



PERÚ

Ministerio
de Salud



ONUSIDA
PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

AGUIAR
UNICEF
PMA
UNFPA

ONDDO
OT
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

CONSULTA NACIONAL

CONSTRUYENDO CAPACIDADES EN PREVENCIÓN COMBINADA DEL VIH EN EL PERÚ

Informe de Relatoría

12 al 14 de Noviembre del 2014



Contenido

I. Presentación

II. Resumen ejecutivo

III. Objetivos

IV. Asistencia y Organización

V. Temario

VI. Desarrollo de la Reunión

Sesión 1. Introducción

Sesión 2. La epidemia del VIH y dinámica de la transmisión

Sesión 3. La Respuesta Nacional en Prevención

Sesión 4. Lineamientos globales sobre prevención y su lugar en la reforma en salud en el Perú

Sesión 5. Estrategias emergentes en prevención del VIH

Sesión 6. Estudios y experiencias nacionales sobre prevención en VIH

Sesión 7. El rol de tratamiento para la prevención del VIH

Sesión 8. Sostenibilidad de las estrategias de prevención en el Perú

Sesión 9. Compromisos Nacionales

Trabajo de Grupos

VII. Anexos

I. PRESENTACIÓN

La Consulta Nacional “Construyendo capacidades en prevención combinada del VIH en el Perú” fue liderada por el Ministerio de Salud con el apoyo de ONUSIDA y la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Tuvo como objetivo facilitar un dialogo sobre el futuro de la prevención del VIH en el Perú y proporcionar una hoja de ruta para los próximos años.

En el marco del proceso de la reforma en salud en curso y el surgimiento de estrategias y tecnologías innovadoras de prevención del VIH en todo el mundo, la consulta nacional convocó a una amplia gama de partes interesadas para discutir las estrategias de prevención disponibles actualmente y los datos programáticos y de investigación epidemiológica que generaron un enfoque integral de la prevención en la respuesta al VIH.

Más del 90% de los participantes se mostraron satisfechos con la consulta nacional realizada, particularmente por aclararse los conceptos de prevención combinada y otros relacionados, así como acceder a información sobre los desarrollos actuales en prevención del VIH que se están dando tanto a nivel nacional como internacional. Asimismo, más del 80% de los participantes consideraron logrado el objetivo de generar un dialogo de país sobre el futuro de la prevención del VIH.

Como producto de la consulta, el presente informe expone las principales consideraciones y recomendaciones para la prevención del VIH en el Perú, puesta a disposición del país por expertos nacionales y extranjeros, en particular los beneficios y riesgos de las tecnologías de prevención biomédicas, de comportamiento, y de carácter estructural para las poblaciones de mayor riesgo, los principales retos en la implementación de algunos de los programas de prevención en curso y los pasos necesarios para contar con una estrategia fortalecida para la prevención del VIH.

Los resultados de la consulta servirán de base para elaborar documento normativo que establezcan los pasos a seguir en la implementación de la prevención combinada del VIH en el Perú en un marco de respeto a los derechos de la población afectada.



II. RESUMEN EJECUTIVO

La Consulta Nacional “Construyendo capacidades en prevención combinada del VIH en el Perú” se llevó a cabo entre los días 12 al 14 de noviembre del 2014 en el Hotel Radisson Decapolis del distrito de Miraflores Lima. Contó con la participación de los siguientes expertos:

- **Dr. Peter Godfrey-Fausset** Senior Science Adviser de ONUSIDA,
- **Dr. Kenneth Mayer** Medical Research Director, Co-Chair of The Fenway Health Institute y Universidad de Harvard,
- **Dra. Regina Castillo** Directora de ONUSIDA para Perú, Bolivia y Ecuador
- **Dra. Bertha Gómez** Asesora Subregional de VIH para los Países Andinos de la OPS,
- **Dra. Annick Bórquez** del Imperial College of London y el Dr. Fabio Mesquita del Ministério da Saúde, Brasil.
- **Dr. Percy Minaya** Asesor del Despacho Viceministerial del Ministerio del Perú,
- **Dr. Carlos Benites** Coordinador Nacional de la Estrategia Nacional de Prevención y Control de las ITS, VIH y Hepatitis,
- **Dra. Mary Reyes** de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud del Perú,
- **Dr. Carlos Cáceres** profesor principal y director de la Unidad de Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano de la Universidad Peruana Cayetano Heredia,
- **Dr. Jorge Alarcón** profesor principal del Instituto de Medicina Tropical de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos,
- **Dr. Walter Mendoza** de UNFPA,
- **Dra. Patricia Caballero** del Instituto Nacional de Salud,
- **Dr. Gustavo Rossel** Director Regional de Salud de la Región San Martín,
- **Dr. Javier Salvatierra** del Centro Referencial de Infecciones de Transmisión Sexual Alberto Barton del Callao,
- **Sra. Guiselly Flores** representante de las personas que viven con el VIH de la CONAMUSA,
- **Dr. Julio Gilvonio** representante de las poblaciones clave en CONAMUSA
- **Lic. Psic. Ricardo Chuquimia** representante de PARSALUD,
- **Lic. Antrop. Aron Nunez-Curto** de la Unidad de de Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano de la Universidad Particular Cayetano Heredia,
- **Dra. Lisset Garcia** del cuerpo técnico de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Hepatitis,
- **Dra. Angela Bayer** de la Universidad Peruana Cayetano Heredia,
- **Lic. Antrop. Ximena Salazar** de la Universidad Peruana Cayetano Heredia,
- **Srta. Jana Villayzán** de la Red Trans,
- **Dr. Juan Guanira** de la ONG INMENSA,
- **Dr. Javier Lama** de la ONG IMPACTA,
- **Dra. Magaly Blas** de la Universidad Peruana Cayetano Heredia,
- **Dr. Mario Tavera** de UNICEF
- **Dr. Angel Gonzales** del Ministerio de Salud

La Consulta se dividió en 9 sesiones de mesa con expertos y 2 talleres de trabajo en grupos.

Las principales **conclusiones** fueron las siguientes:

Acerca de la epidemia en el Perú

- La epidemia del VIH en el Perú se concentra en poblaciones clave, su mayor incidencia está entre los jóvenes HSH menores de 25 años y en las mujeres transgénero. La tasa de mortalidad por enfermedades relacionadas al Sida ha disminuido notablemente desde el ingreso del TARGA al país, siendo más evidente en Lima y Callao a diferencia de otras regiones
- A pesar que se ha avanzado en la lucha contra el VIH en el país es necesario implementar medidas de prevención adaptados a los contextos regionales y locales, y que respondan a los diferentes niveles de riesgo para el VIH.

Acerca de las poblaciones clave y su problemática

- Las poblaciones clave están constituidas por las mujeres trans, HSH (gay, bisexuales), trabajadores sexuales y PPL, y son clave ante la lucha contra el VIH, para poder planificar, implementar y monitorear de las estrategias, son clave para poder tener cero infecciones, cero transmisiones y cero muertes.
- La naturaleza del riesgo en los HSH es multifactorial, que incluye la conducta individual (número de parejas en el tiempo), biológico (acto sexual asociado a ITS, el coito anal) que aumentan la

susceptibilidad al VIH y a ITS, la versatilidad del rol (el pasivo puede pasar a activo), redes (contacto en entornos prevalentes, mezcla selectivas en subgrupos, asistencia a lugares sexualizados como baños, medios de comunicación social y trabajo sexual) estructural o social (la homofobia donde la intimidación conduce al desarrollo temprano del estrés, la depresión la falta de autoestima), la criminalización y discriminación en los centros de salud.

- La discriminación en la población clave afecta múltiples niveles además de la autoestima las relaciones interpersonales y la condición social, se puede observar además un incremento de riesgo de mortalidad precoz, la expectativa de vida se reduce 12 años y las causas pueden ser suicidio, violencia, problemas cardiovasculares.
- El sistema de salud margina a grupos poblacionales, y esto es evidente en el VIH/Sida donde las disparidades están vinculadas a una interacción compleja de determinantes sociales y económicos.
- En todo programa de prevención de VIH la población homosexual debe ser diferenciada como una comunidad LGTBI, donde se visibilice a cada uno de sus componentes y se diferencie su problemática.
- Conocer las otras comorbilidades (las psicológicas, el abuso de drogas, la estigmatización y otras formas de discriminación) sirve para entender las causas y permite identificar soluciones innovadoras que delimiten los problemas de salud.
- Un grupo que puede ser considerado clave en el país son las poblaciones nativas por lo que el conocer las razones de su vulnerabilidad y las costumbres culturales para enfrentar a la enfermedad, debe permitir el diseño de estrategias comprensivas para la prevención del VIH

Acerca del Enfoque actual de los Programas de prevención del VIH

- Los programas de prevención del VIH deben responder a las necesidades particulares de un público particular y a las formas de transmisión del VIH, haciendo uso adecuado de los recursos y sobretodo dando prioridad a la colaboración y participación de las comunidades más afectadas.
- En un programa de prevención del VIH deben evaluarse las tecnologías multipropósitos sobre todo considerando el bajo nivel de uso y negociación que tienen algunas poblaciones para el uso de condón.
- Las prioridades en investigación para ser efectivos en la población gay y transgénero, deben evaluar la implementación de un enfoque multifacético de la prevención del VIH, diferenciada por subpoblaciones, el resultado de cada intervención, su adherencia y la necesidad de incluir intervenciones estructurales.
- El hablar de multisectorialidad no solo significa buscar el interés y la intervención de los diferentes sectores públicos sino también la participación de las comunidades y dentro de ellas a las personas que viven con el VIH.
- Solo se logrará el fin de la epidemia con un enfoque renovado en poblaciones clave, utilizando las directrices como un disparador de cambio a nivel mundial y nacional, y que las alianzas entre los ministerios de salud y organizaciones de la comunidad lideradas por poblaciones clave son esenciales para el éxito del programa.
- De igual manera el éxito de las intervenciones depende de la actitud del personal de salud, por lo que debe incidirse mucho en mejorar este aspecto.

Acerca de la Prevención combinada

- Debe cambiarse el paradigma en prevención VIH de lo comportamental a lo multidimensional introduciendo los términos de prevención combinada y continuum prevención tratamiento.
- Actualmente existen fuertes evidencias de intervenciones novedosas que en forma combinada (comportamentales, biomédicas y estructurales) con aquellas que actualmente se aplican en las poblaciones clave disminuyen el riesgo de nuevos casos de VIH. Estas intervenciones incluyen a la **profilaxis preexposición (PrEP) con ARV a las personas en riesgo seronegativas, el diagnóstico Precoz en las poblaciones en riesgo, tratamiento antirretroviral precoz en la**

fase aguda, profilaxis ARV post exposición (PEP), ampliación del TARV a parejas de seropositivas, tratamiento inmediato sin conteo de CD4 a poblaciones clave, uso de tecnologías de información (redes sociales SMS etc) para alcanzar a poblaciones de difícil acceso, mejorar la adherencia etc otros como el uso de **microbicidas o anillos vaginales** etc que unidos a intervenciones estructurales donde la **lucha contra el estigma y la discriminación** (homofobia y transfobia) y finalmente las **respuestas conjuntas multisectoriales** no solo de Salud son lo más importante, constituyen la actual tendencia para el control de la epidemia del VIH. La focalización geográfica y por subpoblación resulta siendo una estrategia ineludible para prevenir y controlar la epidemia.

- Hay que reconocer el principio moral de la prevención combinada que busca alcanzar el acceso universal con un enfoque basado en derechos humanos; el que centrarse en las personas para la prevención a través de enfoques biomédicos y comportamentales no es suficiente; reconocer y afrontar en la práctica la necesidad de Acción Multisectorial en paridad de roles con los actores de la sociedad civil; el tema de prevención combinada llega en el momento preciso para las PVV, ya que este trae como componente importante la óptica de los derechos humanos.
- Deben buscarse nuevas formas de combinación de estrategias viendo elementos individuales y estructurales, dentro de una población con distintas opciones, para cada individuo opciones diversas según circunstancias. Es mejor que la población tenga varios elementos para escoger al momento de buscar la forma de protegerse del VIH, sobre todo si se tienen claras evidencias de su funcionamiento
- Para el diseño de las estrategias de implementación de la prevención combinada hay que tener en cuenta las perspectivas de las poblaciones clave lo cual puede constituirse en un factor facilitador tanto para las intervenciones biomédicas como para las estructurales. De igual manera deben solucionarse las deficiencias identificadas por estas poblaciones en la entrega de servicios.
- Las regiones con las prevalencias más altas requieren un trabajo de intervención diferenciada por un principio de equidad, este concepto recibe el nombre de Hot Spot colocando el mayor esfuerzo donde el problema es más relevante, de allí que se tenga metas diferenciadas por regiones.
- Para enfrentar el problema de altas prevalencias del VIH por grupos poblacionales, el concepto de focalización es importante, ya que establece acciones dirigidas a cada subpoblación.

Acerca de la implementación de la prevención combinada en el Perú

- En el Perú existen muy buenas estrategias como la creación de los CERITS y UAMPs, donde se incluye la provisión de condones y la captación por medio de los promotores educadores de pares. El tratamiento VIH y su sostenimiento es un buen logro del país lo mismo que la ejecución de los proyectos del Fondo Global que han permitido una mayor participación comunitaria.
- El Perú debe evaluar todas las opciones preventivas entre ellas las basadas en tratamiento antirretroviral, y ejecutar aquellas que le resulten más costo efectivas, aunque hay que sopesar lo que significa el gasto en medicamentos contra una infección VIH evitada
- Los estudios realizados en el país (iPrEx, iPrEx OLE, PUMA) muestran que existe una amplia aceptación por el PrEP, la adherencia es buena pero no perfecta, el PrEP falla cuando la persona no toma los medicamentos por lo menos 4 veces por semana, y se necesita más información acerca de la adherencia con las mujeres trans, (entorno, problemas con el uso de hormonas etc) y en otras poblaciones vulnerables.
- Dentro de las intervenciones preventivas deben considerarse las realizadas mediante internet ya que permiten llegar a una mayor población clave que posiblemente no tenga contacto con las intervenciones clásicas; esto ya es evidenciable en estudios nacionales.
- El trabajo con adolescentes trabajadores sexuales debe incluir acciones para eliminar las trabas legales existentes que no permiten incluirlos en el registro, seguimiento e investigaciones, tanto de entidades no estatales como las de gobierno.

- Es necesario desarrollar un mayor conocimiento acerca del acceso a la salud de las mujeres trans, la adherencia a los tratamientos, la adolescencia trans, las necesidades de cambio corporal, o de salud mental, entre otros temas. El conocimiento de estos hechos permitirá identificar oportunidades para la aplicación de intervenciones preventivas combinadas.

Acerca de la información para toma de decisiones y sostenibilidad

- En el Perú existe gran cantidad de información pero que no está vinculada. Hay alto nivel de subregistro, poca sensibilización o desconocimiento de la importancia del sistema de información, insuficiente desarrollo de control de calidad, e insuficientes mecanismos de retroalimentación, entre otros. La poca accesibilidad con los grupos afectados dificulta conocer el tamaño poblacional.
- Toda información cualitativa o cuantitativa permite conocer el comportamiento de una epidemia así esta no sea óptima, sus resultados guiarán la toma de decisiones. Una fuente que puede brindar la información necesaria en este punto y que ha sido subutilizada para la toma de decisiones es la ENDES varones.
- Los modelamientos epidemiológicos son herramientas complementarias que permiten una mejor evaluación de la epidemia y de los efectos de una intervención
- Los estudios de vigilancia centinela son muy complejos, requieren mucha logística y el costo es alto, y en las encuestas por medio de mensajes de texto telefónico o paginas de redes virtuales pueden ser respondidas inadecuadamente por las poblaciones caves, de allí la utilidad de los modelamientos matemáticos para toma de decisiones.
- Las recomendaciones derivadas de la aplicación de los modelos epidemiológicos en el país concluyen que las acciones de prevención en HSH pueden ser más eficientes y producir un impacto importante de la epidemia en el país. Estas acciones deben extenderse y fortalecerse a las parejas estables de las poblaciones en riesgo. Debe promoverse la prueba voluntaria y consejería y mantenerse en vigilancia a las TS, fortaleciendo al equipo técnico del MINSA para mantener una actualización constante de la información y promover investigaciones que cubran los vacíos de información. Además recomiendan incrementar el uso consistente del condón entre los HSH y sus parejas, considerar nuevas estrategias que reduzcan la transmisión en este grupo, y la necesidad de mejorar la vigilancia en trabajadoras sexuales, la vigilancia fuera de Lima, los servicios de salud a nivel primario y el sistema de información con su proceso de análisis.
- Las metas Regionales de diagnóstico, tratamiento y supresión viral son el completar los indicadores actuales a 90% (90-90-90)
- Las principales brechas en la **cascada de la atención en el Perú** son la baja de captación de PVV y el bajo porcentaje de PVV que inicia tratamiento.
- En el Perú la información que procede de los registros del MINSA no solo es utilizado para toma de decisiones sino que es usada para financiar los aspectos prioritarios de salud. Están contruidos en base de esta información validada y consistente.
- El Plan Esencial de Aseguramiento PEAS incluye al VIH/Sida, lo que es importante ya que asegura la sostenibilidad financiera de actividades de prevención y atención en VIH
- Los marcos de inversión son herramientas que dan un marco de evidencia para lograr asignaciones más inteligentes de los fondos públicos.
- Los principales enfoques para el gasto racional son el enfoque geográfico, la focalización en la población de mayor prevalencia y en las intervenciones costo-efectivas de mayor impacto.

El Ministerio de Salud expresó su compromiso de tomar acciones concretas que involucren a las organizaciones de la sociedad civil, en particular a las organizaciones de personas viviendo con VIH y la diversidad sexual para aumentar el tamizaje del VIH, el acceso al tratamiento oportuno y al monitoreo continuo para lograr la supresión de carga viral (las metas 90/90/90) de las personas viviendo con VIH en el país.

Así, luego de tres días de amplio y constructivo diálogo, la Consulta Nacional “Construyendo capacidades en prevención combinada del VIH en el Perú” propuso una serie de intervenciones en prevención combinada de VIH para lograr la reducción de incidencia de VIH en los próximos cinco años. Como conclusiones se tiene lo siguiente:

- **Ampliación del tratamiento como aliado de la prevención** (adopción de las metas 90-90-90 que tienen como objetivo el acceso a la prueba de VIH, el acceso al tratamiento antiretroviral y la supresión de la carga viral para el 90% de las personas viviendo con VIH para el 2020; oferta de la profilaxis pre-exposición (PrEP) para personas seronegativas en un alto riesgo de contraer el VIH y seguimiento; profilaxis ARV post exposición (PEP);
- **Mayor acceso a condones y lubricantes**; y generación de nuevas estrategias de promoción del uso de preservativos que renueven el interés de la comunidad por éstos.
- **Uso de nuevas tecnologías de comunicación y redes sociales** para alcanzar a las poblaciones de difícil acceso;
- **Involucramiento de las poblaciones clave y personas viviendo con VIH** en el diseño y la implementación de políticas y programas para lograr que las personas afectadas por la epidemia tengan acceso a los servicios de salud
- **Intervenciones estructurales** (reforma del marco legislativo y cumplimiento de las leyes para la eliminación del estigma y la discriminación y la violencia basados en la orientación sexual e identidad de género, entre otros).

Más del 90% de los participantes se mostraron satisfechos con la consulta nacional realizada, particularmente con poder aclarar los conceptos de prevención combinada y otros relacionados, y acceder a información sobre los desarrollos actuales en prevención del VIH que se están dando tanto a nivel nacional e internacional. Asimismo, más del 80% de los participantes consideraron el objetivo logrado para generar un diálogo de país sobre el futuro de la prevención del VIH. Los próximos pasos incluyen la amplia disseminación de la relatoría del evento, y culminar la construcción de un documento normativo sobre prevención del VIH en el que el MINSA establecerá, con los insumos de esta consulta nacional y su posición técnica respecto al tema.

III. OBJETIVOS

Objetivo general:

Contar con información nacional e internacional sobre los avances en materia de prevención combinada del VIH que permita orientar políticas y estrategias de su implementación en el Perú

Objetivos específicos:

1. Facilitar que los participantes comprendan el alcance de la estrategia de prevención combinada, los avances y retos que presenta su implementación en el Perú
2. Contar con una hoja de ruta para la implementación de la prevención combinada en el Perú para alcanzar cero nuevos casos de VIH, cero muertes por sida y cero estigma y discriminación asociadas al sida
3. Conformar un grupo de trabajo que lleve a cabo la hoja de ruta, sobre la base de la evidencia nacional e internacional disponible y con participación de los actores clave.

IV. ASISTENCIA Y ORGANIZACIÓN

La Consulta Nacional “Construyendo capacidades en prevención combinada del VIH en el Perú” se realizó entre los días 12 al 14 de Noviembre del 2014 en el Hotel Radisson Decapolis sito en el distrito de Miraflores Lima Perú.

La organización general de la Consulta estuvo a cargo del Ministerio de Salud mediante la Estrategia Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Hepatitis, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida(ONUSIDA), y la Universidad Peruana Cayetano Heredia

El evento contó con la participación de expertos nacionales y representantes de la sociedad civil así como expertos internacionales de la Universidad de Harvard, Imperial College, OPS, ONUSIDA y el Ministerio de Salud de Brasil.

