitudes. En ambos casos, el VIH/Sida se transmite principalmente por vía sexual y su prevalencia se concentra en las poblaciones de Mujeres Transgénero (MT), Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) y Trabajadores Sexuales (TS). Los grupos de población clave más afectados son los jóvenes de los sectores más empobrecidos, con bajo nivel educativo y cuya inserción laboral se da en las economías informales. Es en este escenario de marginación social, donde arriban y se insertan la mayoría de migrantes venezolanos. La falta de trabajo decente y la precariedad del trabajo informal condicionan la búsqueda de alternativas de sobrevivencia, las cuales incluyen el trabajo sexual y por ende, la interacción con la población que lleva la mayor carga de la epidemia en el Perú.

El Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local (LHSS) en el Perú ha realizado una evaluación del sistema de salud enfocada en los servicios del VIH para migrantes. Para ello, se utilizó la metodología del *Health System Assessment Approach* (HSAA) que organiza la evaluación por componentes del sistema de salud. La evaluación realizó: revisión de fuentes de datos secundarios; entrevistas a informantes clave, usuarios y profesionales responsables de los establecimientos de salud (EESS) que entregan la Terapia antirretroviral (EESS TAR); visitas de observación a EESS TAR seleccionados, y una encuesta autoadministrada a responsables de los EESS TAR en el país.

Además de las entrevistas, la encuesta proporcionó información de primera mano de los servicios del VIH. Esta fue respondida por 67 EESS TAR que atienden a 32 050 PVV, equivalente al 39% de PVV que reciben terapia antirretroviral (TAR) en el Perú. De ese grupo de EESS, 43 tienen a PVV migrantes venezolanos (PVV mv) entre su población en TAR y atienden a 2222 PVV mv (el 66% de los actualmente en TAR en el Perú). Se tuvieron los siguientes hallazgos:

Gobernanza: Los procedimientos de regularización de la condición migratoria y la obtención de residencia son de lenta implementación y carentes de predictibilidad, incluso para la obtención de la calidad migratoria de residencia humanitaria. La norma de afiliación al Seguro Integral de Salud (SIS) para la población migrante es restrictiva y limita el aseguramiento, pues exige contar con la calidad migratoria de residente. De ahí que solo el 2% de PVV mv cuenten con el SIS. Esta situación se da en el contexto de una falta del reconocimiento por parte del Estado peruano al derecho a la identidad de género que expone a los ciudadanos peruanos y a los migrantes transgénero a una doble discriminación.

Financiamiento: La principal fuente de financiamiento para los servicios de atención del VIH es el Programa de Presupuesto por Resultados (PpR) que había mantenido cifras globales



estables hasta el 2020; sin embargo, el monto per cápita de las PVV en TAR¹ ha disminuido en aproximadamente 250% entre el 2016 y el 2021; y para el 2022, los fondos para la adquisición de medicamentos de TAR se han reducido en 65% en relación al 2021. Por otro lado, se identificó que la concepción del PpR carece de foco en los determinantes sociales proximales que impulsan factores de riesgo en las poblaciones clave, y requiere que se generen nuevos productos, y estrategias de prevención, atención y control del VIH. En las PVV mv, las dificultades de afiliación al SIS generan gastos de bolsillo principalmente para cubrir los exámenes pre TAR y/o atención y tratamiento de los PVV en fase sida. Otra de las dificultades del PpR es que la Vigilancia Epidemiológica y otros productos como servicios de agentes y organizaciones comunitarias, no cuentan con financiamiento específico.

Prestación de Servicios: La proporción de PVV mv es marginal (7%) en relación al total de PVV en TAR en el Perú. La tasa de abandono de la TAR por los PVV mv se sitúa en 5%, preocupando la velocidad con la que se producen los abandonos en comparación con la población nacional. Un hallazgo de mayor importancia es la elevada tasa de coinfección de tuberculosis (TBC) entre los PVV mv: 15% de PVV mv, superior en 30 veces la tasa de coinfección entre los PVV nacionales en el mismo territorio donde se registraron estos casos.

El acceso a la TAR, aún en el escenario de restricción de acceso al SIS, se vio facilitado por las normas de ingreso a TAR de la Dirección de Prevención de VIH/SIDA, Infecciones de Transmisión Sexual y Hepatitis (DPVIH) del Ministerio de Salud (MINSA), que permiten el tratamiento sin distinción de nacionalidad y condición migratoria, lo que ha posibilitado que 97,5% de los PVV mv diagnosticados hayan iniciado TAR. Las principales barreras para el inmediato inicio de la TAR en las PVV mv fueron:

- Gasto de bolsillo para los exámenes pre TAR (70%), debido a dificultades para acceder al aseguramiento público subsidiado, causado por demora en la regularización del estatus migratorio y obtención del Carnet de extranjería
- horarios de atención inadecuados para acceder a los servicios TAR (41%).
- Tiempo de espera en los establecimientos TAR
- Costos de desplazamiento

En cuanto a la situación de las PVV mv actualmente en TAR, se halló su estado de salud en la primera consulta. El 55% tenían diagnóstico previo de VIH realizado en Venezuela, aproximadamente 26% tuvieron TAR interrumpida por seis o más meses y 23% se encontraban en estadio sida.

Respecto del estigma y discriminación, los responsables de los EESS TAR señalaron que las PVV mv habían informado que entre las PVV mv que enfermaron de COVID-19 y tuvieron necesidad de ser atendidas en un hospital, el 22% percibieron mala calidad de atención y discriminación por su orientación sexual, 9% por tener el diagnóstico de VIH, y 7% por motivo de su nacionalidad. El 67% de los PVV mv en TAR también vieron afectada la continuidad de su tratamiento por interrupción de los servicios a consecuencia de la pandemia.

Recursos humanos: Solo un 64% de los EESS informaron que contaban con el equipo mínimo de profesionales para atención de salud integral (física y mental) en sus servicios TAR, y en general los EESS TAR informaron la falta de recursos humanos (RRHH) y rotaciones frecuentes, independientemente de su nivel de antigüedad o del volumen de PVV que se tenga

¹ Para el cálculo de esta cápita, se divide el monto total del componente del VIH (del PpR 016) entre el número total de PVV en TAR



en atención. También se halló que existe un bajo nivel de actualización en competencias para la atención integral, entre los EESS TAR.

Sistemas de información: El MINSA carece de un sistema o plataforma que centralice los datos de las prestaciones preventivas, de atención y de seguimiento. La información prestacional de la TAR que administra la DPVIH se basa en registros manuales y en una plataforma no especializada, precaria, inestable y vulnerable, que dificultan el registro estadístico y el análisis epidemiológico, que además dificulta salvaguardar debidamente la confidencialidad e integridad de la información de los pacientes.

La evaluación identificó que el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) del VIH/Sida tiene un nivel de subregistro de al menos 33% de los casos de PVV mv, con relación al número de PVV que se encuentran en TAR. La vigilancia epidemiológica no se encuentra articulada, existen varias instituciones responsables de ella (vigilancia basada en notificación a cargo de la Dirección de Epidemiología, vigilancia del comportamiento a cargo del Instituto Nacional de Estadística e Informática, Vigilancia genómica a cargo del Instituto Nacional de Salud, etc.). Asimismo, la vigilancia no cuenta con financiamiento identificable en los PpR, pues se encuentra subsumida como una actividad en el producto de Supervisión, Monitoreo e Investigación.

Entre las recomendaciones formuladas, un conjunto de ellas son prioritarias y de corto plazo: (1) Proponer una demanda adicional de financiamiento para el PpR 016 que garantice el financiamiento de la atención integral de las PVV y la compra de medicamentos TAR; (2) Facilitar la incorporación al Seguro Integral de Salud (SIS) para los migrantes con VIH mediante la modificación de la Disposición Complementaria Modificatoria del Decreto de Urgencia N° 017-2019 y la incorporación de los supuestos de vulnerabilidad sanitaria (VIH, TBC, Discapacidad) establecidos en el Decreto Supremo N° 002-2020-SA. De este modo, se exonera temporalmente a los migrantes que viven con VIH del requisito de contar con el Carné de Extranjería para la afiliación al SIS por esas causales; (3) Modificar la Directiva Administrativa N° 294-MINSA/2020/OGTI que establece un marco restrictivo definido por el MINSA en el tratamiento de los datos personales relacionados con la salud y, por ende, afecta el intercambio de información. La modificación apertura la posibilidad de interoperabilidad de los varios sistemas de información y registros; (4) Desarrollar un plan y directiva de gestión de los servicios TAR que permita implementar estándares de organización y calidad del servicio; (5) Elaborar un programa de desarrollo de capacidades de los RR. HH. profesionales de salud y administrativos de los EESS que administran la TAR con el objetivo de garantizar una atención integral y de calidad y la reducción de estigma y discriminación a las PVV, migrantes incluidas, que podría estar a cargo de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP); (6) Emitir una Directiva para la estandarización del registro nominal de la DPVIH e implementar el proceso en los EESS TAR.



2. Antecedentes

Desde el 2009, Venezuela vive una crisis económica y social que alcanza niveles de cronicidad. La búsqueda de atención médica y la garantía al derecho a la salud y la vida han sido el catalizador de un fenómeno de migración masiva. Se calcula que más de 5,5 millones de venezolanos (aproximadamente un 20% de su población total) habrían abandonado el país en busca de asistencia humanitaria, protección, y acceso a servicios básicos y oportunidades laborales (R4V, 2021).

En el escenario peruano, el VIH/Sida se concentra en grupos clave y se transmite sobre todo por vía sexual (97,6%). La prevalencia del VIH en adultos en el 2018 fue del 0,3% de la población general. Sin embargo, esta es mayor entre los HSH (10%), MT (30,6%) y TS (2,3%) (ONUSIDA, 2019). Según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud (MINSa) del Perú, la epidemia se concentra en los departamentos más densamente poblados de la costa y de la selva: el 80% de las notificaciones proceden de las principales ciudades de las regiones de Lima, Callao, Loreto, La Libertad, Lambayeque, Piura y Ucayali. La curva de los casos notificados describe una tendencia ascendente de casos diagnosticados entre el 2018 – 2019 (MINSa, 2021).

Diversos análisis de la epidemia muestran que los nuevos diagnósticos continúan concentrados en las poblaciones vulnerables de MT, HSH y TS. Se trata fundamentalmente de jóvenes provenientes de los sectores más empobrecidos, con bajo nivel educativo y cuya inserción laboral se da en las economías informales a través de un trabajo precario. Es en este escenario de marginación social, donde arriban y se insertan la mayoría de migrantes venezolanos debido a su situación de vulnerabilidad y pobreza. La falta de trabajo decente y la precariedad del trabajo informal condicionan la búsqueda de alternativas de sobrevivencia, las cuales incluyen el trabajo sexual y, por ende, la interacción con la población que lleva la mayor carga de la epidemia en el Perú.

En el Perú, la TAR se inició en el 2004, y actualmente se ofrece en 200 EESS a nivel nacional, cubriendo aproximadamente 87 000 PVV en TAR desde el inicio del programa. Se estima que se han evitado aproximadamente 10 280 casos nuevos de VIH, con una media anual de 734 casos (Enríquez, 2020). El país ha avanzado en la mejora del acceso a los servicios integrales de VIH y la TAR, pero obstáculos persistentes afectan especialmente a los PVV mv que no tienen una situación migratoria “regular” y que además experimentan múltiples vulnerabilidades derivadas de la pobreza, la exclusión del sector laboral formal y en muchos casos por su identidad de género.

En ese contexto, el proyecto LHSS en el Perú apoya el fortalecimiento de la respuesta sanitaria del Gobierno del Perú para enfrentar las demandas adicionales al sistema de salud que han surgido con el influjo de migrantes venezolanos viviendo con VIH. Como una medida inicial, el proyecto LHSS, en estrecha colaboración con el MINSa, ha realizado una evaluación del sistema de salud centrada en los servicios del VIH. Sobre la base de este análisis, se identificará las necesidades de capacidad organizacional y se elaborará recomendaciones para mejorar la prestación de los servicios de salud a los migrantes venezolanos que viven con el VIH.



3. Metodología

3.1 Marco de Referencia

Para cumplir con los objetivos del trabajo conjunto con el MINSA, se utilizó el Health System Assessment Approach (HSAA) v. 3.0 o enfoque de evaluación del Sistema de Salud de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el cual ha sido utilizado ampliamente en el mundo en desarrollo para diagnosticar el desempeño de los sistemas de salud y orientar la planificación del sector salud. El HSAA organiza la evaluación de los sistemas de salud a través de las principales funciones del sistema.

En este diagnóstico se incluyeron los siguientes componentes:

- Visión general del país y del sistema de salud
- Prestación de servicios
- Recursos humanos
- Sistemas de información
- Financiación
- Gobernanza

El componente de productos médicos, vacunas y tecnologías se desarrolló en una evaluación específica que se informará aparte.

3.2 Objetivos

3.2.1 Objetivo General

Identificar las necesidades de capacidad organizacional y elaborar recomendaciones para mejorar la prestación de servicios de salud contra el VIH a los migrantes venezolanos.

3.2.2 Objetivos Específicos

- Comprender y documentar el sistema y las funciones relacionadas con el sistema de salud para la prestación de servicios de salud contra el VIH a la población general y a los migrantes venezolanos.
- Identificar los factores actuales que facilitan y obstaculizan la prestación de servicios relacionados con el VIH, centrandose especial atención a los migrantes venezolanos.
- Evaluar la capacidad del sistema para integrar a los migrantes que requieren servicios de salud contra el VIH de una manera que considere las necesidades únicas de esta población, incluyendo su incorporación al SIS u otros seguros que cubran los servicios de salud contra el VIH.
- Elaborar recomendaciones para desarrollar la capacidad técnica, de gestión y de coordinación del Programa de Prevención y Control del VIH/Sida e Infecciones de Transmisión Sexual y Hepatitis, y de la Unidad de Migración del MINSA; Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS) y establecimientos de Lima; Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) y establecimientos a nivel subnacional; así como de otros proveedores de atención del VIH –Seguro Social de Salud (EsSalud), organizaciones no gubernamentales (ONG) y otros– para la planificación e implementación de la atención de salud relacionada con el VIH, incluyendo a los migrantes venezolanos.



3.3 Recojo y análisis de Información

Para el abordaje de los diferentes componentes de la evaluación, se utilizaron las siguientes técnicas:

- Revisión de fuentes de datos secundarios (informes institucionales, investigaciones: tesis, artículos científicos revisados por pares).
- Entrevistas a informantes clave (funcionarios del MINSA, de la Cooperación Internacional, de la sociedad civil y de Organizaciones de Base Comunitaria–OBC).
- Entrevistas a usuarios PVV migrantes venezolanos en TAR.
- Entrevistas a profesionales responsables y trabajadores de los EESS TAR.
- Encuesta autoadministrada a responsables de los EESS TAR en el país.
- Visita de observación a los EESS TAR seleccionados.

En todos los casos, se obtuvo el consentimiento informado para realizar la entrevista y para grabar la misma. Para realizar las entrevistas a usuarios de los servicios del VIH, se elaboró un Plan de Seguridad de Datos. Se realizaron 23 entrevistas a informantes clave, 6 a usuarios PVV mv, y se realizaron visitas a 2 EESS TAR. La encuesta autoadministrada fue respondida por 67 (33%) de 200 EESS TAR en el país, que atienden un total de 32 050 PVV (39% del total en TAR en el Perú). En 43 de estos EESS tenían entre sus usuarios PVV mv (2222 PVV mv que corresponden a 66% de las PVV mv en TAR en el Perú).

Se realizó luego la síntesis de la información (Matriz de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA), y Diagrama de causa-efecto de las dificultades de los servicios del VIH para migrantes venezolanos.

Se conformó un grupo de seguimiento de la evaluación que acompañó el proceso proporcionando valiosa retroalimentación en todas las etapas de la evaluación: metodología, revisión de hallazgos y recomendaciones. El grupo estuvo compuesto por la Dirección de Prevención y Control del VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis (DPVIH), la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), el Seguro Integral de Salud (SIS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), la Agencia de la ONU para los Refugiados (ACNUR), la Fundación para el Cuidado del SIDA (AHF) y la Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud (CONAMUSA).



4. Hallazgos

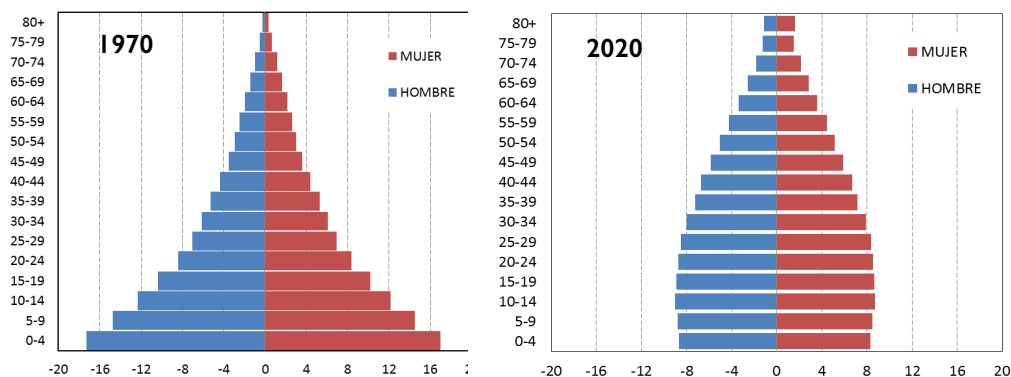
La revisión de publicaciones científicas e institucionales; las encuestas realizadas a los servicios de salud que prestan la TAR; las entrevistas a informantes clave, personal responsable de los EESS TAR y usuarios PVV migrantes venezolanos permiten identificar los cuellos de botella en que se encuentra entrapada la respuesta al VIH/SIDA en el país. Estos aspectos afectan de manera exponencial los riesgos de la población migrante, en tanto le suman factores adicionales. Entre los más adversos, se encuentran la discriminación y estigmatización por nacionalidad. Entre los múltiples hallazgos, se presentan los que a juicio de los expertos resultaron más relevantes.

4.1 Visión general del país y del sistema de Salud

El Perú ha tenido importantes mejoras en sus indicadores de salud, principalmente los ligados a los objetivos de desarrollo del Milenio. Entre los años 2000 y 2019, la mortalidad materna disminuyó de 185 a 62 por 100 000 nacidos vivos, la desnutrición crónica infantil se redujo del 31,6% al 13,2% y el parto en institución de salud, en gestantes rurales, se incrementó del 24% al 81%²

Asimismo, la pirámide poblacional de Perú se ha angostado (Gráfico 1), mostrando el avance en la transición demográfica en el país. Los estudios muestran una migración de la carga de enfermedad por enfermedades transmisibles y materno infantiles hacia enfermedades no transmisibles, dando cuenta de la progresión en la transición epidemiológica.

Gráfico 1. Perú: Pirámide poblacional 1970-2020



Fuente: Perú- Instituto Nacional de Estadística e Informática

El más reciente estudio de carga de enfermedad en el Perú mostró que el 2016 se perdieron 5 315 558 de AVISA. Entre estos, el 66,2% se debió a enfermedades no transmisibles; 21,4% a enfermedades transmisibles, perinatales y nutricionales; y 12,5% a accidentes y lesiones. En términos poblacionales, en el 2016 se perdieron 168,8 AVISA por cada mil habitantes.

El VIH ocasionó la pérdida de 59 913 AVISA (1,12% del total de AVISA perdidos en el Perú en el 2016). El 46% del total de AVISA perdidos por VIH fueron ocasionados principalmente por

² En Giusti, P. El sector salud peruano y la pandemia del coronavirus. [Ponencia en el congreso de Latin American Studies Association -LASA]. Mayo 2021



los años de vida perdidos por mortalidad prematura (AVP), situándose como la 3era causa individual más importante de mortalidad prematura entre las enfermedades transmisibles, perinatales y nutricionales, y en la 24^a causa de mortalidad prematura en general.

El sector salud está fragmentado (Figura 1) y segmentado. La fragmentación (múltiples estamentos brindando servicios similares para distintos grupos de población) y la segmentación (diferentes niveles de financiamiento para distintos grupos poblacionales) ocasionan inequidades e ineficiencias en el sistema de atención en el país.

Además, en la primera década de este siglo, se descentralizaron las funciones del gobierno nacional y el sector salud transfirió funciones a los gobiernos regionales (con excepción de Lima Metropolitana), quienes asumieron la administración de la salud pública y de los servicios de salud en sus territorios. Sin embargo, la capacidad de los gobiernos regionales para ejercer estas funciones es variable y requiere aún mucho esfuerzo por parte del gobierno nacional para mejorar las capacidades de gestión de las Direcciones Regionales de Salud o sus equivalentes. Cuando los gobiernos regionales no tienen la capacidad necesaria, esto se convierte en un problema para la implementación de políticas y directivas a nivel de las regiones en el país, lo que se evidencia en la atención a los migrantes con VIH y a las PVV en general.

El Ministerio de Salud (MINSa) ejerce la rectoría del sistema y la Superintendencia de Salud (SUSALUD) supervisa a los aseguradores y prestadores de todo el país, en resguardo de los derechos en salud de todos los usuarios de los servicios de salud. Como puede verse en el gráfico, hay multiplicidad de prestadores, con diferentes dependencias: los del MINSa, los de los Gobiernos Regionales, los de la Seguridad Social (que depende del Ministerio de Trabajo), los de cada una de las fuerzas armadas y de la Policía Nacional del Perú, los de las municipalidades y, por último, los del sector privado. Esta multiplicidad genera ineficiencias en la prestación de servicios y limitaciones en el acceso a los mismos.

Las principales fuentes de financiamiento son el Tesoro Público, a través de impuestos generales, los empleadores, con el pago de aportes a la Seguridad Social y los hogares, con el gasto de bolsillo³.

La cobertura de aseguramiento en salud ha aumentado de forma importante en la última década, llegando a tener 92% de la población asegurada: el 60% en el SIS, 29% en EsSalud y el resto en otros seguros (Gráficos 2 y 3).