Participaron 127 invitados procedentes del Ministerio de Salud, ESN-PC-ITS/VIH/ hepatitis, Direcciones de Salud de Lima Este y Lima Sur, Universidad Peruana Cayetano Heredia, AIDS for AIDS, ORAS, Defensoría del Pueblo, INPE, ONG AHF, Red Sida Perú, Red Trasex, ONG Peruanos positivos, CEPESJU, UNFPA, PNUD, DIRESA Lambayeque, DIRESA Loreto, DIRESA Ancash, Hospitales Nacionales, INS, DGE, CONAMUSA, ONG Inmensa, PARSALUD, REDECOMS, ICW-Perú, entre otros. La distribución de los participantes fue 51% del sector gubernamental, 49% de la sociedad civil (24% de organizaciones comunitarias, 17% organizaciones cooperantes, 9% sector académico).

La participación del evento estuvo constituida principalmente por actores representantes del sector público y de la sociedad civil que tienen una actuación preponderante en la respuesta del país al VIH. La sociedad civil estuvo compuesta por representantes de las organizaciones de poblaciones clave (Gays, mujeres transgénero, personas que viven con el VIH), representantes de instituciones académicas y de investigación entre otras.



V. TEMARIO

El temario se diseñó de acuerdo a la lógica de responder preguntas clave que permitieran orientar al participante, en forma sistemática, a tener el conocimiento del desarrollo actual de la epidemia, el contexto actual de la misma en el país, los avances en prevención combinada del VIH y analizar las posibilidades de su implementación en el Perú.

El temario de la consulta estuvo dividida en 9 sesiones, cada mesa redonda estuvo presidida por un moderador y al menos tres expositores entre extranjeros y nacionales. El temario incluyó también dos trabajos en grupo los cuales contaron con facilitadores de las tres instituciones organizadoras constituyéndose 7 grupos de al menos 12 participantes cada uno.

Las sesiones desarrollaron los siguientes temas:

Sesión 1. Introducción

Pregunta clave: ¿Cuál es la situación actual de la epidemia? ¿Cuál es la dinámica de la transmisión de VIH en el Perú, en el presente y a futuro?

Sesión 2. La epidemia del VIH y dinámica de la transmisión

Pregunta clave: ¿Qué nuevos elementos se deben considerar en un programa de prevención de VIH en el Perú?

Sesión 3. La Respuesta Nacional en Prevención

Pregunta clave: ¿Cuáles son los estándares a tener en cuenta para una respuesta en prevención efectiva?

Sesión 4. Lineamientos globales sobre prevención y su lugar en la reforma en salud en el Perú

Pregunta clave: ¿Qué nuevos elementos se deben considerar en un programa de prevención combinada en el Perú? y ¿Cuáles son las oportunidades y dificultades de la prevención combinada en el Perú?

Sesión 5. Estrategias emergentes en prevención del VIH

Sesión 6. Estudios y experiencias nacionales sobre prevención en VIH

Pregunta clave: ¿Cuáles son los elementos a tener en cuenta para mejorar la cascada de atención en el Perú, especialmente en los hitos críticos que contribuyen al inicio temprano del tratamiento?

Sesión 7. El rol de tratamiento para la prevención del VIH

Pregunta clave: ¿Cuán importante es la evidencia en la toma de decisiones para prevenir y controlar el VIH? ¿Cuáles son las principales barreras para la sostenibilidad de las estrategias de prevención del VIH en el Perú?

Sesión 8. Sostenibilidad de las estrategias de prevención en el Perú

Sesión 9. Compromisos nacionales

Los trabajos en grupo desarrollaron los siguientes temas:

Pregunta clave: ¿Qué nuevos elementos se deben considerar en un programa de prevención combinada en el Perú y por qué? ¿Cuáles serían los facilitadores y barreras para la implementación de la prevención combinada en el Perú (aspectos legales y normativos, programáticos, de articulación multisectorial, socio-culturales, etc.)?

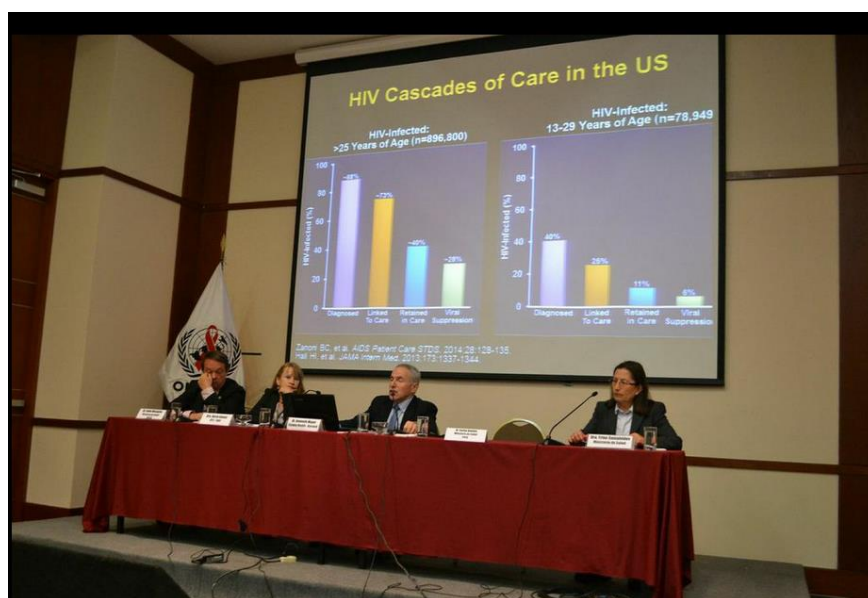
Trabajo de Grupo Ia: Necesidades, oportunidades y desafíos para la prevención del VIH en el Perú

Pregunta clave: ¿Cuáles serían las intervenciones que se necesitarían para reducir los nuevos casos? , ¿Cuáles serían metas realistas para el incremento en la cobertura de estos servicios y el tiempo necesario para lograrlo?

Trabajo de Grupo Ib: Modelamiento matemático de prevención combinada para HSH/Trans en el Perú

Pregunta clave: ¿Cuáles son los hitos críticos de la cascada de atención en el Perú? ¿Cuáles son los facilitadores y barreras para el abordaje de los hitos críticos de la cascada de atención en el Perú?

Trabajo de Grupo II: Estado y oportunidades para mejorar la cascada de atención en el Perú



VI. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Sesión 1: Introducción

Apertura del evento: En la sesión inaugural estuvieron presentes el Dr. Percy Minaya en representación del Ministro de Salud, y en representación de los coorganizadores la Dra. Regina Castillo Directora de ONUSIDA para Perú, Bolivia y Ecuador y el Dr. Carlos Cáceres representando a la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Hizo uso de la palabra el Dr. Percy Minaya, quien expresó su satisfacción por la organización de la Consulta Nacional para el mejoramiento de un programa con el cual ha estado fuertemente ligado durante su carrera y porque temas como los que se iban a tocar en la Consulta estaban relacionados con el proceso de reforma que se está ejecutando actualmente en el Perú.

Mesa de apertura: En la mesa de apertura participaron el Dr. Percy Minaya Asesor del Despacho Viceministerial del Ministerio del Perú, el Dr. Carlos Benites Coordinador Nacional de la Estrategia Nacional de Prevención y Control de las ITS, VIH y Hepatitis (ESN-PC-IVH), el Dr. Peter Godfrey-Fausset Senior Science Adviser de ONUSIDA y la Dra. Bertha Gómez Asesora Subregional de VIH para los Países Andinos de la OPS, realizaron presentaciones introductorias, con el objetivo de situar la consulta nacional en el contexto peruano, regional y global

La ESN VIH-SIDA en el marco de la reforma del sector salud del Perú

Dr. Percy Minaya

- El principio central de la actual reforma es el derecho al acceso a la salud que debe tener cada habitante del país, otro concepto importante es la corresponsabilidad de la salud de tal manera que la familia, la comunidad y el sector público deben ser igualmente responsables por el estado de la salud.
- El 40% de las enfermedades pueden ser prevenidas con intervenciones oportunas y adecuadamente planificadas, por lo que la reforma apunta hacia este tipo de estrategias desde los niveles primarios de atención.
- Todavía en el sistema existen retos que no han sido solucionados aún como son la mejora de los servicios de salud, la falta de recursos humanos, el disminuir el gasto de bolsillo de los pacientes, retos que se han convertido en objetivos de la reforma: ampliar cobertura, mejorar los servicios de salud, asegurar la atención sanitaria y defender los derechos de los usuarios.
- La naturaleza de la reforma es multidimensional, integral, multisectorial e intergubernamental, ya que es imposible lograr la salud sin la participación de las comunidades de afectados y de otras organizaciones ajenas al MINSa.
- La ESN-PC-IVH tiene como objetivos plantear los lineamientos de la respuesta al VIH en un marco de respeto de derechos y de participación comunitaria que se puede observar en los diferentes objetivos estratégico de su Plan Estratégico Multisectorial 2015- 2018. Los principios del Plan no están en desacuerdo con lo planteado en la reforma por el contrario están bajo la misma visión.
- El reto principal está, entonces, en ir potenciando progresivamente las medidas preventivas combinadas con participación activa de la comunidad con la finalidad de disminuir los riesgos de nuevos casos de VIH.

Panorama nacional de la respuesta al VIH en el Perú

Dr. Carlos Benites

- Para junio del 2014 más de 50,000 personas viven con el VIH según reportes de la DGE
- Los casos de Sida han disminuido coincidiendo con la introducción del TARGA en el país;
- La epidemia se encuentra concentrada en la población de gay/HSH y trans, y en las regiones de Lima, Callao, Loreto y Arequipa.

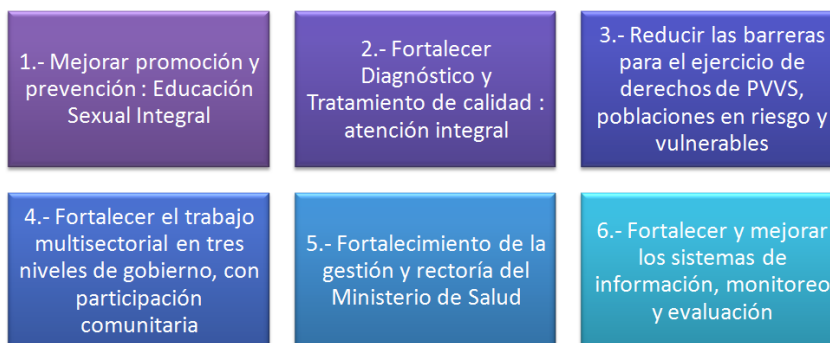
Noviembre del 2014

- El Plan Estratégico Multisectorial es la herramienta política que dará los lineamientos de acción contra el VIH en el país. Este documento está de acorde a los lineamientos de la reforma de salud y hace énfasis en las intervenciones preventivas en las poblaciones de mayor riesgo gays, mujeres trans, trabajadores del sexo sin dejar de lado a los jóvenes y poblaciones originarias.



Plan Estratégico Multisectorial ITS, VIH/SIDA 2014 – 2018 * y reforma

Objetivo : Fortalecer la respuesta a las ITS, VIH/SIDA articulando acciones del estado y la sociedad civil, con un abordaje inclusivo y de derechos



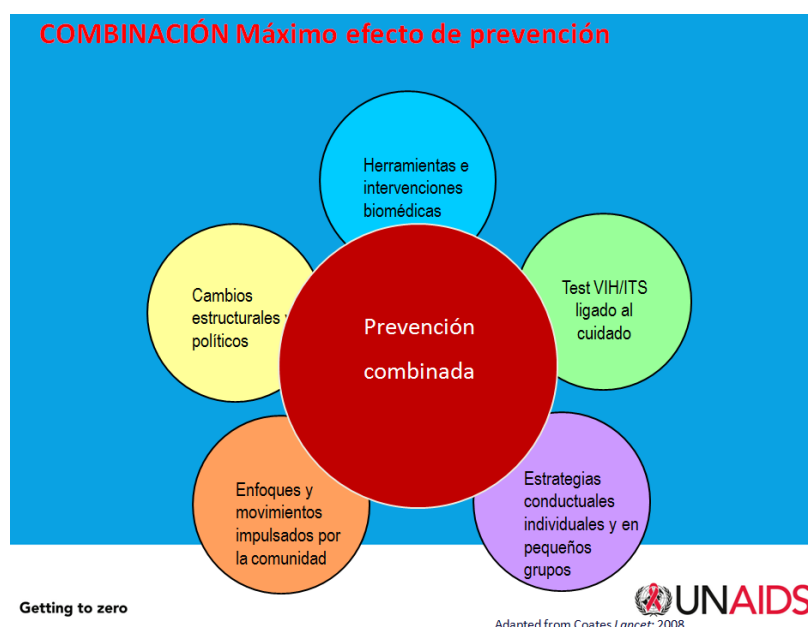
* En proceso de aprobación en la Comisión de Coordinación Viceministerial (CCV)

- En acciones de prevención el país ha estado realizando actividades muy similares a la de otros países, como la provisión de condones, tratamiento de ITS en los CERITS y UAMPs la atención integral, pero que son necesarios mejorar dando ingreso a otro tipo de intervenciones biomédicas, de comportamiento y estructurales que combinadas mejoren las medidas de prevención actualmente aplicadas.
- En el caso del diagnóstico y tratamiento se han logrado avances interesantes con la introducción de las pruebas rápidas, el ingreso de lectora portátil de CD4, los esquemas de dosis fija combinada y la terapia basada en genotipo, que están siendo contempladas en las nuevas normas de diagnóstico y atención integral.
- El trabajo intersectorial con la CONAMUSA, con quienes se está trabajando el proyecto de la ronda 10 del Fondo Global con enfoque comunitario y con la Comisión Intersectorial de Asuntos Sociales; en el tema de articulación por niveles de gobierno (en el marco de la cual se ha intervenido puntualmente en planes de enfoque territorial y de Redes integradas de salud con las regiones de Amazonas y Loreto).
- Considerando la importancia de la información para la toma de decisiones se está implementando un sistema de monitoreo y evaluación de indicadores integrados con el apoyo de la Oficina de Estadística e Informática, se ha priorizado indicadores como la tasa de incidencia del VIH en poblaciones priorizadas, tasa de transmisión vertical y la sobrevida de los pacientes.
- Los resultados de las intervenciones del Ministerio de Salud se traducen en una elevada cobertura de tamizaje en gestantes (85%) pero todavía muy baja en HSH (8%), un incremento de las consejerías a nivel nacional, y una disminución de las tasas de incidencia de VIH en HSH y transmisión vertical las cuales todavía no son suficientes,
- Se continúa elaborando normas para la atención diferenciada, diagnóstico, descentralización las acciones, la mayoría de las cuales se encuentran en etapa de aprobación.
- Se están realizando trabajos de investigación para tener un mayor conocimiento de la dinámica del VIH en el país.
- Se han incrementado los establecimientos que entregan TARGA aunque todavía no son suficientes, y se han reducido los episodios de desabastecimiento de medicamentos.

Estado de la Epidemia a nivel global y nuevas estrategias de respuesta

Dr. Peter Godfrey-Fausset

- El primer capítulo de la Epidemia a nivel mundial se da en el siglo XX a inicios de los 80 con la aparición de una enfermedad sin nombre con altos niveles de mortalidad. Aparentemente esta enfermedad se inició a comienzos de los años 20 posiblemente en Camerún pero que aparecía en el momento que se presentaban las condiciones ambientales para su diseminación;
- Un segundo capítulo entre 1980 y 1995 caracterizado por la identificación del virus que producía la epidemia, de las zonas geográficas de mayor concentración de casos, de las poblaciones de riesgo, la aparición del estigma, la movilización social en busca de justicia social, la solidaridad y la creación de organismos especializados en VIH como ONUSIDA. En otras palabras la etapa de construcción de la respuesta al VIH;
- En un tercer capítulo, al que se le llama el triunfo de la biomedicina, aparecen y mejoran los métodos diagnósticos, aparecen los medicamentos antirretrovirales, los gobiernos forman los programas de prevención del VIH y Sida, se produce la aparición de organizaciones que captan los recursos para financiar la lucha contra la epidemia como el Fondo Global etc, este periodo abarca hasta el 2005;
- Un cuarto capítulo donde se establecen lineamientos de tratamiento como el TARGA y la solidaridad mundial, se relaciona con la disminución de la mortalidad por VIH y un incremento de personas que viven con el VIH sin entrar a la etapa de Sida gracias al tratamiento;
- En el quinto capítulo es el momento del concepto de la prevención combinada el cual introduce la idea de combinar intervenciones biomédicas, el testeo ligado al cuidado, las estrategias conductuales para individuos y pequeños grupos, movimientos comunitarios y cambios estructurales y políticos, como un abanico de opciones donde las intervenciones pueden ser seleccionadas individualmente, por grupo poblacional, o región geográfica con la participación de la población en riesgo para asegurar la consistencia de su uso.



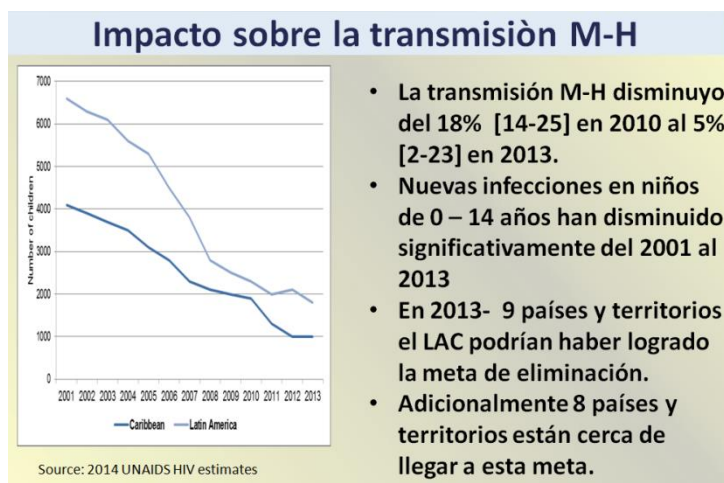
- El sexto capítulo es el que viene después, qué va a pasar con la epidemia del 2014 donde se espera que el potencial de años de vida ganados por las personas con VIH sea mayor a los 60 años, donde el tratamiento es utilizado como una medida de prevención. Esto último todavía está lejos de lograr porque continúan los problemas en los sistemas de salud, continúan presentándose nuevos casos en poblaciones clave y el estigma y discriminación continúa siendo un obstáculo mayor para la prevención y cuidado.

- Se espera para el año 2020 llegar a menos de 500,000 nuevos casos de VIH en el mundo, que se reduzca las nuevas infecciones en poblaciones clave en un 75% y que se reduzcan los nuevos casos en mujeres y niñas en un 75%. Habría que preguntarse si será posible llegar a estas metas, ya que existen todavía factores que influyen en la no reducción del VIH en HSH como son insuficientes programas de cobertura, expansión de las redes sexuales a través de redes sociales, el persistente estigma hacia estas poblaciones, y los posibles cambios de percepción del VIH por parte de los HSH.
- Los aspectos prácticos para revertir este problema podrían ser: mejorar las relaciones con los proveedores, reducir la homofobia y el trabajo estrecho con la comunidad HSH. Se pueden mejorar los servicios mediante estrategias como la cadena “todo en uno” utilizada en China que encadena el servicio a la prevención, testeo, seguimiento y el tratamiento y cuidado. Se debe integrar los sistemas comunitarios mapeando servicios útiles, proveyendo sensibilización, capacitando a las organizaciones basadas en la comunidad, entre otras.
- El concepto de prevención combinada es válida y aplicable, los condones y lubricantes siguen siendo piedra angular de la prevención combinada pero las opciones adicionales como la profilaxis pre exposición (PrEP) o el inicio de tratamiento temprano son necesarios, deben utilizarse los medios sociales y digitales, fortalecer los nexos de las comunidades con los servicios de salud y el empoderamiento comunitario es crítico, así como asegurar el financiamiento nacional y local.
- Se espera llegar al capítulo siete que sería el de poder vivir en un mundo sin SIDA para esto la ciencia viene trabajando en las vacunas y otros aspectos biomédicos.

Panorama Regional de la Prevención en VIH

Dra. Bertha Gómez

- La tendencia de la epidemia en Latinoamérica es hacia la estabilización excepto en los grupos clave donde se observa que en algunos casos se está incrementando.
- Hay poblaciones de los cuales no hay datos de prevalencia como son las poblaciones originarias o las migrantes.
- Es necesario cambiar el paradigma de una visión binaria basada en la prevención y tratamiento a otra integradora donde las acciones preventivas vean la calidad de la atención, el descenso de la incidencia y el tratamiento que incluya el bienestar y la calidad de vida.
- Una de las acciones preventivas basada en los medicamentos de más éxito en Latinoamérica ha sido la prevención de la transmisión vertical del VIH, la que disminuyó de 18 a 3%, habiendo logrado la meta de eliminación de la transmisión vertical en 9 de nuestros países, y 8 están cerca a eliminarla. En números absolutos se puede decir que se han evitado 8 mil casos de niños infectados en toda la región en el último año y más o menos 10,000 mujeres han podido ser captadas y han iniciado tratamiento antirretroviral, lo que a su vez conlleva a que se capte a la pareja disminuyendo la posibilidad de que exista nuevas transmisiones a otras personas y mejorando la calidad de vida del núcleo familiar.



- En Latinoamérica todos los países han implementado acciones de cambio de comportamiento como parte de los proyectos del Fondo Global, mayormente focalizadas en grupos de riesgo y en algunas regiones geográficas con mayor prevalencia de VIH, pero a pesar de ello en los últimos años se observa una baja en el uso del condón de las trabajadoras sexuales en su última relación sexual comercial al igual que en los HSH en su última relación anal, lo cual es muy preocupante.
- Son muy importantes los indicadores de reducción de morbilidad del VIH, por ejemplo, se sabe que el diagnóstico y tratamiento con CD4 menor a 450 implica 7 años de pérdida en esperanza de vida y si es menor de 150 la pérdida se incrementa a 10.5 años, lo que significa que existe mayor riesgo de mortalidad cuando más tardío es el diagnóstico; en la mitad de los países del mundo casi un 40% es diagnosticado en estadio inmunológico avanzado.
- En Latinoamérica existen todavía altas brechas de cobertura de pruebas diagnósticas que se van a ir incrementando en los años siguientes, las mayores brechas se encuentran justo en las poblaciones de mayor riesgo, por lo que es necesario diseñar estrategias novedosas que nos permita trabajar con las comunidades quienes deben comprometerse en el cuidado de su salud. Este trabajo conjunto rompe el paradigma de atención donde la salud solo está en manos del proveedor de salud y lo cambia a un paradigma de la autonomía donde la persona tiene la capacidad de decidir en su salud “los servidores de salud y la comunidad deben ser aliados y no enemigos”.
- Lo que hace falta actualmente en Latinoamérica es fortalecer y ampliar las estrategias preventivas que ya se están implementando, fortalecer el continuo de la atención como estrategia preventiva, considerar modelos novedosos como el PrEP, actualizar los marcos legales, movilización comunitaria y abogacía, reducir el estigma y la discriminación, intervenciones estructurales de integración, descentralización, financiamiento, sostenibilidad, equidad, y esperar lo que está por venir como los productos virucidas o vacunas efectivas.

Sesión 2: La epidemia del VIH y dinámica de la transmisión

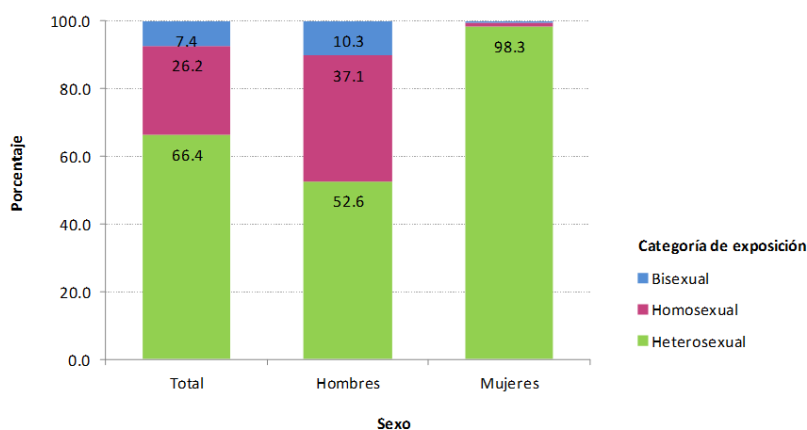
El panel para la segunda sesión estuvo conformado por la Dra. Mary Reyes de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud del Perú, la Dra. Annick Bórquez del Imperial College of London, el Dr. Jorge Alarcón profesor principal del Instituto de Medicina Tropical de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, y el Dr. Walter Mendoza de UNFPA. Fue moderada por el Dr. Carlos Cáceres profesor principal y director de la Unidad de Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Estado y tendencias de la epidemia del VIH en el Perú: poblaciones clave y otros grupos vulnerables

Dra. Mary Reyes

- Existen más de 80,000 personas reportadas desde el inicio de la epidemia entre casos de SIDA y personas que viven con VIH. Los casos de SIDA han disminuido dramáticamente desde el 2004 gracias al TARGA y la relación hombre mujer se mantiene en 3 a 1.
- El 70% de casos de reporta entre 20 a 39 años de edad predominando en varones.
- Según categoría de exposición en varones el 52% la transmisión es heterosexual, 37% homosexual y 10% es bisexual, en mujeres el 98% es heterosexual.

Porcentaje de casos de VIH notificados por transmisión sexual, según categoría de exposición y sexo. Perú 1984-2013.



Fuente: Dirección General de Epidemiología / RENACE / GT TB-VIH – Ministerio de Salud

- El 80% de los reportes acumulados de VIH se concentran en Lima Callao Loreto La Libertad, Piura, Lambayeque y Arequipa, y los casos de SIDA se concentran en Lima, Callao, Loreto y Arequipa. En los últimos tres años existe un incremento de los casos VIH notificados en provincias y una disminución de los caso en Lima y Callao,
- El comportamiento de la epidemia no es homogéneo en todas las regiones del país, se observa por ejemplo que en los últimos años Ucayali, Madre de Dios, San Martín, Moquegua y Lambayeque no hay un descenso de los casos de VIH como si ocurre en el resto del país por el contrario hay una tendencia al incremento. De igual manera los casos en Lima no es homogéneo, el 50% de casos se concentran en 7 distritos Cercado de Lima, San Juan de Lurigancho, San Martín de Porras, La Victoria, Comas, Villa El Salvador, Ate y San Juan de Miraflores.
- Según los estudios de vigilancia centinela la epidemia se ha estabilizado en población general en 0.2 a 0.3% siendo la prevalencia en la costa mayor que en selva y sierra. En la población originaria se encuentra una prevalencia de 0.2% pero debido a sus determinantes socio culturales son muy vulnerables a la fácil diseminación del virus.
- En la población clave la prevalencia mayor está en las mujeres transgénero con 20.8% con incidencia de 9.1% y en gays en 15.1% con incidencia de 5.9%. En trabajadoras sexuales la prevalencia está en 2.7% y se mantiene estable por muchos años. En la población privada de la libertad la prevalencia del 2007 es de 0.6% aunque en el Penal de Lurigancho esta cifra es mucho mayor.
- La mortalidad por SIDA desde el ingreso del TARGA ha disminuido en un 40%. En Lima y Callao las cifras han bajado notoriamente pero esto no sucede en el resto de regiones de la costa sierra y selva. En la selva existe una tendencia al incremento (Loreto, Madre de Dios, San Martín).
- Nos encontramos en una epidemia del VIH concentrada que se está estabilizando, cuya mayor incidencia está entre los jóvenes HSH menores de 25 años y en las mujeres transgénero, la tasa de mortalidad ha disminuido más en Lima y Callao que en el resto de regiones y que a pesar que

se ha avanzado en la lucha contra el VIH en el país es necesario implementar medidas de prevención adaptados a los contextos regionales y locales, y que respondan a los diferentes niveles de riesgo para el VIH.

Dinámica de la transmisión por el VIH: el modelo Modos de Transmisión y el Modelo Asiático de estimaciones del VIH

Dra. Annick Borquez y Dr. Jorge Alarcón

- Los objetivos del MoT son el de estimar la distribución de las nuevas infecciones por VIH por el modo de transmisión a corto plazo, identificar los grupos donde se cargan las nuevas infecciones y brindar evidencias para la toma de decisiones, la abogacía y la búsqueda de financiamiento.
- El modelo se basa en los datos existentes de diferentes fuentes que existen en los grupos identificados por categoría de riesgo (HSH, TS, clientes) que incluyen a los usuarios de drogas y medicamentos inyectable, se toma en consideración una ruta de transmisión que relaciona a los grupos de riesgo.
- Las limitaciones del modelo son el no representar la heterogeneidad de la población clave como tampoco representar ciertas prácticas de riesgo en esta población.
- Los resultados del MoT manifestaron que el 55% de las infecciones se presentan en HSH y mujeres trans, 15% en personas de bajo riesgo, en 18% en parejas estables de poblaciones de riesgo, y 2% en mujeres trabajadoras sexuales.

MoT Perú 2010: hallazgos

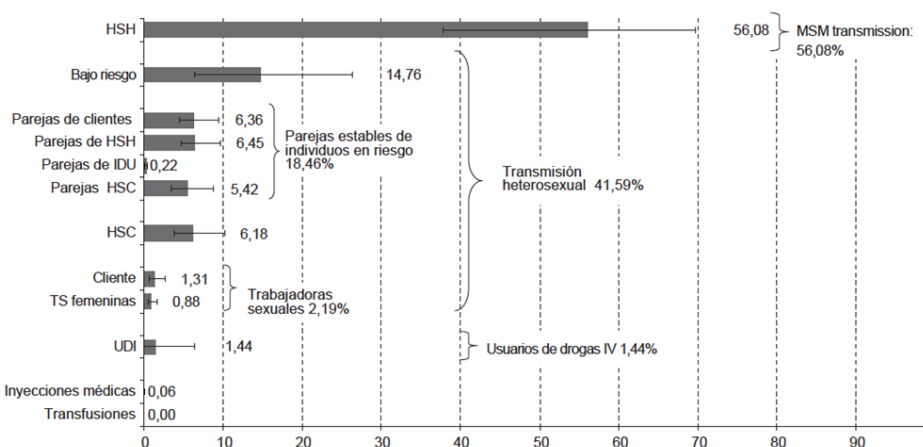


Figura 2. Límites de incertidumbre alrededor de la distribución de nuevas infecciones por VIH según modo de transmisión en HSH: hombres que tienen sexo con hombres; HSC: heterosexuales que realizan sexo casual; UDI: usuarios de drogas endover

- Las recomendaciones derivadas de la aplicación del MoT son que las acciones de prevención en HSH pueden ser más eficientes y producir un impacto importante de la epidemia en el país, que estas acciones deben extenderse y fortalecerse a las parejas estables de las poblaciones en riesgo y población general, que debe promoverse la prueba voluntaria y consejería y mantenerse en vigilancia a las TS, se debe fortalecer al equipo técnico del MINSA para mantener una actualización constante de la información y promover investigaciones que cubran los vacíos de información.
- El modelo asiático AEM, está mejor diseñado para países con epidemias concentradas o de baja incidencia.
- En el Perú existen muchos factores que influyen en la calidad de información como tener un sistema de vigilancia en casos reportados, pocos estudios poblacionales, poca accesibilidad con los grupos afectados que dificulta conocer el tamaño poblacional, los casos de VIH el nivel de

riesgo, la atención primaria insuficiente, deficiente sistema de información que desemboca en subnotificación e información deficiente.

- Se encontró que en la distribución de casos nuevos el grupo más afectado es el de HSH le siguen las mujeres de bajo riesgo, clientes de trabajadoras sexuales y luego el de trabajadoras sexuales, se puede observar una variación de los clientes de trabajadoras sexuales que representaba un 40% en 1993 a 3% en el 2013, mientras que en HSH varía de 33% a 67%, lo mismo que en mujeres de bajo riesgo que se observa un incremento de 18 a 21%.
- El modelo permite medir el impacto del uso de condón relacionando el incremento de su uso con disminución de nuevos casos de VIH, si se logra aumentar sobretodo en la población clave se disminuiría más los nuevos casos.
- El modelo AEM es bastante consistente con los estudios de vigilancia, tiene ciertas diferencias con el Spectrum, sugiere que la respuesta nacional tuvo éxito en reducir la incidencia en TS y sus clientes pero continua en HSH, y recomienda incrementar el uso consistente del condon entre los HSH y sus parejas además de considerar otras estrategias que reduzcan la transmisión en este grupo, y es necesario mejorar la vigilancia en trabajadoras sexuales, la vigilancia fuera de Lima, los servicios de salud a nivel primario y el sistema de información con su proceso de análisis.

Determinantes sociales de la epidemia

Dr. Walter Mendoza

- Una fuente que puede brindar la información necesaria en este punto y que ha sido subutilizada para la toma de decisiones es la ENDES varones cuya última versión se llevó a cabo el año 2008. Este tipo de encuestas nacionales deberían realizarse con mayor frecuencia ya que la dinámica poblacional se encuentran en cambio constante año a año sobre todo por el desarrollo de las tecnologías de información, las redes sociales.
- Los ejes de desigualdad, como los referentes a etnia, marginación exclusión por cuestiones de género, no están suficientemente estudiadas por lo que no se tiene información disponible.
- El sistema de salud margina a grupos poblacionales, y esto es evidente en el VIH/Sida donde las disparidades están vinculadas a una interacción compleja de determinantes sociales y económicos, para reducir las disparidades sociales se debe hacer frente a los determinantes sociales de salud identificándolas en las subpoblaciones desproporcionadamente afectadas por el VIH de modo que las intervenciones integradas puedan ser desarrolladas para hacerles frente o mediar ante ellas.
- Es necesario saber cuál es la información es la que funciona o no en nuestro medio, con qué estudios de adherencia a tratamientos preventivos contamos, cuál es la calidad de atención de los servicios, cuál es la evidencia de la causalidad que sustentan intervenciones para la prevención del VIH,
- “la ausencia de evidencia no es evidencia de ausencia”.

APORTES DEL DIALOGO

- Se están actualizando las normas de notificación así como las de vigilancia centinela donde se están integrando la información necesaria para los modelos presentados, relacionado a nivel de riesgo, etnias, evolución del VIH y otros con lo que se pueda por lo menos con estos estudios tener información adecuada y actualizada.
- Los modelos epidemiológicos muestran que la población heterosexual de bajo riesgo está más infectada, esto se explica porque incluyen a las parejas estables de las poblaciones de riesgo lo que al final son poblaciones de riesgo también, esto incrementarían los valores presentados en HSH; con respecto a la inclusión de PPL y poblaciones indígenas es importante tratar de integrarlas a los modelos ya que a pesar de ser muy poca es necesario conocerla debido a que permite planificar acciones sobre estos grupos de riesgo.

- Las tendencias como las fuentes de datos deben ser lo más confiables posibles para que el resultado del modelamiento sea lo más cercano a la realidad. En el caso del MoT y el AEM se han empleado diferentes metodologías para estar seguros de la confiabilidad de los datos obtenidos.
- No es lo mismo la estrategia de uso de condón en trabajadoras sexuales que en HSH, en estos últimos es más difícil por razones sociales y comportamentales, mientras que lo que jugó a favor de la intervención en TS fue lo temprano que se inició y la apertura que tuvieron en los servicios de salud sexual.
- En la población HSH no se ha estudiado lo suficiente las estrategias para lograr el uso consistente del condón por lo que no debe abandonarse.
- Es necesario separar la población HSH y la Trans, tampoco se debe perder de vista la población originaria debido a que las intervenciones en ellas no van a ser iguales que en las zonas urbanas,
- Con respecto al condón hay que aceptar que existe mucha gente que no desea usarlo ya que lo consideran que bloquean su intimidad por lo que es necesario pensar en otras medidas de prevención entendiendo los contextos poblacionales.
- Debe pensarse en la vigilancia centinela como acciones de gran movilización de recursos técnicos y financieros, debiéndose pasar a una vigilancia permanente con datos clave que puedan ser fácilmente reportados en todo nivel.
- Referente a los determinantes sociales, hay mucho que describir y hacer, pero lo cierto es que mientras no exista una educación sexual adecuada, van a seguir existiendo los problemas actuales, lo mismo es cuando se refiere al estigma y la discriminación sobretodo la homofobia y la transfobia que son las principales barreras para el acceso a la salud y otros derechos de esta población.

CONCLUSIONES

¿Cuál es la situación actual de la epidemia?

- La epidemia del VIH en el Perú se encuentra concentrada en poblaciones clave, su mayor incidencia está entre los jóvenes HSH menores de 25 años y en las mujeres transgénero. La tasa de mortalidad por enfermedades relacionadas al Sida ha disminuido notablemente desde el ingreso del TARGA al país, lo que es evidente en Lima y Callao a diferencia de otras regiones
- A pesar que se ha avanzado en la lucha contra el VIH en el país es necesario implementar medidas de prevención adaptados a los contextos regionales y locales, y que respondan a los diferentes niveles de riesgo para el VIH.

¿Cuál es la dinámica de la transmisión de VIH en el Perú, en el presente y a futuro?

- Existen muchos factores que influyen en la calidad de información para el estudio de la dinámica de transmisión del VIH en el Perú. La poca accesibilidad con los grupos afectados dificulta conocer el tamaño poblacional.
- Según los estudios de vigilancia centinela la epidemia se ha estabilizado en población general en 0.2 a 0.3% siendo la prevalencia en la costa mayor que en selva y sierra. En la población originaria se encuentra una prevalencia de 0.2% pero debido a sus determinantes socio culturales son muy vulnerables a la fácil diseminación del virus.
- Con la aplicación del MoT se encontró que la variación porcentual de la afectación por el VIH en los clientes de trabajadoras sexuales ha sido de 40% en 1993 a 3% en el 2013, mientras que en HSH de 33% a 67%, y en el grupo de mujeres de bajo riesgo existe un incremento de 18 a 21%.
- Las recomendaciones derivadas de la aplicación de los modelos epidemiológicos en el país concluyen que las acciones de prevención en HSH pueden ser más eficientes y producir un impacto importante de la epidemia en el país. Estas acciones deben extenderse y fortalecerse a las parejas estables de las poblaciones en riesgo.
- El sistema de salud margina a grupos poblacionales, y esto es evidente en el VIH/Sida donde las disparidades están vinculadas a una interacción compleja de determinantes sociales y económicos, para reducir las disparidades sociales se debe hacer frente a los determinantes

sociales de salud identificándolas en las subpoblaciones desproporcionadamente afectadas por el VIH de modo que las intervenciones integradas puedan ser desarrolladas para hacerles frente o mediar ante ellas.

Sesión 3: La respuesta nacional en prevención

El panel de la Sesión 3 estuvo conformado por la Dra Patricia Caballero del Instituto Nacional de Salud, el Dr Gustavo Rossel Director Regional de Salud de la Región San Martín, el Dr. Javier Salvatierra del Centro Referencial de Infecciones de Transmisión Sexual Alberto Barton del Callao, la Sra. Guiselly Flores representante de las personas que viven con el VIH de la CONAMUSA y el Dr. Julio Gilvonio representante de las poblaciones clave en CONAMUSA y el Licenciado Ricardo Chuquimia representante de PARSALUD receptor principal del proyecto de decima ronda del Fondo Global. La mesa fue moderada por el Dr. Carlos Benites del Ministerio de Salud.

El Acceso a las pruebas de tamizaje, diagnóstico y monitoreo en el Perú

Dra. Patricia Caballero

- El INS respalda todas las intervenciones que dirigen las estrategias sanitarias nacionales, apoyando la selección del método de diagnóstico, capacitando al personal con respecto a las pruebas, evaluando las capacidades del laboratorio regional o local, realizando el control de calidad y manteniendo sistema de información de resultados.
- Para el VIH existen pruebas que son centralizadas en el Instituto por ejemplo la Reacción de Cadena Polimerasa, Western blot y genotipificación, mientras que las pruebas rápidas, cuenta de CD4, el ELSA son descentralizadas en los establecimientos de salud o laboratorios referenciales.
- Las pruebas son útiles para el acceso a la consejería y educación, para una atención integral, para el diagnóstico temprano de niños nacidos de madre VIH o para el acceso de ARV adecuados mediante la genotipificación del VIH.
- Para lograr la sostenibilidad de una intervención actualmente existen varias vías de financiamiento, como los presupuestos por resultados, el seguro integral de salud, recursos propios y otros, pero como Estado debemos realizar intervenciones que sean eficientes en el gasto de los recursos públicos.
- Para el sistema de información el INS cuenta con el Netlab que trabaja por internet donde tanto el personal de salud como los afectados pueden tener acceso a los resultados.
- En un estudio basado en los datos que produce el Netlab para evaluar el tiempo en que se alcanzaba la supresión viral en pacientes que iniciaron TARGA durante los años 2004 al 2006, se encontró que el 88% alcanzaron supresión viral en el tiempo estudiado (respondedores) y 12% nunca suprimieron su carga viral (no respondedores), en el estudio el 70% de los respondedores mantuvieron la supresión viral por espacio de 6 años, durante el periodo se pudo observar el comportamiento del CD4 y otros indicadores.
- El estudio es un ejemplo de cómo la información puede ayudar a conocer más la respuesta al VIH en personas que viven con el virus y plantear nuevos aspectos que permitan lograr el éxito de la intervención,

La Experiencia de la Región San Martín

Dr. Gustavo Rosell

- Las líneas políticas de salud en la Región San Martín están de acorde a la reforma de salud y el desarrollo alcanzado en gestión de la salud en la región, es gracias al trabajo de coordinación interna, intersectorial y comunitaria.

- El VIH/Sida se encuentra como quinta prioridad de salud en la región y en tercer lugar de importancia con respecto al financiamiento. El comportamiento de la epidemia no difiere al del resto del país, se presenta más en varones y se encuentra concentrada en poblaciones clave;
- En la Región se ha descentralizado la entrega del TARGA, así como la atención del manejo sintomático de las ITS, se han hecho campañas de sensibilización con el personal de salud entre otras estrategias.
- Actualmente hay más casos reportados de Sida que de VIH lo que significa que predomina el diagnóstico tardío, por lo que se está realizando la búsqueda activa llegando a las poblaciones de mayor riesgo para el diagnóstico oportuno.
- El 50% de muertes relacionadas al VIH tienen tuberculosis por lo que los portadores de la infección están incluidos en la búsqueda activa.
- Se mantienen continuas reuniones con las poblaciones clave LGTB en búsqueda de soluciones integrales, en el caso de la Región San Martín las que son comandadas por los representantes del Dirección Regional de la Mujer e Inclusión Social, dando ejemplo de trabajo multisectorial ya que participan los sectores de educación, trabajo etc.
- El éxito de las intervenciones depende de la actitud del personal de salud y sobre esto debe trabajarse mucho.