³ Para el cálculo de esta cápita, se divide el monto total del componente del VIH (del PpR 016) entre el número total de PVV en TAR



Gráfico 2. Cobertura de aseguramiento – Perú 2012-2019

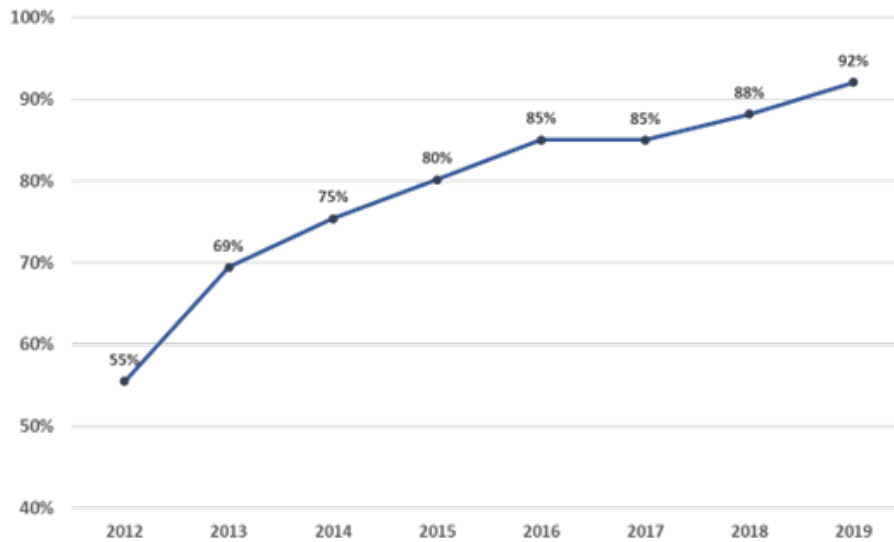
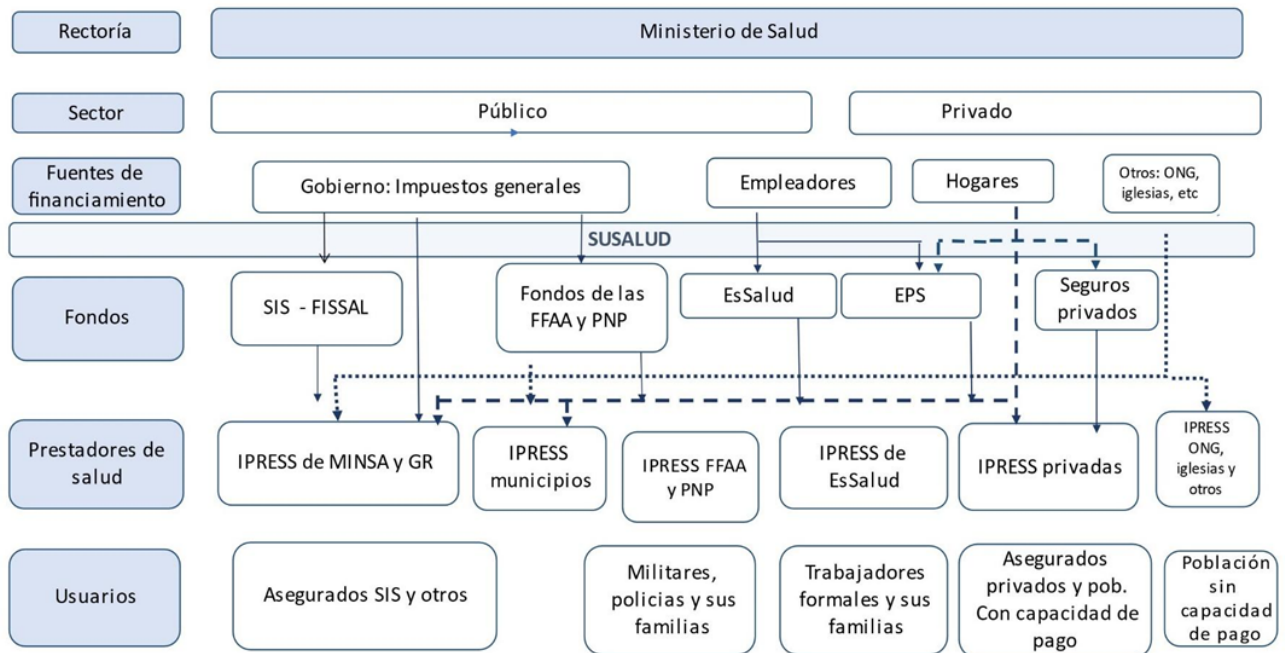


Figura 1. Estructura del sector salud del Perú – 2021



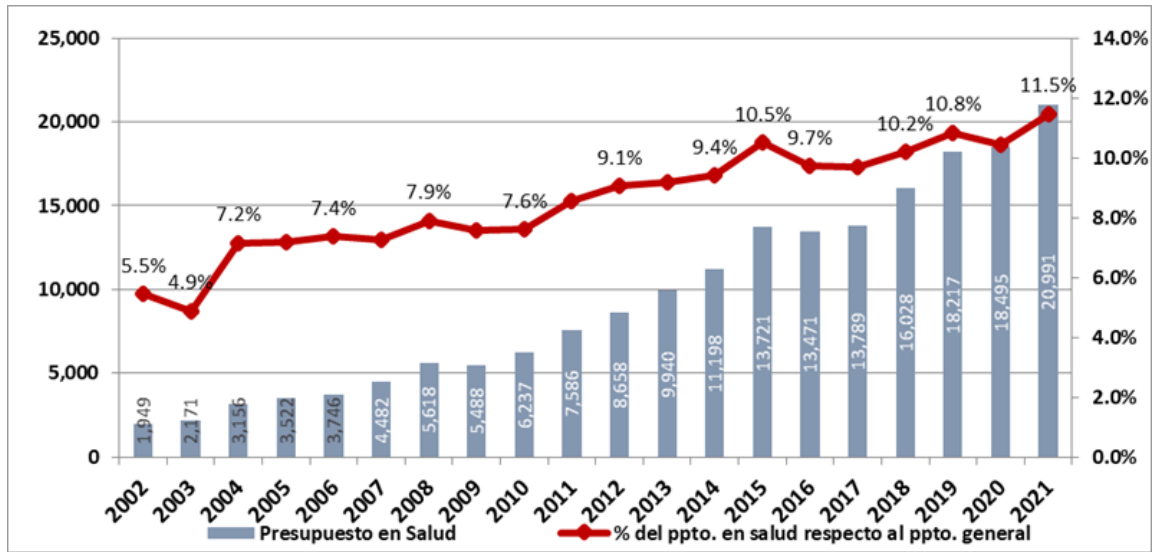
Fuente: El sector salud peruano y la pandemia de coronavirus. Congreso Latin American Studies Association-LASA. Mayo 2021

Nota: EPS: Entidades Prestadoras de Salud; FFAA: Fuerzas Armadas; PNP: Policía Nacional del Perú; EsSalud: Seguro Social de Salud; IPRESS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

El presupuesto público destinado a salud se ha decuplicado entre el 2002 y el 2021, de 1949 a 20 991 millones de soles y su participación como porcentaje del presupuesto público, se ha incrementado del 5,5% al 11,5% en el mismo período, lo que significa un importante esfuerzo fiscal (Gráfico 4). Sin embargo, el gasto en salud, como porcentaje del PBI está aún en 5,1%, bastante por debajo del promedio latinoamericano de 7,6%.

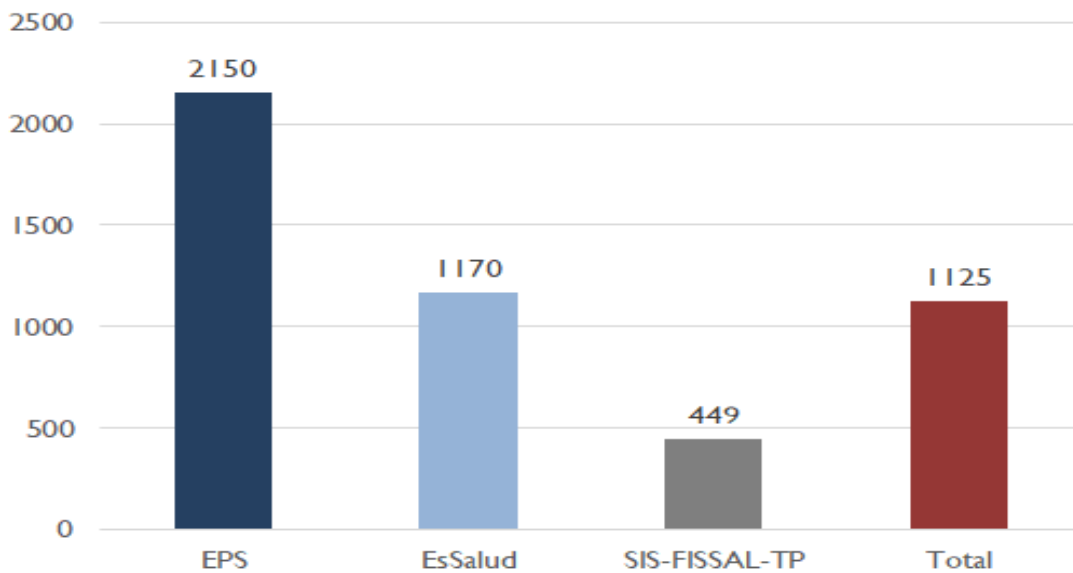


Gráfico 3. Presupuesto público en salud 2002-2021 (millones de soles)



Fuente: Ministerio de Economía. Consulta amigable.

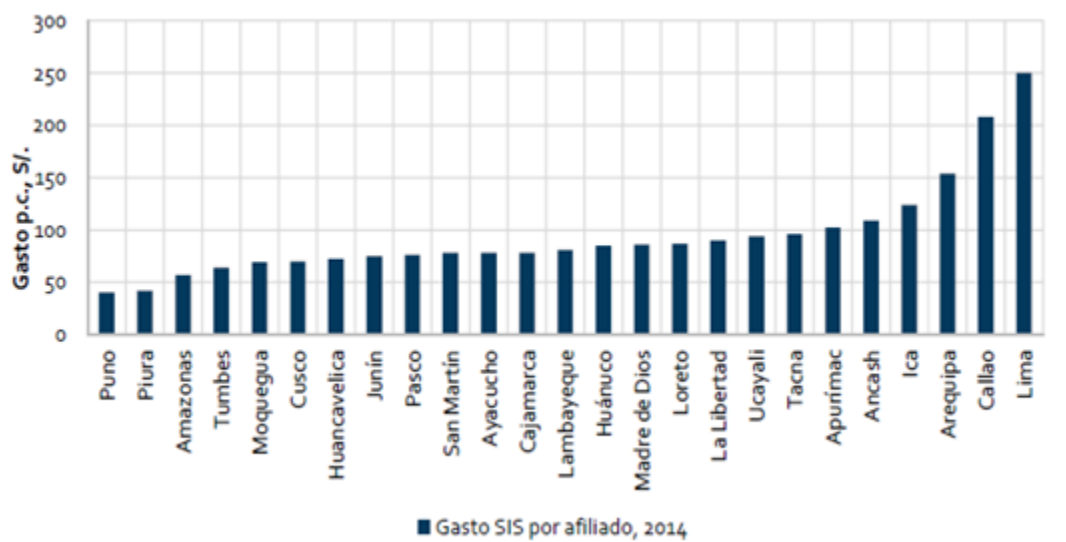
Gráfico 4. Gasto per cápita promedio en prestaciones de salud, por tipo de seguro (soles) – Perú 2019



Fuente: SUSALUD, EsSalud, SIS, MEF, INEI. Elaborado por A. Portocarrero



Gráfico 5. Variación departamental en el gasto por afiliado SIS – Perú 2014



Fuente: Banco Mundial (2016), *Financiamiento de la Salud en el Perú*.

A pesar de los avances en algunos resultados de salud, en la cobertura de aseguramiento y el incremento del financiamiento, la fragmentación y segmentación del sistema de salud generan importantes inequidades al tener diferentes beneficios para diferentes grupos poblacionales y con diferente asignación de recursos entre ellos. El gasto per cápita (gasto promedio por asegurado) en los asegurados del SIS –incluyendo FISSAL y el presupuesto directo del tesoro público a los establecimientos de salud– es menor a la mitad del gasto en los asegurados de EsSalud, mientras que en los asegurados privados es casi el doble que en EsSalud (Gráfico 5). Incluso dentro de los asegurados del SIS existen importantes diferencias en el gasto por asegurado, según la región a que éste pertenezca (Gráfico 6).

Además, se genera ineficiencia por las diversas formas de contratación de prestadores, con problemas de calidad por falta de estandarización en el manejo y sistemas de información no conectados. A esto se suman las dificultades que un sector descentralizado implica y en el cual, las políticas y directivas deben ser implementadas por otro nivel de gobierno –los gobiernos regionales– que no siempre dispone de las capacidades necesarias para esta tarea.

Los servicios del VIH/Sida se financian prioritariamente a través del Presupuesto por Resultados (se detalla más adelante), que cubre los gastos necesarios para despistaje, diagnóstico, ARV, pruebas de seguimiento y prevención de contagio. Los gastos ocasionados por consultas médicas, exámenes de laboratorio pretratamiento, hospitalizaciones y otros no detallados en el PpR, son financiados por el SIS, si la PVV está afiliada; en caso contrario, la persona debe asumir esos gastos.

4.2 Gobernanza

El examen de los aspectos de gobernanza, relacionados a los servicios del VIH para migrantes venezolanos, se abordaron en dos planos: los referidos a la política y normativa migratoria, y los establecidos en la política y normativa del sector salud.

- 1. Los procedimientos de regularización de la condición migratoria y la obtención de residencia son de lenta implementación y carentes de predictibilidad, incluso para la obtención de la calidad migratoria de residencia humanitaria.**



Se calcula que hacia finales del 2021 habrá, aproximadamente, 1,5 millones de migrantes venezolanos en territorio peruano, la mayoría adultos jóvenes. A pesar de este significativo número, a fines del 2020 la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Especial para los Refugiados informaba que había reconocido la condición de refugiado solamente a 882 personas venezolanas (Ministerio RREE, 2020), y que existía una elevada demanda de procedimientos migratorios que sobrepasaba las capacidades instaladas de la Cancillería –para el examen y trámite de las solicitudes de Refugio–. Esta situación también es visible en la Superintendencia Nacional de Migraciones –para el trámite de Permiso Temporal de Permanencia (PTP), Carné de Permiso Temporal de Permanencia (CPP)–. Los procedimientos migratorios –para Refugio, PTP, CPP– exigen requisitos engorrosos, de lenta consecución y costosos para los migrantes, lo cual limita la oportuna regularización del estatus migratorio. Incluso el otorgamiento de la Calidad Migratoria Humanitaria, para la cual el Ministerio de Relaciones Exteriores estableció los “Lineamientos para el otorgamiento y prórroga de Calidad Migratoria Humanitaria” aprobados por Resolución Ministerial (RM) N° 0207-2021/RE, no establece plazos para el cumplimiento del procedimiento que culmine en el otorgamiento de la calidad migratoria humanitaria.

En opinión de profesionales de la cooperación externa trabajando directamente en el campo con los migrantes venezolanos:

“(...)cuando uno solicita la calidad migratoria por vulnerabilidad, no puede esperar, a veces, ni una semana. Y entonces, que se demoren 3, 4, 5, 6 meses,...6 meses más o menos, es el tiempo real del trámite estándar. Entonces muchas veces se está llegando muy tarde, pues la persona falleció por el estado de vulnerabilidad,”

(Informante clave: profesional de cooperación externa, 19.08.2021)

2. Norma de afiliación al SIS restrictiva, que limita el acceso de PVV migrantes venezolanos al aseguramiento público en salud, y cuyo resultado es el aseguramiento de sólo el 2% de los PVV migrantes venezolanos.

Datos del Seguro Integral de Salud, al 31 de mayo del 2021, informaban que existía un total de 93 944 personas venezolanas aseguradas al SIS, que corresponde al 7,2% de la población de migrantes venezolanos en el Perú, y dentro de ese número, se encuentran 87 personas viviendo con el VIH (SIS, mayo 2021). Las cifras del SIS contrastan con la información brindada por la DPVIH, que reporta tener en sus bases de datos 3375 PVV migrantes venezolanos en tratamiento (DPVIH, junio 2021), Esto significa que solo 2% de las PVV migrantes venezolanos que actualmente se encuentran en TAR tienen cobertura por el aseguramiento público en salud. Los migrantes venezolanos continúan teniendo problemas de acceso al aseguramiento en salud. Ello se debe, inicialmente, a que la legislación nacional sujeta este beneficio a la condición de residencia que, en el caso de los migrantes, se adquiere con el carné de extranjería, mas no con el carné de solicitante de refugio ni con el Permiso Temporal de Permanencia. Esta situación ha sido identificada desde el 2018 sin que se hayan generado los mecanismos de solución y respuesta humanitaria adecuados (IDEH, 2018).

3. Falta del reconocimiento del Estado peruano al derecho a la identidad de género, que expone a los ciudadanos peruanos y a los migrantes transgénero a doble discriminación.

La población de mujeres trans enfrenta marcadas inequidades en el ejercicio de sus derechos y en el acceso a los servicios de salud. En el 2013, en el Perú se reportaba que el 89% de MT no contaba con un seguro de salud, 50% ha debido abandonar sus estudios, solo 3% tenía acceso a un trabajo formal y alrededor del 70% se sustentaba económicamente a través del trabajo



sexual. Aunque en el 2020, al amparo del Decreto de Urgencia 017-2019 y mediante un procedimiento administrativo, el SIS incorporó al seguro público a todos los peruanos que no tenían otro seguro, no es conocida la cifra de cobertura efectiva de aseguramiento de las MT. Los estudios de vigilancia de VIH realizados en poblaciones vulnerables encuentran que aproximadamente el 30% de las mujeres transgénero vive con VIH. Según ONUSIDA, la expectativa de vida de la población trans en América Latina es de 35 años.

En marzo del 2021, la Comisión de la Mujer y la Familia del Congreso aprobó el predictamen de la Ley de Identidad de Género, que permitirá a las personas trans registrar su identidad de género en su documento de identidad y con ello la posibilidad de acceder al ejercicio de sus derechos. Este predictamen aún está a la espera de debatirse y eventualmente aprobarse en el pleno del Congreso. El reconocimiento legal de la identidad de género en las MT será un paso importante, pero no suficiente, tanto para mejorar el acceso a los servicios de salud y, en particular, a la prestación de servicios para VIH/SIDA como para reducir la discriminación asociada.

Las poblaciones vulnerables al VIH, especialmente migrantes, y las PVV no están cubiertas por Programas de Protección Social (PPS). En general, existe falta del reconocimiento del Estado a las poblaciones más vulnerables a contraer el virus del VIH, y a sus necesidades de protección social para garantizar el ejercicio pleno de sus derechos, a la vida y la salud, promover la igualdad de oportunidades y reducir sus vulnerabilidades.

La inclusión de las personas vulnerables expuestas al riesgo de contraer VIH, incluidos los migrantes, en programas de protección social, que reduciría su exposición al riesgo. En estos tiempos de crisis económica, al no disponer de ingresos para satisfacer las necesidades más básicas, el trabajo sexual se convierte en una forma de sobrevivencia. En el caso de las PVV, se reduciría el abandono porque una PVV con mala nutrición es más susceptible a efectos secundarios a los medicamentos, lo que desalienta el consumo de la medicación. Asimismo, al recibir soporte financiero pueden asumir los costos de traslado a los servicios de tratamiento, que son una barrera de acceso ya identificada.

Los programas de protección social existentes que podrían cubrir las necesidades de esta población son:

- Vaso de Leche: a través de los gobiernos locales provee apoyo en la alimentación, entre otros, a los afectados por tuberculosis (Canasta PAN TBC).
- Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres – JUNTOS: Programa de transferencia condicionada, (S/.100 por mes) a los hogares más pobres para asegurar el acceso a la salud preventiva materno-infantil y a los servicios de escolaridad sin deserción.
- Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65: entrega financiera (S/ 250 bimestral) a personas adultas mayores de 65 años que no tengan las condiciones básicas de subsistencia u otro ingreso.

Ninguno de estos programas incluye a las PVV (migrantes o no) en mayor riesgo como poblaciones vulnerables (por ejemplo, mujeres transgénero) ni a aquellos en estadio Sida, cuyo acceso al trabajo está reducido y, por ende, también la posibilidad de satisfacer sus necesidades básicas.

Se estima que otorgar una canasta alimentaria, similar a la que reciben los pacientes de tuberculosis, a las PVV en estadio Sida, costaría 44,3 millones de soles al año, lo que equivale al 55% del monto asignado para los pacientes con tuberculosis.



Los migrantes no están incluidos en ninguno de estos programas, por lo que su situación es desventajosa respecto a los nacionales. Así, se encuentran más expuestos a problemáticas como la desnutrición crónica infantil, la falta de acceso a servicios de salud materno-infantil, la desnutrición en los afectados por TB, la deserción escolar y el desamparo en los adultos mayores. Un caso específico que cabe resaltar son los niños huérfanos con VIH que tampoco están considerados.

Los activistas de las OBC entrevistados identifican:

“El problema en Perú, es que realmente no se reconoce la vulnerabilidad social de las personas con VIH..., no se incorpora el enfoque de determinantes sociales y no se hace nada para resolver la situación... En países como Argentina, Brasil y Bolivia hay programas de protección social que ayudan a que las personas no terminen mal sobre todo aquellas que sufren extrema discriminación como son las mujeres transgénero... este [el Perú] es el país de las grandes desigualdades, económicas, sociales, políticas y culturales.”

(Informante clave: activista OBC, 16.08.2021)

4. Múltiples actores involucrados en el manejo del VIH, dentro y fuera del Ministerio de Salud, son una oportunidad de mejora para el MINSA.

En la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP) del MINSA, se encuentra la Dirección de Prevención y Control del VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis (DPVIH) que es la encargada de identificar y coordinar las intervenciones estratégicas de prevención, control y reducción de riesgos y daños del VIH/SIDA, así como formular e implementar las políticas, normas, lineamientos y otros documentos en materia de la detección precoz y tratamiento oportuno del VIH - SIDA, y demás acciones complementarias.

Existen otras direcciones o unidades del MINSA que también participan en los procesos de toma de decisión y de ejecución de actividades en el proceso de prevención, control y reducción de riesgos y daños del VIH/SIDA. Se trata del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC), y el Instituto Nacional de Salud, el cual es la cabeza de todo el sistema de laboratorios de salud pública del país

La DPVIH debe realizar un trabajo de conciliador y aglutinador para la realización y seguimiento de las actividades como la vigilancia epidemiológica o los estudios de monitoreo a los pacientes del programa TAR.

Por otro lado, la gestión descentralizada de las prestaciones de salud y las intervenciones de salud pública implica que los gobiernos regionales jueguen un rol principal en la implementación de las políticas y normativas. desde la elaboración del presupuesto en los PpR correspondientes, hasta la ejecución del gasto, sea en actividades preventivas o en asegurar la calidad de atención a las poblaciones vulnerables y las PVV.

En el tema de migrantes, el Ministerio de Salud creó la Unidad Funcional de Migrantes dependiente del Viceministerio de Salud Pública con el fin de viabilizar las diferentes estrategias que el ministerio requiera implementar con esta población. Aunque esta unidad tuvo un bache de funcionamiento con el cambio de gobierno, actualmente está nuevamente en actividad.

Un espacio que asimismo debe considerarse para la toma de decisiones es la Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud (CONAMUSA), la cual desempeña el rol del Mecanismo de



Coordinación País (MCP). Este fue creado como requisito para la presentación y ejecución de los proyectos del Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria; y cuya presidencia está en el Viceministerio de Salud Pública del ministerio. Está conformada tanto por representantes del MINSA, cooperación internacional, universidades y organizaciones no gubernamentales como por representantes de poblaciones afectadas y vulnerables. Su función es monitorizar el cumplimiento de los objetivos y metas de los proyectos del Fondo Mundial, así como promover espacios de concertación y elaborar planes y programas destinados a la reducción del número de casos y del impacto del VIH/Sida, TB y malaria.

Los cooperantes como OPS, ONUSIDA, ACNUR, entre otros, así como las instituciones financiadas por ellos son también una oportunidad importante de asistencia técnica al MINSA y abogacía para el objetivo de mejorar la atención del VIH en el país.

4.3 Financiamiento

En el Perú, el presupuesto para las prioridades sanitarias, definidas por el Ministerio de Salud, se asigna a través del Presupuesto por Resultados. Este vincula la asignación de recursos a productos y resultados medibles en la población y evita que sea destinado a otros fines. Así, para obtener financiamiento para una actividad como, por ejemplo, las pruebas de despistaje del VIH, se requiere que esa actividad esté sustentada en evidencia, costada e incluida como un subproducto del programa presupuestal respectivo. Recién entonces, se podrá definir una meta y obtener el financiamiento necesario. La fuente de financiamiento más importante en la respuesta nacional y en la atención al VIH es el PpR 016 que incluye las acciones de prevención, atención y control de TBC y VIH (tabla 1). En el 2021, el presupuesto para el componente VIH/Sida fue aproximadamente de S/. 313,487,484 para todos los niveles del sistema. Según las evaluaciones de los PpR, el presupuesto del Programa 016 es equivalente al 4% del total del presupuesto del sector (MINSA, 2019). Los fondos de PpR se destinan a acciones de salud colectiva y por sus externalidades sociales, también financian los tratamientos y pruebas de laboratorio para evolución del caso de condiciones transmisibles crónicas. La salud individual es financiada por el SIS (por ejemplo, el tratamiento de complicaciones de estas enfermedades). No se dispone de información publicada por el SIS respecto al financiamiento de procedimientos o atención a condiciones o enfermedades específicas como el VIH/Sida.

Tabla 1. Productos de VIH en el PpR 016 – TB y VIH

Código presupuestal	Descripción	Distribución de ejecución pptal Año 2020
3043952	Familia con prácticas saludables para la prevención de VIH/SIDA y tuberculosis	12%
3043958	Población informada sobre uso correcto de condón para prevención de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA	5%
3043959	Adultos y jóvenes reciben consejería y tamizaje para infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA	24%
3043960	Población adolescente informada sobre infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA	5%
3043961	Población de alto riesgo recibe información y atención preventiva	11%



Código presupuestal	Descripción	Distribución de ejecución pptal Año 2020
3043969	Personas diagnosticadas con VIH/SIDA que acuden a los servicios y reciben atención integral	36%
3043970	Mujeres gestantes reactivas y niños expuestos al VIH/SIDA reciben tratamiento oportuno	6%

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas, 2021.

1. Al 2021, cerrar la brecha de financiamiento para alcanzar las coberturas de 90-90-90 de control del VIH/SIDA requiere triplicar los presupuestos históricos del PpR de VIH/SIDA.

Un grupo de investigadores, con el auspicio del Banco Mundial, realizaron en el 2018 una evaluación de la brecha de financiamiento para alcanzar las metas planteadas en el Plan Estratégico Multisectorial de VIH. Ellos estimaron que para lograr la cobertura 90-90-90 al año 2020, se requerían US\$345 millones, lo que representa 2.8 veces el presupuesto actual y que para lograr el 95% de cobertura de la TAR, el presupuesto debería llegar a \$700 millones de dólares, lo que significa un presupuesto 7.6 veces mayor que el presupuesto actual (Prieto et al., 2018).

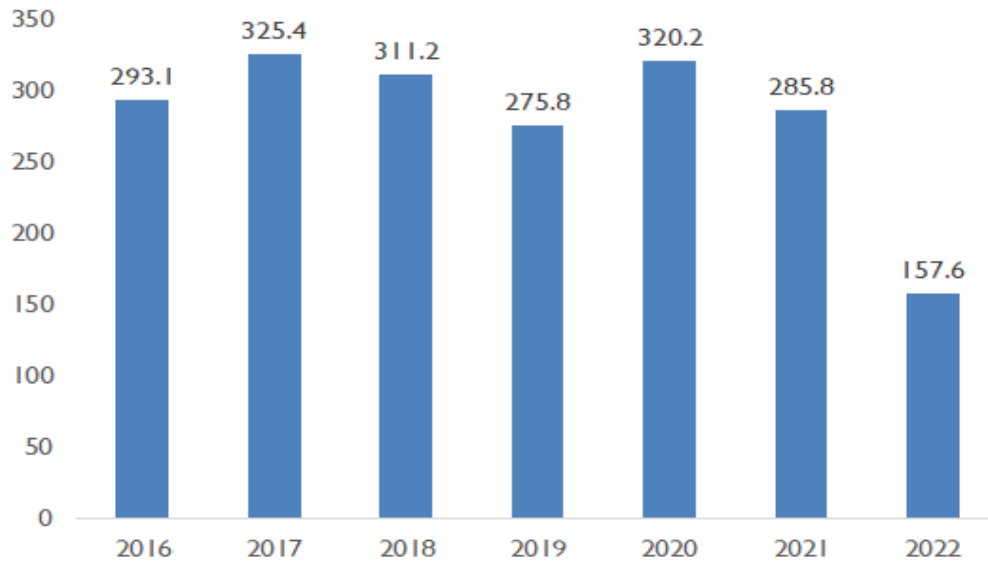
2. Hay una tendencia decreciente del PpR per cápita para el VIH y en el presupuesto aprobado para el 2022, el PIA del MINSAL para PpR TB-VIH se reduce en 45% respecto al 2021.

El financiamiento del PpR se ha mantenido sin cambios notables a lo largo de los años. Esto configura una situación de declive progresivo si se considera que este financiamiento se calcula en función del número de personas atendidas y de la TAR que va en crecimiento cada año (Gráfico 8). Esta situación se agrava cuando en el presupuesto aprobado para el 2022, el Presupuesto Institucional de Apertura (PIA) del MINSAL para el PpR TB-VIH se reduce en 45% respecto al PIA 2021 (Gráfico 7).

Lo más crítico es que el presupuesto se ha reducido en cerca de 81 millones de soles en el producto presupuestal que asegura el tratamiento antirretroviral. Con la reducción efectuada, la cápita anual para las personas en TAR en el 2022 sería de US\$127. Este monto es tres veces menor que el calculado (US\$ 409) por Verónica Vargas para el Banco Mundial en una evaluación del 2015. Esta se realizó sobre la base de medicamentos adquiridos por el Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud, y los gastos en pruebas de laboratorio y atenciones médicas de control de las PVV en TAR (Vargas, 2015).

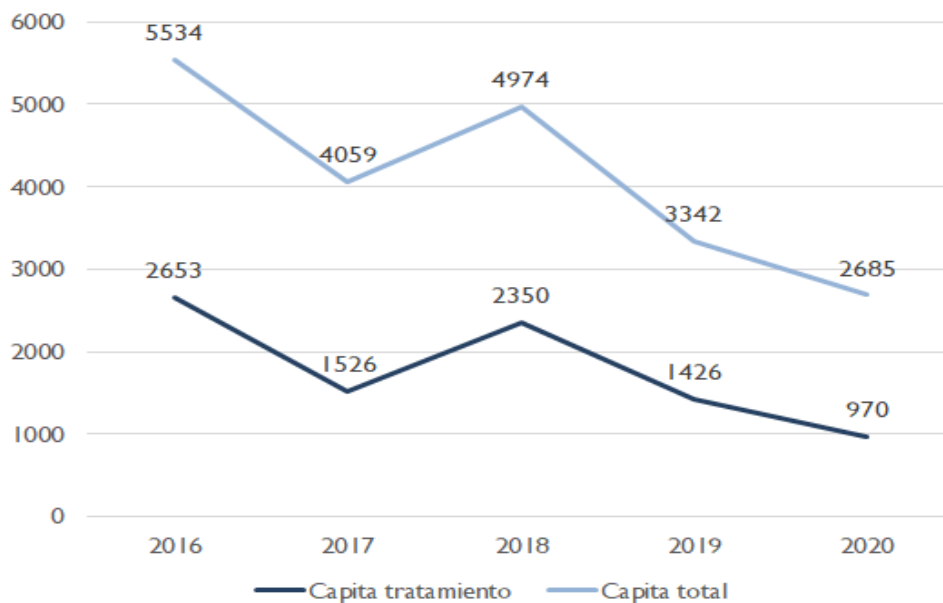


Gráfico 6. Presupuesto Institucional de Apertura del Programa presupuestal 016 TB-VIH (millones de soles) – MINSA, Perú 2016-2022



Fuente: Portal de Transparencia Económica del MEF, Consulta amigable 2016-2021 y Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2022. Elaboración propia

Gráfico 7. PpR VIH per cápita* – Perú 2016-2020



Fuente: Portal de Transparencia Económica del MEF, Consulta amigable 2016-2020. DPVIH-MINSA. Elaboración propia. * Cápita en relación a PVV en tratamiento



3. La no afiliación al SIS de las PVV migrantes venezolanas genera gasto de bolsillo para cubrir los exámenes previos a la TAR. El precio de estos equivale como mínimo a 2 semanas de trabajo de un migrante. Los costos de atención y tratamiento de los PVV en fase sida pueden ser catastróficos

De acuerdo con la Ley marco de Aseguramiento Universal en Salud, el SIS puede afiliar a las personas en pobreza con Documento Nacional de Identidad y, en el caso de extranjeros residentes, con Carné de Extranjería (MINSA, 2010). Recientes dispositivos legales autorizan la afiliación al régimen subsidiado a las personas que se encuentran en vulnerabilidad sanitaria, independientemente de su condición de pobreza. Este concepto de vulnerabilidad incluye al VIH (MINSA, 2020). Las dificultades para la afiliación al SIS, debido a la exigencia de documento de calidad migratoria de residente, ocasiona que los migrantes venezolanos sin carnet de extranjería deban realizar gastos de bolsillo para acceder a los servicios de salud que no están subvencionados por los programas de salud pública, incluidos los exámenes previos a la inclusión en el TAR.

Las PVV reciben TAR a través del programa de tratamiento financiado por los PpR; sin embargo, este programa no cubre las atenciones de control médico ni las interconsultas que pudieran resultar necesarias para valorar cualquier situación de salud asociada. Tampoco reconoce la atención, la hospitalización, los exámenes ni los medicamentos de la fase sida.

Regularmente, el gasto de bolsillo de los exámenes Pre TAR que asumen los usuarios es alrededor de S/.150 y puede ascender a alrededor de S/.1200 en caso de requerirse diagnóstico por imágenes y otros (calculado en base a tarifas de prestadores públicos). Considerando que entre las PVV migrantes venezolanos, el 83,7% tienen un sueldo menor que el mínimo vital (Asociación Construyendo Caminos de Esperanza Frente a la Injusticia, el Rechazo y el Olvido, 2021), estos costos pueden ser equivalentes, como mínimo, a la ganancia de una a dos semanas de trabajo de un migrante venezolano. Esto se enfatiza desde los propios profesionales involucrados en la gestión de la atención integral de las PVV:

“El PpR, en realidad, solo cubre las intervenciones estratégicas, las pruebas rápidas de diagnóstico, el monitoreo de carga viral, y otras cosas muy puntuales. Pero el pago de la consulta, la atención especializada, las pruebas de laboratorio basales generales, la hospitalización, el tratamiento de las complicaciones, eso ya entraría a ser parte de la cobertura SIS. Cuando no se tiene SIS, el problema es que las PVV deben pagarlo de su propio bolsillo.”

(Informante clave: profesional de salud gestión de la atención integral a PVV, 19.08.2021)

4. La vigilancia epidemiológica de tercera generación y otros productos estratégicos para la atención y respuesta al VIH, como servicios de agentes y organizaciones comunitarias no cuentan con financiamiento específico ni sostenido en los PpR, a pesar de haber demostrado alta efectividad.

El diseño actual del PpR 016 carece de enfoque de control de la epidemia a nivel poblacional. Este no incorpora el financiamiento de la vigilancia epidemiológica en una lógica moderna de tercera generación que incluya monitoreo de los registros administrativos de prestaciones de salud, vigilancia basada en sistema de notificación, vigilancia del comportamiento mediante encuestas poblacionales, estudios de vigilancia poblacional de la situación y cambios epidemiológicos en las distintas subpoblaciones vulnerables, vigilancia molecular, entre otros, que contribuyan a mejorar la comprensión y respuesta nacional. En el Producto: Acciones Comunes (3000001); Actividad 5004433: Monitoreo, supervisión, evaluación y control de VIH/SIDA - Tuberculosis, solo se encuentra la actividad de notificación de casos.



Tampoco se han incorporado en el marco normativo y de financiamiento, productos estratégicos como servicios de consejeros y vinculadores pares para lograr la sostenibilidad y potenciar las intervenciones, de modo que se contribuya a mejorar el acceso de las poblaciones vulnerable.

5. Génesis del financiamiento para prevención y control del VIH contenida en el PpR 016, basada en una concepción heteronormativa que requiere modificarse enfocándose más en poblaciones clave y la generación de nuevos productos, y estrategias que actúen sobre determinantes proximales y factores de riesgo en las MT, los HSH, y TS.

El enfoque de programa de control incorpora una perspectiva biomédica a los PpR y omite aspectos importantes de la dinámica de reproducción social del VIH/Sida en el Perú. Estos requieren enfoques y acciones desde varios sectores del Estado para atender los determinantes sociales que impulsan la epidemia en la sociedad y en las poblaciones más afectadas debido a su vulnerabilidad. El diseño actual del PpR no incluye productos, subproductos o acciones que respondan a los factores de riesgo y determinantes asociados al VIH en la población transgénero o al ejercicio de sexo transaccional. Varios estudios que han examinado la vulnerabilidad de las poblaciones y su exposición al riesgo de contraer VIH plantean la necesidad de intervenciones sobre determinantes proximales del VIH. El modelo de intervención que se muestra en la Figura 2 es un ejemplo de esto. En este, se plantean estrategias de abordaje de la vulnerabilidad económica, desigualdad de género y la influencia del estado social: la retención escolar, la capacitación en medios de vida y obtención de carreras y profesiones, el acceso a trabajo digno, el empoderamiento y la resiliencia frente a la discriminación social. En opinión de representantes de las plataformas de coordinación intersectorial:

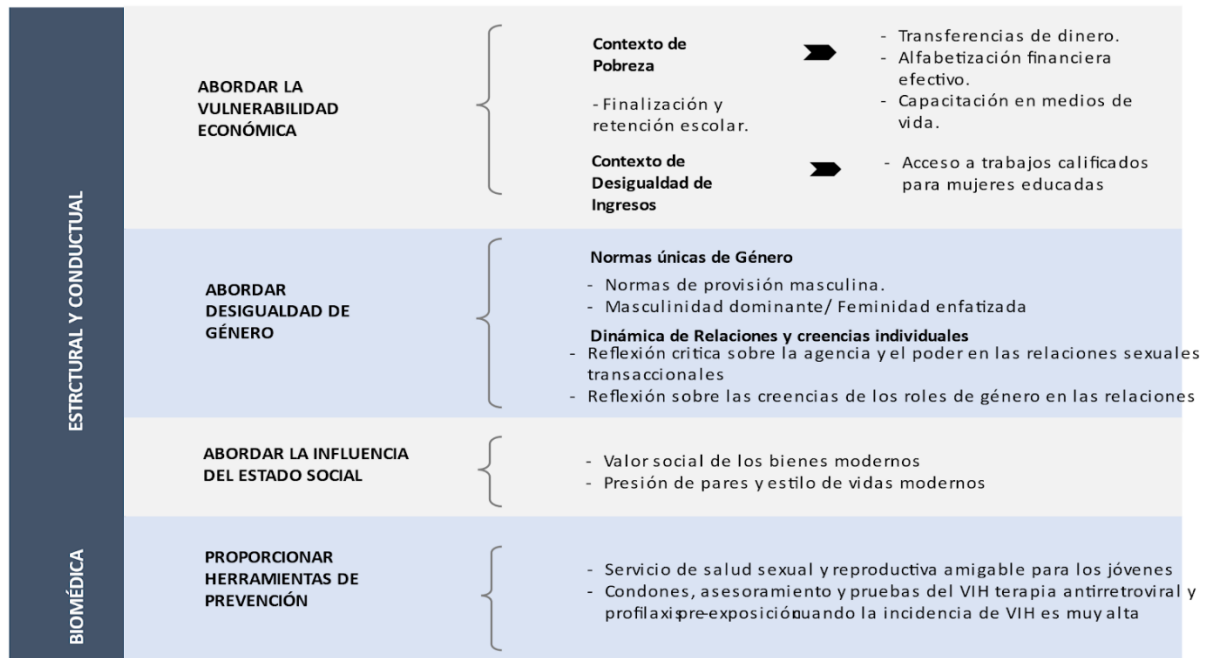
“Lo que hemos percibido es que la agenda vuelve a ser fundamentalmente sanitaria⁴ para el VIH y eso porque no se han asegurado o no se ha fortalecido el ejercicio de derechos, de acceso a la atención y tratamiento de las personas por VIH. Pero nos estamos quedando en esa agenda sanitaria que es muy fuerte y estamos descuidando toda la agenda de prevención, y desatendiendo la multifactorialidad de los problemas de salud, de la salud sexual, de la salud de las personas con sus diversidades y vulnerabilidades.”

(Informante clave: funcionaria de CONAMUSA, 19.08.2021)

⁴ La informante se refiere al carácter “recuperativo” o “medicalizado” de la intervención.



Figura 2. Modelo de Intervención multicomponente relacionadas al sexo transaccional para prevención del VIH – ONUSIDA, 2018



Fuente: ONUSIDA (2018). *Sexo transaccional y riesgo de VIH: del análisis a la acción*. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

4.4 Prestación de servicios

Las bases jurídicas de la prevención, atención y tratamiento del VIH/Sida en el Perú se encuentran en la Ley N° 28243 del 2004, la cual amplía y modifica la Ley N° 26626 (Ley CONTRASIDA) de 1996. Sobre esta base, se emitieron las normas a través de las que se regula la prestación de los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH/Sida en los establecimientos de salud. La respuesta al VIH está concentrada en acciones que giran alrededor de los establecimientos de salud, con una limitada acción sobre los determinantes sociales. La respuesta nacional, además, tiene una limitada participación de las comunidades de poblaciones vulnerables.

Los resultados de las actividades de control del VIH se pueden verificar en el continuo (“cascada”) de atención al VIH, en los que existen brechas importantes en relación a los resultados que idealmente deberían lograrse. La DPVIH, analizó esta cascada de atención reportó que para el 2014, 64% de las PVV estimadas habrían sido diagnosticadas, pero sólo 46% recibían TAR y únicamente 36% tuvieron supresión viral. Para ese año las brechas fueron: 19 917 PVV que no conocían su diagnóstico, 25 078 que no accedían al tratamiento y 25 633 que no consiguieron supresión viral. Entre los migrantes venezolanos, se estima que para el 202, entre el 0,6 % y el 0,7 % viven con el VIH, se trataría de 7200 a 8400 migrantes venezolanos viviendo con VIH en el Perú. De ellos, un 62% conocería su diagnóstico, de 65 a 76% de los migrantes con diagnóstico accede a tratamiento. No se conocen datos de la supresión viral alcanzada.



1. En Perú, los migrantes venezolanos son una proporción reducida (7%) del total de PVV que reciben tratamiento antirretroviral.

Entre los EESS TAR que participaron en la encuesta, se registraron: 32 050 PVV en TAR (nacionales y migrantes), el 7% (2222) de los cuales fueron PVV mv. Según la DPVIH, la atención en los EESS y la TAR para las PVV mv han podido ser absorbidas sin mayores dificultades, debido a que existen capacidades instaladas y disponibilidad de medicamentos con márgenes de seguridad de stock de alrededor del 20% del número de PVV en TAR. Aunque en este periodo (2017-2021), la previsión de margen de stock de TAR contribuyó a manejar la demanda adicional de medicamentos, la programación futura debe incorporar el crecimiento a partir de mayor esfuerzo en el tamizaje de poblaciones vulnerables nacionales y migrantes venezolanas.

2. Las normas de ingreso a la TAR que permiten el tratamiento a todas las personas, sin distinción de su nacionalidad y condición migratoria, han posibilitado que un 97,5% de las PVV mv diagnosticados que accedieron a los servicios de salud hayan iniciado TAR, a pesar de no haber sido afiliados al aseguramiento público en salud.

A diferencia de las barreras para la afiliación al SIS a las PVV mv, las normas de la TAR emitidas por la DPVIH facilitan el acceso al tratamiento (financiado por los PpR) a toda persona, independientemente de su condición migratoria. A ello se debe que cerca de 3500 PVV migrantes venezolanos se encuentren recibiendo TAR, pese a que solo el 2,5% (89 PVV migrantes venezolanos) han sido afiliados al SIS.

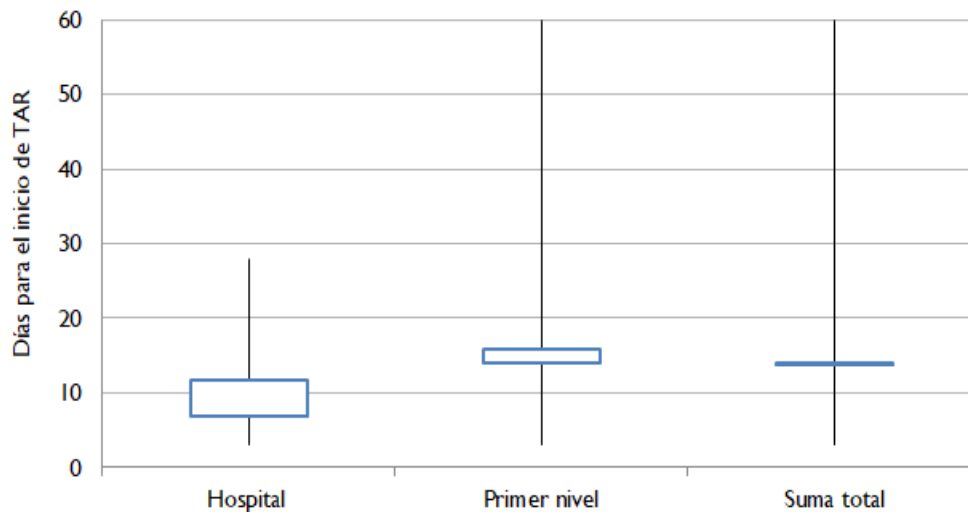
Como se anotó antes, los costos de la evaluación y el diagnóstico previo a la TAR no están cubiertos por el sistema. Para cubrir los costos de los exámenes, las PVV migrantes venezolanas generalmente han debido asumírselos con su gasto de bolsillo o a través de la subvención de las ONG o la cooperación internacional.

3. El porcentaje de PVV migrantes venezolanos que se encuentran en espera de iniciar TAR es bajo y el promedio de tiempo de inicio de la TAR de una PVV mv fue de 14 días.

Las PVV mv que se encuentran en espera de iniciar la TAR, equivalen a 5% del total de PVV migrantes en TAR en la encuesta. Es un porcentaje relativamente bajo con relación a lo esperado por las dificultades de pago de las evaluaciones y exámenes pre TAR, ocasionadas por la falta de acceso al aseguramiento público en salud descritas anteriormente. El promedio de tiempo de inicio de la TAR de una PVV mv, después de haber sido diagnosticada, fue de 14 días (12 días en hospitales, 16 días en EESS del primer nivel de atención), pero puede extenderse hasta 60 días (ver Gráfico 5). Estas cifras pueden variar según la localización geográfica del EESS.



Gráfico 8. Promedio de tiempo y otras medidas de tendencia central del inicio de tratamiento TAR en PVV mv, según nivel del EESS TAR Perú, Septiembre 2021



Fuente: Encuesta Servicio de atención integral del VIH en Migrantes Venezolanos. Perú, septiembre 2021. Elaboración propia.

4. Aproximadamente la mitad (55%) de las PVV migrantes venezolanas actualmente en TAR tenían diagnóstico previo del VIH realizado en Venezuela. Entre las PVV mv diagnosticadas en el Perú, la mitad lo fueron por una Organización de Base Comunitaria.

Según el reporte de los responsables de los EESS participantes en la encuesta, entre las PVV mv en TAR, un poco más de la mitad (55%) fueron diagnosticadas en Venezuela, 26% de las PVV mv recibieron su diagnóstico en el Perú por acción de una OBC y un 15% por un EESS de primer nivel de atención. De acuerdo a esta encuesta, la mitad de las PVV diagnosticadas con VIH en el Perú y que actualmente se encuentran en la TAR, habrían recibido su diagnóstico por una OBC. Las OBC de población vulnerable parecen jugar un rol importante en el contacto, tamizaje, diagnóstico y vinculación de las PVV mv a los EESS TAR. Según refieren activistas de las OBC:

“Tenemos que entender que la epidemia camina en poblaciones clave, tenemos que trabajar con los hombres que tienen sexo con hombres, con las transgénero, con los pares, porque cuando hay intervenciones buscan a las casas comunitarias y ellas sí tienen llegada a la población, ellas sí van a lograr que la población vaya a esos espacios de mil maneras para que logren hacer el tamizaje y las buscan por los condones y las buscan por las pruebas rápidas o por cualquier tipo de información, incluidos los venezolanos, también buscan esos servicios y son más amigables cuando son entre pares.”