Perspectivas de un CERITSS: Barton

Dr. Javier Salvatierra

- La población homosexual debe ser diferenciada como una comunidad LGTBI, donde se visibilice a cada uno de sus componentes y se diferencie su problemática.
- Los CERITS realizan atención médica periódica a las poblaciones clave, proporcionan consejería, atención médica, diagnóstico de laboratorio de ITS y VIH. Existe un protocolo que indica las actividades que se deben realizar en una atención médica periódica, muchas de las cuales no se cumplen actualmente.
- La principal debilidad de los CERITS es la falta de institucionalidad, estos no están acreditados por el Ministerio de Salud como tales lo que complica su gestión administrativa
- Otras debilidades se encuentran en la falta de acreditación en la atención primaria a la población LGTBI del personal clínico, de consejería y laboratorio.
- Otras barreras que deben ser solucionadas en los CERITS son el respeto a la identidad de género y orientación sexual en los servicios de salud y similares
- Estos establecimientos requieren de material educativo diferenciado para las necesidades de cada población, material de información de las nuevas formas de prevención del VIH que incluyen el tratamiento para el seronegativo, la circuncisión entre otras; falta material de mercadeo del condón que sea novedoso (erotización del condón), de igual manera debe incluirse los lubricantes en la lista de DIGEMID para que pueda accederse a su compra.

Barreras a solucionar I

- Falta de material IEC actualizado y que tengan el aval de las comunidades diversas.
- Temas: Orientación sexual, identidad de género, Higiene anal, vaginal y pene. Hormonoterapia en población transgénero. Erotización del uso del condón. Uso adecuado de Lubricante



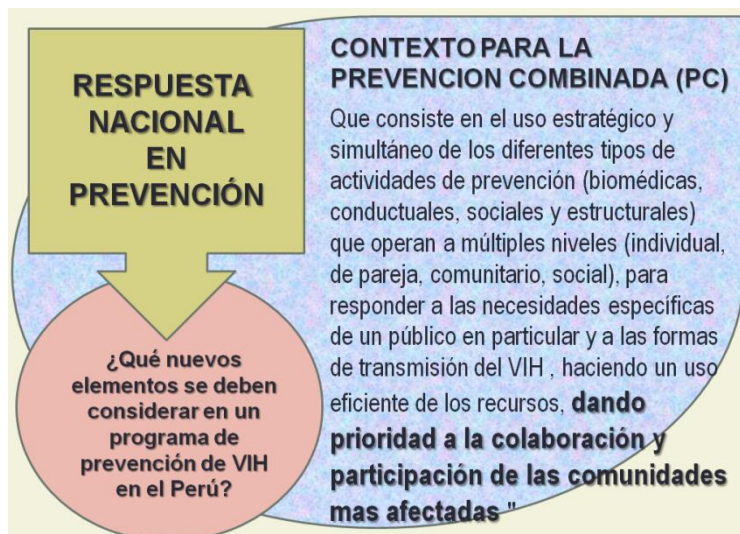
- Respecto al laboratorio es necesario contar con nuevos métodos de búsqueda de ITS, hay que evaluar las pruebas rápidas para sífilis y la probabilidad de realizar el diagnóstico oportuno de la infección aguda de VIH, el diagnóstico de hepatitis, existe actualmente un comité de expertos que se encuentra evaluando estos aspectos.
- Con referencia al programa promotores educadores de pares actualmente estas intervenciones han disminuido en cuanto a presupuesto y el objetivo de su creación.
- Es necesario fortalecer las actividades de los equipos itinerantes ya que en un estudio realizado en la ronda 6 del proyecto del Fondo Global se encontró que hasta el 60% de los diagnósticos de VIH hechos en el CERITSS eran derivados por los equipos itinerantes.
- Debe buscarse un conjunto de acciones derivadas a fortalecer los CERITS, y promover el trabajo unido entre los servidores de salud y la comunidad LGTBI en un ambiente de paz sin estigma ni discriminación.

Perspectivas de la comunidad de Personas viviendo con VIH

Sra. Guiselly Flores

- El tema de prevención combinada llega en el momento preciso para las PVV, ya que este trae como componente importante la óptica de los derechos humanos. En los últimos años tanto las PVV como la comunidad vulnerable no han participado en forma activa en la respuesta al VIH en el país.
- En las investigaciones que se están llevando a cabo no se hace participar a las personas afectadas en el diseño de las mismas, son solo vistas como sujetos de investigación y no como sujetos de derechos.
- Hay que apuntar más al problema del estigma, para que la respuesta al VIH sea más efectiva.
- La prevención combinada responde a las necesidades particulares de un público particular y a las formas de transmisión del VIH, haciendo uso adecuado de los recursos y sobretodo dando prioridad a la colaboración y participación de las comunidades más afectadas.
- La comunidad de personas que viven con el VIH se pregunta: si los grupos de ayuda mutua son todavía una prioridad en los hospitales para el apoyo del nuevo afectado; si se han logrado fortalecer a las organizaciones comunitarias; si se ha aplicado el monitoreo de resultado de las intervenciones con indicadores de derechos humanos; cuántas personas PVV son parte de los equipos de gestión del MINSA como expertos comunitarios.
- Hay que reconocer el principio moral de la prevención combinada que busca alcanzar el acceso universal con un enfoque basado en derechos humanos; el que centrarse en las personas para la prevención a través de enfoques biomédicos y comportamentales no es suficiente; reconocer y afrontar en la practica la necesidad de Acción Multisectorial en paridad de roles con los actores de la sociedad civil;
- Hay que reconocer que la homofobia limita la discusión abierta sobre prácticas sexuales; la necesidad de acceso a programas de tratamiento y apoyo sostenibles y efectivos, desabastecimiento CERO; promover estrategias y sistemas de vigilancia comunitaria contra el estigma y discriminación con la participación efectiva de las personas afectadas, implementar y/o fortalecer el Sistema de Referencia y Contrarreferencia para manejo oportuno, mejorando el seguimiento y monitoreo de la persona transferida al establecimiento,
- Se debe mejorar las competencias en los servidores públicos; mejorar y asegurar el acceso al tratamiento de personas con VIH, ITS, enfermedades oportunistas y reacciones adversas a medicamentos; comprometer a tomadores de decisiones para eliminar las barreras de acceso a la justicia de las personas con VIH, poblaciones clave y vulnerables; comprometer a tomadores de decisiones para eliminar las barreras de acceso a la justicia de las personas con VIH, poblaciones clave y vulnerables;
- Se debe garantizar la implementación del principio e instrumento del MIPA estableciendo y monitoreando metas concretas en razón a la participación de las personas afectadas en la

selección, diseño e implementación, monitoreo y evaluación de la prevención combinada; entre otras.



Perspectivas de las poblaciones clave

Dr. Julio Gilvonio

- Las poblaciones clave están constituidas por las mujeres trans, HSH (gay, bisexuales), Trabajadores sexuales y PPL, y son clave ante la lucha contra el VIH, para poder planificar, para poder implementar y hacer monitoreo de las estrategias, son clave para poder tener cero infecciones, cero transmisiones y cero muertes, son importantes en todo el mundo y tienen derechos como todo el mundo.
- En este grupo los trabajadores sexuales están invisibilizados ante los investigadores y tomadores de decisiones, debido a que existen muchas modalidades de trabajo sexual no solo el que intercambia sexo por dinero sino el que recibe otro tipo de dádiva a cambio de favores sexuales, por lo tanto la prevención combinada debe ser adaptada a cada una de estas diferencias.
- Para poder realizar intervenciones racionales deben conocerse cuántos son por subpoblación (se estima la población LGTBI en 3%), dónde están, qué requieren, porque no acceden, será porque no confían, no saben dónde ir y que dan, porque tienen poca percepción de riesgo
- Una situación de riesgo puede darse por falta de información, poca capacidad de negociación del condón, o falta de hábitos de cuidado de la salud. Entonces se tiene que hacer una prevención combinada donde se encuentran los preservativos masculinos y femeninos los cuales no deben perderse porque protege de otras de ITS, la información y mercadeo del condón debe ser actualizado con la época, y la información de otras intervenciones preventivas como la circuncisión masculina, algunas intervenciones conductuales, la educación sexual, el asesoramiento de pares
- El estado debería priorizar las intervenciones estructurales y de apoyo, implementar normas que disminuyan las inequidades y luchen contra el estigma y la discriminación.
- La principal perspectiva de la población clave es contar con todas las herramientas para poder prevenir el VIH, donde se incluya la profilaxis pre exposición, la circuncisión, el acceso permanente al condón y que el MINSA esté en la capacidad de ofrecérselas en forma gratuita.

Proyectos financiados por el Fondo Global: Ronda 10

Lic. Ricardo Chuquimia

- En el proyecto aprobado por el Fondo Mundial en la Ronda 10, la implementación del Modelo de Atención Integral o MAIC, busca la participación comunitaria en el cuidado de su salud, en el marco de la reforma de salud.

- Este modelo permitirá formar redes integradas que amplíen el acceso de aquellas poblaciones que no se acercan al sistema de salud pero en un marco de respeto de sus derechos, busca integrar la atención de salud con otras necesidades de la población LGTBI en educación, justicia y trabajo.
- El MAIC está basado en dos brazos, primero una dinámica de atención en las mismas organizaciones comunitarias de gays, mujeres trans o mixtas, en diferentes lugares donde pueda existir servicios de consejería, distribución de condones, servicios de pruebas rápidas, la promoción de la salud mental, consejería legal y referencia a otros sectores, así como también el buen uso del tiempo libre. La otra estrategia es el radar comunitario que agrupa los servicios públicos para las atenciones en salud y en derechos humanos, ofrecidos en los establecimientos de salud y en las demás contrapartes públicas (MTPE, MIMP, MINJUS, MINEDU, Defensoría, Gobiernos Locales, otros). Este radar se hace efectivo a través de un Sistema de Referencia y Contra Referencia (SRC) o conjunto ordenado de procedimientos que aseguran la continuidad de la atención de las necesidades de salud y de derechos humanos de manera oportuna, coordinada, eficiente y eficaz.
- El trabajo de los servicios comunitarios y las estrategias regionales o locales serán por intermedio de los CERITS o UAMP, los centros de comunitarios sirven como puertas de entrada diferenciadas al “sistema público” para las personas excluidas por orientación sexual e identidad de género. Refirió que el sistema MAIC no busca reemplazar ni compite con las acciones del sistema público la idea es complementar sus actividades y ampliar coberturas y apuesta por el fortalecimiento comunitario. Los otros objetivos del proyecto involucran actividades de lucha por los derechos humanos y contra el estigma y discriminación, y actividades de generación e institucionalización de la evidencia.

APORTES DEL DIALOGO:

- Existe un vacío normativo para coordinar entre los diferentes estamentos en la ejecución de las estrategias,
- Es difícil hacer el seguimiento de las personas que viven con el VIH ya que la mayoría de los registros no son nominales y eso dificulta esta actividad, quizás como con el Netlab debería establecerse que todos los registros sean nominales.
- El sistema de información es todavía un gran problema en el MINSA por la cantidad de registros que debe utilizar el personal de salud.
- La información del abuso de drogas y alcohol en poblaciones clave pueden encontrarse en los estudios de vigilancia centinela, haciendo un análisis de los datos se puede conocer la problemática, pero después de hacerlo el problema es que hacer con los afectados y en eso es que hay que trabajar,
- Las intervenciones con promotores educadores de pares tienen financiamiento programado pero es utilizado muchas veces para cubrir otras necesidades por las Direcciones de Salud y Establecimientos, lo mismo sucede con los equipos itinerantes.
- Durante la ejecución de la primera fase del Proyecto del Fondo Mundial se empezó a trabajar con los diferentes sectores sensibilizando y preparando el territorio para la aplicación del MAIC en un marco de derechos; con respecto a la sostenibilidad de los centros comunitarios ya durante la primera fase las mismas organizaciones han firmado convenios con las autoridades regionales para su sostenibilidad.

CONCLUSIONES

¿Qué nuevos elementos se deben considerar en un programa de prevención de VIH en el Perú?

- Se debe considerar que las pruebas rápidas son útiles para el acceso a la consejería y educación, para una atención integral, para el diagnóstico temprano de niños nacidos de madre VIH o para el

acceso de ARV adecuados mediante la genotipificación del VIH, por lo que no deben faltar en un programa de prevención del VIH.

- El éxito de las intervenciones depende de la actitud del personal de salud, por lo que debe incidirse mucho en mejorar este aspecto.
- En todo programa de prevención de VIH la población homosexual debe ser diferenciada como una comunidad LGTBI, donde se visibilice a cada uno de sus componentes y se diferencie su problemática.
- Hay que dirigir mayores acciones hacia la solución del problema del estigma y discriminación, para que la respuesta al VIH sea más efectiva.
- Los programas de prevención del VIH deben responder a las necesidades particulares de un público particular y a las formas de transmisión del VIH, haciendo uso adecuado de los recursos y sobretodo dando prioridad a la colaboración y participación de las comunidades más afectadas.
- Hay que reconocer el principio moral de la prevención combinada que busca alcanzar el acceso universal con un enfoque basado en derechos humanos; el que centrarse en las personas para la prevención a través de enfoques biomédicos y comportamentales no es suficiente; reconocer y afrontar en la practica la necesidad de Acción Multisectorial en paridad de roles con los actores de la sociedad civil;
- La principal perspectiva de la población clave es contar con todas las herramientas para poder prevenir el VIH, donde se incluya la profilaxis pre exposición, la circuncisión, el acceso permanente al condón y que el MINSA esté en la capacidad de ofrecérselas en forma gratuita, por lo que deben ser considerados en un programa de prevención de VIH..

Sesión 4: Lineamientos globales sobre prevención y su lugar en la reforma en salud en el Perú

El panel de la Sesión 4 estuvo conformada por el Dr. Carlos Benites del MINSA, la Dra. Bertha Gómez de OPS, el Dr. Peter Godfrey-Faussett de ONUSIDA, y la Sra. Guiselly Flores de la CONAMUSA. La mesa fue moderada por el Dr. José Luis Sebastian ex Coordinador de la Estrategia Nacional de VIH y representante de AHF en el Perú.

Lineamientos de la reforma y adecuación de políticas nacionales para la prevención del VIH en el Perú

Dr. Carlos Benites

- El objetivo principal de la reforma de salud es ampliar la cobertura a toda la población en los diferentes estratos socioeconómicos, y que se acompañe del respeto de los derechos de las personas.
- En este marco la intervención del VIH y Sida se encuentra financiada al haberse incluido a los PVV en el SIS siempre y cuando no tenga otro seguro, al haberse introducido las intervenciones en el Plan Esencial Aseguramiento Salud PEAS y el PpR se garantizan las vacunas, los medicamentos para infecciones oportunistas y los medicamentos antirretrovirales gratuitos, para esto es necesario una racionalidad en los esquemas de tratamiento porque facilita su compra, los hace más accesibles en precios y permite una mejor distribución en el país.
- Se invierte 200 millones de soles para las actividades del VIH/Sida; lo importante para el financiamiento es el nivel de evidencia de las intervenciones y luego la programación, esto es valioso sobre todo cuando se quiere implementar nuevas intervenciones como los que están referidos en la prevención combinada.
- Es importante el fortalecimiento de los CERITS y UAMPs que debe ser asumida no solo desde nivel central, sino desde el regional y desde las comunidades.
- Existe una estrecha relación entre la naturaleza de la reforma multidimensional, integral, multisectorial e intergubernamental y el Plan Estratégico Multisectorial 2014-2018 que se

encuentra en etapa de aprobación el cual contiene objetivos dirigidos a la prevención, la atención integral, la relación multisectorial y con la comunidad, la rectoría institucional y el fortalecimiento de la información.

- En cuanto a la atención integral se están descentralizando los servicios de tamizaje o diagnóstico, se están focalizando acciones en poblaciones clave, se actualiza la normatividad buscando optimizar los esquemas de tratamiento; y en relación de la protección del usuario se trabaja mucho con los eventos adversos, esto ha hecho de que algunos ARV se hayan retirado de los esquemas terapéuticos.

Lineamientos globales sobre el uso de antirretrovirales en tratamiento y prevención

Dra. Bertha Gómez

- En el 2013 OMS publicó las directrices unificadas sobre el uso de antirretrovirales para el tratamiento y la prevención del VIH de acuerdo a los adelantos de la ciencia y tecnología, y se cambió la visión de “control del VIH” la de “acabar con el VIH”, y además debido a que el tratamiento antirretroviral no solo se ve para el beneficio personal sino para el poblacional con una mirada mayor de salud pública.
- La OMS buscó organizar todas las opciones que estaban apareciendo, sistematizarlas y racionalizarlas en esta nueva directriz unificada de tal manera que su aplicación pueda ser sostenible y aplicable por los países, dirigida no solo al campo clínico sino al trabajo operativo y a la gestión de los jefes de programas.
- En la directriz la unificación se da a través de las poblaciones y edades (en el curso de vida), a lo largo del proceso continuo de la atención y de las orientaciones existentes.
- Las nuevas recomendaciones para el inicio del tratamiento antirretroviral son:
 - inicio a las personas VIH asintomáticas con valores de CD4 menor de 500 cel. ,
 - en los niños se sugiere iniciar a todos los menores de 5 años independientemente de su estado inmunológico,
 - iniciar tratamiento antirretroviral a todas las mujeres VIH gestantes y que amamantan,
 - iniciar el tratamiento a las personas con coinfección VIH-Tuberculosis independientemente del CD4, en la coinfección VIH-hepatitis B independiente del valor de CD4,
 - en personas VIH con parejas discordantes,

| Resumen de cambios en recomendaciones: cuándo comenzar en adultos | | | |
|--|---|--|--|
| GRUPO DE POBLACIÓN (sin TAR previo) | DIRECTRICES TAR 2010 | DIRECTRICES TAR 2013 | FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN Y CALIDAD DE LA EVIDENCIA |
| VIH+ ASINTOMÁTICO | CD4 \leq 350 cells/mm ³ | CD4 \leq 500 cel/mm ³ (CD4 \leq 350 cel/mm ³ como prioridad) | Fuerte, calidad de evidencia moderada NEW |
| VIH+ SINTOMÁTICO | Estadio clínico 3 ó 4 independientemente del recuento de CD4 CD4 \leq 350 | Sin cambios | Fuerte, calidad de evidencia moderada |
| MUJERES VIH+ EMBARAZADAS Y QUE AMAMANTAN | independientemente de los síntomas clínicos O Estadio clínico 3 ó 4 independientemente de CD4 | Independientemente de CD4 o del estadio clínico | Fuerte, calidad de evidencia moderada NEW |
| COINFECCIÓN VIH/TB | TB activa, independientemente de CD4 | Sin cambios | Fuerte, baja calidad de evidencia |
| COINFECCIÓN VIH/VHB | Evidencia de enfermedad activa crónica por VHB, independientemente de CD4 | Evidencia de hepatopatía crónica grave, independientemente de CD4 | Fuerte, baja calidad de evidencia NEW |
| PERSONA VIH+ EN PAREJAS SERODISCORDANTE | Sin recomendación | Independientemente de CD4 o del estadio clínico | Fuerte, calidad de evidencia alta |

- Todas las recomendaciones del tratamiento antiretroviral tienen muy fuerte evidencia clínica debe tratar de armonizarse los tratamientos a través de las poblaciones (adultos y embarazadas) y por grupos de edad. Se recomiendan esquemas de primera línea simplificados y menos tóxicos.
- En la parte operativa se recomienda el uso de combinaciones con dosis fijas con enfoque preferido, mejorar el monitoreo para apoyar una mejor adherencia terapéutica y detectar precozmente el fracaso terapéutico, la delegación de funciones a quien le corresponde por ejemplo a otros programas, la descentralización y la integración, la prueba comunitaria para complementar una expansión de la prueba de VIH más amplia.
- Se busca iniciar un esquema de primera línea como el tenofovir, lamivudina y efavirenz, el cual es eficaz y bien tolerado y se puede tomar en una sola dosis al día. Esta combinación armoniza los esquemas en las diferentes poblaciones, ya que se puede utilizar tanto en adultos como en niños mayores de 3 años, además tiene seguridad para el embarazo, es adecuado para el tratamiento en coinfecciones etc. Este tipo de esquemas facilita su compra y distribución.
- El cambio de esquema debe ser racional y buscando la menor posibilidad de crear resistencia a los antirretrovirales.
- El monitoreo de la carga viral es importante para el inicio y medir el fracaso terapéutico, si la carga viral no está disponible el CD4 y la monitorización clínica deben ser utilizado para diagnosticar el fracaso.
- Actualmente existen varias guías que están siendo publicadas, pero la más interesante es la de profilaxis pre exposición la cual está basándose en los resultados de estudios de investigación, donde la evaluación de la adherencia es muy importante porque es más difícil medicar a una persona seronegativa que a una seropositiva.

Lineamientos integrados de prevención y tratamiento del VIH en poblaciones clave

Dr. Peter Godfrey-Faussett

- Problemas existentes en las poblaciones clave en muchos países:
- Las estimaciones del Spectrum sugieren un ratio de uno a uno de las nuevas infecciones de VIH ligadas de personas de la población clave a personas de bajo riesgo;
- La finalización de la epidemia no va a ser posible sin abordar las necesidades de las poblaciones clave;
- Anteriormente no se ha abordado la superposición de comportamientos, vulnerabilidades y necesidades;
- No se han considerado la adicional vulnerabilidad las poblaciones clave jóvenes y los complejos retos legales sociales y emocionales que deben enfrentar.
- Se considera población clave a los HSH, PPL, UDI, trabajadores sexuales, mujeres transgenero, y a otras personas identificadas como tal, por ejemplo, las mujeres y los niños en Africa. Estas poblaciones son clave porque tienen más riesgo al VIH y vulnerabilidad en todos sus ámbitos, bajo acceso a los servicios, aumento de la estigmatización y discriminación, y un entorno legal punitivo.
- En las directrices se recomienda qué hacer en la población clave: prevención, testeo, tratamiento y cuidado, habilitadores críticos y “paquetes esenciales” para población clave; cómo decidir: evaluar la situación local, la toma de decisiones y planificación, monitoreo y evaluación y las fuentes de datos clave; y cómo hacerlo: prestación de servicios, enfoques comunitarios y casos ejemplo.
- Existen una serie de intervenciones en el sector salud dirigidos a la prevención del VIH. Entre estas tenemos: al testeo y consejería en salud sexual y reproductiva; tratamiento y cuidado; prevención relacionada al tratamiento como el inicio temprano de tratamiento; intervenciones relacionados a drogas dañinas; y la prevención y manejo de las comorbilidades.