(Informante clave: activista OBC, 16.8.2021)

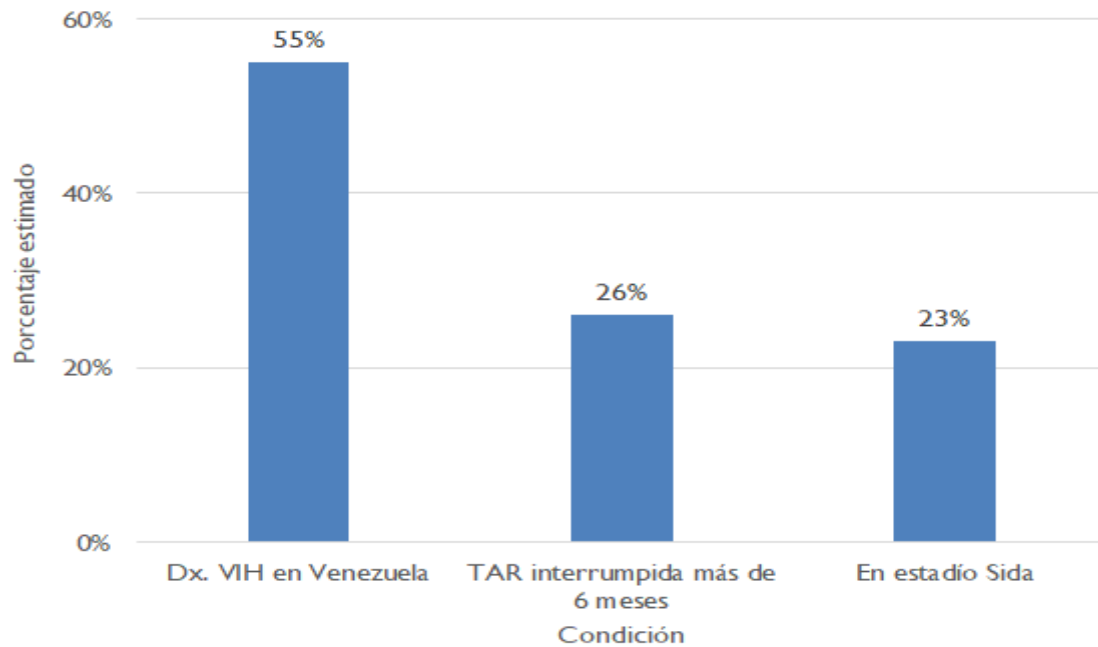
5. Aproximadamente una de cada cuatro PVV migrantes venezolanas llegaron a su primera consulta a un EESS TAR en el Perú, con tratamiento antirretroviral interrumpido por seis o más meses (26%) y en estadio Sida (23%).

Según estimación de los responsables de los EESS TAR, el estado de las PVV migrantes venezolanas en la primera consulta en los EESS fue que cerca de uno de cada cuatro (26%)



venían con TAR interrumpida por 6 o más meses, y 23% llegaban en estadio sida (Ver Gráfico 6). El impacto sobre el sistema de salud en el Perú se refleja en mayores costos de la atención y un potencial incremento de las tasas de mortalidad.

Gráfico 9. Estado del PVV migrante venezolano en la 1.ª consulta, en EESS TAR – Perú, Septiembre 2021



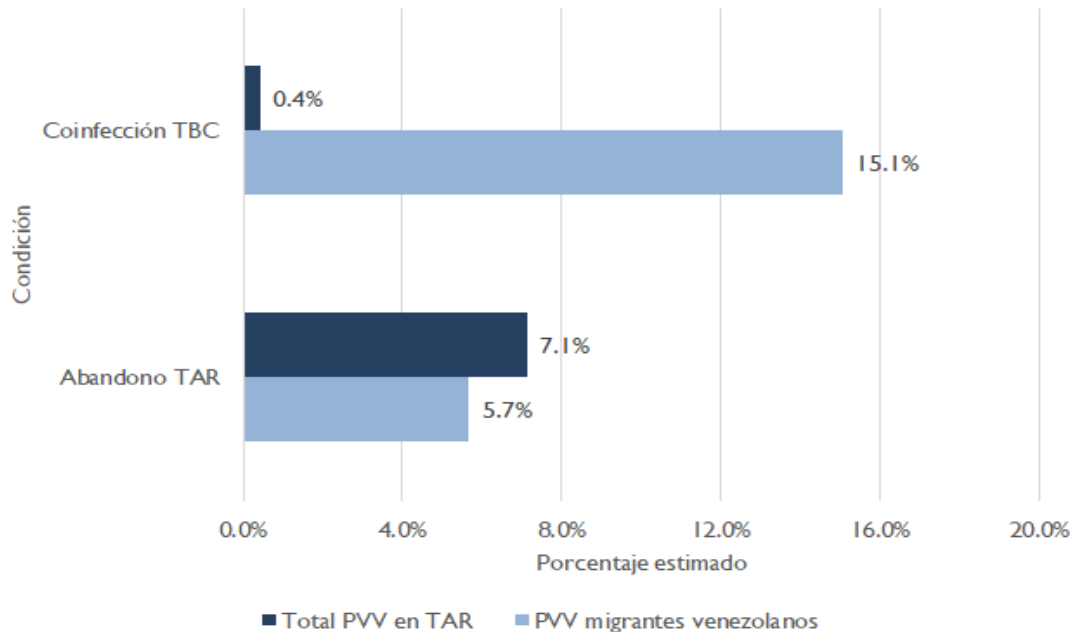
Fuente: Encuesta Servicio de atención integral del VIH en Migrantes Venezolanos. Perú, septiembre 2021. Elaboración propia.

6. Se halló una elevada tasa de coinfección TBC (15%) entre las PVV mv, superior a 30 veces la tasa entre PVV nacionales en los mismos EESS TAR que participaron en la encuesta.

Los EESS TAR reportaron que 15% (335) de las PVV mv fueron diagnosticadas con coinfección TBC. La cifra de coinfección TBC en las PVV nacionales en los mismos EESS fue de 0,4%, en relación a sus poblaciones de referencia (ver Gráfico 7). Esta cifra llama la atención por su magnitud y debe ser investigada por la DPVIH en el reporte total de sus EESS TAR.



Gráfico 10. Abandonos y coinfección TBC entre PVV ciudadanos nacionales y PVV mv que reciben TAR. Perú, septiembre 2021



Fuente: Encuesta Servicio de atención integral del VIH en Migrantes Venezolanos. Perú, septiembre 2021. Elaboración propia.

7. La tasa de abandono de la TAR por los PVV mv es importante.

Los EESS reportaron que para el periodo de 3 años del (2018 –2021), el 5% de las PVV mv abandonaron la TAR, en comparación con la tasa de abandono de los ciudadanos nacionales (7%) en el periodo de 17 años desde el inicio de la TAR (2004– 2021). La encuesta no obtuvo una cifra de abandonos por cortes de tiempo anuales, ni por subpoblaciones según orientación sexual al no haberse implementado una metodología de seguimiento y evaluación por cohortes. Los informantes clave precisan que el abandono se asociaría a que, por un lado, esta población continúa migrando dentro del país o al extranjero y por otro, a la ausencia de un mecanismo de vinculación entre los establecimientos de salud a los que podría acudir.

8. Tener que realizar gastos de bolsillo para los exámenes pre TAR (70%), ocasionados por no tener SIS, al no cumplir los requisitos de afiliación al SIS (58%), y la demora en la obtención del Carnet de Extranjería (38%) constituyen las principales barreras para el inmediato inicio de la TAR en las PVV migrantes venezolanas. Además, en 41% de los casos, se reportan problemas organizacionales como horarios inadecuados.

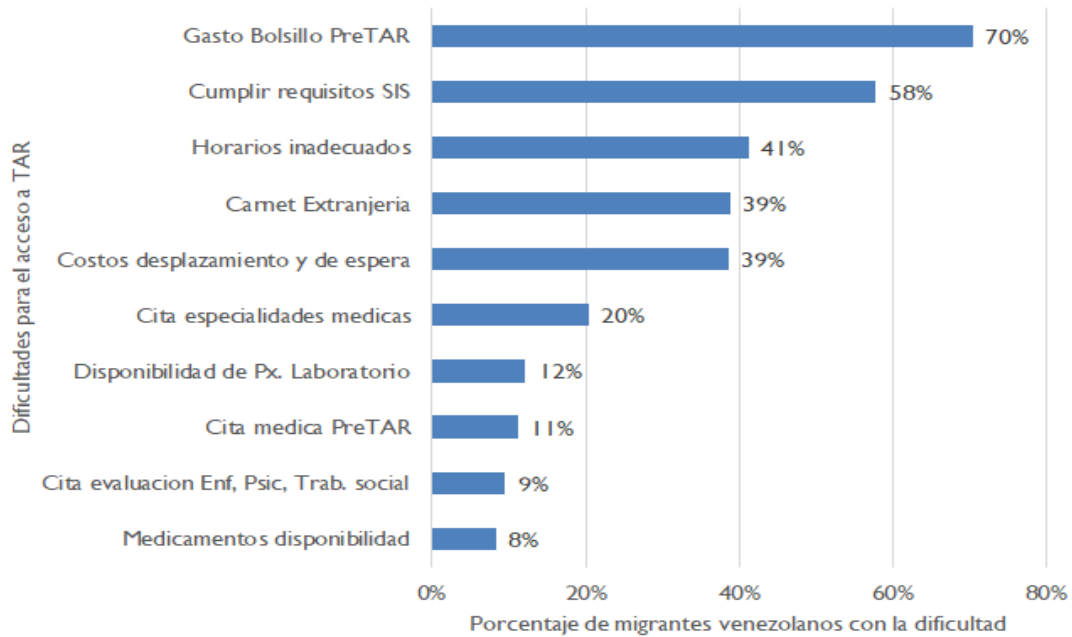
Según estimación de los responsables de los EESS TAR, las principales dificultades de las PVV mv para acceder a la TAR son: el gasto de bolsillo en exámenes Pre TAR (70%), que se percibe como consecuencia directa de dificultades para la afiliación al SIS (58%) y depende, en gran medida, de la obtención del Carnet de Extranjería (39%). También se identifica otro grupo de problemas ligado a la organización del servicio TAR: horarios inadecuados (41%), costos de desplazamiento y por tiempo de espera (dejar de trabajar) (38%) y dificultades para recibir evaluación especializada (20%). Debe destacarse que la falta de disponibilidad de medicamentos se señala sólo en un 8% de los casos.



“En el centro de salud me pedían muchos exámenes que se gastaba algo casi de S/.1000, S/.1200 en todos los exámenes para que te pudieran atender. O sea, el médico después que te atendía, te pedía muchos exámenes para darte el tratamiento y la fundación consiguió un enlace y ellos mismos nos realizaron los exámenes.”

(Informante clave: usuario, 1.9. 2021)

Gráfico 11. Barreras para el inicio TAR en PVV migrantes venezolanos – Perú, Septiembre 2021



Fuente: Encuesta Servicio de atención integral del VIH en Migrantes Venezolanos. Perú, septiembre 2021. Elaboración propia.

9. Las PVV mv que enfermaron de COVID-19, según reportaron los responsables de los EESS TAR, informaron que entre los que se atendieron en un hospital, el 22% sufrió discriminación por su orientación sexual y percibió una mala calidad de atención.

Entre las PVV mv que se atendieron por un episodio de COVID-19 en hospitales, el 22,6% informó discriminación por orientación sexual, 8,8% por tener VIH y 6,6% por su nacionalidad.

“La chica (enfermera) me dijo: “sí, primero somos nosotros, segundo nosotros y tercero nosotros. Entonces, ustedes le están quitando parte de la atención al ciudadano peruano” y yo le digo: “pero es que en ningún momento nosotros decimos que una persona por otra”. Entonces, ella lo dijo a vox populi en la consulta que, o sea, en la consulta había, por decirte, 15 personas y de las 15 personas, 8 eran venezolanas y ella estaba disgustada, ella me dijo: “uy, esto está abarrotado de extranjeros, o sea, nos están quitando la atención.”

(Informante clave: usuario, 27.09.2021)

10. Se cuenta con procedimientos y mecanismos de actualización de la atención integral al VIH, basados en evidencias y acordes a la política internacional de tratamiento inmediato, aunque retrasados en la incorporación de la profilaxis preexposición.



Las disposiciones para la TAR se encuentran contenidas dentro de la Norma técnica de salud para la atención integral del adulto con infección por el VIH (NTS N° 169-MINSA/2020/DGIESP), la cual se actualiza periódicamente a través de un comité nacional de expertos. Actualmente, la norma se encuentra alineada con las recomendaciones internacionales de inicio inmediato de la TAR tras el diagnóstico. Sin embargo, existe un importante retraso en la emisión y actualización de otras normas.

Normas por emitirse:

- Profilaxis Preexposición (PrEP).
- Directiva para la organización y estándares de gestión y calidad en EESS TAR.
- Plan específico para intervenir las zonas con mayor concentración de casos.

Normas por actualizarse:

- Norma para la articulación del Servicio de consejeros Educadores de Pares para Personas que Viven con VIH/Sida.
- Promotores Educadores de Pares en Poblaciones Vulnerables para la prevención de las infecciones de transmisión sexual y del VIH/Sida; del Documento Técnico:
- Consejería en ITS/VIH y SIDA; Directiva Sanitaria N° 030-MINSA/DGSP-V.01
- Directiva Sanitaria para la Atención Médica Periódica a Trabajadoras/es Sexuales y HSH.
- Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en el Perú.

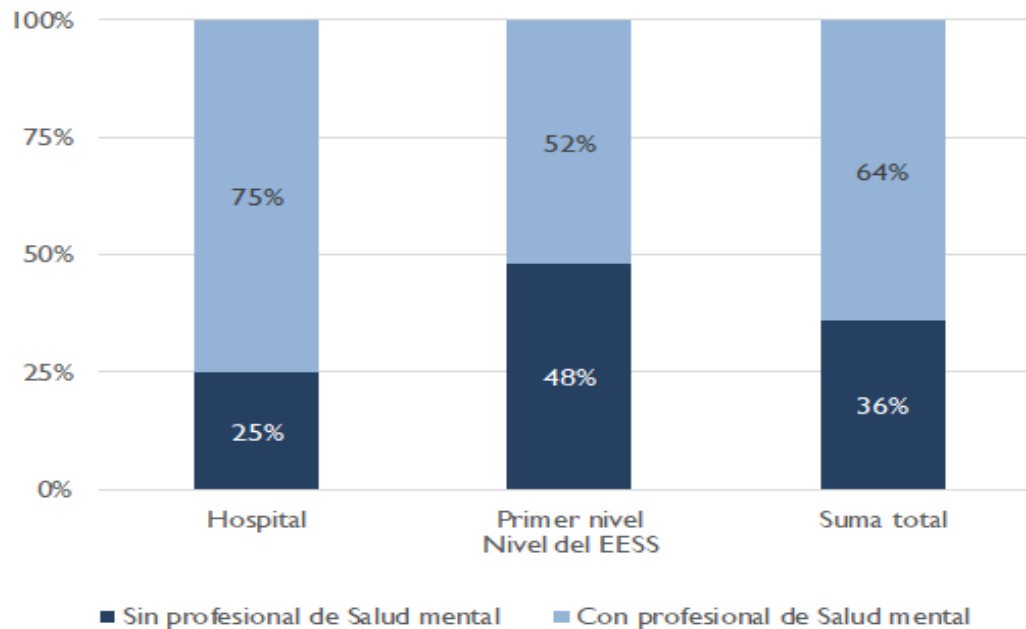
4.5 Recursos Humanos

1. Solo un 64% de los EESS informan que cuentan con el equipo mínimo de profesionales necesario para la atención de salud integral (física y mental) en sus servicios TAR.

El promedio de profesionales de salud en los EESS TAR en hospitales y establecimientos de primer nivel de atención fue de 7 y 5, respectivamente. A pesar de estas fortalezas, la encuesta también encontró que en los EESS TAR, solo el 64% informa que cuenta con el equipo mínimo de profesionales (médico, enfermera, obstetrix, químico farmacéutico, biólogo o tecnólogo médico, y psicólogo) para atención de salud integral (física y mental) en sus servicios TAR (75% de Hospitales, 52% del Primer nivel) (Ver Gráfico 9). Además, los EESS TAR informan la falta de RRHH y rotaciones frecuentes como un problema en EESS TAR, independiente a su nivel de antigüedad o de volumen de PVV en atención.



Gráfico 12. Proporción de EESS con equipo mínimo de profesionales para atención de salud integral en sus servicios TAR – Perú, Septiembre 2021



Fuente: Encuesta Servicio de atención integral del VIH en Migrantes Venezolanos. Perú, septiembre 2021. Elaboración propia.

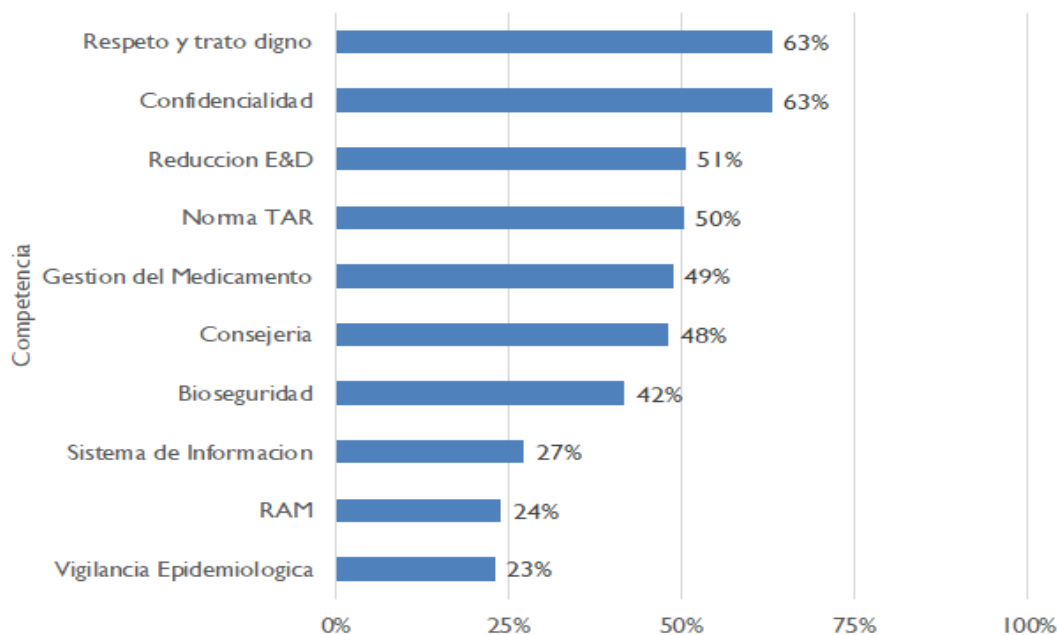
2. Menos del 50% de los RRHH de los EESS TAR se encuentran actualizados en las competencias para la atención integral y no cuentan con un programa certificado de capacitación.

La encuesta exploró el nivel de actualización de los RRHH en las competencias requeridas para la atención integral y gestión del servicio TAR en los últimos 3 años. Se encontró que las competencias en las que menos se ha capacitado al personal son las referidas a las reacciones adversas a medicamentos (47%), el manejo del sistema de información (48%), la gestión del sistema de vigilancia epidemiológica (52%), y las competencias para la reducción del estigma y discriminación (62%). El nivel de actualización fue diferente según el nivel de los EESS y el tiempo de antigüedad implementado como servicio TAR. En los EESS TAR con un año o menos de implementación, el nivel de actualización es de menos del 50% de sus RRHH (ver Gráfico 9). La ENSAP, la DPVIH, y los EESS informaron que carecían de un plan oficial de capacitación y desarrollo de los RRHH en los servicios del VIH. En general, no existían planes de capacitación, las actividades de capacitación se desarrollaron bajo iniciativa y programación del propio EESS TAR y la capacitación no era certificada.

“La gente que labora en ese centro de salud en especial tiene que hacer un curso de relaciones humanas. Ellos están tratando con personas que están con padecimientos médicos, otros tienen una condición clínica quizás más delicada y son personas que tienen que aprender a tratar con la gente pues.”

(Informante clave: usuario, 26.9.2021)

Gráfico 13. Proporción de RRHH actualizados según competencia para la atención integral en servicios TAR con 1 año o menos de implementación, – Perú, septiembre 2021



Fuente: Encuesta Servicio de atención integral del VIH en Migrantes Venezolanos. Perú, septiembre 2021. Elaboración propia.

4.6 Sistemas de Información

El sistema de información en salud se encuentra fragmentado y conducido por diferentes subsectores, e incluso al interior de ellos por diferentes dependencias. Estas deficiencias hacen que la información sea dispersa, y dificultan el reporte de información representativa y de calidad. Esto impacta en la consolidación de datos regionales y a nivel nacional.

- 1. El Ministerio de Salud carece de un sistema de información o plataforma que centralice los datos de las prestaciones preventivas, de atención y seguimiento del VIH, o que permita su interoperabilidad.**

La recolección rutinaria de datos sobre la prestación de servicios del VIH está institucionalizada, pero en un sistema no automatizado que se encuentra fragmentado. El sistema de registro de la TAR de la DPVIH se basa en un Excel, no está automatizado, es inestable, precario y fragmentado. Distintas variables son registradas en formularios manejados por el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC Perú), el Instituto Nacional de Salud (INS), e incluso la Oficina General de Tecnologías de la Información (OGTI), que maneja el Sistema de información en Salud, y el SIS. El sistema no incluye variables clave como la identidad de género (y, cuando esta se registra en formularios en papel a nivel local, no se encuentra estandarizada). Las bases de datos de las distintas instituciones, aun cuando mantienen identificadores comunes, no han desarrollado algoritmos para interoperar (y previamente a eso, para controlar la calidad de la data registrada). Tampoco se ha definido la trama de datos necesaria para generar los distintos indicadores que requieren las instituciones y, especialmente, la DPVIH para el seguimiento de las PVV.



2. Marco normativo restrictivo definido por el MINSA en la Directiva Administrativa N° 294-MINSA/2020/OGTI, que dificulta el intercambio de información considerada personal.

Una dificultad por superar en el desarrollo de la interoperabilidad en salud, y, especialmente, en el caso del VIH, es el marco normativo restrictivo que dificulta el intercambio de información considerada personal, y la normativa generada por la OGTI al respecto.

La Directiva debería ser modificada debido a los extremos restrictivos que propone, entre los cuales se dispone una estructura que implica que los datos se envíen agregados⁵. No permite la construcción de listados nominales que contenga Datos personales de salud (DPS) de pacientes, ya sea que reciban tratamiento o no del Estado. Además, la directiva señala que los DPS están disponibles solo y debidamente resguardados en el EESS público, privado y mixto, donde se atendió cada paciente, respetando con ello la finalidad para la cual fueron recabados. Cabe añadir que este último concepto no está contenido en la ley y es una interpretación restrictiva de OGTI respecto al carácter del establecimiento o institución que “atiende”. De este modo, limita la prestación a la atención clínica y soslaya otras prestaciones como, por ejemplo, las entregadas por los laboratorios referenciales para el diagnóstico especializado o los programas de tratamiento de las prioridades de salud pública. Estos requieren acciones de seguimiento y en ocasiones recuperación de casos en comunidad, etc. Esta situación impacta sobre un manejo apropiado de la TAR, pues desde un enfoque de salud colectiva, la mayor limitación es la carencia de datos nominales, sobre los cuales se realice la construcción y seguimiento de cohortes de tratamiento.