KEY POPULATIONS

Intervenciones del Sector Salud

- Prevención del VIH**
 - Programa comprensivo de condón y lubricantes
 - Intervenciones conductuales
 - Circuncisión masculina voluntaria para la prevención del VIH
- Test y consejería del VIH**
- Salud sexual y reproductiva**
 - **Contracepción**
 - Aborto seguro
 - Screening Cervical
 - Concepción y embarazo
 - **Infecciones de transmisión sexual**
- Tratamiento VIH y cuidado**
 - TAR
 - Prevención de la transmisión de la madre al niño (PMTCT)
 - **Interacción de drogas**
 - **Nutrición**
- Prevención relacionada a ARV**
 - **Profilaxis pre-exposición(PrEP)**
 - **Profilaxis post-exposición(PEP)**
 - **Inicio temprano de ARV**
- Intervenciones relacionadas al uso de sustancias**
 - Programas de Agujas y Jeringas
 - Tratamiento de dependencia a otras drogas
 - **Manejo y prevención de la sobredosis**
- Prevención y manejo de co-infecciones y co-morbilidades**
 - **Tuberculosis**
 - **Hepatitis Viral**
 - **Salud Mental**

| | |
|--|---------------------------------|
| | Existe en la Guía de OMS |
| | Nuevo en la Guía de OMS |
| | En desarrollo en la Guía de OMS |

- La profilaxis pre-exposición (PrEP) en HSH se recomienda como una opción adicional de prevención del VIH dentro de un paquete integral de prevención (esta es una recomendación fuerte con calidad de evidencia alta).
- En referencia a los habilitadores críticos, existen evidencias que cambios en leyes y políticas disminuyen casos de VIH. Por ejemplo, la despenalización de las normas contra las conductas de poblaciones clave como el caso de Portugal con los usuarios de drogas controladas; otro ejemplo esta referido a la disminución de estigma y discriminación entre los servidores de salud con el entrenamiento y la sensibilización de trabajadores en Zimbawe entre otros.
- Se requiere la integración de los servicios de VIH con otros servicios como los de salud sexual y reproductiva, descentralización de los servicios, cambio de tareas para entrega de tratamientos o el PrEP, y los enfoques basados en la comunidad.
- Solo se logrará el fin de la epidemia con un enfoque renovado en poblaciones clave, utilizando las directrices como un disparador de cambio a nivel mundial y nacional, y que las alianzas entre los ministerios de salud y organizaciones de la comunidad lideradas por poblaciones clave son esenciales para el éxito del programa.

Recomendaciones para proteger los derechos humanos en el marco de la prevención del VIH

Sra. Guiselly Flores,

- Existe la necesidad de una visión conjunta entre el servidor de salud y la persona que vive con VIH, en un escenario de respeto de los derechos, es una forma de asegurar la adherencia al tratamiento;
- Es necesario que el servidor de salud conozca que existen determinantes sociales que pueden influir en una inadecuada adherencia a los antirretrovirales y no es el descuido de la persona.
- El servidor debe reconocer los derechos de la mujer que vive con VIH en lo que se refiere a sus derechos reproductivos, sin diferenciarla con la población general.
- El hablar de multisectorialidad no solo significa buscar el interés y la intervención de los diferentes sectores públicos sino también la participación de las comunidades y dentro de ellas a las personas que viven con el VIH.

APORTES DEL DIALOGO:

- No es necesario que se tenga que hacer test de resistencia a todas las personas que reciben antirretrovirales sino que el país debe conocer el nivel de resistencia de las drogas que se usan

en el país, en Latinoamérica al parecer los niveles de resistencia primaria es menos del 5% por lo tanto es baja.

- La PrEP por sí sola no es la solución para la prevención del VIH en poblaciones clave sino que es parte de un paquete de acciones, su uso podría ser costo-efectiva según la epidemia peruana. Hay que considerar que existen personas en riesgo que no quieren utilizar condón por lo tanto para ellos el PrEP puede ser útil, aunque no los defiende de otras ITS o del embarazo.
- En algunos trabajadores sexuales la PrEP no es muy aceptada porque podría hacer que los clientes no quieran usar condón si conocen que lo están utilizando, por lo tanto quedarían expuestas a las ITS; otro grupo si está de acuerdo usarlo por si acaso el cliente no se coloca el condón. Lo importante es que las poblaciones clave tengan un abanico de posibilidades de prevención y que puedan elegir el que más se le acomode.
- Es necesario conversar mucho con las comunidades clave en el país para llegar a acuerdos muy importantes,
- En las nuevas normas que están para aprobarse por el Ministerio de Salud ya se está ingresando la terapia de la persona VIH en la pareja discordante para prevenir la infección del seronegativo, no se ha previsto la inclusión del PrEP todavía pero basado en la evidencia puede incluirse.

CONCLUSIONES

¿Cuáles son los estándares a tener en cuenta para una respuesta en prevención efectiva?.

- El Plan Estratégico Multisectorial 2014-2018 contiene objetivos dirigidos a la prevención, la atención integral, la relación multisectorial y con la comunidad, la rectoría institucional y el fortalecimiento de la información, de acorde a los lineamientos de la reforma de salud.
- Todas las recomendaciones del tratamiento antirretroviral tienen muy fuerte evidencia clínica debe tratar de armonizarse los tratamientos a través de las poblaciones (adultos y embarazadas) y por grupos de edad. Se recomiendan esquemas de primera línea simplificados y menos tóxicos.
- Las nuevas recomendaciones para el inicio del tratamiento antirretroviral incluyen su inicio en VIH asintomáticas con valores de CD4 menor de 500 cel; el inicio en todos los menores de 5 años independientemente de su estado inmunológico; el inicio a todas las mujeres VIH gestantes y que amamantan; el inicio a todas las personas con coinfección VIH-Tuberculosis y en la coinfección VIH-hepatitis B independientes del valor de CD4; y en personas VIH con parejas discordantes,
- La profilaxis pre exposición se basa en los resultados de estudios de investigación, donde la evaluación de la adherencia es muy importante porque es más difícil medicar a una persona seronegativa que a una seropositiva.
- Las directivas de la OMS recomiendan qué hacer en la población clave: prevención, testeo, tratamiento y cuidado, habilitadores críticos y “paquetes esenciales” para población clave; cómo decidir: evaluar la situación local, la toma de decisiones y planificación, monitoreo y evaluación y las fuentes de datos clave; y cómo hacerlo: prestación de servicios, enfoques comunitarios y casos ejemplo.
- Solo se logrará el fin de la epidemia con un enfoque renovado en poblaciones clave, utilizando las directrices como un disparador de cambio a nivel mundial y nacional, y que las alianzas entre los ministerios de salud y organizaciones de la comunidad lideradas por poblaciones clave son esenciales para el éxito del programa.
- Se debe tener en cuenta que hablar de multisectorialidad no solo significa buscar el interés y la intervención de los diferentes sectores públicos sino también la participación de las comunidades y dentro de ellas a las personas que viven con el VIH.

Sesión 5: Estrategias emergentes en prevención del VIH

El panel de la Sesión 5 estuvo conformada por el Dr. Kenneth Mayer Medical Research Director, Co-Chair of The Fenway Health Institute y Universidad de Harvard, Dr. Carlos Cáceres de la Universidad

Particular Cayetano Heredia, Lic. En Antropología Aron Nunez-Curto de la Unidad de de Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano de la Universidad Particular Cayetano Heredia, la Dra. Annick Bórquez del Imperial College de Londres y el Dr. Fabio Mesquita del Ministério da Saúde, Brasil. Se presentó el video de la Dra. Beatriz Grinstejn del Consejo de Salud Pública de la Fundación Oswaldo Cruz. La mesa fue moderada por la Dra. Lisset Garcia del cuerpo técnico de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Hepatitis

Estado y tendencias en prevención biomédica del VIH

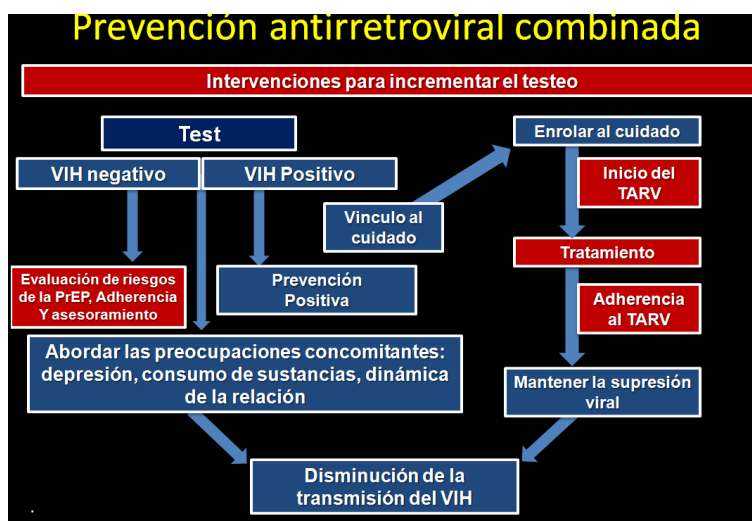
Dr. Keneth Mayer

- Actualmente se están incrementando las opciones en la prevención del VIH dirigidas a:
 - disminuir la fuente de infección por el VIH mediante las barreras de protección, el tamizaje, el uso del tratamiento antirretroviral en la prevención de la transmisión materna infantil, para disminuir la carga viral de la pareja, o el tratamiento de la infección aguda del VIH;
 - disminuir la susceptibilidad del huésped a la infección VIH mediante barreras de protección, circuncisión, vacunas, inmunoprofilaxis, antirretrovirales de uso oral, tópico o inyectable;
 - el cambio de comportamiento a la exposición y la adherencia con la promoción del condon, niveles de intervención individual, intervenciones en parejas, intervenciones basadas en comunidad e intervenciones estructurales.
- Existen suficientes evidencias que apoyan el uso de la combinación antirretroviral para la prevención del VIH, pero que expandir el tratamiento es bueno pero no lo único.
- Estudios clínicos permiten conocer los resultados de intervenciones de prevención biomédica:
 - 75% de protección en parejas de personas VIH que tomaban una dosis oral diaria de tenofovir y emtricitabine,
 - 67% de protección en parejas de personas VIH que tomaban una dosis oral diaria de tenofovir
 - En el estudio CAPRISA donde se utilizó gel vaginal de tenofovir se logró un 39% de protección
 - Respecto a la adherencia los medicamentos en la PrEP de 381 personas HSH y mujeres transgénero, el 60% aceptó seguir en el estudio y de estos el 77% tuvo niveles sanguíneos consistentes de tenofovir y emtricitabine con la toma de la dosis cuatro veces por semana y también se observó que el uso de PrEP estuvo asociado con conductas sexuales de alto riesgo.
- Todavía hay muchas preguntas clínicas con el uso de PrEP, ya que se han encontrado algunos problemas propios de los medicamentos a nivel óseo, renal etc. en este punto preocupan los adolescentes ya que podrían tener mayores afectaciones en los huesos en desarrollo.
- Actualmente estudios están evaluando el nivel de eficacia de las diferentes estrategias preventivas que han aparecido: el uso de medicamentos para el PrEP; las nuevas estrategias de adherencia como el uso de mensajes de texto; los microbicidas vaginales y rectales; los anillos intravaginales; los inyectables antirretrovirales. Hay que evaluar la demanda, la entrega sostenida, los inyectables de nanosoluciones de larga duración como el Rilpivirine o el Cabotegravir. Todavía se encuentran en estudio la búsqueda de anticuerpos que bloqueen la transmisión del VIH mediante antígenos específicos (vacunas), bloqueando el sitio de unión de los macrófagos con el VIH, entre otros.

Cómo mejorar la efectividad de la quimioprolifaxis?



- Debe evaluarse este tipo de tecnologías multipropósitos sobre todo considerando el bajo nivel de uso y negociación que tienen algunas poblaciones para el uso de condón.
- Una de las paradojas existentes viene a ser quien es el responsable de entregar el PrEP, los programas que atienden VIH o los proveedores de la atención primaria de salud, en esto se deben considerar su entrega en las organizaciones comunitarias de personas clave.
- El costo efectividad del PrEP mejora cuando este es entregado a las personas de mayor riesgo.
- La visión actual de las tecnologías de prevención deben incluir aspectos individuales, de relaciones, de la comunidad, del servicio de salud y de las políticas. La combinación de prevención del VIH se inicia mejorando la cobertura de testeo, evaluando los riesgos del PrEP, la consejería y adherencia en seronegativos, y el inicio precoz antirretroviral, entrega del tratamiento y su adherencia en seropositivos.

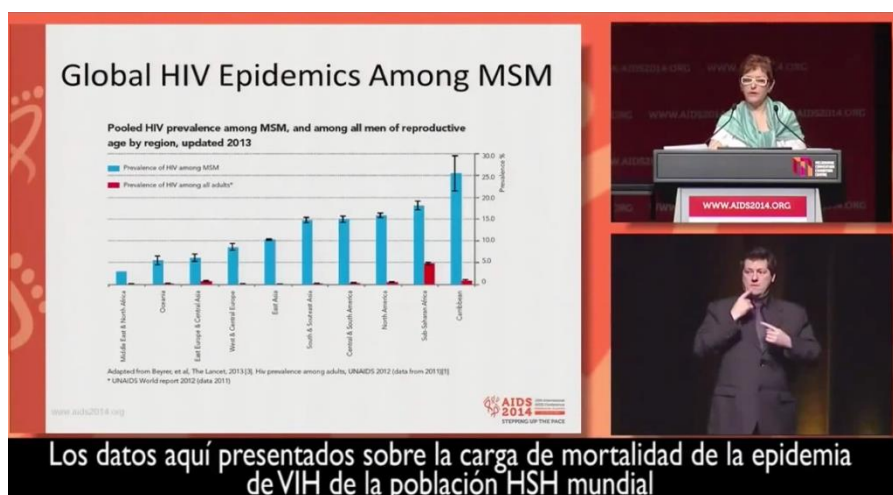


Prevención en HSH y mujeres transgénero

Dra. Beatriz Grintein,

- En poblaciones HSH y mujeres transgénero se mantienen muy altos los niveles de prevalencia en el mundo que va de 11 a más del 15%, este fenómeno se ve aún en los países que tienen epidemias generalizadas. En los últimos años se observa el incremento de las tasa en los HSH de 18 a 21 años.

- La población transgénero puede llevar la carga mundial del VIH más pesada aunque muchos no tienen los datos sistematizados. Un estudio sistemático observó que el 90% de las mujeres transgenero estaban infectadas y que ellas están expuestas 49 veces más al VIH que la población general.
- La mayor carga en esta población se debe a:
 - Factores estructurales y de orden social que facilitan la transmisión del VIH,
 - Factores biológicos como el coito anal receptivo que presenta una probabilidad de 1.4 de transmisión (18 veces más que el coito vaginal); la presencia de ITS que incrementa a 2.6 el riesgo; la transmisión en la infección aguda de VIH lo cual podría estar explicando el incremento de casos en las poblaciones más jóvenes, estudios refieren que el pico de infectividad por infección reciente es determinante en la transmisión de VIH en las redes de HSH.



- Al disminuir las relaciones anales sin protección y el número de parejas sexuales después del uso antirretroviral y recibir asesoramiento, se observó que los casos potenciales de VIH disminuyeron hasta tres veces.
- Gran número de las infecciones también se dan en las parejas estables a pesar de que se considera de menos riesgo pero esto es debido a que tienen más sexo y usan menos condón.
- El VIH se relaciona con otras morbilidades en los HSH, como las psicológicas, el abuso de drogas, la estigmatización y otras formas de discriminación, esta relación del VIH con otras comorbilidades recibe el nombre de sincro-epidemia, la cual no solo sirve para entender las causas sino que permite identificar soluciones innovadoras que delimiten los problemas de salud.
- La discriminación afecta múltiples niveles además de la autoestima las relaciones interpersonales y la condición social, aunque se han hecho pocos estudios de su relación con los estados de salud se observa un incremento de riesgo de mortalidad precoz en las minorías sexuales, la expectativa de vida se reduce 12 años y las causas pueden ser suicidio, violencia, problemas cardiovasculares.
- Con respecto a la cascada de tratamiento para la población HSH existe alta tasa de infecciones VIH diagnosticadas que tienen bajo acceso a los antirretrovirales, menos acceso a la atención médica y menos adherencia a los antirretrovirales y por lo tanto menos resultados clínicos (carga viral suprimida).
- En el caso de las mujeres transgenero estas vulnerabilidades son mucho mayores, las barreras al acceso a la atención médica son mayores, tienen menor adherencia y la mortalidad es mucho mayor.
- El estudio HPTN052 mostró una drástica disminución del 96% de riesgo de transmisión, una menor incidencia de Sida y infección con tuberculosis cuando el inicio antirretroviral es temprano y esto se está agregando en las guías internacionales. Lo mismo sucede en los estudios con

serodiscordantes donde se puede observar en datos preliminares la disminución de riesgo cuando se trata al VIH precozmente.

- Todavía continúan los riesgos para el tratamiento como prevención debido al alto nivel de infección en redes debido a infecciones agudas, la alta incidencia en los más jóvenes, el diagnóstico tardío del VIH, así como la compensación del riesgo lo que se observa en un aumento de las ITS entre HSH con VIH.
- En el caso del PrEP es necesario mejorar la respuesta y la adherencia, hay que mejorar el acceso a las pruebas y en lo posible incorporar nuevas que puedan hacer el diagnóstico VIH precozmente.
- El mundo se han invertido 5 millones de dólares de los 22 millones que eran necesarios para sustentar la infraestructura de prevención.
- En los últimos años se ha observado una serie de intervenciones comportamentales y biomédicas, pero si se quiere mejorar su efectividad deben combinarse diferentes estrategias para disminuir la población con VIH en vez de recurrir modalidades individuales a gran escala.
- Las prioridades en investigación para ser efectivos en la población gay y transgénero, son evaluar la implementación un enfoque multifacético de la prevención del VIH; evaluar las intervenciones para mejorar la adherencia en los tratamiento PrEP y tratamientos de prevención; se tiene que diferenciar las intervenciones en las mujeres transgenero ya que no se pueden extrapolar los de HSH; se debe evaluar intervenciones que incrementen la resiliencia; intervenciones estructurales ya que por leyes discriminatorias las comunidades gay, HSH y transgenero son excluidas del acceso a la prevención, tratamiento y atención médica; investigación formativa e implementar la ciencia en diferentes niveles; participación activa de las poblaciones en el diseño y ejecución de estas investigaciones.

El Marco de Prevención Combinada: Concepto y Perspectivas en Perú

Dr. Carlos Cáceres

- Debe cambiarse el paradigma en prevención VIH de lo comportamental a lo multidimensional introduciendo los términos de prevención combinada y continuum prevención tratamiento.
- El primer paradigma de prevención del VIH se basó en el cambio de comportamiento, uso de condones, la abstinencia y monogamia, en pocos años el condón se estableció como norma gay y logró detener el avance de la infección, esta fue llamada la primera revolución. Luego del clímax entre los años 80 a 90, el uso del condón baja llegando a un techo del 70%, esta cifra tiene una tendencia a bajar más con el ingreso del TARGA debido a la pérdida de temor a la muerte.
- La prevención combinada incluye estrategias de intervenciones sociales y culturales, comportamentales, biomédicas, del entorno, políticas y económicas.
- Las opciones biomédicas en HSH y mujeres Trans están dirigidas a reducir el riesgo d adquisición de infección (condones, circuncisión PrEP, prácticas seroadaptativas), reducir la infecciosidad, tratamiento temprano, (en menos de 500 cel CD4).
- Las intervenciones con enfoque estructural deben dirigirse a facilitar la prevención, osea a mejorar el marco legal y acceso a la justicia, luchar contra homofobia y transfobia, mejorar el acceso a servicios de salud adecuados, mejorar el acceso a la educación y trabajo, y fortalecer el tejido social (empoderamiento comunitario).
- Deben buscarse nuevas formas de combinación de estrategias viendo elementos individuales y estructurales, dentro de una población con distintas opciones, para cada individuo opciones diversas según circunstancias.
- En el Perú existen muy buenas estrategias como la creación de los CERITS y UAMPs, donde se incluye la provisión de condones y la captación por medio de los promotores educadores de pares, pero estas estrategias que han ido decayendo con el transcurso de los años. El tratamiento VIH y el sostenimiento de este es un buen logro del país lo mismo que la ejecución de los proyectos del Fondo Global que han permitido una mayor participación comunitaria.