Según lo expresan profesionales del Sistema de Información en relación a las restricciones para el intercambio de información de VIH:

“Hoy tenemos una norma aprobada por el MINSA, donde prohíbe expresamente el intercambio de información entre establecimientos de salud de datos personales de salud que incluyen datos clínicos, epidemiológicos, etc., entre dos establecimientos de una misma red, está prohibido por norma. Está prohibido si es que no se tiene previamente un consentimiento informado, manuscrito, expreso de autorización de la persona. Pero es una locura, no hay forma que yo sepa de antemano que me voy a enfermar y que mi información lo va a necesitar el otro establecimiento y que yo previamente haga el consentimiento de autorización, porque no sé pues si me voy a enfermar y no sé qué dato va a necesitar el otro establecimiento de salud. No hay forma de saberlo, pero la norma peruana dice eso hoy. Eso, por ejemplo, es una gran barrera para poder implementar e integrar todos estos sistemas, hoy en este momento.

(Informante clave: profesional de sistemas de información, 12.08.202)

4.7 Vigilancia Epidemiológica

1. El Sistema de Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA, basado en notificación de casos, tiene un nivel de subregistro de al menos 33% de los casos de PVV migrantes venezolanos, con relación al número de PVV que se encuentran en TAR.

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud, registra desde la identificación del primer caso de la epidemia en el Perú (1983) y hasta el 30 de junio del 2021, un total de 144 517 personas notificadas con VIH o SIDA. De estos, 2270 (1,57%) corresponden a

⁵ Esta Directiva define trama de datos, como: “una estructura de datos de dos variables, en donde las filas representan casos u observaciones y las columnas representan atributos o variables”



personas de nacionalidad venezolana. Según la DPVIH, en esa misma fecha se registraban 3475 casos de PVV migrantes venezolanos en TAR en establecimientos de salud de las 25 regiones del país. El subregistro de casos de PVV migrantes venezolanos, si todos los casos notificados al sistema de vigilancia estuvieran entre las PVV que actualmente reciben TAR, sería de 33,39%.

2. Análisis epidemiológico limitado que dificulta construir y reportar indicadores de monitoreo de la respuesta y la situación de control de la epidemia en las subpoblaciones vulnerables, incluido migrantes.

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica, a pesar de que mantiene un reporte constante de la situación del VIH –que publica en boletines epidemiológicos y en un tablero de comando electrónico en la página web de la Dirección General de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades–, no incluye entre sus variables de análisis las referidas a subpoblaciones por orientación de género, reportando solo información del sexo biológico y de la vía de transmisión. De la misma manera, desde la emergencia de la migración masiva de ciudadanos venezolanos, tampoco ha incorporado la nacionalidad, ni el estatus migratorio como variable de análisis. Así, los análisis de la vigilancia epidemiológica por notificación de casos no informan apropiadamente del comportamiento y tendencias del VIH en las poblaciones clave.

3. Carencia de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica de tercera generación que incluya la evaluación de la situación y los cambios epidemiológicos a nivel de las subpoblaciones, molecular y de registros administrativos de prestaciones de salud, y basada en sistema de notificación, que contribuya a mejorar la respuesta nacional y los servicios del VIH.

En el país, a pesar de contar con experiencia de implementación de diferentes modelos de vigilancia, no ha logrado hacerse sostenible una vigilancia apropiada del VIH. Existen varios actores legitimados a lo largo del tiempo en la implementación de la vigilancia como las ONG de investigación que hicieron varios estudios de incidencia y prevalencia en poblaciones vulnerables; el INS que realiza vigilancia del genotipo y árbol filogenético del VIH, y vigilancia genética de la resistencia a fármacos; el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) que elabora encuestas de comportamientos basadas en estudios poblacionales (aunque la encuesta necesita complementarse para desarrollar una centrada en población vulnerable y reportar indicadores más precisos); la Dirección de Epidemiología que conduce la vigilancia por notificación, el modelamiento de la epidemia de VIH y tiene la práctica del análisis constante de la información, a la que debiera adicionar el análisis de la mortalidad a partir de la data del Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF). La norma vigente solo establece de forma condicional la implementación de cada vigilancia, y no fija la periodicidad de su implementación en las subpoblaciones vulnerables y regiones del país. Lo central parece ser la necesidad de contar con un diseño consensuado de un Nuevo modelo del Sistema de Vigilancia que identifique productos, fuente de financiamiento, estrategias de gestión moderna de la implementación con participación de otras instituciones –academia y privados–, y establezca los momentos y periodicidad de implementación de las vigilancias.



5. Análisis de Causa–efecto

A partir del análisis, se identificó que el problema que requiere resolverse es el “Reducido acceso de migrantes con VIH al aseguramiento público en salud, y la atención integral y de calidad del VIH /SIDA.” Se examinaron las causas raíces de las principales debilidades y amenazas observadas en la matriz FODA. Sobre la base de ello, se elaboró un diagrama de causa-efecto de las dificultades de los servicios del VIH para migrantes venezolanos, en el que se identifican los cuellos de botella de los diferentes componentes del sistema de salud aplicados a los servicios del VIH/Sida para los migrantes venezolanos (Ver Fig. 4).

Este esquema, a modo de resumen de todo lo expuesto, facilita gráficamente el entendimiento de la complejidad del problema que estamos analizando.

Figura 3. Análisis de causa - efecto del “Reducido acceso de migrantes con VIH al aseguramiento público en salud, y la atención integral y de calidad del VIH / SIDA”, según componentes – Perú, septiembre 2021

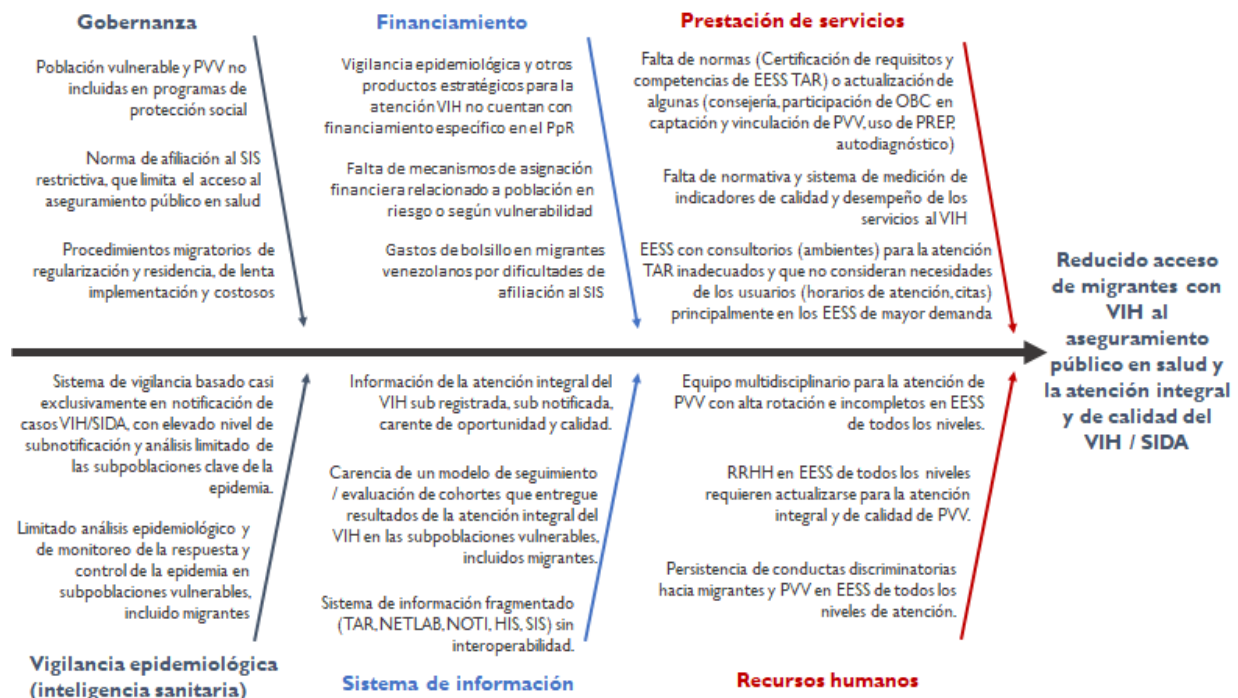




Tabla 2. Análisis de causa - efecto del “Reducido acceso de migrantes con VIH al aseguramiento público en salud, y la atención integral y de calidad del VIH / SIDA”, según componentes – Perú, septiembre 2021

Problema (Efecto):	
“Reducido acceso de migrantes con VIH al aseguramiento público en salud, y la atención integral y de calidad del VIH / SIDA”.	
Componente	Causa
Gobernanza	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos migratorios de regularización y residencia, de lenta implementación y costosos (Gob.). • Norma de afiliación al SIS, restrictiva, limita el acceso al aseguramiento público en salud (Gob.). • Migrantes, PVV y Población vulnerable no incluidas en Programas de Protección Social que reducirían su exposición al riesgo (Gob.).
Financiamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Gastos de bolsillo en migrantes venezolanos, por dificultades de afiliación al SIS, para cubrir exámenes pre TAR y/o atención y tratamiento de PVV en fase Sida (F, Gob., PS). • Falta de mecanismos de asignación financiera del PpR, relacionado a PVV en TAR, pobl. en riesgo o según vulnerabilidad, y que garanticen financiamiento estable de la atención y la respuesta al VIH (F, Gob., PS). • Vigilancia Epidemiológica y otros productos estratégicos para la atención y respuesta al VIH como servicios de agentes y organizaciones comunitarias. No cuentan con financiamiento específico en los PpR (F, Gob., PS).
Prestación de Servicios	<ul style="list-style-type: none"> • EESS con consultorios (ambientes) para la atención TAR inadecuados y que no consideran necesidades de los usuarios (horarios de atención, citas) principalmente en los EESS de mayor demanda o de implementación reciente (PS). • Falta/actualización de normas y procedimientos para mejoras en la prevención y atención integral del VIH (consejería, participación de OBC en captación y vinculación de PVV; Uso de PREP, Autodiagnóstico) (PS). • Falta de normativa y sistema de medición de indicadores de calidad y desempeño de los servicios de atención al VIH (PS).
Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo multidisciplinario para la atención de PVV con alta rotación e incompletos en EESS de todos los niveles (RRHH, PS). • RRHH en EESS de todos los niveles, parcial/insuficientemente capacitados para la atención integral y de calidad a PVV (RRHH, PS). • Persistencia de conductas discriminatorias hacia Migrantes y PVV en EESS de todos los niveles (RRHH, PS).
Sistemas de Información	<ul style="list-style-type: none"> • Débil monitoreo de indicadores de proceso y resultados de la atención integral del VIH en las subpoblaciones vulnerables, incluido migrantes (Sist Inf, PS). • Carencia de un modelo de seguimiento/evaluación de cohortes que entregue resultados de la atención integral del VIH en las subpoblaciones vulnerables, incluidos migrantes. (Sist Inf., PS). • Sistema de información fragmentado (TAR, NETLAB, NOTI, HIS, SIS), sin interoperabilidad, insuficiente para identificación de poblaciones vulnerables (identidad de género, migrantes) (Sist Inf., PS).
Vigilancia epidemiológica	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis epidemiológico limitado que dificulta construir y reportar indicadores de monitoreo de la respuesta y la situación de control de la epidemia en las subpoblaciones vulnerables, incluido migrantes (Sist Inf., PS).



6. Recomendaciones

Se incluye las principales recomendaciones para los distintos componentes. El sistema, tal como está, no funciona adecuadamente. Se requiere cambios normativos que den inicio a los cambios necesarios para mejorar su funcionamiento. Es por esto que se encontrarán varias propuestas de emisión de normas o modificación de las existentes.

6.1 Gobernanza

1. Facilitar la incorporación al SIS de los migrantes venezolanos que viven con el VIH. Para lograr esto hay dos caminos:

- a. **Modificar la Disposición complementaria modificatoria del Decreto de Urgencia N° 017-2019 para incorporar los supuestos de vulnerabilidad sanitaria (VIH, TBC, Discapacidad), establecidos en el Decreto Supremo N° 002-2020-SA, y facilitar la afiliación al SIS de las PVV mv.**

Para lograr la afiliación al Seguro Integral de Salud de las PVV migrantes venezolanas es necesario levantar las restricciones en las normas del SIS. Una opción es la modificación (o “actualización”) de la Disposición complementaria modificatoria del Decreto de Urgencia N° 017-2019, el cual establece medidas para la cobertura universal de salud, incorporando los supuestos de vulnerabilidad sanitaria establecidos en el Decreto Supremo N° 002-2020-SA. Este Decreto Supremo reglamenta la Primera Disposición Complementaria Final del Decreto Legislativo N° 1346 que establece disposiciones para optimizar los servicios que son financiados a través del SIS. Se requiere incluir el PTP, carné de solicitante de refugio, así como otros documentos emitidos por autoridad competente como documentos de identidad válidos para la afiliación al SIS.

Esta es una modificación de una ley, por lo que la propuesta puede ser iniciativa del Ministerio de salud o del Congreso de la República. Esta modificación podría realizarse en el corto plazo, de existir la voluntad política para ello. Luego debería emitirse la directiva correspondiente del SIS y difundir la norma a nivel nacional para que sea implementada en los servicios de salud.

- b. **Modificar los “Lineamientos para el otorgamiento y prórroga de Calidad Migratoria Humanitaria”, aprobados por la RM N° 0207-2021/RE, a fin de mejorar el procedimiento y predictibilidad del otorgamiento de la calidad migratoria de residencia humanitaria, por el Ministerio de Relaciones Exteriores (RREE).**

Estas modificaciones requieren incorporar plazos del procedimiento –ya que actualmente no se fijan plazos– e incorporar este beneficio independientemente del estatus legal del migrante –actualmente es privativa para personas venezolanas que han solicitado la condición de refugiado–. Además, estas modificaciones deben realizar precisiones a las disposiciones específicas contenidas en estos lineamientos con el objetivo de normalizar las condiciones para acceder a calidad migratoria humanitaria en los artículos 5.1.1, 5.1.3 y 6.3. En este caso, también deberán incorporarse los supuestos de vulnerabilidad sanitaria establecidos en el Decreto Supremo N° 002-2020-SA, mencionados en el punto anterior.

Estas modificaciones normativas dependen de la cancillería y pueden tomar más tiempo.



- c. **Se requiere incorporar un mecanismo de mayor participación de los actores involucrados en la definición de planes y normativas, desde los organismos asesores y cooperantes hasta las OBC y asociaciones de pacientes.**

6.2 Financiamiento

1. **Recuperar e incrementar el financiamiento del PpR 016 TBC-VIH/SIDA, utilizando criterios de asignación per-cápita para garantizar la TAR, atención integral e intervenciones estratégicas.**

Mediante demanda adicional, el MINSA debe solicitar la reposición del financiamiento de 168 millones de soles, como mínimo, para lograr mantener el financiamiento de la cápita a los niveles del 2016, año desde el cual ha venido decreciendo, a pesar del aumento de personas en tratamiento. Para esto, el Ministerio de Salud debería hacer las gestiones correspondientes ante el Ministerio de Economía.

Asignar presupuesto a las nuevas acciones de vigilancia en intervenciones en poblaciones clave. Para esto se requiere definir nuevos productos del PpR 016 TBC - VIH/Sida, bajo un enfoque de control poblacional de la epidemia. Modificar el modelo conceptual, árbol de problemas, análisis de medios y matriz lógica⁶ del Programa Presupuestal. Este enfoque deviene fundamentalmente biomédico y heteronormativo, sin poder responder por ejemplo en un modelo conceptual de Factores de Riesgo de transmisión sexual del VIH en la Población Transgénero femenina en el Perú. El PpR debe incorporar nuevos productos enfocados en: abordar determinantes sociales en poblaciones clave (especialmente Mujeres Transgénero, Trabajadores Sexuales) y además incorporar el financiamiento de la vigilancia e investigación epidemiológica de tercera generación. Para ello es necesario que con base en la fuente posible: Producto: Acciones comunes (3000001); debe desglosarse Actividad 5004433: Monitoreo, supervisión, evaluación y control de VIH/SIDA - Tuberculosis para incorporar Actividad 5004433 a Vigilancia y evaluación epidemiológicas.

2. **Permitir la compra de servicios a las OBC e implementar estrategias de focalización en poblaciones clave. Para esto, se requiere modificar las definiciones operacionales de Productos del PpR 016 TBC - VIH/SIDA.**

Se recomienda la modificación de las definiciones operacionales de los Productos del PpR, a fin de incorporar mayor participación de las poblaciones clave e implementar estrategias de “focalización” tanto en las subpoblaciones como a nivel territorial. Por ejemplo, compra de servicios a OBC y organizaciones de sociedad civil, que incluya los servicios de “promotores de pares.”

Para eso, las OBC deben certificar sus capacidades institucionales comunitarias en consejería y tamizaje, soporte emocional y promoción de la adherencia, defensa de los derechos humanos, y contra la estigmatización y discriminación.

⁶ El modelo actual se ha desarrollado en base a: Boerma JT (2005) Integrating demographic and epidemiological approaches to research on HIV/AIDS: the proximate-determinants framework. J Infect Dis. 2005 Feb 1;191 Suppl 1:S61-7



Tabla 3. Productos, subproductos, actividad, definición operacional y criterios de programación que podrían modificarse para incorporar la prestación de servicios de prevención y tamizaje por OBC – Perú, septiembre del 2021

Producto	Subproducto	Actividad	Modalidad de entrega	Persona que realiza la entrega	Criterio de programación
Población de alto riesgo recibe información y atención preventiva (3043961)	Subproducto 1: 4396101 Población HSH, Trans, TS y de la diversidad sexual que recibe atención preventiva en VIH/ITS.	Actividad 1: 5000071 Brindar información y atención preventiva a población de alto riesgo	Diferenciar: Se recibe atención preventiva en espacios comunitarios en que interactúan las poblaciones (sitios de trabajo sexual, de socialización, de diversión, espacios comunitarios, entre otros). La entrega de servicios fuera de los establecimientos de salud se podrá hacer a través de las OBC y las ONG, bajo contrato de servicios.	Actual: Personal de salud que debe tener una capacitación no menor a 24 horas una vez al año. Modificar: Organizaciones de Base Comunitaria registradas como IPRESS (SUSALUD) vs organizaciones de servicios especializados preventivos (SUNARP, OSCE) con educadores pares capacitados certificados por ENSAP.	Actual: Criterio de programación: 10% adicional de la población de alto riesgo tamizados para VIH el año anterior. Modificar: 25% adicional de la población.

Fuente: PpR 016.

3. Dotar al SIS de los recursos necesarios para la incorporación al SIS de las personas migrantes venezolanas viviendo con VIH.

En mayo del 2021, solo 87 (2,5%) de un total de 3475 PVV mv registradas en los servicios de TAR se encontraban afiliadas al Seguro Integral de Salud.

Para este año, 2021, la asignación per cápita del SIS es de S/ 89 al año. Por lo que se calcula que la incorporación de los migrantes venezolanos viviendo con VIH que todavía no cuentan con seguro, tendrá un costo entre S/ 301 532 y S/ 747 600, según se considere a las PVVmv actualmente en TAR (3475) o el total estimado de PVV mv viviendo en el Perú (8400). Este monto representa entre 0,013% y 0,033% del Presupuesto Institucional Modificado del SIS para el 2021 de 2223 millones de soles para cubrir a 25 231 910 asegurados.

Es pertinente mencionar que la cápita por persona asegurada al SIS (al igual que en el caso de cualquier seguro) se incorpora a un *pool* de recursos con los que se pagan las atenciones que requieren los asegurados. En el caso de las personas con VIH, el SIS cubre todos los gastos que requieran por atenciones especializadas, exámenes de laboratorio diferentes a los de seguimiento de TAR, hospitalizaciones, o cualquier otra atención de salud, incluida en la cobertura ofrecida por el SIS y FISSAL que requiera la persona asegurada, no necesariamente relacionada a su condición de vivir con VIH.

6.3 Prestación de Servicios

1. Mejorar las estrategias de prevención y atención integral del VIH (consejería, participación de OBC en captación y vinculación de PVV, telemedicina; uso de PREP,



autodiagnóstico), a través de la actualización de las actuales normas y procedimientos.

Es necesario que se incorporen nuevos enfoques en la participación de las poblaciones vulnerables, sea como Organizaciones de Base Comunitaria, o como individuos en el rol de promotores educadores de pares y vinculadores. Los servicios de base comunitaria apoyan los servicios de salud pública al llenar un vacío de gran importancia: trabajan de forma efectiva con las poblaciones vulnerables, ofrecen servicios de apoyo que refuerzan la atención que ofrecen los EESS o amplían el alcance de los servicios de salud en la comunidad. Tal como se ha hallado en este informe, este es el caso de las OBC que diagnostican una proporción importante de nuevos PVV mv y los vinculan con el sistema de salud. Igualmente, pueden ser incorporados el uso de diferentes métodos y tecnologías para el tamizaje —incluyendo las pruebas de autodiagnóstico—, la oferta de pruebas —como la notificación asistida a las parejas y la técnica de bola de nieve— y la consejería. La profilaxis preexposición, consistente en administrar medicamentos a las personas en riesgo de infección por VIH, evita que estas lleguen a adquirir el virus.

2. Focalizar las intervenciones en las zonas de concentración de poblaciones vulnerables a la infección a través de la elaboración e implementación de un Plan de Intervención de Prevención y Control de VIH/SIDA en Lima Metropolitana y Regiones priorizadas, 2023-2025.

Una forma de reducir la transmisión del VIH es concentrando las acciones en población clave como personas HSH y mujeres transgénero, y en ciudades – y áreas de ciudades— donde se registra la mayor proporción de casos nuevos. Para ello se recomienda a DPVIH desarrollar un "Plan de Intervención de Prevención y Control de VIH/SIDA en Lima Metropolitana y Regiones priorizadas" que tenga como marco de referencia la acción acelerada para la prevención combinada (ONUSIDA, 2015). El ONUSIDA define la prevención combinada de la infección por el VIH como el conjunto de programas comunitarios fundamentados en los derechos y la evidencia que promueve una combinación de intervenciones biomédicas, comportamentales y estructurales, diseñadas con el propósito de satisfacer las necesidades de prevención de la infección por el VIH de personas y comunidades específicas.

Para construirlo, se sugiere un enfoque de focalización en distritos y progresivamente avanzar a la identificación de *hotspots* (conglomerados de transmisión) y en la medida que se cuente con soporte de profesionales de salud o agentes comunitarios entrenados, se identifiquen, investiguen y tamicen las redes de contacto de casos índice. Para mejorar la metodología y resultados se puede implementar el Mapeo como herramienta para llegar a las poblaciones clave. Este podría desarrollarse en los siguientes pasos: (1) focalizar las áreas de interés: los conglomerados de transmisión, de casos incidentes (Hotspots); (2) realizar un mapeo clásico de los espacios de socialización de las poblaciones clave, a partir de informantes clave (casos positivos, abandonadores recuperados) y sus contactos cercanos, utilizando la metodología PLACE - Prioridades para los esfuerzos locales de control del sida, y (3) establecer las redes ampliadas, a fin de obtener un mapeo más eficiente. La metodología PLACE consiste en una identificación y evaluación de múltiples niveles de riesgo de VIH a través de entrevistas de población clave.

En el MINSA existen antecedentes de intervenciones similares como el "Plan de intervención en áreas de mayor riesgo de transmisión (antecedentes: Plan TBC, 2018)" y el financiamiento es posible a cargo de los recursos que se manejan centralmente. Esto podría implementarse en uno o dos años, dependiendo del apoyo que se pueda obtener al interior del Ministerio de Salud y correspondiendo a la DPVIH su elaboración.