- ¿Qué es lo que no se hace?: no se realizan campañas con medios enfocados a la prevención en la población clave; la promoción de prueba y consejería; incorporación del internet como espacio que redefine a una comunidad efectiva de HSH/Trans, particularmente en su dinámica sexual; abordaje de sexo entre hombres en espacios homosociales; mayor información sobre los avances en tratamiento y prevención, claro contenido de diversidad en la educación sexual, enfoque claro de la homofobia y violación de derechos humanos con un enfoque macro.
- Según el estudio realizado por el IESSDH-UPCH sobre la cascada de tratamiento entre HSH, en el Perú de la cantidad total estimada de HSH/Trans que viven con VIH en el Perú el 27% saben que son positivos, 89% acceden al tratamiento, 88% permanecen en tratamiento al año, de estos 92% son adherentes y de estos 76% tienen carga indetectable a los 6 meses
- Actualmente existe parcial normalización del VIH, cierto grado de reducción en el uso de condón (tendencia), las discusiones sobre serostado son difíciles, existe el boom del 'ligue' virtual (internet, móviles) y la presencia de hombres sin identidad gay que incrementan considerablemente el sexo casual.
- La barrera clave es el estigma, la falta de servicios de apoyo a comunicación del serostado positivo a parejas, el no involucramiento sustancial de organizaciones comunitarias en la actualización de la discusión y la falta de una discusión más amplia y racional a nivel de la comunidad gay sobre nuevas necesidades y oportunidades.
- En el país hay oportunidades con la PrEP, ya que es necesario asegurar la prevención de cada acto sexual por al menos una estrategia preventiva, no enfocarse en una sola, pero eso significa la disponibilidad de pruebas, tratamientos, condones etc; para los aspectos estructurales el modelo MAIC mejorado sería una buena estrategia, actualmente se está llevando a cabo una Iniciativa de Diálogo Político para el Fortalecimiento de la Respuesta Nacional a la Epidemia de VIH en Poblaciones Clave en el Perú, el que espera mejorar la respuesta del país al VIH.

Prevención Combinada en Perú: Perspectivas de los actores clave

Lic. Aron Nunez-Curto

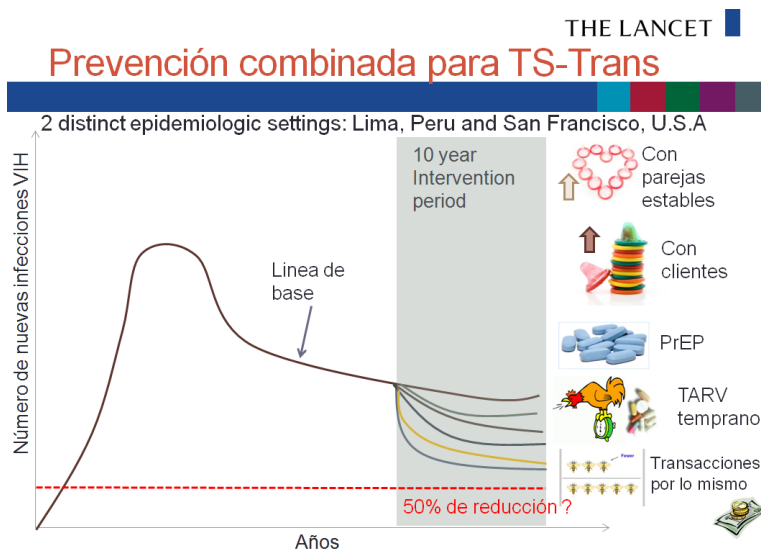
- En el estudio "Desarrollo del Estado del Arte sobre prevención combinada para un programa de prevención del VIH para HSH y Trans en el Perú con la participación de las partes interesadas" realizado en el 2013 en Lima y Callao, los hallazgos principales señalaron que la estrategia de prevención actual se concentra en un enfoque de cambio de comportamiento, con énfasis en intervenciones a nivel individual basado en el testeo y la consejería individual, tienen un limitado énfasis en estrategias comunitarias, escaso desarrollo de estrategias estructurales, y que se trabaja poco en estigma y discriminación;
- Existe una brecha entre lo que se sabe del condón y su uso efectivo de modo que la población considera que si no se usa bien es poco seguro, con pareja estable no se suele usar, hay una valoración negativa de los condones entregados por el MINSA, no se usa en encuentros casuales y esto se traduce en los estudios de vigilancia centinela donde se observa una disminución del uso de condón en HSH;
- Los proveedores de salud perciben una desatención de la prevención y su necesidad de renovarla, que los materiales para consejería no son apropiados, no percibiendo el cambio de comportamiento de las poblaciones. Los servicios de salud están distanciados de las comunidades; las comunidades demandan estrategias de control con un enfoque integral más allá del tratamiento del VIH y las ITS;
- En referencia a los niveles de información y percepciones de otras estrategias, tanto los proveedores como las comunidades conocen poco acerca de la PrEP, hay confusión sobre su función, las poblaciones temen a los efectos secundarios, interferencia con otras drogas y adherencia; los proveedores de salud y decisores de políticas temen a los cambios de la percepción de riesgo como la desinhibición sexual y adherencia, temen al estigma en torno al uso de antirretrovirales,

- Con respecto al tratamiento como preventivo los proveedores no tienen conocimiento al respecto, en caso de darse es bien aceptado por la población y los proveedores, hay mayores dificultades para su aceptación por parte de las trans, debido a que no hay acuerdo en torno a su finalidad y efectividad;
- Con respecto a las intervenciones comunitarias se percibe una menor cercanía entre los proveedores de salud y las comunidades; existe además opiniones diversas de su efectos por parte de los proveedores;
- Las comunidades perciben que persiste la discriminación en las distintas áreas de atención de los CERITS, considerándose como lugares estigmatizados y estigmatizantes.
- El elemento que prevalece en las percepciones y que demanda atención primordial es el estigma estructural; intervenciones enfocadas en la responsabilidad individual como única estrategia preventiva se percibe como insuficiente por parte de los proveedores de salud por lo que es necesario las intervenciones estructurales; como demandas específicas en salud en la población de mujeres trans está la falta de entendimiento de la identidad de género entre proveedores de salud, existen barreras en el registro de información durante la atención; mayor estigma y discriminación.
- Algunos aspectos que deben considerarse para incorporar métodos de prevención biomédicos son la relación entre el proveedor y la comunidad, el conocimiento limitado del seroestado por HSH y Trans, el desabastecimiento de insumos y la necesidad de fortalecer los sistemas de información en salud.

Modelamiento de la efectividad y costoefectividad de varias estrategias en un marco de prevención combinada

Dra. Annick Bórquez

- Los modelamientos son disciplinas complementarias que permiten una mejor evaluación de la epidemia y de los efectos de una intervención. En el caso específico de la prevención combinada aunque cada intervención tenga un efecto sobre un componente totalmente diferente de las otras intervenciones es probable que su impacto sea afectado por el de las otras intervenciones, ya que estas cambiarían la dinámica de la epidemia a cierto nivel (prolongando la esperanza de vida, reduciendo la incidencia etc) En muchos casos, diferentes intervenciones tienen un efecto sobre los mismos componentes, posibilidad de sinergías como de ineficiencias, el modelamiento toma en cuenta estas dinámicas.
- Un trabajo de modelamiento que se está realizando en el Perú para el caso de la prevención combinada en el Perú incluye como parámetros a medir el incremento el uso del condón, la expansión de la cobertura de tratamiento, la terapia temprana, PrEP e intervenciones estructurales (programas contra el estigma y la discriminación, leyes que reconozcan la identidad trans, capacitación de los servidores de salud y de la población LGTBI) y la efectividad y costo efectividad. Se extrajeron datos conociendo información acerca del rol sexual (activo o pasivo), del comportamiento con el número de parejas, uso de condón con diferentes parejas, el número de actos sexuales con diferentes parejas, el estudio es dirigido a las subpoblaciones de HSH (bisexuales/heterosexuales, gays, hombres trabajadores sexuales, mujeres trans). El modelo se ha ajustado a la epidemia de Lima.
- El Modelamiento no reemplaza otros procesos necesarios para definir programas de prevención, es una herramienta complementaria que aporta información relevante (retroalimentación entre estos).
- En el caso de la subpoblación trans la falta de información no permite tener datos confiables para el ajuste del modelamiento, pero se está trabajando en eso por la importancia que tiene en el impacto de la epidemia.
- En los resultados previos del modelamiento realizado en mujeres trans trabajadoras sexuales se observa que la intervención con mayor eficiencia es el uso de condón con clientes



Consideraciones para la inclusión de PrEP en Brasil

Dr. Fabio Mesquita

- En el Brasil a pesar del gran marketing que tiene el condón no se observa un incremento de su uso, por lo que es necesario apoyar nuevas estrategia de prevención como la prevención combinada.
- Es mejor que la población tenga varios elementos para escoger al momento de buscar la forma de protegerse del VIH, sobre todo si se tienen claras evidencias de su funcionamiento.
- La PrEP funciona y es segura siempre y cuando la medicación sea tomada en forma correcta de esto existe bastante evidencia.
- Para el 2014 se han culminado muchos de los estudios y se observa la eficacia de estas intervenciones, la falta de efectos colaterales, todavía hay controversias respecto a su costoefectividad, con clara factibilidad en los HSH.
- En los estudios de valores y preferencias en los HSH, evidencian que la PrEP es ampliamente aceptada por los HSH que existen algunas dudas en su implementación (debe asegurarse su seguridad, costo, resistencia, adherencia y temores por su desconocimiento) y su conocimiento aún es limitado.
- Entre las trabajadoras sexuales y mujeres trans el uso de la PrEP debe reevaluarse dentro de dos años para decidir su recomendación, mientras que en el caso de los usuarios de drogas no tiene ninguna recomendación.
- El uso de la PrEP se recomienda en HSH como un instrumento adicional de prevención dentro del concepto de prevención combinada.
- En Brasil se están llevando a cabo dos estudios que buscan medir la eficiencia de implementación del PrEP, sobre una población de 500 HSH de Rio de Janeiro, Sao Paulo y Porto Alegre. Los resultados hasta el momento describen una gran aceptación en todas las ciudades con excepción de la región sur. El otro estudio que se está ejecutando se realiza teniendo como objetivo otras poblaciones de riesgo como trabajadores sexuales, mujeres trans, usuarios de drogas, además de los HSH, se ejecuta en 18 meses y con 800 personas.
- El resultado de los dos estudios ayudarán a tomar la decisión de implementar el PrEP dentro de las intervenciones que ya tiene el Programa Nacional de VIH en las poblaciones clave.

APORTES DEL DIALOGO

- No existe una solución mágica para la prevención del VIH por lo que se deben tener varias opciones que brindar, de allí la pertinencia de la implementación de la prevención combinada debido a la perdida de aceptación del uso del condón en la población clave muy joven

- Si se mantienen los datos presentados con respecto a los niveles de CD4 con que se diagnostican a los pacientes en nuestro país va a ser difícil que tenga buen efecto. Debe considerarse, además, que la implementación de la PrEP podría aumentar el estigma.
- La PrEP depende mucho de que el usuario sano comprenda que va a tomar medicamentos siendo sano y esto puede constituirse en el principal problema.
- Debe tenerse en cuenta que para que la prevención sea completa requiere cambios estructurales, el estigma es un problema que todavía tiene que ser enfocado para que exista la comunicación entre las personas con el VIH con sus parejas o amigos no VIH, tiene que estudiarse como los cambios pueden disminuirlo.
- La profilaxis post-exposición PEP se usa en el Perú para los accidentes laborales lo que está normado en el Perú, pero no después de una relación sexual consentida en HSH.
- La prevención combinada, si es que se quiere implementar, debe ser tomada con seriedad por todos los actores incluyendo a la población en riesgo; además deben realizarse estudios que de alguna forma evalúen hasta qué punto este tipo de cambios puede disminuir el Sida en el Perú.
- El inicio de la PrEP se puede justificar como una intervención que busca prevenir la infección en personas que posteriormente podrían pertenecer al grupo a quienes no se pueden llegar con el TARGA, porque es imposible llegar a todos.
- Se trataría de buscar otras estrategias para llegar a las personas e intervenir, como con el condón; para esto se necesita que las pruebas rápidas sean realmente rápidas (point of care), hay que dar el resultado confirmatorio inmediato. El cambio que se busca es la descentralización de los servicios para atención primaria, para no perder a los pacientes.
- Una barrera que se puede crear en su implementación puede estar en los trabajadores de salud, ya que al agregársele otra actividad a su labor sin compensación económica, esta puede no ser bien recibida. Hay que tener criterios en donde podemos colocar otros desafíos adicionales al trabajo diario.

CONCLUSIONES

¿Qué nuevos elementos se deben considerar en un programa de prevención combinada en el Perú?

- En un programa de prevención del VIH deben evaluarse las tecnologías multipropósitos sobre todo considerando el bajo nivel de uso y negociación que tienen algunas poblaciones para el uso de condón.
- La visión actual de las tecnologías de prevención deben incluir aspectos individuales, de relaciones, de la comunidad, del servicio de salud y de las políticas. La combinación de prevención del VIH se inicia mejorando la cobertura de testeo, evaluando los riesgos del PrEP, la consejería y adherencia en seronegativos, y el inicio precoz antirretroviral, entrega del tratamiento y su adherencia en seropositivos.
- Conocer las otras comorbilidades (las psicológicas, el abuso de drogas, la estigmatización y otras formas de discriminación) sirve para entender las causas y permite identificar soluciones innovadoras que delimiten los problemas de salud.
- La discriminación en la población clave afecta múltiples niveles además de la autoestima las relaciones interpersonales y la condición social, se puede observar además un incremento de riesgo de mortalidad precoz, la expectativa de vida se reduce 12 años y las causa pueden ser suicidio, violencia, problemas cardiovasculares.
- Las prioridades en investigación para ser efectivos en la población gay y transgénero, son evaluar la implementación de un enfoque multifacético de la prevención del VIH diferenciada por subpoblaciones, el resultado de cada intervención, su adherencia y la necesidad de incluir intervenciones estructurales. Promover la investigación formativa e implementar la ciencia en diferentes niveles con la participación activa de las poblaciones en el diseño y ejecución de estas investigaciones.

- Debe cambiarse el paradigma en prevención VIH de lo comportamental a lo multidimensional introduciendo los términos de prevención combinada y continuum prevención tratamiento.
- Deben buscarse nuevas formas de combinación de estrategias viendo elementos individuales y estructurales, dentro de una población con distintas opciones, para cada individuo opciones diversas según circunstancias.

¿Cuáles son las oportunidades y dificultades de la prevención combinada en el Perú?

- En el Perú existen muy buenas estrategias como la creación de los CERITS y UAMPs, donde se incluye la provisión de condones y la captación por medio de los promotores educadores de pares. El tratamiento VIH y el sostenimiento de este es un buen logro del país lo mismo que la ejecución de los proyectos del Fondo Global que han permitido una mayor participación comunitaria. Esta experiencia y el fortalecimiento de alguna de sus actividades, facilitaría la aplicación de la prevención combinada
- Para el diseño de las estrategias de implementación de la prevención combinada hay que tener en cuenta las perspectivas de las poblaciones clave lo cual puede constituirse en un factor facilitador tanto para las intervenciones biomédicas como para las estructurales. De igual manera deben solucionarse las deficiencias identificadas por estas poblaciones en la entrega de servicios.
- La población clave considera que es mejor tener varios elementos para escoger al momento de buscar la forma de protegerse del VIH, sobre todo si se tienen claras evidencias de su funcionamiento.
- Los modelamientos epidemiológicos son herramientas complementarias que permiten una mejor evaluación de la epidemia y de los efectos de una intervención. La falta de información para el diseño de los indicadores pueden constituirse en una dificultad para evaluar los resultados de la aplicación de la prevención combinada

Sesión 6: Estudios y experiencias nacionales sobre prevención en VIH

La mesa de expertos de la Sesión 6 estuvo conformada por la Dra. Angela Bayer de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, la Lic. Antropología Ximena Salazar de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, la Srta. Jana Villayzán de la Red Trans, el Dr. Juan Guanira de la Organización No Gubernamental INMENZA, el Dr. Javier Lama de la Organización No Gubernamental IMPACTA, la Dra. Magaly Blas de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, el Dr. Mario Tavera de UNICEF. La mesa fue moderada por la Lic. en Psicología Lídice López Consultora VIH del Alliance

Experiencia de trabajo con TS varones: centro comunitario El Punto

Dra. Angela Bayer

- El estudio "Percepciones del Futuro y Riesgos y Vulnerabilidades frente al VIH entre TSM en Lima" realizado por la UPCH, la Universidad de California y la ONG Vía Libre tuvo por objetivo es conocer las percepciones de los trabajadores sexuales masculinos acerca sus vidas actuales y sus oportunidades futuras, explorar sus necesidades y medir la prevalencia de sífilis y VIH en la población participante.
- Los trabajadores sexuales refieren que su trabajo consume gran parte de su vida, y que desafíos grandes aumentan riesgos y vulnerabilidades frente al VIH y otras ITS.
- Los trabajadores sexuales del Cercado de Lima tienen mayor prevalencia de VIH y sífilis que los de otras zonas, la prevalencia de VIH llega al 23% y la de sífilis al 22%,
- Los TS del Cercado tienen buenas expectativas en su futuro y quieren apoyo para realizarlas, y desean un centro de apoyo solo para ellos.
- En otro estudio cuentan con 210 participantes desde los 15 años de edad. Los participantes tienen al Centro Comunitario El Punto como un centro de socialización, reciben atención médica, acceso continuo a condones y lubricantes, apoyo para aseguramiento o ingreso a terapias virales,

entrenamiento vocacional, talleres de desarrollo personal, consejería psicológica y Talleres de prevención del VIH. Los resultados preliminares muestran que de 17 menores de edad que participan en el proyecto 11 tiene alguna ITS y 1 tiene el diagnóstico de VIH. Del total de participantes 11 iniciaron trabajo sexual entre los 14 y 15 años y 47% de ellos lo iniciaron antes de los 18 años.

El Punto Ahora



- Los hallazgos permiten inferir la necesidad imperiosa de trabajar con los adolescentes sin trabas legales e incluirlos en registro, seguimiento e investigaciones, tanto de entidades no estatales como las de gobierno.

Estudios sobre mujeres transgénero

Dra. Ximena Salazar y Srta. Jana Villazán

- Desde el año 2006 se iniciaron las investigaciones con Trans en forma diferenciada de los grupos HSH; este trabajo se continuó con las investigaciones con la participación activa de la Red de Trans, resultando de estos el conocimiento de sus necesidades y las limitaciones y barreras en su atención de salud por parte de los servidores. Desde el 2012 se ha realizado el estudio de las mujeres trans con VIH que ha permitido ver las necesidades encontradas en ellas para lograr el tratamiento antirretroviral y otras necesidades de salud.
- Lo que hace falta desarrollar es un mayor conocimiento en acceso a la salud, adherencia, adolescencia trans, cambio corporal, salud mental, entre otros temas, pero lo fundamental es que todas las investigaciones promuevan políticas públicas inclusivas y el reconocimiento de esta población como sujetos de derecho.
- A pesar de las actividades de abogacía realizadas durante la ejecución de los proyectos del Fondo Global, no se ha logrado despertar el involucramiento de los líderes políticos por más que conozcan de que el 30% de las mujeres trans son positivas al VIH.
- Hace falta el apoyo para tener centros comunitarios donde las Trans puedan socializar y enfocar sus problemas. Estos centros pueden servir como puntos de referencia a los servicios de salud, y posteriormente como centro de investigaciones. Al parecer lo único que les interesa a los investigadores es obtener las muestras para sus estudios y publicarlos sin tomar en cuenta más a fondo la problemática de las mujeres trans.

iPrEx e iPrEx OLE

Dr. Juan Guanira

- La investigación sobre la profilaxis pre exposición o IPREX se inició en el 2009 incluyó 2,449 personas HSH, observándose que la eficacia de 42% (18-60%), este fue un estudio multicéntrico En el estudio se observó que el 51% no tenía las concentraciones adecuadas del medicamento en

sangre lo que significaba que no tomaban las drogas. Entre los que tomaban el medicamento se protegieron el 92% (reducción del riesgo).

- En la segunda fase llamada IPREX OLE, participaron 1603 personas. Los resultados preliminares muestran que las personas que con mayor frecuencia decidían iniciar la PrEP eran aquellos que reportaban sexo anal sin condón y aquellos que tenían problemas de herpes,
- Al evaluar la adherencia al tratamiento, los resultados muestran que cuando la persona tomaba de 4 a más pastillas el riesgo era cero a diferencia de los que tomaban menos. En el grupo de mujeres trans se observó menos adherencia al medicamento por lo que era considerado como predictor negativo.
- Existe una amplia aceptación por el PrEP, esta es más alta cuando no tiene costo, la adherencia es buena pero no perfecta, el PrEP falla cuando la persona no toma los medicamentos por lo menos 4 veces por semana, y se necesita más información acerca de la adherencia con las mujeres trans, (entorno, problemas con el uso de hormonas etc) y en otras poblaciones vulnerables.

Internet y redes sociales, experiencia de la UPCH

Dra. Magaly Blas

- En el Perú 50% de población peruana accede al internet.
- En un estudio anterior realizado con población HSH y Trans por internet se encontró que solo el 11% fue abordado por un PEP y 8% recibieron condón. Se debe buscar otros métodos que permitan acceder a aquellas personas a las que no se llega con los métodos tradicionales de prevención, y esto se puede lograr mediante el internet
- Según una encuesta realizada a personas gay, HSH y trans, más del 70% aceptarían recibir un mensaje por celular. El estudio también mostró que las mujeres trans no acceden frecuentemente al internet.
- El proyecto Tu Nexo, combina varias intervenciones con TIC, chat, internet, mensajes por celular, videos. Busca incrementar la cobertura de tamizaje en estas poblaciones mediante el uso de mensajes positivos que venzan el miedo, y de incrementar la percepción de riesgo entre los HSH que se creen heterosexuales, por ejemplo se observó que los mensajes mediante videos sensibilizaron más a las poblaciones gay a hacerse una prueba.
- Se evaluó el acceso a las pruebas mediante indicadores que medían las probabilidades de sacar citas y hacerse la prueba entre los 400 participantes que fueron aleatorizados para la intervención combinada versus única. Se encontró como resultado que entre los que eran intervenidos con todas las posibilidades de TIC existían 9 veces más probabilidades de sacar cita, y 21 veces más probabilidades de llegar al centro de salud a hacerse la prueba de VIH.
- Las intervenciones preventivas deben tomarse en cuenta ya que permiten llegar a una mayor población que posiblemente no tenga contacto con las intervenciones clásicas; si se toma el ejemplo del estudio donde se encontró que el 8% que accedieron a internet llegaron a realizarse la prueba VIH, un 8% de 10,000 personas clave que acceden al internet permitiría una ampliación de la cobertura bastante importante.

PUMA – estudio sobre prevención combinada y testeo y tratamiento

Dr. Javier Lama,

- Hasta el momento los estudios relacionados con el PrEP no han logrado demostrar su eficacia en mujeres transgénero, en la fase aleatoria del IPREX la adherencia ha sido variable a través del tiempo y de la ciudad o país, en la fase de etiqueta abierta IPREX OLE la aceptación ha variado según la ciudad, comportamiento de riesgo y la presencia de otras ITS, la adherencia a la medicina ha sido variable; adicionalmente otros estudios de demostración han mostrado una aceptación y adherencia variable.

- El estudio PUMA (Prevention Umbrella for MSM in the Americas) busca evaluar la información disponible y modelar intervenciones para seleccionar un paquete de prevención combinada que pueda tener el mayor impacto posible, la opinión de la comunidad (HSH, mujeres transgénero, líderes comunitarios, OBCs, trabajadores de salud) sobre los potenciales componentes (factibilidad y aceptabilidad) y diseñar un estudio de eficacia basado en un menú de opciones que forme parte de un paquete de prevención.
- Los resultados muestran que en los clientes de Lima existe: escepticismo sobre el uso del PrEP, podría ser más adecuado para aquellos en mayor riesgo (“trabajadores sexuales”), cuestionamientos sobre efectos secundarios y no ser completamente eficaz, el uso diario constituye un desafío y cuestionamientos sobre la confidencialidad por el uso de una pastilla;
- La voluntad de tomar el PrEP es de 44%, el conocimiento del PrEP entre los servidores de salud entrevistados es de un 58%.
- El estudio HPTN 080 busca evaluar estrategias que mejoren el impacto del PrEP, implementando el **SexPro** (Score en línea para la evaluación de riesgo y promoción de salud sexual), **Black Book** (Aplicación de teléfono celular para registrar comportamiento sexual diario) y **Herramientas en línea** (Vídeos de entrevistas/testimonios de HSH que optaron o no a iniciar PrEP, información sobre PrEP); y posteriormente se implementarán intervenciones para la adherencia PrEP Plus: SMS (Mensajes con frecuencia estándar para conocer estado de bienestar (“¿estás bien?”) y necesidad de soporte de adherencia), Foro de PrEP (Interacción de participantes para compartir información/estrategias) y Herramientas en Línea (PrEP Starter Pak, vídeos, herramientas en línea).

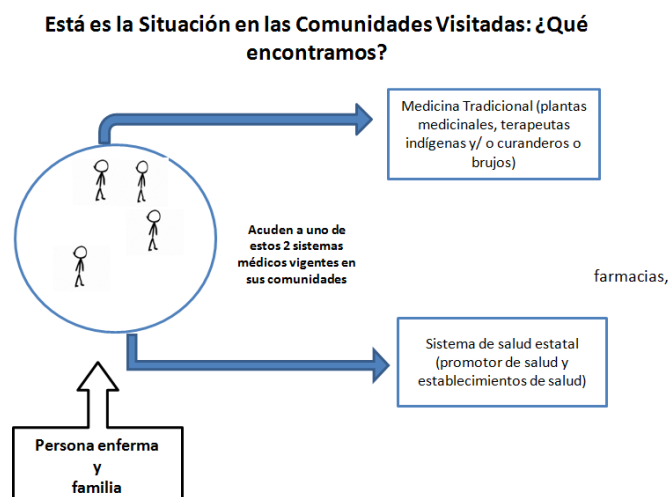
Estudios sobre percepciones sobre la prevención del VIH y de Comunicación para la prevención del VIH en comunidades nativas

Dr. Mario Tavera

- Actualmente en Amazonas el VIH es una epidemia en progresión porque los casos se están incrementando en los últimos años, con altas tasas de mortalidad y de transmisión materno infantil; solo el 6% tiene acceso al tratamiento antirretroviral.
- Las razones de la vulnerabilidad de las poblaciones nativas están la exclusión social, la pobreza económica, el comercio sexual y procesos migratorios, la explotación sexual de adolescentes en ciudades principales e intermedias, las condiciones de violencia (narcotráfico, tala de madera y minería ilegal), las prácticas culturales en relación a la sexualidad como el inicio sexual precoz, las múltiples parejas (proceso cambiante), el inicio sexual entre hombres (en algunas comunidades), y finalmente la resistencia al uso del condón al cual lo creen que no tiene ningún valor.
- Hay una serie de cambios que se vienen como la intensificación de los procesos migratorios, las actividades extractivas y movilización de trabajadores hacia zonas donde habitan comunidades indígenas, la irrupción de los medios de comunicación, la debilidad en la presencia del Estado: Programas y servicios públicos escasos, las brechas culturales entre los servicios y las comunidades y los cambios generacionales acelerados, todos estos incrementan la vulnerabilidad de estos pobladores.
- Los pobladores tienen la claridad que el VIH es una enfermedad que “vino de afuera” (la trajeron los mestizos a la zona, así como algunos jóvenes que fueron a estudiar o a vivir a las ciudades más cercanas), algunos manifiestan que es la nueva forma que los “apash” han inventado para eliminar a los awajun, lo asocian el cuadro clínico a brujería, piensan que el SIDA se puede curar con plantas medicinales como: catahua, sarsa, jergón sachá y ayahuasca, no conocen en qué consiste el tratamiento que debe recibir una persona, saben que en Lima hay pastillas, la comunidad tiene miedo porque no saben quiénes están “contagiados” y desconfían de todos y se cuestiona el tema de la confidencialidad.
- Con respecto a la medicina tradicional indígena no se conocen recursos terapéuticos tradicionales, no se identifican tecnologías desde la medicina tradicional para la prevención del

VIH, no existe el conocimiento tradicional de como reconocer a la persona con VIH, no se ha investigado lo suficiente en este punto.

- Las barreras que existen para el acceso a la salud estatal hace que los pobladores busquen a la brujería como causante y el que puede solucionar el problema.
- Entre los factores claves para una respuesta preventiva en esta población, posiblemente sea trabajar con promotores de salud y técnicos estables adecuadamente entrenados.



- Hay que terminar con las barreras que impiden que la población comprenda al VIH/Sida, barreras de comunicación, culturales y de acceso al servicio y sobre todo debe existir una respuesta ágil y eficiente del sector salud sobre el VIH en las comunidades para que pueda ser aceptado.

APORTES DEL DIALOGO

- La comunidad ha ingresado rápidamente al mundo del internet no solo para la búsqueda de parejas, sino para la búsqueda de información, por lo que se debe implementar estrategias de prevención por este medio.
- En el estudio IPREX no se encontró resistencia a los ARV entre los participantes, solo en dos que ya venían con una infección aguda pero que posteriormente desapareció,
- El abordar el tema intercultural es muy difícil, pero se requiere el compromiso de todos los actores para generar confianza en los servicios de salud de la zona con el manejo cálido y luego que accedan poder intervenir para la prevención y las investigaciones operativas.

CONCLUSIONES

¿Qué nuevos elementos se deben considerar en un programa de prevención combinada a partir de las experiencias aplicadas en la realidad peruana?

- Los estudios realizados en el país (iPrEx, iPrEx OLE, PUMA) muestran que existe una amplia aceptación por el PrEP, la adherencia es buena pero no perfecta, el PrEP falla cuando la persona no toma los medicamentos por lo menos 4 veces por semana, y se necesita más información acerca de la adherencia con las mujeres trans, (entorno, problemas con el uso de hormonas etc) y en otras poblaciones vulnerables.
- Las intervenciones preventivas mediante internet deben tomarse en cuenta ya que permiten llegar a una mayor población clave que posiblemente no tenga contacto con las intervenciones clásicas; si se toma el ejemplo del estudio donde se encontró que el 8% que accedieron a internet llegaron a realizarse la prueba VIH, un 8% de 10,000 personas clave que acceden al internet permitiría una ampliación de la cobertura bastante importante.

¿Cuáles serían las oportunidades y dificultades para su aplicación?

- Según los estudios con trabajadores sexuales varones existe la oportunidad de trabajar con ellos en centros comunitarios dirigidos por sus pares; los hallazgos permiten inferir la necesidad imperiosa de trabajar con los adolescentes siendo la principal dificultad las trabas legales existentes que no permiten incluirlos en el registro, seguimiento e investigaciones, tanto de entidades no estatales como las de gobierno.
- Es necesario desarrollar un mayor conocimiento acerca del acceso a la salud de las mujeres trans, la adherencia a los tratamientos, la adolescencia trans, las necesidades de cambio corporal, o de salud mental, entre otros temas. El conocimiento de estos hechos permitirá identificar oportunidades para la aplicación de intervenciones preventivas.
- El conocer las razones de la vulnerabilidad de las poblaciones nativas y las costumbres culturales para enfrentar a la enfermedad, debe permitir el diseño de estrategias comprensivas para la prevención del VIH

Sesión 7: El rol de tratamiento para la prevención del VIH

El panel de expertos estuvo conformada por el Dr. Kenneth Mayer, de Fenway Health y U de Harvard, la Dra. Bertha Gómez de OPS, la Dra. Lisset Garcia de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Hepatitis del Ministerio de Salud y el Dr. Fabio Mesquita, Ministerio de Salud del Brasil. La mesa fue moderada por la Dra. Frine Salmavides Médico Infectóloga del Hospital Nacional Cayetano Heredia docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

El rol preventivo del tratamiento

Dr Kenneth Mayer

- En el mundo existen 35 millones de personas que viven con el VIH necesitan tratamiento antirretroviral, 10.6 han accedido al tratamiento, y se ha estimado que solo el 34% de las PVV acceden al tratamiento en países de bajos o medianos recursos económicos.
- En EEUU en la cascada de atención por VIH se observa cómo el VIH afecta claramente a la población más joven de 40% diagnosticados (60% desconocen su infección) sólo el 6% logra la supresión viral. Casi la mitad de nuevas infecciones se relacionan a personas que no conocían su infección.
- Actualmente existe suficiente evidencia que apoya la combinación de antirretrovirales para la prevención de la transmisión del VIH, así tenemos, la transmisión solo ocurre en personas que tienen VIH, la combinación antirretroviral disminuye la carga viral a niveles indetectables, trabajos de modelamiento previo sugieren un considerable potencial, el conocimiento del seroestado es la llave para la prevención del VIH con la combinación de antirretrovirales.
- El estudio HTPN052 estuvo dirigido a parejas heterosexuales estables, donde se evidenciaron rápidamente los resultados de una reducción de riesgo del 96% en las parejas discordantes,
- Las guías de EEUU obligan el test de diagnóstico de rutina, el inicio del tratamiento dependerá si la persona desea iniciarlo, las terapias para personas no infectadas se basa en el PrEP pero acompañada con consejería permanente.
- El tratamiento no es lo único, lo principal es implementar la prueba continua y a todo nivel en poblaciones de alto riesgo.
- La naturaleza del riesgo en los HSH es multifactorial, lo que incluye la conducta individual (número de parejas en el tiempo), biológico (acto sexual asociado a ITS, el coito anal) aumentan la susceptibilidad al VIH y a ITS, la versatilidad del rol (el pasivo puede pasar a activo), redes (contacto en entornos prevalentes, mezcla selectivas en subgrupos, asistencia a lugares sexualizados como baños, medios de comunicación social y trabajo sexual) estructural o social (la homofobia donde la intimidación conduce al desarrollo temprano del estrés, la depresión la falta de autoestima), la criminalización y discriminación en los centros de salud.

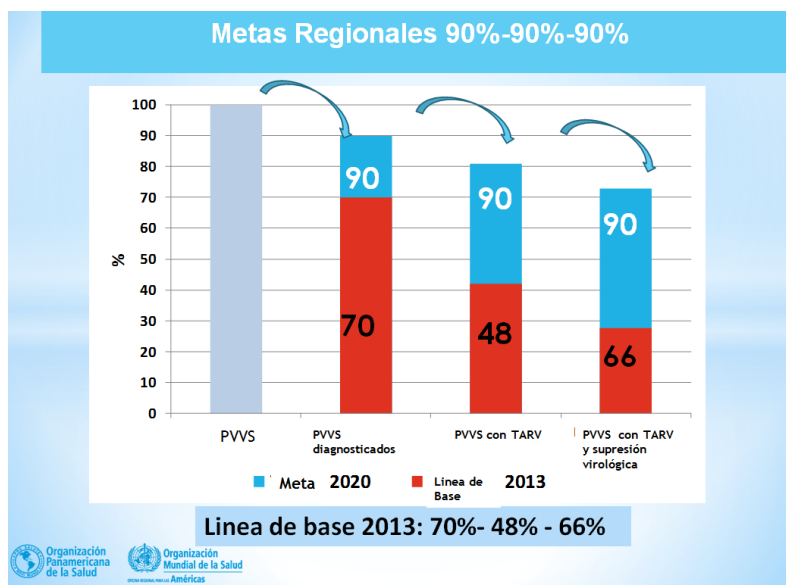
- Los HSH requieren el apoyo de los proveedores de salud pero muchas veces reciben trato sub óptimo que no denuncian por temor a la estigmatización, a pesar que ellos pueden ayudarlos a salir de sus problemas derivados a su rol sexual existe en algunos servidores, la Paradoja de Perview donde los que tratan ITS y VIH no les gusta hablar de temas sexuales, en concreto todavía hay mucha discriminación entre los servidores de salud.
- El Perú debe evaluar todas las opciones preventivas entre ellas las basadas en tratamiento antirretroviral, y ejecutar aquellas que le resulten más costo efectivas, aunque hay que sopesar lo que significa el gasto en medicamentos contra una infección VIH evitada.

Lineamientos globales y regionales de la cascada de atención

Dra. Bertha Gómez

- Para poder hacer el monitoreo del continuo de la atención del VIH se debería contar con indicadores que no sean de difícil obtención en la Región, que sean pocos pero lo suficientemente críticas para que dé una idea clara de lo que sucede con esta atención, que identifique los puntos de inflexión donde intervenir para mejorar la respuesta del país al VIH.
- Se han escogido como indicadores para la cascada de atención: el número de PVV sea por modelamiento o reportes, el número de personas que conocen su diagnóstico, la vinculación de la atención y luego la retención en el servicio de salud, de estas personas retenidas cuantas inician el tratamiento ARV, y de estos logran supresión viral.
- Para hacer el seguimiento con estos indicadores hay que definirlos bien usando los parámetros de medición y guías de manejo que tiene cada país
- Estas cascadas pueden realizar mediciones en subpoblaciones, de diferentes zonas geográficas lo que permite un mayor conocimiento del comportamiento del VIH en el país.
- Las metas de diagnóstico, tratamiento y supresión viral para la Región son el completar los indicadores actuales a 90% (90-90-90) lo que es muy ambicioso.
- La primera meta es el aumento al 90% de las personas que viven con VIH, y conocen su estado, en Latinoamérica este indicador se encuentra en 70%, este indicador depende mucho del denominador por lo que la calidad de estas estimaciones está directamente relacionada a la calidad de los datos programáticos y de los datos de vigilancia utilizados en el proceso de modelaje.
- La Meta 2 es disminuir el diagnóstico tardío, lo que se busca es que para el año 2020 el 10% o menos de las personas tienen un primer de CD4 menor o igual a 200 cel/mm^3 , lo que se encuentra en Latinoamérica es que el 35-38% tenían un recuento menor a 200 cel/mm^3 .
- La meta 3 es incrementar el número de personas que reciben tratamiento con carga viral indetectable, se busca que para el año 2020 llegar al 90% de las personas que reciben tratamiento están en supresión viral (carga viral menor a 50). Si el porcentaje de pacientes a los que se les realiza medición de la CV es bajo (<70%) este indicador presentará limitaciones para su uso e interpretación,
- Los indicadores de cascada son herramientas valiosas para la abogacía con las autoridades nacionales, por lo que hay que llenar los vacíos existentes en nuestras cascadas, buscar que estos indicadores sean muy críticos, que estén bien diseñados, que sean muy bien medidos y que sean muy claros.

Noviembre del 2014



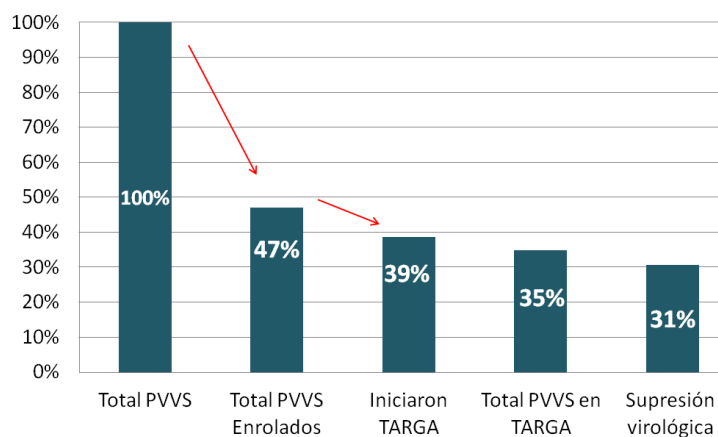
La cascada de atención en el Perú: resultados preliminares de un estudio del Ministerio de Salud

Dra. Lisset García

- En el Perú existe gran cantidad de información pero que no está vinculada. Hay alto nivel de subregistro, escaso personal que maneje el sistema de información, poca sensibilización o desconocimiento de la importancia del sistema de información, insuficiente desarrollo de control de calidad, retraso en el envío de reportes información reportada con datos incompletos o inconsistentes, limitaciones con la disponibilidad de PC e internet e insuficiente soporte técnico e insuficientes mecanismos de retroalimentación.
- Para la medición de los indicadores de la cascada se utilizó los datos extraídos del Spectrum, de las hojas de monitoreo y de estudios realizados por el INEN.
- Los resultados encontrados fueron: solo el 47% de PVV son captados en el sistema, 39% iniciaron TARGA, 35% se mantienen en TARGA y el 31% tiene supresión serológica.
- Se observa nítidamente las dos brechas en la atención, primero la baja de captación de PVV y segundo el porcentaje que inicia tratamiento.



Cascada de atención en el Perú



- Las implicancias que tiene el conocer estas cifras son Identificar las principales brechas de la cascada, cambiar normas como por ejemplo los criterios de diagnóstico para efectos de la atención, criterios de inicio y descentralización del TARGA y sustento para implementar un mejor sistema de información de la Estrategia.
- Lo que se espera a futuro: identificación de las brechas por grupo poblacional afectado, generación de evidencia para la implementación de otras políticas en la atención de los PVVS y sustento para proponer cambios estructurales

Cómo preparar los sistemas de salud para el inicio temprano del tratamiento: lecciones de la experiencia de Brasil

Dr. Fabio Mezquita

- En Brasil los datos de la epidemia son bastante estables, se puede hablar que a nivel nacional es una epidemia controlada, existe un decrecimiento de la transmisión materno infantil importante. La tasa de detección varía por regiones, en algunas se observa un incremento de la epidemia (Estados del sur del país) y en otras se mantienen. El mismo fenómeno se refleja en la tasa de mortalidad.
- Las regiones con las prevalencias más altas requieren un trabajo de intervención diferenciada por un principio de equidad, este concepto recibe el nombre de Hot Spot colocando el mayor esfuerzo donde el problema es más relevante, de allí que se tenga metas diferenciadas por regiones.
- La mayor prevalencia de VIH se encuentra en HSH y usuarios de drogas endovenosas o crack, dentro de estos los más afectados son los jóvenes. Para enfrentar este problema ingresa otro concepto que se utiliza en Brasil: la focalización, acciones dirigidas a cada subpoblación.
- Utilizan la prevención combinada, compuesta por las estrategias clásicas (promoción del preservativo masculino, preservativo femenino, la reducción de daños) y otras intervenciones estructurales, para lo cual se cuenta con el apoyo político que se inicia desde la presidenta del país. cuentan con un Consejo Nacional de Combate a la discriminación LGTBI, y existen políticas dirigidas a las mujeres trans donde se acepta su nombre social para todo trámite que deseen hacer. Desde el 2013 una resolución ministerial incluye en el sistema único de salud el proceso transexualizador el cual incluye tratamiento hormonal, quirúrgico etc. de igual manera existe una ley que criminaliza las acciones de discriminación a los PVVS.
- El otro componente de la prevención combinada es el tratamiento como prevención, desde diciembre del 2013 el protocolo de atención cambió introdujo el tratamiento de todas las personas que tienen VIH independientemente de su CD4, se implemento el testear y tratar. Desde el 2014 se utiliza el 3x1 o sea tres drogas en una sola píldora con la finalidad de facilitar la toma de medicamentos y finalmente se están trabajando en estrategias especiales para la adherencia. Las metas mencionadas del 90-90-90 han sido también asumidas por el gobierno. Esto ha permitido que al redoblar los esfuerzos para el logro de las metas en el 2014 se duplicara el crecimiento de PVV que inician tratamiento,
- En el 2014 se ha incrementado el diagnóstico temprano ya que más del 50% tenían CD4 mayor de 500.
- Cuentan con la Profilaxis Post exposición PEP desde el 2012 la cual es una alternativa de prevención importante. Actualmente se están trabajando dos estudios de PrEP, después de obtener los resultados se discutirá su ingreso dentro del protocolo nacional.
- Se están efectuando acciones novedosas, material grafico novedoso, nuevo tipo de campañas, introducción de pruebas orales de VIH, uso de redes de comunicación virtuales para campañas de prevención, y se está implementando un fondo de sostenibilidad de las ONG con recursos de las empresas privadas.
- Todavía hay muchos desafíos en lo que hay que trabajar en los siguientes años: llegar a la juventud Gay y Trans con mensajes e instrumentos apropiados, intensificar el Diagnóstico precoz; ampliar MUCHO la oferta de tratamiento y la adhesión para negativizar la carga viral

comunitaria; intensificar La PEP y decidir sobre la PrEP; tratar co-infección con TB y Hepatitis Viral.