3. Desarrollo de un plan/programa de gestión de los servicios TAR, que permita manejar estándares de organización y calidad del servicio (Actualmente 200 EESS TAR).

La estrategia de la DPVIH para mejorar el acceso a la TAR se ha centrado en la desconcentración hacia los EESS de primer nivel. Siendo una actividad de alta importancia estratégica, debe garantizarse la organización y calidad del servicio. Para ello es posible desarrollar un plan o programa de gestión de los servicios TAR que permita manejar estándares de organización y calidad del servicio, emitir una Directiva de Estándares, organización y gestión de EESS y desarrollar actividades de supervisión destinadas a medir el esfuerzo para lograr una atención de calidad. El financiamiento para asegurar que todos los EESS cumplan los estándares, debería gestionarse a través del PpR 016 o como financiamiento adicional para los gobiernos regionales. Actualmente, la DPVIH no cuenta con indicadores que permitan medir el desempeño de los servicios preventivos y de atención y tratamiento. En lugar de ello, se monitorea algunos indicadores de producción, epidemiológicos y del gasto de PpR. Se sugiere se incorpore a la normativa actual, el componente de medición de indicadores de calidad y desempeño de los servicios de atención al VIH, basándose en las recomendaciones de ONUSIDA y las experiencias internacionales.

6.4 Recursos Humanos

1. Mejorar las capacidades del personal de salud, asistencial y administrativo para brindar atención integral y de calidad, incluyendo la reducción de estigma y discriminación a PVV y migrantes. Para ello, se debe elaborar un plan de desarrollo de capacidades de RRHH para profesionales de salud y administrativos de los EES (Programa certificado y continuo con participación de ENSAP).

Se requiere desarrollar un plan de desarrollo de capacidades de RRHH a profesionales de salud asistenciales de los servicios que incluya temas como consejería, reducción de estigma y discriminación (con foco en población vulnerable y migrantes), trato digno, atención con pertinencia cultural, TAR, Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM), entre otras.

También se necesita la realización de un proceso de desarrollo de capacidades dirigido a los profesionales de la DPVIH de niveles locales y regionales en temas como la gestión del medicamento, vigilancia epidemiológica, sistema de información y análisis básico de datos. Las capacitaciones podrían enfocarse también en otras áreas de soporte como las técnicas de seguimiento, mapeo, evaluación, gestión de la DPVIH: coordinación regional y local, estrategias territoriales e intervenciones preventivas en Hotspot.

Dentro del plan mencionado, debiera considerarse una línea de trabajo para la reducción del estigma y discriminación de las poblaciones vulnerables, afectadas y migrantes con las autoridades, funcionarios administrativos y personal de apoyo de los establecimientos de atención del TAR y de actividades de los CERITS.

6.5 Sistemas de Información

1. Estandarización del registro nominal de la DPVIH (actualmente en Excel), en el corto plazo.

Actualmente la data de PVV en TAR se registra en Excel en un formato provisto por DPVIH (al que los niveles locales han incorporado nuevas variables). No se tiene estandarizado el registro nominal y esta es una actividad clave para la organización de cohortes de seguimiento. En el corto plazo, la DPVIH requeriría realizar “inventario” de variables añadidas que los EESS



vienen registrando, a fin de valorar incorporarlas al sistema y generar un sistema en línea, centralizado en DPVIH –y proveer la seguridad necesaria para la protección de los datos, acceso y privilegios de uso–, e incorporar valor añadido: algoritmos de tabulación, producción de informes automatizados. Para nivel local se requerirá migrar a este sistema, los registros de aproximadamente 82 000 PVV en TAR que se atienden en 200 EESS. El producto debería ser una base de datos nominal, capaz de interoperar, centralizada en DPVIH, que permita consulta a nivel nacional en tiempo real y facilite el análisis de la información a nivel local.

Es necesario, pues, implementar el repositorio de base de datos de prevención y atención del VIH en el Repositorio Único Nacional de Información en Salud (REUNIS); implementar en el REUNIS (RM 350-2015 MINSA) el repositorio de base de datos de prevención y atención del VIH procedentes de los diferentes subsistemas vinculados a la atención por VIH; diseñar el modelo de datos e indicadores, tramas de datos, flujo y periodicidad de la información, de prevención y atención del VIH (Cooperación internacional, DPVIH, VMSP); normar los procedimientos de acopio, intercambio y análisis de datos del repositorio de datos de prevención y atención del VIH (OGTI, CDC, VMSP); incorporar en el repositorio de base de datos de prevención y atención del VIH, las bases de datos de software del MINSA (DPVIH, NETLAB, NOTI, HIS, SIS, SINADEF) y de otros subsectores públicos (EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Sanidad de la Policía Nacional del Perú) (OGTI, SUSALUD, VMSP). Este sistema requiere que toda la data relacionada (de los diferentes subsistemas) se registre nominalmente y se articule a través de identificadores comunes. Con base en la data articulada (repositorio único o *Datawarehouse* de VIH), se puede desarrollar un tablero de comando para el monitoreo y gestión de la respuesta preventiva, de atención y control que permitirá visibilizar a nivel de "micro áreas", información estadística (gráficos) y geoespacial (mapas) con *hotspots* de prevalencia e incidencia de VIH, coberturas de tamizaje y cumplimiento de cascada, y estratificar la información por tipo de población clave, entre otras variables descritas.

2. Desarrollo de la metodología de organización por cohortes de la atención integral de las PVV para evaluar la eficacia del TAR.

La eficacia del programa (TAR DPVIH), medida en función de la cobertura, continuidad y efecto del tratamiento sobre la carga viral y la condición de los pacientes, puede ser evaluada a través de la organización de cohortes de seguimiento. Bajo un enfoque centrado en el tratamiento, podría haber varios criterios para el ingreso a una cohorte. El principal de ellos puede ser el año de inicio de tratamiento. Los casos podrán ser subdivididos en grupos de acuerdo con el esquema de tratamiento. Los datos clínicos registrados en el Formulario Único de TAR, que se maneja en los consultorios de EESS que entregan TAR, registran (tanto físicamente como en registros en línea) entre otras variables: esquema de tratamiento, pruebas de laboratorio especialmente resultados de carga viral, evaluaciones clínicas, continuidad de tratamiento, asistencia a las evaluaciones/entregas, reacciones adversas a medicamentos, inasistencia y abandono a las entregas de medicamentos, diagnóstico de enfermedades y/o complicaciones (especialmente las potencialmente asociadas a medicamentos), muerte, entre otros. Los datos registrados deben producir indicadores del continuo de atención y otros relacionados a la eficacia del programa desde el tamizaje, la identificación de casos confirmados, la vinculación a la atención e inicio de tratamiento, la permanencia en tratamiento, la indetectabilidad de carga viral, así como indicadores adversos como el abandono de tratamiento, y la mortalidad. Estos indicadores pueden ser producidos y actualizados automáticamente a través de un *dashboard*, y relacionarse a la implementación de los planes de acción acelerada para la prevención combinada.



Importantes ejemplos de seguimiento a nivel geográfico y por subpoblaciones vulnerables se muestran en la Iniciativa para poner fin a la epidemia del sida (ETE)⁷ en el estado de Nueva York, USA. (<https://etedashboardny.org/data/prevalence-and-care/hiv-care-cascades/nyc/>).

6.6 Vigilancia Epidemiológica

1. Diseñar un Sistema de Vigilancia Epidemiológica de tercera generación (que incluya monitoreo de los registros administrativos de prestaciones de salud, vigilancia basada en sistema de notificación, vigilancia del comportamiento mediante encuestas poblacionales, estudios de vigilancia poblacional de la situación y cambios epidemiológicos, vigilancia molecular), que contribuyan a mejorar la respuesta nacional y los servicios contra el VIH.

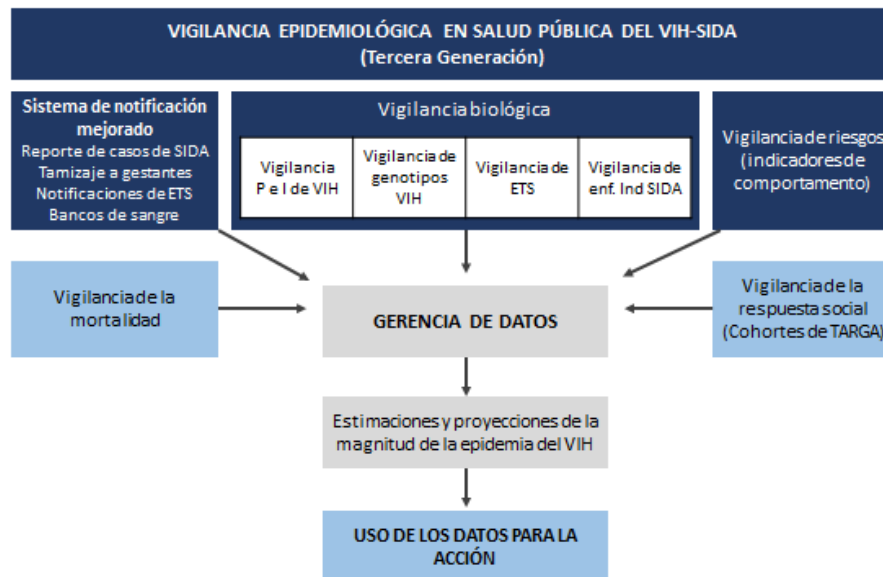
Se requiere emitir –y modernizar– una Norma Técnica de Vigilancia del VIH que incorpore a todas las iniciativas de vigilancia (CDC, INS, DPVIH), incluir actividades en PpR para asegurar financiamiento y sostenibilidad, incorporar nuevos esquemas de gestión de los componentes, como protocolos aprobados nacionalmente, y desarrollo por servicios de organizaciones especializadas (ej. convenio para encuestas poblacionales de comportamiento con INEI, estudios de prevalencia por las ONG, genotipificación con colaboración de universidades). Tal como se muestra en la figura 4, el sistema de vigilancia debiera incluir, aparte de la notificación de casos, la vigilancia biológica de riesgos – o indicadores de comportamientos–, la vigilancia de mortalidad y de las cohortes de TARGA.

Este trabajo en forma coordinada de las diferentes instituciones y estudios debe confluir en la generación de datos que terminen en un tablero de control que ayude a dimensionar y estimar la magnitud de la epidemia del VIH en el país, y se tomen acciones al respecto, bajo una lógica como se muestra en el siguiente gráfico.

⁷ Morne, J. E., Tesoriero, J. M., Martin, E. G., et al. (2020). Ending the HIV Epidemic: New York's Quest to Become the First State to Reduce HIV Prevalence. Public health reports (Washington, D.C.: 1974), 135(1_suppl), 65S–74S. <https://doi.org/10.1177/0033354920917403>



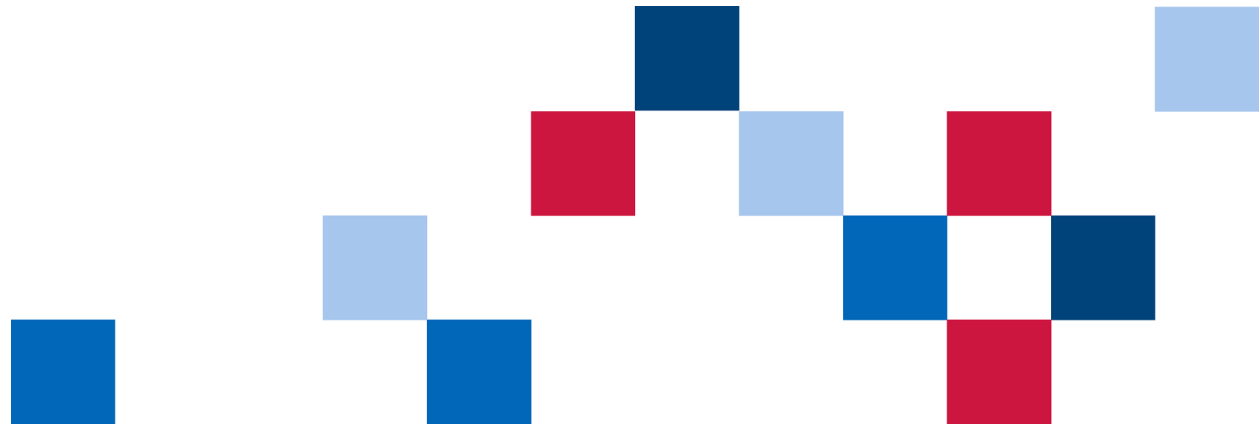
Figura 4. Modelo de Vigilancia Epidemiológica de Tercera Generación del VIH – Perú



Fuente: Dirección General de Epidemiología Ministerio de Salud Perú.

6.7 A modo de conclusión

En resumen, los migrantes venezolanos que viven con VIH en el Perú tienen acceso al tratamiento ARV con algunas limitaciones adicionales a las que enfrentan las PVV nacionales, tales como el gasto de bolsillo que deben enfrentar para los exámenes previos al inicio de tratamiento, el pago de consultas médicas y de la atención de complicaciones por serias limitaciones en el acceso a aseguramiento público relacionadas a su situación migratoria. Además, enfrentan discriminación adicional por su condición de migrantes. El sistema de atención del VIH tiene muchas oportunidades de mejora, desde la necesidad de actualizar sus estrategias de prevención y vigilancia, la organización de los servicios de tratamiento, el sistema de información, asignación y capacitación de personal, todas en mayor riesgo por la reducción de presupuesto aprobada para el año 2022. Así, todos los cambios que se implementen mejorarán la atención tanto de los migrantes venezolanos como de los nacionales que viven con VIH.



Annex 1: Matrices de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA) aplicadas a los servicios de VIH para migrantes venezolanos

Tabla 4. Matriz FODA de la función de Gobernanza

Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none">• Regulación migratoria que permite la regularización y residencia humanitaria por vulnerabilidad sanitaria.	<ul style="list-style-type: none">• La falta del reconocimiento del Estado peruano al derecho a la identidad de género autopercibida expone al migrante transgénero a doble discriminación.• La falta del reconocimiento del Estado peruano a los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes limita el acceso a los servicios de salud.• Dificultades en la implementación de la regulación para la obtención de calidad migratoria de residente limitan el pleno ejercicio de los derechos sociales y económicos de los migrantes.• Subutilización de mecanismos de coordinación con otros sectores para implementación de políticas y normas de atención.• Debilitamiento del liderazgo de la sociedad civil para la incidencia y construcción de la agenda de políticas en salud.



	<ul style="list-style-type: none"> • Inestabilidad y continuos cambios de autoridades limitan la maduración de iniciativas de política institucional de respuesta al VIH.
Oportunidades	Amenazas
<ul style="list-style-type: none"> • Incorporación del concepto de vulnerabilidad sanitaria para la afiliación al seguro público de salud sirve de plataforma para el reconocimiento de otros derechos de protección social. • Inclusión de objetivos de política y acciones para la atención del VIH en población migrante puede incluirse en el Plan Estratégico Multisectorial (PEM) para VIH, en proceso de aprobación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambiente político de incertidumbre para la protección social del migrante, generado por posturas del nuevo gobierno.

Tabla 5. Matriz FODA de la función de Financiamiento

Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none"> • Financiamiento por PpR, estable y con crecimiento progresivo, orientado a resultados, sin restricciones por nacionalidad de origen. • El presupuesto de medicamentos no es afectado por ajustes presupuestales. • El nuevo Plan Esencial de Aseguramiento en Salud que incluye todas las prestaciones requeridas para el manejo de VIH/SIDA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exigencia de documento de calidad migratoria de residente limita la afiliación al aseguramiento público y ocasiona barreras económicas para el acceso. • Gasto de bolsillo, en población no afiliada al SIS, necesario para exámenes Pre TAR ocasiona retraso en el inicio de tratamiento. • Competencia por el financiamiento otorgado por el PpR con la atención al TBC.
Oportunidades	Amenazas
<ul style="list-style-type: none"> • Instituciones de sociedad civil que brindan una red de soporte financiero para gastos en exámenes pre TAR y hospitalizaciones que evitan el gasto de bolsillo en los migrantes. • Financiamiento de cooperación internacional de red de soporte social para migrantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Crisis económica por la pandemia. • Dificultad de acceso al trabajo por la condición de migrante.

Tabla 6. Matriz FODA de la función de Prestación de Servicios

Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none"> • Financiamiento por PpR sin restricciones por nacionalidad de origen garantiza la atención integral y el tratamiento del VIH. • Normas de ingreso a TAR que permiten tratamiento a todas las personas sin distinción de su condición migratoria. • Procedimientos y mecanismos de actualización de atención integral a 	<ul style="list-style-type: none"> • Limitación normativa para acceso al Seguro Integral de Salud de migrantes en situación de vulnerabilidad sanitaria, retrasa el oportuno acceso a prestaciones de salud. • Falta de procedimientos para canalizar –y dar soporte médico– durante la obtención de calidad migratoria de residente por causal de vulnerabilidad a casos de VIH en migrantes. • Precario sistema de referencia, contrarreferencia y seguimiento del servicio.



<p>VIH alineados a políticas internacionales de tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proceso de descentralización de tratamiento de VIH que llega a 200 EESS y se encuentra en expansión. (planes, normas y trato, espacios y horarios, referencias y procedimientos regulatorios) 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de espacios adecuados para atención que garanticen la privacidad de los PVV. • EESS que no consideran necesidades de usuarios (Horarios de atención, citas). • Falta de laboratorio o sistemas eficientes de trabajo en red. • Falta de supervisión efectiva para EESS que realizan actividades de detección y tratamiento. • Estigma y discriminación en servicios de salud que afecta la calidad y acceso a los servicios de salud. • EESS que no implementan la norma de consejería a las personas que se tamizan. • EESS que no brindan soporte de salud mental a las PVV. • La inexistencia de planes e intervenciones para zonas y poblaciones con alta carga del VIH limita la atención de migrantes en riesgo. • Falta de planes e instrumentos adecuados de evaluación de los servicios TAR. • Falta de plan de implementación y fortalecimiento de la red de laboratorios. • Falta de planes de contingencia en el Sistema de Laboratorios que ocasionó la pérdida de muestras para pruebas de Carga Viral (por desabastecimiento de insumos). • Falta de sistema de medición de indicadores de calidad y desempeño del servicio. • Órgano supervisor SUSALUD no incluye evaluaciones especializadas en su plan operativo.
<p>Oportunidades</p>	<p>Amenazas</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Experiencias exitosas en atención descentralizada de la atención del VIH (CERITSS y Hospitales) que facilitan el acceso a migrantes y pueden replicarse. • Existencia de organizaciones de sociedad civil y comunitarias que apoyan la detección y vinculación de PVV, incluyendo migrantes, que pueden expandirse. • Existencia de tecnologías sanitarias que facilitan el auto diagnóstico y prevención del VIH y que puede incorporarse a normas y financiamiento. • Apoyo al INS para mejorar su capacidad de procesamiento y análisis epidemiológico molecular de la capacidad de genotipificación 	<ul style="list-style-type: none"> • Alta rotación y limitada capacitación del personal a cargo de los servicios de atención VIH. • Limitaciones en abastecimiento de insumos y medicamentos por problemas producidos por la pandemia (producción y transporte).



Tabla 7. Matriz FODA de la función de Recursos Humanos

Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none"> Equipos con larga experiencia y permanencia en la atención del VIH. 	<ul style="list-style-type: none"> Carencia de plan de desarrollo de RRHH. EESS que no tienen equipos completos de RRHH para atención integral. Limitada capacitación y actualización del personal que labora en los servicios de atención del VIH. Conducta de estigma y discriminación en parte de los equipos de atención. Escasa capacidad de formación de especialistas en atención de enfermedades infecciosas.
Oportunidades	Amenazas
<ul style="list-style-type: none"> Participación de ENSAP con capacidad de certificación oficial que produce motivación del personal. Implementación de sistemas de Telesalud para la atención. 	<ul style="list-style-type: none"> Alta rotación del personal que labora en los servicios de atención VIH.

Tabla 8. Matriz FODA de la función de Sistemas de información

Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none"> Se registra dato de nacionalidad. 	<ul style="list-style-type: none"> Sistema de información de prestaciones de atención integral VIH, no especializado, inestable, precario, fragmentado (Excel). Interoperabilidad incipiente entre los distintos sistemas de información al interior del MINSA y también con otros subsectores de salud. Inexistencia de variables clave como identidad de género. Falta de estandarización de los esquemas de clasificación de los presupuestos de los diferentes subsectores, que dificulta el monitoreo del gasto a nivel país. Falta de equipamiento para el registro de datos en el punto de atención. Falta de acuerdo de uso de identificador común que permita el seguimiento de cohortes de tratamiento. Bases de datos con insuficiente nivel de desagregación que impiden un adecuado análisis y dificulta construir indicadores de monitoreo de la respuesta y situación de la epidemia. Servicios de salud a nivel local no acceden a datos integrados de sus pacientes. El sistema de vigilancia está restringido a la notificación y no incluye las recomendaciones internacionales para vigilancia de segunda generación. Subregistro y subnotificación. No se estandariza registro de identidad sexual.



Oportunidades	Amenazas
<ul style="list-style-type: none">• Proyectos de interoperabilidad vigentes y previstos para facilitar interoperabilidad de sistemas.• Existencia de plataforma REUNIS que facilita el análisis desagregado de información con datos abiertos.• Interés de la cooperación internacional en inversión en sistemas de información.	<ul style="list-style-type: none">• Marco normativo restrictivo que dificulta el intercambio de información considerada personal.• Estructura estanco del MINSA para gestionar las necesidades y respuestas comunes.



Anexo 2. Instituciones que participaron de las entrevistas

N°	FECHA	SECTOR	INSTITUCIÓN
1	12-Ago	Cooperación	ONUSIDA
2	12-Ago	Gubernamental	OGIS - INS
3	13-Ago	Cooperación	ICAP
4	13-Ago	Gubernamental	OGPMM - MINSA
5	13-Ago	Gubernamental	SIS
6	16-Ago	Sociedad Civil	CCEFIRO
7	16-18-Ago	Gubernamental	CDC - MINSA
8	18-Ago	Sociedad Civil	Via Libre
9	18-Ago	Sociedad Civil	PROSA
10	19-Ago	Multisectorial	CONAMUSA
11	19-Ago	Gubernamental	DPVIH - MINSA
12	19-Ago	Cooperación	ACNUR
13	20-Ago	Cooperación	OPS
14	25-Ago	Gubernamental	INS
15	27-Ago	Cooperación	AHF
16	2-Set	Sociedad Civil	MCC Ángeles en Acción
17	5-Set	Gubernamental	EsSalud
18	7-Set	Gubernamental	DIRIS Lima Norte
19	9-Set	Gubernamental	ENSAP - MINSA
20	10-Set	Gubernamental	OIDT- OGTI MINSA
21	13-Set	Gubernamental	GERESA Lambayeque
22	13-Set	Gubernamental	Hospital Regional Lambayeque
23	13-Set	Gubernamental	Hospital Ferreñafe



Anexo 3. Centros de salud TAR que participaron en la encuesta en línea

N°	Gestión	Tipo EESS	DIRESA / GERESA	Nombre EESS
1	Pública	EESS nivel I-4 o I-3	Lima Sur	Centro de Salud Pedro A. López Guillén
2	Pública	EESS nivel I-4 o I-3	Pasco	Centro de Salud Puerto Bermúdez
3	Pública	EESS nivel I-4 o I-3	Lima sur	Centro Materno Infantil San José
4	Pública	Hospital	Lima Norte	Hospital Cayetano Heredia
5	Pública	Hospital	Pasco	Hospital General Ernesto Germán Guzmán Gonzáles
6	Pública	EESS nivel I-4 o I-3	Pasco	Centro de Salud Iscozacín Palcazu
7	Pública	EESS nivel I-4 o I-3	Piura	Centro de Salud Huancabamba
8	Pública	EESS nivel I-4 o I-3	Huánuco	Centro de Salud Aucayacu
9	Pública	Hospital	Huánuco	Hospital Tingo María
10	Privada	EESS nivel I-4 o I-3	Lima Centro	Vía Libre
11	Pública	Hospital	Cusco	Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco
12	Pública	EESS nivel I-4 o I-3	Lima Este	Centro de Salud Madre Teresa de Calcuta
13	Pública	Hospital	Ica	Hospital San José de Chíncha
14	Pública	Hospital	Piura	Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Paita
15	Pública	Hospital	Lima Sur	Hospital María Auxiliadora
16	Pública	Hospital	La Libertad	Hospital Belén de Trujillo
17	Pública	EESS nivel I-2	Cajamarca	Centro de Salud La Grama
18	Pública	Hospital	Lima Este	Hospital Nacional Hipólito Unanue
19	Pública	Hospital	Loreto	Hospital Iquitos César Garayar García
20	Pública	EESS nivel I-4 o I-3	Lima Sur	Centro de Salud San Juan de Miraflores
21	Pública	EESS nivel I-4 o I-3	Arequipa	Hospital III Goyeneche
22	Pública	Hospital	Loreto	Hospital II-1 Contamana
23	Pública	EESS nivel I-2	Loreto	Dirección de Red de Salud Alto Amazonas
24	Pública	Hospital	Apurímac	Hospital Sub Regional de Andahuaylas
25	Pública	Hospital	Moquegua	Hospital Regional Moquegua
26	Pública	EESS nivel I-4 o I-3	Amazonas	Centro de Salud Imaza
27	Pública	EESS nivel I-4 o I-3	Lima Este	Centro de Salud. San Carlos
28	Pública	EESS nivel I-4 o I-3	Cajamarca	Puesto de Salud Matibamba
29	Pública	EESS nivel I-4 o I-3	Cajamarca	Centro de Salud Ichocan
30	Pública	EESS nivel I-4 o I-3	Tumbes	Centro de salud Zarumilla
31	Pública	EESS nivel I-4 o I-3	Piura	Centro de Salud Tambogrande
32	Pública	Hospital	Junín	H. R. D. C. Q. Daniel Alcides Carrión



EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE VIH PARA MIGRANTES VENEZOLANOS

N°	Gestión	Tipo EESS	DIRESA / GERESA	Nombre EESS
33	Pública	EESS nivel I-4 o I-3	Cajamarca	Centro de Salud San Marcos
34	Pública	EESS nivel I-4 o I-3	Piura	Centro de Salud II Talara
35	Pública	Hospital	Pura	Hospital de Apoyo II -2 Sullana
36	Pública	Hospital	Puno	Hospital Regional "Manuel Nuñez Butrón"
37	Pública	EESS nivel I-4 o I-3	Piura	Centro de Salud Máncora
38	Pública	Hospital	Lima Provincia	Hospital de Huaral San Juan Bautista
39	Pública	Hospital	Lima Norte	Hospital Carlos Lanfranco La Hoz
40	Pública	Hospital	La Libertad	Hospital Provincial de Ascope
41	Privada	EESS nivel I-4 o I-3	Lima Centro	INMENSA
42	Pública	Hospital	Cajamarca	Hospital de Apoyo General Celendín
43	Pública	EESS nivel I-4 o I-3	Lima Centro	Centro de salud san Martín de Porres
44	Pública	EESS nivel I-4 o I-3	Lima norte	Centro Materno Infantil Sureños
45	Pública	EESS nivel I-4 o I-3	Moquegua	Centro de Salud Alto Ilo
46	Pública	Hospital	Lambayeque	Hospital Regional Lambayeque
47	Pública	Hospital	Lima Provincia	Hospital de Chancay "Dr. Hidalgo Atoche López"
48	Pública	Hospital	Amazonas	Hospital Regional Virgen de Fátima
49	Pública	EESS nivel I-4 o I-3	Callao	Cerits Alberto Barton
50	Pública	Hospital	Callao	Centro Médico Naval
51	Pública	Hospital	Puno	Hospital Rafael Ortiz Ravinez
52	Pública	Hospital	Puno	Hospital Lucio Aldazabal Pauca
53	Pública	Hospital	Callao	Hospital Nacional Daniel A. Carrión
54	Pública	EESS nivel I-4 o I-3	Lima Norte	Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo
55	Pública	EESS nivel I-4 o I-3	Lima Sur	Centro Materno Infantil Virgen del Carmen
56	Pública	Hospital	Lambayeque	Hospital Regional Docente La Mercedes Chiclayo
57	Pública	Hospital	La Libertad	Hospital de Apoyo de Chepén
58	Privada	EESS nivel I-4 o I-3	Lima Centro	Asociación Civil Impacta Salud y Educación
59	Pública	EESS nivel I-4 o I-3	Ucayali	Centro de Salud Aguaytía
60	Pública	Hospital	Puno	Hospital de Apoyo de Yunguyo
61	Pública	Hospital	Arequipa	Hospital Camaná
62	Pública	Hospital	Cajamarca	Hospital de Apoyo Cajabamba
63	Pública	Hospital	La Libertad	Hospital Tomas Lafora
64	Pública	EESS nivel I-4 o I-3	Cajamarca	Centro de Salud La Tulpuna
65	Pública	EESS nivel I-1	Cajamarca	Puesto de Salud Micaela Bastidas
66	Pública	Hospital	Cajamarca	Hospital General Jaén



Anexo 4. Visitas a Establecimientos de Salud

DIRIS	Gestión	Nombre de la institución
Lima Norte	Pública	Hospital Cayetano Heredia
Lima Norte	Pública	Centro de Salud México



Bibliografía

1. Bibliografía Sistema de Salud

Asociación Peruana de Facultades de Medicina (2021). *Mirando el sistema de salud desde la universidad. Propuesta para una metodología de monitoreo*. Murillo J. P. (Ed.) Lima: ASPEFAM. <https://www.aspefam.org.pe/series/serie6.pdf>

Constitución Política del Perú [Const]. 29 de diciembre de 1993 (Perú). <https://bit.ly/3wfBwrg>

Lazo-Gonzales, O., Alcalde-Rabanal, J., & Espinosa-Henao, M. O. (2016). El sistema de salud en Perú: situación y desafíos. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia. <https://bit.ly/3GSY4D5>

Organización Mundial de la Salud (2010). Informe sobre la salud en el mundo. La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44373>

2. Bibliografía Antecedentes

Allen, J. C., Jennings, R., Taylor, R. S., & Shipp, Michele. (2011). The NCHHSTP 2010-2015 strategic plan and the pursuit of health equity: a catalyst for change and a step in the right direction. *Public Health Reports*, 126 (3), 31–37. <https://doi.org/10.1177/00333549111260S307>

Dean, H. D., & Fenton, K. A. (2013). Integrating A Social Determinants of Health Approach Into Public Health Practice: A Five-Year Perspective of Actions Implemented by CDC's national center for HIV/AIDS, viral hepatitis, STD, and TB prevention. *Public Health Reports* (Washington, D.C.: 1974), 128 Suppl 3(Suppl 3), 5–11. <https://doi.org/10.1177/00333549131286S302>

Organización Mundial de la Salud (2018). Cerrar la brecha en una generación: equidad en salud mediante la acción sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. <https://bit.ly/3DNMzeA>

3. Bibliografía VIH en el mundo

Programa Conjuntode las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (2008). *HIV and International Labour Migration. Policy Brief*. <https://bit.ly/3wswvtP>

Programa Conjuntode las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (26 de noviembre del 2020). Vencer a la pandemias priorizando a las personas. Informe del día mundial de la lucha contra el sida. <https://bit.ly/3jzPZZd>

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (2020). Acción acelerada para acabar con el sida, Estrategia ONUSIDA 2016-2021, (p. 136). <https://bit.ly/2U0leme>

4. Bibliografía VIH en LAC

Belaunzarán-Zamudio, P. F., Caro-Vega, Y. N., Shepherd, B. E., Shepherd, B. E., Rebeiro, P. F., Crabtree-Ramírez, B., Cortes, C. P., Grinsztejn, B., Gotuzzo, E., Mejia, F., Padgett, D., Pape, J. W., Rouzier, V., Veloso, V., Cardoso, S. W., McGowan, C. C., & Sierra-Madero, J. G. (2020). The Population Impact of Late Presentation With Advanced HIV Disease and Delayed Antiretroviral Therapy in Adults Receiving HIV Care in Latin America. *American journal of epidemiology*, 189(6), 564–572. <https://doi.org/10.1093/aje/kwz252>

Carriquiry G., Fink V., Koethe J. R., Giganti, M. J., Jayathilake, K., Blevins M., Cahn, P., Grinsztejn, B., Wolff, M., Pape, J. W., Padgett, D., Sierra-Madero, J., Gotuzzo, E., Carey, C., McGowan, & Shepherd, B. E. (2015). Mortality and loss to follow-up among HIV-infected persons on long-term antiretroviral therapy in Latin America and the Caribbean. *Journal of the International AIDS Society*, 18(1). <https://doi.org/10.7448/IAS.18.1.20016>



Crabtree-Ramírez, B., Belaunzarán-Zamudio, P. F., Cortes, C. P., Morales, M., Sued, O., Sierra-Madero J., Cahn, P. Pozniak, A., & Grinsztejn, B. (2020). The HIV Epidemic in Latin America: a Time to Reflect on the History of Success and the Challenges Ahead. *Journal of the International AIDS Society*, 23(3). <https://doi.org/10.1002/jia2.25468>

Organización Panamericana de la Salud (2020). Epidemia del VIH y respuesta en América Latina y el Caribe. <https://bit.ly/3r3Mg9r>

Piñeirúa, A., Sierra-Madero, J., Cahn, P., Guevara, R. N., Martínez, E., Young, B., & Del Río, C. (2015). The HIV care continuum in Latin America: challenges and opportunities. *The Lancet Infectious Diseases*, 15(7), 833–839. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(15\)00108-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(15)00108-5)

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (2020). Aprovechando el momento. Actualización mundial sobre el SIDA 2020. La respuesta al VIH en América Latina. <https://bit.ly/2Uxurnb>

5. Bibliografía VIH en Venezuela

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (2019) Informe nacional sobre avances en respuesta al VIH / SIDA de la República Bolivariana de Venezuela del 2019. Monitoreo Global del sida, 2019. <https://bit.ly/3IGpmEF>

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. (2017) Country factsheets: Venezuela (Bolivarian Republic of). <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/venezuela>

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. (2019) Taking action against HIV medicine stock-outs in the Bolivarian Republic of Venezuela. https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2019/february/20190214_Venezuela_HIV_treatment

Rodríguez-Morales, A. J., Bonilla-Aldana, D. K., Morales, M., Suárez, J., & Martínez-Buitrago, E. (2019). Migration crisis in Venezuela and its impact on HIV in other countries: the case of Colombia. *Annals of Clinical Microbiology and Antimicrobials*, 18(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s12941-019-0310-4>

6. Bibliografía VIH en el Perú

Cáceres, C. F., & Mendoza, W. (2009). The National Response to the HIV/AIDS Epidemic in Peru: Accomplishments and Gaps: a Review. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 51 (1),. <https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e3181a66208>

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (2021). Situación epidemiológica del VIH-Sida en el Perú. *Boletín VIH, Febrero de 2021*. <https://bit.ly/3rAQfuM>

Enríquez Canto, Y., Díaz Gervasi, G. M., & Menacho, L. A. (2020) Impacto del Programa TARGA en la disminución de casos de sida en el sistema de salud peruano, 1983-2018. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44 (27). <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.27>

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. (2020): Perú: Country factsheets, 2020. <https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/peru>

7. Bibliografía VIH en migrantes venezolanos en el Perú

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (2015). Situación epidemiológica del VIH-Sida en el Perú. *Boletín VIH, Febrero 2021*. <https://bit.ly/3jDttPj>

Fundación Acción contra el Hambre / Construyendo Caminos de Esperanza Frente a la Injusticia, el Rechazo y el Olvido (abril del 2021). Reporte sobre la vulnerabilidad y situación de las personas que viven con el VIH/SIDA migrantes y peruanas en el marco de la pandemia de la COVID-19. Informe final 2020 Lima, Perú. <https://bit.ly/3xd0TZR>



- Loayza Luján, F (2019). Características clínico-epidemiológicas y costos de la coinfección de Tuberculosis y VIH en inmigrantes en el Perú en el año 2017 [Tesis para optar al título profesional de Médico Cirujano, Universidad Ricardo Palma]. <https://bit.ly/3xMA6Vn>
- Mendoza, W., & Miranda, J. (2019). La inmigración venezolana en el Perú: desafíos y oportunidades desde la perspectiva de la salud. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 36(3), 497-503. <https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.363.4729>
- Rebolledo Ponietzky, K. E. (2021). Asociación entre tiempo de abandono y falla terapéutica en adultos inmigrantes venezolanos con infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana que reinician Terapia Antirretroviral de Gran Actividad atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante 2014–2018 en Lima, Perú. [Tesis para optar por el título profesional de Médico Cirujano, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas]. <https://bit.ly/3wupPLP>
- Resolución Ministerial N°117-2015[Ministerio de Salud]. Por el medio de la cual se aprueban la Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en el Perú. 25 de febrero de 2015. <https://bit.ly/3yyysHd>

8. Bibliografía Crisis humanitaria en Venezuela

- Bermúdez, Y., Mazuera-Arias, R.; Albornoz-Arias, N., & Morffe Peraza, M.A. (2018). Informe sobre la movilidad humana venezolana: Realidades y perspectivas de quienes emigran. <https://bit.ly/3ebsdkf>
- Carroll, H., Luzes, M., Freier, LF y Bird, M. D. (2020). El viaje migratorio y la salud mental: evidencia de la migración forzada venezolana. *SSM – Population Health*, 10(100551). <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100551>
- Coalición de Organizaciones por el Derecho a la Salud y a la Vida / Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos (2017). Informe sobre la situación del Derecho a la Salud de la población venezolana en el marco de una Emergencia Humanitaria Compleja. <https://bit.ly/3wCri2N>
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2017). Tercer informe de país sobre Venezuela: Institucionalidad democrática, Estado de derecho y derechos humanos en Venezuela. OEA/Ser.L/V/II. Doc 209. 31 de diciembre de 2017. <https://bit.ly/2T4krBr>
- Doocy, S., Page, K., & Taraciuk Broner, T. (2019). La emergencia humanitaria en Venezuela. Human Rights Watch. <https://bit.ly/2UGi1JA>
- Doocy, S., Page, K., & Taraciuk Broner, T. (2019). La emergencia humanitaria en Venezuela. Human Rights Watch. <https://bit.ly/2UGi1JA>
- Doocy, S., Ververs, M. T., Spiegel, P., & Beyrer, C. (2019). The food security and nutrition crisis in Venezuela. *Social Science & Medicine*, 226, 63–68. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.02.007>
- Organización Médicos por la Salud (2019). Encuesta Nacional de Hospitales. <https://bit.ly/36s89FZ>
- Page, K. R., Doocy, S., Reyna Ganteaume, F., Castro, J. S., Spiegel, P., & Beyrer, C. (2019). Venezuela's public health crisis: a regional emergency. *The Lancet*, 393, 1254–1260. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30344-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30344-7)
- Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes - R4V (2021). América Latina y el Caribe, Refugiados y Migrantes Venezolanos en la Región - Julio 2021. <https://bit.ly/3k75Q39>
- Universidad Católica Andrés Bello (2020) Encuesta Nacional de Condiciones de Vida, 2019 – 2020. <https://www.proyectoencovi.com/informe-interactivo-2019>

9. Bibliografía Migración masiva en el Perú

- Chaves-González, D., & Echeverría-Estrada, C. (2020). Venezuelan Migrants and Refugees in Latin America and the Caribbean: A Regional Profile. Fact sheet. Washington, DC/Panama City: Migration Policy Institute and International Organization for Migration. <https://bit.ly/3hvlEJk>
- Encuentros, Servicio Jesuita a Migrantes / Danish Refugee Council (2021). Protection Monitoring Report, Perú. <https://bit.ly/3k48Jlk>



Instituto Nacional de Estadística e Informática (2018). Condiciones de Vida de la Población Venezolana que reside en Perú. <https://bit.ly/3k9ynFo>

Organización Internacional para las Migraciones (julio del 2018). Monitoreo de flujo de migración venezolana en el Perú. Matriz de seguimiento del desplazamiento. <https://bit.ly/3CXz0rN>

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2021). Conociendo a la población refugiada y migrante en Lima Metropolitana. <https://bit.ly/3wyyf4l>

Superintendencia Nacional de Migraciones, República del Perú (2020). Características sociodemográficas de la migración venezolana en el Perú, febrero 2017 - julio 2020. Informe. Lima, Perú. 31 de julio de 2020. 417 pág. <https://bit.ly/3AodFGR>

10. Bibliografía Gobernanza

Banco Mundial (2018). Migración desde Venezuela a Colombia: Impactos y Estrategia de Respuesta en el Corto y Mediano Plazo. Banco Mundial. <https://bit.ly/3yKW55H>

Decreto Supremo N° 001-2018-IN [Ministerio del Interior del Perú]. Por el medio del cual se aprueban lineamientos para el otorgamiento del Permiso Temporal de Permanencia para las personas de nacionalidad venezolana. 22 de enero de 2018 <https://bit.ly/3lqbHBv>

Decreto Supremo N° 002-2017-IN [Ministerio del Interior del Perú]. 02 de enero de 2017 <https://bit.ly/3rRXXMfQ>

Decreto Supremo N° 002-2021-IN [Ministerio de Relaciones Exteriores del Perú]. Por el medio del cual se modifica el reglamento del Decreto Legislativo N° 1350, Decreto Legislativo de Migraciones y el Reglamento de la Ley N° 26574, Ley de Nacionalidad. 23 de marzo de 2021. <https://bit.ly/3AxBgEt>

Decreto Supremo N° 006-2021-IN [Ministerio de Relaciones Exteriores del Perú]. Por el medio del cual se aprueba el Texto Único de Procedimientos Administrativos de la Superintendencia Nacional de Migraciones. <https://bit.ly/3BRI01L>

Decreto Supremo N° 007-2017-IN [Ministerio de Relaciones Exteriores del Perú]. Por el medio del cual se aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1350, Decreto Legislativo de Migraciones y aprueban nuevas calidades migratorias. 27 de marzo del 2017. <https://bit.ly/3AEqaxs>

Decreto Supremo N° 007-2018-IN [Ministerio del Interior del Perú]. Por medio del cual se modifican lineamientos para el otorgamiento del Permiso Temporal de Permanencia para las personas de nacionalidad venezolana, aprobados por Decreto Supremo N° 001-2018-IN. 18 de agosto del 2018. <https://bit.ly/3lqbHBv>

Decreto Supremo N° 010-2020-IN [Ministerio del Interior del Perú]. Por el medio del cual se aprueba medidas especiales, excepcionales y temporales para regularizar la situación migratoria de extranjeros y extranjeras. 21 de octubre del 2020. <https://bit.ly/3AcPxXx>

Decreto Supremo N° 015-2017-RE [Ministerio de Relaciones Exteriores del Perú]. Por medio del cual se aprueba la Política Nacional Migratoria 2017–2025. Mesa de Trabajo Intersectorial para la Gestión Migratoria – MTIGM. <https://bit.ly/3youW21>

Decreto Supremo N° 023-2017-IN [Ministerio del Interior del Perú]. 29 de julio de 2017 <https://bit.ly/2VkBzUJ>

Defensoría del Pueblo (2015). Tratamiento de las personas extranjeras en el Perú. Casos conocidos por la Defensoría del Pueblo.. Informe N° 009-2014-DP/ADHPD. <https://bit.ly/3rRQ4uZ>

García C (2019). El derecho a la salud de las personas migrantes: un análisis a partir de los derechos humanos. *Después de la llegada: realidades de la migración venezolana*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú. <https://bit.ly/2T3u57m>

Gissi, N.; Ramírez, J, Ospina M. , Cardoso, B., & Polo, S. (2020). Respuestas de los países del pacífico suramericano ante la migración venezolana: estudio comparado de políticas migratorias en Colombia, Ecuador y Perú. *Diálogo andino* (63), 219-233. <https://dx.doi.org/10.4067/S0719-26812020000300219>



Instituto de Democracia y Derechos Humanos (2019). Después de la llegada: realidades de la migración venezolana. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

<https://bit.ly/2T3u57m>

Koechlin, J. (2016). Ley de extranjería en el Perú: Antes y después. Observatorio Iberoamericano sobre Movilidad Humana, Migraciones y Desarrollo. OBIMID. Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones. IUEM. Universidad Pontificia Comillas, Madrid, España. <https://bit.ly/3C5wksF>

Ley N° 27891 [Congreso de la República del Perú]. Ley del Refugiado. 20 de diciembre del 2002.

<https://bit.ly/3CgjbNr>

Ministerio de Relaciones exteriores, Comisión Especial para Refugiados (2021). La figura de los refugiados y la situación actual Presentación ante la Comisión de Relaciones Exteriores del Congreso de la República. <https://bit.ly/3rUirJ4>

Resolución de Superintendencia N° 0000043-2018-Migraciones [Superintendencia Nacional de Migraciones]. 30 de enero del 2018 <https://bit.ly/3jjkTVv>

Resolución de Superintendencia N° 0000165-2018-Migraciones [Superintendencia Nacional de Migraciones] 11 de mayo del 2018. <https://bit.ly/3yuKOju>

Resolución de Superintendencia N° 296-2018 [Superintendencia Nacional de Administración Tributaria]. Por medio de la cual se modifican la Resolución de Superintendencia N° 210-2004/SUNAT en lo relativo a los documentos que identifican a los extranjeros para realizar trámites en el Registro Único de Contribuyentes. Lima, Perú. 26 de diciembre de 2018. <https://bit.ly/2TToPnc>

Resolución Ministerial N° 0207-2021/RE [Ministerio de Relaciones Exteriores del Perú]. Por el medio del cual se aprueba los lineamientos para el otorgamiento y prórroga de Calidad Migratoria Humanitaria. 06 de julio de 2021. <https://bit.ly/2YNcovL>

Resolución Ministerial N° 176 -2018 [Ministerio de Trabajo, República del Perú]. Por medio de la cual se establece disposiciones para la contratación laboral de personas de nacionalidad venezolana con Permiso Temporal de Permanencia - PTP o Acta de Permiso de Trabajo Extraordinario-Provisional. 5 de julio del 2018. <https://bit.ly/3jiZv2K>

Organización Internacional para las Migraciones (2015). Informe Técnico "Situación de los migrantes extranjeros en el Perú y su acceso a Servicios Sociales, Servicios de Salud y de Educación". Suiza:OIM. <https://bit.ly/3AbrW9s>

Resolución Viceministerial N° 220-2019 [Ministerio de Educación] Por medio del cual se aprueba la Norma Técnica denominada "Orientaciones para el desarrollo del Año escolar 2020 en Instituciones Educativas y Programas Educativos de la Educación Básica". 28 de agosto de 2019 <https://bit.ly/3Cg37eD>

11. Bibliografía Aseguramiento público en salud

Decreto Supremo N° 002-2020-SA [Ministerio de Salud]. Por el medio del cual se reglamenta la Primera Disposición Complementaria Final del Decreto Legislativo N° 1346 que establece disposiciones para optimizar los servicios que son financiados a través del Seguro Integral de Salud (SIS). 17 de enero del 2020. <https://bit.ly/3AcWlo3>

Instituto de Democracia y Derechos Humanos (2018). Documento preparatorio para la audiencia temática ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos durante su 168° período de sesiones. <https://bit.ly/3hxKBG1>

Ley N° 28243. Por el medio de la cual se amplía y modifica la Ley N° 26626 sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida) y las infecciones de transmisión sexual. 31 de mayo del 2004. <https://bit.ly/3jNcRV9>



12. Bibliografía Financiamiento

- Acuña, R., Huaita F., & Mesinas, J. (2012). En camino de un presupuesto por resultados (PPR): Una nota sobre los avances recientes en la programación presupuestaria. Documento de Gestión Presupuestaria. Dirección General de Presupuesto Público. Ministerio de Economía y Finanzas. DGP-02/2012. <https://bit.ly/3jsWRYI>
- Arana, P. A., & Huamán, K. B. (2020). Análisis de los factores en la implementación de la reforma del presupuesto por resultados (PpR) en el Perú a nivel nacional al 2019. [Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Gestión, Pontificia Universidad Católica del Perú]. <https://bit.ly/3jxP4sk>
- Banco Mundial (2016). *Financiamiento de la salud en el Perú, análisis de la situación actual y desafíos de política al 2021*. Lima: Grupo Banco Mundial. <https://bit.ly/3AQldRC>
- Cáceres, C. F., & Mendoza, W. (2009). The national response to the HIV/AIDS epidemic in Peru: accomplishments and gaps--a review. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 51(1). <https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e3181a66208>
- Consortio de Investigación Económica y Social (2017). Radiografía del sistema de salud: eficiencia, equidad y óptimos servicios como tareas pendientes. Evento público: Financiamiento de la salud en el Perú: situación actual y opciones de política al 2021. <https://bit.ly/3iVUoXs>
- Dale, E., Prieto, L., Seinfeld, J, Pescetto, C., Barroy, H., Montañez, V., & Cid, C. (2020). Presupuesto por resultados de salud: características, logros y retos clave en el Perú. Estudio de caso de financiamiento de la salud no. 17. Presupuestación en salud. Organización Mundial de la Salud. <https://bit.ly/3jZIB9G>
- Decreto Supremo N° 002-2020-SA [Ministerio de Salud]. Por el medio del cual se reglamenta la Primera Disposición Complementaria Final del Decreto Legislativo N° 1346 que establece disposiciones para optimizar los servicios que son financiados a través del Seguro Integral de Salud (SIS).. 17 de enero de 2020. <https://bit.ly/3AcWlo3>
- Decreto Supremo N° 023-2021-SA [Ministerio de Salud]. Por el medio del cual se aprueba la actualización del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud. 24 de julio de 2021. <https://bit.ly/3IGpaFw>
- Defensoría del Pueblo (2013). Camino al Aseguramiento Universal en Salud (AUS). Resultados de la supervisión nacional a hospitales. Informe Defensorial No. 161. <https://bit.ly/37NSj9s>
- Delgado Tuesta, I.G. (2013). Avances y perspectivas en la implementación del presupuesto por resultados en Perú [Tesis para optar por el grado de Magíster en Ciencia Política y Gobierno, Escuela de Posgrado. Pontificia Universidad Católica del Perú]. <https://bit.ly/3itR0Tb>
- Delgado Tuesta, I.G. (2013). Avances y perspectivas en la implementación del presupuesto por resultados en Perú [Tesis para optar por el grado de Magíster en Ciencia Política y Gobierno, Escuela de Posgrado. Pontificia Universidad Católica del Perú]. <https://bit.ly/3itR0Tb>
- Francke, P. (2013). Perú: El Sistema Integral de Salud y los nuevos retos para la cobertura universal. Washington DC: Banco Mundial.. <https://bit.ly/3kXIX25>
- Grillo-Rojas, P; & Vásquez, A. (2019). Evaluación del mecanismo de pago capitado en el Seguro Integral de Salud del Perú. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 19(3), 11-18. <https://dx.doi.org/10.25176/RFMH.v19i3.2168>
- Ley N° 28112 [Ministerio de Economía y Finanzas, Republica del Perú]. Ley Marco de la Administración Financiera del Sector Público. 27 de noviembre del 2003 <https://bit.ly/3ipTzFY>
- Ley N° 28411 [Ministerio de Economía y Finanzas, República del Perú (2020)]. Ley general del sistema nacional de presupuesto, 8 de diciembre del 2004. <https://bit.ly/2VDAQw9>
- Ortblad, K, Lozano R., Murray, C. (2013). The Burden of HIV: Insights from the GBD 2010. *AIDS*, 27(13), 2003–2017. <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e328362ba67>



- Peñaranda, C. (2019). Complicada situación del Seguro Integral de Salud. Informe Económico. *La Cámara*. No 891, 6 – 8 <https://bit.ly/37NSj9s>
- Petrera M., & Sánchez, E. (2018). Determinantes del gasto de bolsillo en salud de la población pobre atendida en servicios de salud públicos en Perú, 2010–2014. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 4 (2). <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.20>
- Prieto, L., Montañez, V., Petravic, J., Reporter, I., Medici, A., Lavandenz, F., Stuart, R., & Wilson, D. (2018). Optimización de las inversiones para la respuesta al VIH en Perú. [Presentación de paper]. Banco Mundial, Health, Nutrition and Population. <https://bit.ly/3mMKpEt>
- Vammalle C., Ruiz Rivadeneira A. M., James C., & Prieto, L., Montañez, V. (2018). Financing and budgeting practices for health in Peru. *OECD Journal on Budgeting*. 17(2):40.
- Vargas, V. (2015). The New HIV/AIDS Program in Peru: The Role of Prioritizing and Budgeting for results [Presentación de paper]. Banco Mundial / Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/Sida. <https://bit.ly/3h0qlwc>

13. Bibliografía Recomendaciones al PpR

- Barrington, C., Acevedo, R., & Donastorg, Y. (2016). 'HIV and work don't go together': Employment as a social determinant of HIV outcomes among men who have sex with men and transgender women in the Dominican Republic. *Global Public Health*, 1–16. [doi:10.1080/17441692.2016.1160141](https://doi.org/10.1080/17441692.2016.1160141)
- Boerma, J. T. (2005) Integrating demographic and epidemiological approaches to research on HIV/AIDS: the proximate-determinants framework. *J Infect Dis*. 2005 Feb 1;191 Suppl 1:S61-7.
- Poteat, T, Reisner, S., & Radix, A. (2014). HIV epidemics among transgender women. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 9(2), 168–173. [doi:10.1097/COH.0000000000000030](https://doi.org/10.1097/COH.0000000000000030)
- Poteat, T., Wirtz, A. L., & Radix, A., (2015). HIV Risk and Preventive Interventions in Transgender Women Sex Workers. *The Lancet* 385(9964). 274–286. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60833-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60833-3)
- Poteat, T, Malik, M, & Scheim, A. (2017). HIV Prevention Among Transgender Populations: Knowledge Gaps and Evidence for Action. *Current HIV/AIDS Reports*. [doi:10.1007/s11904-017-0360-1](https://doi.org/10.1007/s11904-017-0360-1)
- Restar, A. J., Sherwood, J., & Edeza, A. (2021). Expanding Gender-Based Health Equity Framework for Transgender Populations. *Transgender health*, 6(1), 1–4. <https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0026>

14. Bibliografía Servicios de salud VIH

- Bustamante, M. J., Konda, K. A., & Joseph Davey, D.. (2017). HIV Self-Testing in Peru: Questionable Availability, High Acceptability but Potential Low Linkage to Care Among Men who have Sex with Men and Transgender Women. *International journal of STD & AIDS*, 28(2), 133–137. <https://doi.org/10.1177/0956462416630674>
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. Creación de la Dirección de Prevención y Control de VIH-SIDA, ETS y Hepatitis
- Enríquez Canto, Y., Díaz Gervasi, G. M., & Menacho Alvirio, L. A. (2020). Impacto del Programa TARGA en la disminución de casos de sida en el sistema de salud peruano, 1983-2018. *Revista panamericana de salud pública*, 44(27). <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.27>
- García-Fernández, L, Novoa, R., & Huaman, B. (2018). Continuo de la atención de personas que viven con VIH y brechas para el logro de las metas 90-90-90 en Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 35(3), 491-496. <https://dx.doi.org/10.17843/rpmpesp.2018.353.3853>
- Grant, R. M., Anderson, P. L., & McMahan, V. (2014). Uptake of Pre-exposure Prophylaxis, Sexual Practices, and HIV Incidence in Men and Transgender Women who have Sex with Men: a Cohort Study. *The Lancet. Infectious Diseases*, 14(9), 820–829. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(14\)70847-3](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(14)70847-3)



EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE VIH PARA MIGRANTES VENEZOLANOS

- Inga D., & Lopez, P. (2019). El caso del centro de referencia de infecciones de transmisión sexual (CERITS) en la red de salud Barranco Chorrillos Surco, 2017. [Tesis para optar por el grado de Magister, Pontificia Universidad Católica del Perú]. <https://bit.ly/3AtGKAG>
- Ley N° 26626 [Congreso de la República, República del Perú]. Ley CONTRASIDA (modificada por la Ley N° 28243). 15 de enero del 2012.
- Ley N° 28243 [Congreso de la República, República del Perú] Ley que amplía y modifica la Ley N° 26626 sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y las infecciones de transmisión sexual. 31 de mayo del 2004. <https://bit.ly/3jNcRV9>
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. (2020) Monitoreo Global del Sida 2021. Indicadores para el seguimiento de la Declaración Política de las Naciones Unidas para poner fin al SIDA de 2016. <https://bit.ly/3v161k0>
- Primbas, A. D., White, E., & Long, J. E. (2021). Linkage to Care after HIV diagnosis Among Men who have Sex with Men and Transgender Women in Lima, Peru. *AIDS Care*. <https://doi.org/10.1080/09540121.2021.1929818>
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. (2015) Acción acelerada para la prevención combinada <https://bit.ly/3BVInlz>
- Resolución Ministerial N° 227-2019 [Ministerio de Educación]. Directiva Sanitaria N° 083-MINSA/2019/DGIESP. "Directiva Sanitaria para el uso del kit para la atención de casos de violencia sexual". 15 de mayo del 2019. <https://www.gob.pe/institucion/minedu/normas-legales/276333-227-2019-minedu>
- Resolución Ministerial N° 242-2009 [Ministerio de Salud]. "Directiva Sanitaria para la Distribución del Condón Masculino a usuarios/as en Servicios de Salud." 20 de abril de 2009. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/246792-242-2009-minsa>
- Resolución Ministerial N° 247-2018 [Ministerio de Salud] (2018). Por medio del cual se aprueba el document técnico: "Plan de intervención de prevención y control de tuberculosis en Lima metropolitana y regiones priorizadas de Callao, Ica, La Libertad y Loreto, 2018-2020". 22 de marzo del 2018. <https://bit.ly/3aOoJIF>
- Resolución Ministerial N° 263-2009 [Ministerio de Salud]. "Norma Técnica de Salud para el Manejo de Infecciones de Transmisión Sexual en el Perú."
- Resolución Ministerial N° 264-2009 [Ministerio de Salud]. Documento Técnico: Consejería en ITS/VIH y SIDA. 23 de abril del 2009. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/246762-264-2009-minsa>
- Resolución Ministerial N° 650-2009/MINSA, Directiva Sanitaria N° 030-MINSA/DGSP-V.01 "Directiva Sanitaria para la Atención Médica Periódica a Trabajadoras/es Sexuales y HSH"
- Resolución Ministerial 719-2018 [Ministerio de Salud]. "Norma Técnica de Salud que establece el esquema nacional de vacunación". 1 de agosto del 2018. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/178240-719-2018-minsa>
- Resolución Ministerial N°882-2020 [Ministerio de Salud]. Para la atención integral de las niñas, niños y adolescentes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). 23 de octubre del 2020. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1299163-882-2020-minsa>
- Resolución Ministerial N° 895-2018 [Ministerio de Salud]. "Norma Técnica para la prevención y control de la coinfección tuberculosis y el VIH en el Perú". 2 de octubre del 2018. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/200991-895-2018-minsa>
- Resolución Ministerial N° 985-2016 [Ministerio de Salud]. Plan Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH, Sífilis y hepatitis B, en el Perú 2017-2021. 22 de diciembre del 2016. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/191437-985-2016-minsa>



- Resolución Ministerial N° 980-2016 [Ministerio de Salud]. "Norma técnica de Salud de atención integral de la población Trans Femenina para la prevención y control de las ITS y el VIH/SIDA". 29 de diciembre del 2016. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/191412-1012-2016-minsa>
- Resolución Ministerial N° 1012-2016 [Ministerio de Salud]. "Norma Técnica de Salud para la prevención y el control de las ITS y el VIH en Pueblos Indígenas Amazónicos, con pertinencia intercultural"
- Resolución Ministerial N° 1138-2019 [Ministerio de Salud]. "Norma Técnica de Salud para la Prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH, Sífilis y Hepatitis B". 13 de diciembre del 2019. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/368520-1138-2019-minsa>
- Resolución Ministerial N° 1001-2019 [Ministerio de Salud]. "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de Adolescentes"
- Resolución Ministerial N° 1024-2020 [Ministerio de Salud]. "Norma técnica de salud para la atención integral del adulto con infección por el VIH". 2 de octubre del 2018.
- Resolución Ministerial N° 1317-2018 [Ministerio de Salud]. "Norma Técnica de Salud para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hepatitis Viral C en el Perú". 18 de diciembre del 2018. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/235205-1317-2018-minsa>
- Resolución Ministerial N° 1330-2018 [Ministerio del Interior del Perú]. "Norma Técnica de Salud para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hepatitis Viral B en el Perú". 12 de noviembre del 2018. <https://www.gob.pe/institucion/mininter/normas-legales/222096-1330-2018-in>
- Rich, K. M., Wickersham, J. A., & Valencia Huamaní, J (2018). Factors Associated with HIV Viral Suppression Among Transgender Women in Lima, Peru. *LGBT health*, 5(8), 477–483. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0186>
- Rich, K. M., Valencia Huamaní, J., & Kiani, S. N. (2018). Correlates of viral suppression among HIV-infected men who have sex with men and transgender women in Lima, Peru. *AIDS Care*, 30(11), 1341–1350. <https://doi.org/10.1080/09540121.2018.1476657>
- Silva-Santisteban A., Salazar X., & Villayzán J. (2010) Understanding the HIV/AIDS Epidemic in Transgender Women of Lima, Peru: Results from a Sero-Epidemiologic Study Using Respondent Driven Sampling. *AIDS and Behavior* 16, 872–881. <https://doi.org/10.1007/s10461-011-0053-5>
- Torres, T. S., Konda, K. A., & Vega-Ramirez, E. H (2019). Factors Associated With Willingness to Use Pre-Exposure Prophylaxis in Brazil, Mexico, and Peru: Web-Based Survey Among Men Who Have Sex With Men. *JMIR public health and surveillance*, 5(2). <https://doi.org/10.2196/13771>
- Torres, T. S., Coelho, L. E., & Konda, K. A (2021). Low Socioeconomic Status is Associated with Self-reported HIV Positive Status Among Young MSM in Brazil and Peru. *BMC Infectious Diseases*, 21(1), 726. <https://doi.org/10.1186/s12879-021-06455-3>
- Valenzuela, C., Ugarte-Gil, C., & Paz, J (2015). HIV Stigma as a Barrier to Retention in HIV care at a General Hospital in Lima, Peru: a Case-Control study. *AIDS and Behavior*, 19(2), 235–245. <https://doi.org/10.1007/s10461-014-0908-7>
- 15. Bibliografía Sistemas de Información**
- Abou Zahr, C., & Boerma, T. (2005). Health Information Systems: The Foundations of Public Health. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(8), 578–583 <https://bit.ly/3y2L73Q>
- Aqil, A., Lippeveld, T., & Hozumi, D. (2009). PRISM Framework: A Paradigm Shift for Designing, Strengthening and evaluating routine health information systems. *Health policy and planning*, 24(3), 217–228. <https://doi.org/10.1093/heapol/czp010>
- Decreto Legislativo N° 1306. Por el medio del cual dicta disposiciones destinadas a optimizar los procesos vinculados al Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas, creado según Ley N° 30024. 22 de mayo del 2013. https://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/2016_2021/Decretos/Legislativos/2016/01306.pdf



EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE VIH PARA MIGRANTES VENEZOLANOS

- Decreto Legislativo N° 1412. Por el medio del cual se aprueba la Ley de Gobierno Digital de la República del Perú, 12 de septiembre del 2018. <https://bit.ly/3k9qxKg>
- Decreto Supremo N° 039-2015-SA [Ministerio de Salud]. Por el medio del cual se aprueba el Reglamento de la Ley N° 30024 que Crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas. 16 de diciembre del 2015. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/192994-039-2015-sa>
- Defensoría del Pueblo (julio del 2020) Interoperabilidad en el Sistema de Justicia Penal: Hallazgos y Recomendaciones para fortalecer su implementación a favor de la lucha contra la corrupción. Informe de Adjuntía N° 01-2020-DP-ALCCTEE. <https://bit.ly/3FGveoP>
- HIV Clinical Cohort Catalogue. *Research Cohort Database*
<https://cfar.globalhealth.harvard.edu/pages/research-cohort-database>
- Ley N°29733. Ley de Protección de Datos Personales. 3 de julio del 2011.
<https://www.gob.pe/institucion/congreso-de-la-republica/normas-legales/243470-29733>
- Ley N° 30024. Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas, 22 de mayo del 2013. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/240527-30024>
- Moraes IHS (1994). *Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania*. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO.
- Palma-Pinedo, H., & Reyes-Vega, M. (2018). Barreras para la calidad de información en establecimientos de salud de la Amazonía: el caso de tres sistemas de información de VIH/SIDA, hepatitis B y sífilis congénita. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 35(1), 25-31. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2018.351.3596>
- Presidencia del Consejo de Ministros del Perú (2020) Estrategia nacional de datos gubernamentales del Perú y modelo nacional de datos gubernamentales. <https://bit.ly/3mIUpp4> <https://bit.ly/3v161k0>
- Resolución de Secretaría de Gobierno Digital N° 002-2019 [Presidencia del Consejo de Ministros del Perú] Por el medio del cual se aprueba Se aprueba la Directiva N° 001-2021-PCM/SGD, “Directiva que establece los Lineamientos para la Conversión Integral de Procedimientos Administrativos a Plataformas o Servicios Digitales”. 15 de junio del 2021. <https://bit.ly/3Bz1U1l>
- Resolución Ministerial N° 119-2017 [Ministerio de Salud]. Por el medio del cual se aprueba la Directiva Administrativa para el uso de servicios informáticos del Ministerio de Salud. 22 de febrero del 2017. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/190162-119-2017-minsa>
- Resolución Ministerial N° 120-2017 [Ministerio de Salud]. Por el medio del cual se aprueba la Directiva Administrativa N°230-MINSA/2017/OGTI Directiva Administrativa que establece los estándares y criterios técnicos para el desarrollo de los sistemas de información en salud. 23 de febrero del 2017. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/190155-120-2017-minsa>
- Resolución Ministerial N° 350-2015 [Ministerio de Salud]. Por el medio del cual se crea el Repositorio Único Nacional de Información en Salud – REUNIS. 1 de junio del 2015. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/194604-350-2015-minsa>
- Resolución Ministerial N° 537-2011 [Ministerio de Salud]. Por el medio del cual se aprueba la Directiva Administrativa que establece los criterios técnicos para la incorporación de tecnologías de información y comunicaciones en salud. 12 de julio del 2011. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/243406-537-2011-minsa>
- Resolución Ministerial N°554-2011 [Ministerio de Salud]. Por el medio del cual se aprueba la Directiva Administrativa denominada “Estándares de Plataforma Informática para Software Aplicativo en el Ministerio de Salud”. 21 de julio del 2011. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/243343-554-2011-minsa>
- Swiss Mother and Child HIV Cohort Study. *Key Data*. <https://www.shcs.ch/156-mochiv-key-data-figures>



16. Bibliografía Vigilancia epidemiológica

- Aebi-Popp, K., Kouyos, R., Bertisch, B., Staehelin, C., Rudin, C., Hoesli, I., Stoeckle, M., Bernasconi, E., Cavassini, M., Grawe, C., Lecompte T. D., Rickenbach, M., Thorne, C., Martinez de Tejada, B., & Fehr, J. (2016). Postnatal Retention in HIV care: Insight from the Swiss HIV Cohort Study over a 15-year observational period. *HIV Medicine*, 17(4), 280–288. <https://doi.org/10.1111/hiv.12299>
- Fox, M. P., Maskew, M., Brennan, A. T., Evans, D., Onoya, D., Maleté, G., MacPhail, P., Basset, J., Ebrahim, O., Mabotja, D., Mashamaite, S., Long, L., & Sanne, I. (2017). Cohort Profile: the Right to Care Clinical HIV Cohort, South Africa. *BMJ open*, 7(6). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015620>
- Gange, S. J., Kitahata, M. M., Saag, M. S., , Bangsberg D. R., Bosch, R. J., Brooks, J. T., Calzavara, L., Deeks, S. G., Eron, J. J., Gebo, K. A., Gill, M. J., Haas, D. W., Hogg, R. S., Horberg, M. A., Jacobson, L. P., Justice, A. C., Kirk, G. D., Klein, M. B., Martin, J. N.,...Moore, R. D. (2007). Cohort Profile: the North American AIDS Cohort Collaboration on Research and Design (NA-ACCORD). *International Journal of Epidemiology*, 36(2), 294–301. <https://doi.org/10.1093/ije/dyl286>
- Ibañez, G. E., Zhou, Z., Slade, T. A., Somboonwit, C., Morano, J., Harman, J., Bryant, K., Whitehead, E. N., Brumback, B., Algarin, A., Spencer, E. C., & Cook, C. L. (2021). The Florida Cohort study: methodology, initial findings and lessons learned from a multisite cohort of people living with HIV in Florida. *AIDS Care*, 33(4), 516–524. <https://doi.org/10.1080/09540121.2020.1748867>
- Lama, J. R., Sánchez, J., Suarez, L., Caballero, P., Laguna, A., Sanchez, J. L., Whittington, W. L.H., Celum, C., & Grant, R. (2006). Linking HIV and Antiretroviral Drug Resistance Surveillance in Peru: a Model for a Third-Generation HIV Sentinel Surveillance. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 42(4), 501–505. <https://doi.org/10.1097/01.qai.0000221677.29693.dd>
- Obel, N., Engsig, F. N., Rasmussen, L. D., Larsen, M. V., Omland, L. H., & Sørensen, H. T. (2009). Cohort Profile: the Danish HIV Cohort Study. *International Journal of Epidemiology*, 38(5), 1202–1206. <https://doi.org/10.1093/ije/dyn192>
- Scherrer, A. U., Traytel, A., Braun, D. L., Calmy, A., Battegay, M., Cavassini, M., Hansjakob F., Schmid, P., Bernasconi, E., Stoeckle, M., Kahlert, C., Trkola, A., Kouyos, R. D., Tarr, P., Marzolini, C., Wandeler, G., Fellay, J., Bucher, H., Yerly, S., Suter, F., Hirsch, H., Huber, M., Dollenmaier, G., Perreau, M., Martinetti, G., Rauch, A., & Günthard H. F. (2021). Cohort Profile Update: The Swiss HIV Cohort Study (SHCS). *International Journal of Epidemiology*, 141. <https://doi.org/10.1093/ije/dyab141>
- The Next generation of HIV Surveillance Systems. (2000). *Public Health*, 8(4), 281–282. Recuperado de: <https://bit.ly/3pfKgMr>
- Organización Mundial de la Salud (2013). Guidelines for Second Generation HIV Surveillance. An Update: Know your Epidemic. Recuperado de: <https://bit.ly/3n2cqll>