PRESIDENTE DILMA ROUSSEFF RECEBE MOVIMENTO LGBT NO PALÁCIO DO PLANALTO



APORTES DEL DIALOGO

- No hay una visibilización real del 27% de PVV que no llega a tratamiento en el Perú,
- Debe medirse la utilidad de una cascada para población general en una epidemia concentrada, cuantos infectados conocen su estado en el Perú
- La epidemia del VIH en un país no es una epidemia homogénea sino es la suma de microepidemias que deben ser enfrentadas en forma diferenciada haciendo uso de todos los recursos existentes basados en evidencias, donde la educación es primordial.
- Hay que tener la mirada de equidad para enfrentar el VIH sin diferencia entre poblaciones, entre áreas geográficas, hay que planificar las acciones para lo cual es necesario tener datos confiables, no se puede tener buenas intervenciones si no se conoce su epidemia, por otro lado hay que mirar a Brasil con excelencia, con todo lo que ha logrado, aprender de las lecciones habidas durante la implementación de sus estrategias, que lo logra gracias a las alianzas estratégicas, liderazgo y abogacía. .
- Las metas son muy importantes aunque parezca que no se va a lograr ya que hace que los gobiernos se esfuercen y se logren cosas que posiblemente no se habrían alcanzado si no se hubieran visto forzados al cumplimiento de metas.
- Brasil los PPL no es considerada como una subpoblación aparte debido a que esa condición no es para siempre, y el comportamiento dentro de los presidios es similar a la población en general, por lo que las intervenciones son las mismas, ya que la salud en el presidio debe ser la misma que fuera en el presidio.

CONCLUSIONES

¿Cuáles son los elementos a tener en cuenta para mejorar la cascada de atención en el Perú, especialmente en los hitos críticos que contribuyen al inicio temprano del tratamiento?

- Existe suficiente evidencia que apoya la combinación de antirretrovirales para la prevención de la transmisión del VIH
- El Perú debe evaluar todas las opciones preventivas entre ellas las basadas en tratamiento antirretroviral, y ejecutar aquellas que le resulten más costo efectivas, aunque hay que sopesar lo que significa el gasto en medicamentos contra una infección VIH evitada.
- Para poder hacer el monitoreo del continuo de la atención del VIH se debe contar con indicadores que no sean de difícil obtención en la Región, que sean pocos pero lo suficientemente críticas para que dé una idea clara de lo que sucede con esta atención, que identifique los puntos de inflexión donde intervenir para mejorar la respuesta del país al VIH.
- En el Perú existe gran cantidad de información pero que no está vinculada. Hay alto nivel de subregistro, poca sensibilización o desconocimiento de la importancia del sistema de

información, insuficiente desarrollo de control de calidad, e insuficientes mecanismos de retroalimentación, entre otros.

- Las metas de diagnóstico, tratamiento y supresión viral para la Región son el completar los indicadores actuales a 90% (90-90-90)
- Las principales brechas en la cascada de la atención en el Perú son la baja de captación de PVV y el porcentaje de PVV que inicia tratamiento.
- Las regiones con las prevalencias más altas requieren un trabajo de intervención diferenciada por un principio de equidad, este concepto recibe el nombre de Hot Spot colocando el mayor esfuerzo donde el problema es más relevante, de allí que se tenga metas diferenciadas por regiones.
- Para enfrentar el problema de altas prevalencias del VIH por grupos poblacionales, el concepto de focalización es importante, ya que establece acciones dirigidas a cada subpoblación.

Sesión 8: Sostenibilidad de las estrategias de prevención en el Perú

La mesa de expertos de la Sesión 8 estuvo conformada por el Dr. Peter Godfrey de ONUSIDA, el Dr. Angel Gonzales del Ministerio de Salud y la Dra. Regina Castillo Directora de ONUSIDA para Perú, Bolivia y Ecuador. La Mesa fue moderada por el Lic. Economía

Uso de datos sobre comportamientos de riesgo de las poblaciones clave, prevalencia e incidencia del VIH y otros recursos de información para la prevención del VIH

Dr. Peter Godfrey

- Para el tratamiento se tienen datos distintos de laboratorio que es muy difícil vincular.
- Hay que pensar que los estudios de vigilancia centinela son muy complejos, requieren mucha logística y el costo es caro y que muchas veces las encuestas tomadas en los estudios pueden ser inadecuadamente respondidas por las poblaciones claves. Es difícil también buscar las respuestas a encuestas ya sea en forma presencial o por medio de mensajes de texto telefónico o páginas de redes virtuales. Por eso es mejor utilizar el modelamiento matemático.
- Si se busca la mejor información, ésta debería ser de rutina, pero de rutina vinculante que permita el seguimiento de los pacientes. Cuando se elaboran los indicadores de seguimiento hay muchas dificultades para asignar numeradores y denominadores, para solucionar esto son muy útiles los resultados de modelamientos matemáticos y estudios específicos que se realiza en cada país.
- Toda información cualitativa o cuantitativa permite conocer el comportamiento de una epidemia así esta no sea óptima.
- El desafío de todo país es el cálculo del tamaño poblacional y subpoblacional que debe solucionar con alguno de los medios existentes ya que si no se conocen los datos no sabemos cómo está avanzando un programa de prevención del VIH y si este está teniendo resultado.

Gestión financiera para la respuesta nacional al VIH: Presupuesto por resultados (PPR) y SIS

Dr. Ángel Gonzales

- La información que procede de los registros del MINSA es utilizada sobre todo para fines financieros, ya que los programas presupuestales que financian los aspectos prioritarios de salud están contruidos en base de esta información validada y consistente. Este es un avance evidente de los últimos años.
- En esta construcción del conocimiento se ha intentado que ingresen todas las acciones de mayor importancia para la prevención y control del VIH/Sida, es un marco no perfecto pero que es perfectible.

- El presupuesto nacional ha aumentando consistentemente en los últimos años, comparado con el presupuesto del VIH desde el 2011 comienza a incrementarse el presupuesto gracias a la identificación de las acciones clave que deben ser financiados y que ha sido ejecutado en forma adecuado.
- En presupuesto por resultados se comienza a trabajar con VIH desde el 2011, se crean 6 programas presupuestales donde se encuentra el VIH por estar entre los programas priorizados por el MINSA. Las metas o resultados de las acciones están relacionados con el presupuesto y se mantiene mientras se cumplan las metas.
- El mayor financiador del VIH en el país es el MINSA. El mayor gasto se realiza en personal, seguido de las compra de bienes.



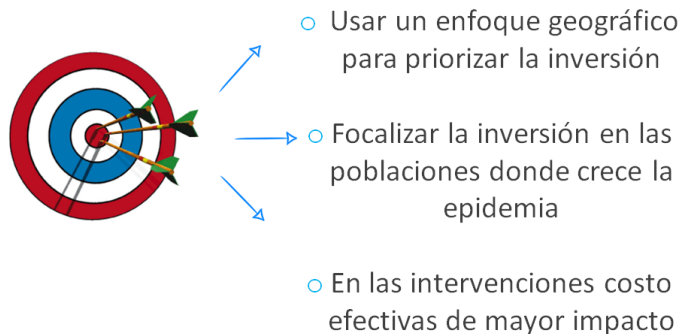
- El Plan Esencial de Aseguramiento PEAS incluye al VIH/Sida, esto permite afirmar que toda persona que tenga un seguro de salud, este debe financiar todo lo relacionado a la prevención y tratamiento del VIH.
- Los retos para los próximos años son: elaborar proyectos de inversión, sobre todo para mejora de infraestructura y equipamiento; incrementar el aseguramiento de personas viviendo con VIH (SIS u otras aseguradoras); asegurar la calidad del gasto; el presupuesto debe ejecutarse conforme a la programación de necesidades del componente VIH; lograr que toda PVVS goce de un seguro integral para coberturar la atención de VIH y sus complicaciones; determinar con exactitud las brechas en las principales genéricas de gasto de VIH; facilitar la posibilidad que otros sectores incluyan en sus cadenas presupuestales los productos de ITS, VIH/SIDA.

Perspectivas del financiamiento internacional en VIH y caso de inversión peruano

Dra. Regina Castillo

- Los recursos financieros destinados para VIH en el mundo han sido alrededor de 19 billones de dólares, 53% de ellos vino de recursos domésticos. Se calcula que para lograr los objetivos trazados para el control de la epidemia se requiere de 22 a 24 billones de dólares.
- La respuesta de los países al VIH mayormente es financiada por fondos públicos; el rol de la comunidad internacional ha sido importante sobre todo en el financiamiento de prevención en poblaciones de mayor riesgo (en Latinoamérica llego a financiar el 63% de estas actividades).
- La región en el mediano plazo debe prepararse para asegurar la sostenibilidad y la apropiación de las respuestas nacionales; lo que se observa actualmente es que está disminuyendo paulatinamente el apoyo financiero extranjero, ya conforme el país mejora económicamente el apoyo financiero extranjero disminuye.
- Un mejor enfoque del gasto permite un mayor retorno por cada dólar invertido; los principales para el gasto de dinero son usar un enfoque geográfico para priorizar la inversión, focalizar la inversión en las poblaciones donde crece la epidemia y en las intervenciones costo-efectivas de mayor impacto.

Noviembre del 2014



Cero Nuevas Infecciones de VIH
Cero Discriminación
Cero Muertes por Sida



ONUSIDA

- Por cada 100 dólares que se gastó en VIH en 2012, menos de un dólar se gastó en actividades preventivas para poblaciones claves.
- Es necesario encontrar estrategias para una respuesta sostenible económicamente.
- Los marcos de inversión brindan un marco de evidencia para lograr asignaciones más inteligentes de los fondos públicos.
- El marco de inversión está basado en las últimas evidencias, identifica prioridades de inversión, destaca la importancia de los facilitadores críticos.
- En un estudio realizado en el año 2013 en el Perú, mostró que existe poca inversión en poblaciones clave, algo más en cambios de comportamiento, mucho menos en condones mientras que en la parte de tratamiento está el mayor porcentaje,.
- El mismo estudio señaló que el modelo de distribución ideal de los fondos peruanos sugiere una mayor inversión en poblaciones clave y condones, y con ciertos ajustes en el precio de los medicamentos se ahorraría en tratamiento.
- En lo referente a la inversión de habilitadores esenciales y sinergias, se encontró que se financiaba mucho los programas básicos y muy poco en sinergias cuando lo ideal es incrementar la inversión en sinergias.
- El estudio encontró brechas de un 83% en programas orientados a las poblaciones clave, un 78% en adquisición y distribución de preservativos masculinos y femeninos, un 79% en sinergias con sectores de desarrollo.

Brecha de financiamiento con respecto al presupuesto actual

| | Actividad | % |
|---|--|--------|
| 1 | Programas orientados a las poblaciones clave de mayor riesgo (en particular, trabajadores/as sexuales y sus clientes, hombres que tienen sexo con hombres y usuarios de drogas inyectables); | 83.4% |
| 2 | La eliminación de las nuevas infecciones por el VIH entre los niños; | 3.5% |
| 3 | Los programas que se centran en la reducción del riesgo de exposición al VIH a través de cambiar los comportamientos y las normas sociales | -33.4% |
| 4 | Adquisición, distribución y comercialización de preservativos masculinos y femeninos | 78.7% |
| 5 | Tratamiento, atención y apoyo para las personas que viven con el VIH | 5.6% |
| 6 | Circuncisión médica masculina voluntaria | |
| 7 | Habilitadores sociales | 32.2% |
| 8 | Habilitadores de programas | 13.9% |
| 9 | Sinergias con sectores del desarrollo | 78.9% |
| | Total | 44.4% |

Fuente: Elaboración equipo consultor

Cero Nuevas Infecciones de VIH
Cero Discriminación
Cero Muertes por Sida



ONUSIDA

- Las conclusiones del estudio manifiestan:
 - una inadecuada estructuración del presupuesto por resultados que a pesar de comprender cinco actividades programáticas del marco de inversión contempla también actividades de tuberculosis;
 - la inversión es mayor en tratamiento y es muy escasa en poblaciones clave, uso de condones y creación de sinergias;
 - existe una inadecuada ejecución del presupuesto;
 - no existe calidad del gasto y el gasto de bolsillo se está incrementando;
 - el escenario actual del Perú permitiría el crecimiento del presupuesto asignado por el Estado a la respuesta al VIH
- Las principales recomendaciones serían:
 - revisar el diseño de los PPR,
 - aprobar el Plan Estratégico 2014-2018,
 - dotar a la Estrategia Sanitaria Nacional de ITS y VIH de los mecanismos y procedimientos necesarios para vigilar la calidad del gasto y monitorear más cercanamente el avance hacia los productos PPR
 - evaluar alternativas para que las PVV accedan a los beneficios del SIS y programas sociales que les permitan mejorar su calidad de vida.

APORTES DEL DIALOGO

- En el tema de información adolece de varios problemas, pero se trabaja muchas veces con sistemas de información paralelo ya que el del MINSA no funciona;
- los indicadores que se están utilizando para la evaluación de los PpR, están basados en fuentes de información del ENDES, vigilancia centinela y otros estudios;
- Se está buscando que el MINSA pueda financiar a ONGs de poblaciones clave, por ahora los sistemas de control del Estado impiden. Este financiamiento podría realizarse mediante el Sistema de Proyectos de Inversión o buscar un producto de los PpR pueda financiarlo;
- El problema de la regionalización no permite una mejor vigilancia sobre el gasto del PpR,, solo le queda al MINSA la función de asistencia técnica y dejar recomendaciones, el Sistema Nacional de Control es el responsable de realizar el control del gasto. Por otro lado se encuentra la vigilancia social como parte del control del gasto por parte de las regiones de salud.

CONCLUSIONES

¿Cuán importante es la evidencia en la toma de decisiones para prevenir y controlar el VIH?

- Toda información cualitativa o cuantitativa permite conocer el comportamiento de una epidemia así esta no sea óptima, sus resultados guiarán la toma de decisiones
- Los estudios de vigilancia centinela son muy complejos, requieren mucha logística y el costo es alto, y en las encuestas por medio de mensajes de texto telefónico o paginas de redes virtuales pueden ser respondidas inadecuadamente por las poblaciones caves, de allí la utilidad de los modelamientos matemáticos para toma de decisiones.
- En el Perú la información que procede de los registros del MINSA no solo es utilizado para toma de decisiones sino que es usada para financiar los aspectos prioritarios de salud. Están contruidos en base de esta información validada y consistente.

¿Cuáles son las principales barreras para la sostenibilidad de las estrategias de prevención del VIH en el Perú?

- El Plan Esencial de Aseguramiento PEAS incluye al VIH/Sida, lo que es importante ya que asegura la sostenibilidad financiera de actividades de prevención y atención en VIH
- Los marcos de inversión son herramientas que dan un marco de evidencia para lograr asignaciones más inteligentes de los fondos públicos.

- Los principales enfoques para el gasto racional son el enfoque geográfico, la focalización en la población de mayor prevalencia y en las intervenciones costo-efectivas de mayor impacto.
- La inadecuada estructuración del presupuesto por resultados; la escasa inversión en poblaciones clave, uso de condones y creación de sinergias; la inadecuada ejecución del presupuesto; la falta de calidad del gasto y el gasto de bolsillo en incremento; se constituyen como debilidades para la obtención de mejores resultados de la inversión del país en VIH.

Sesión 9: Compromisos Nacionales

La Mesa final estuvo conformada por la Dra. Paulina Giusti Viceministra de Prestaciones y Aseguramiento del Ministerio de Salud, la Dra. Regina Castillo de ONUSIDA y de la Sra. Teresa Ayala representante de la sociedad civil en la CONAMUSA; la moderación fue dirigida por el Dr. Juan Guanira de la ONG INMENSA.

Dra. Paulina Giusti refirió que:

- El proceso de reforma que está el MINSa busca el universalizar el acceso de las personas a los servicios de salud.
- Esta reforma se basa en tres pilares siendo el principal mejorar la cobertura de aseguramiento, para esto actualmente se está dando cobertura a la población vulnerable como escolares, gestantes y recién nacidos; otro es mejorar los servicios que se entregan a todo nivel sobre todo lo referente a la consejería y otras actividades que le corresponden al MINSa en atención al problema del VIH; el tercero es mejorar el acceso geográfico y a los servicios especializados.
- Todos los temas que se han discutido en esta reunión son muy importantes servirán como insumo para un documento normativo que se elaborará posteriormente.
- Entre otras acciones que está realizando el MINSa en este campo está el plan estratégico que debe ser aprobado en estos días, lo mismo que las normas de atención al adulto VIH; con Brasil se está coordinando el encuentro de la Amazonia donde se tocará el tema del VIH desde un punto binacional para solucionar la problemática en esa región.
- Agradecía el esfuerzo de los expertos y de los participantes para buscar opciones novedosas en la lucha contra el VIH

La **Dra. Regina Castillo**, refirió que:

- La consulta nacional había sido productiva, contando la participación de expertos nacionales e internacionales y las recomendaciones de las poblaciones en riesgo y afectadas por el VIH, el país ha mejorado mucho en los últimos años sobre todo su economía.
- Si se quiere implementar la prevención combinada es necesario tener un enfoque geográfico en donde existe mayor prevalencia de VIH, incrementar la inversión en personas clave donde se observa que solo un 8% conoce su seroestado, y sostener esta respuesta a largo plazo, como ONUSIDA se compromete a generar evidencia que sirva para hacer mejora, y que Perú cuenta con toda la asistencia técnica que requiera el país, ya que el objetivo es ayudar a los países a llegar a las metas de tener cero nuevas infecciones, cero muertes por Sida y cero discriminación.

La **Sra. Teresa Ayala** manifestó que:

- A pesar que la CONAMUSA nació por los Proyectos del Fondo Mundial, sus acciones van más allá que esto, en el tema de prevención combinada actualmente tenemos el modelo de atención integral MAIC que se va a implementar en los siguientes meses, y que no solo busca ver el tratamiento del VIH sino que busca satisfacer las necesidades de las poblaciones de mayor riesgo, para esto se necesita el compromiso de todas las organizaciones comunitarias, todas las redes y de los sectores no solo de salud sino de los demás justicia, educación trabajo.
- El compromiso de la sociedad civil a seguir trabajando para que esto funcione



TRABAJO EN GRUPOS

Los trabajos en grupo tuvieron el objetivo de enfocar los problemas existentes para la implementación de la prevención combinada del VIH en el país desde los diferentes puntos de vista de los participantes.

El resumen de las respuestas a las preguntas clave fueron las siguientes:

TRABAJO DE GRUPO 1 A: Necesidades, oportunidades y desafíos para la prevención del VIH en el Perú.

1. *¿Qué nuevos elementos se deben considerar en un programa de prevención combinada en el Perú?*

- Planes multisectoriales
- Cambios estructurales a nivel de establecimientos de salud y sociedad
- La promoción de vida sexual saludable comunitaria
- Campañas de difusión acerca de la prevención permanentes y sostenibles
- Tecnologías de información y comunicación para mensajes de prevención y ampliación de cobertura
- Agentes comunitarios sensibilizados y empoderados
- Compras regionales de medicamentos e insumos para TARGA, PrEP y tratamiento como prevención
- Movilización comunitaria

2. *¿Cuáles serían las ventajas y desventajas de la implementación de la prevención combinada en el Perú?*

Ventajas

- Ejecución de los proyectos del Fondo Global
- Experiencia de intervenciones de pares
- Experiencia de intervención con equipos itinerantes
- Uso de internet y redes sociales masificados en las poblaciones clave
- Hay aliados en diferentes ámbitos que se han ido generando por diferentes proyectos y reuniones
- Coordinación existente a nivel de sectores y gobiernos locales

Desventajas

- No ha sido estructurada la Reforma en salud con la ruta de la epidemia
- Falta de voluntad política de priorizar el tema de VIH
- Las comunidades clave no están preparadas

- Sociedad no identifica al VIH como problema suyo, lo orienta a un grupo poblacional (estigmatización)
- Falta de legislación para servicios de menores de edad
- Conservadurismo: religión en la política
- Falta de legislación para poblaciones clave, especialmente HSH y mujeres trans
- La interculturalidad y la accesibilidad geográfica

TRABAJO DE GRUPO IB: Modelamiento matemático de prevención combinada para HSH/Trans en el Perú

1. ¿Cuáles son las intervenciones que se necesitarían para reducir los nuevos casos?

- Fortalecer la rectoría del MINSA en relación a los subsistemas
- Realizar censo de población HSH y mujeres trans
- Programación en función a población que establecen criterios de riesgo
- Fortalecimiento de OBC y grupos comunitarios
- Empoderamiento de comunidades LGTB en el uso de condón y lubricantes
- Fortalecimiento de los CERITS y UAMP con ampliación de horarios
- Incluir estrategias CEP CERITS y UAMPs
- Modificación de norma técnica, diagnóstico y tratamiento en corto tiempo
- Descentralizar los niveles de atención y tratamiento
- Descentralizar el TARGA
- Incremento de la intervención PEP HSH y Trans
- Evaluar y fortalecer las estrategias en intervenciones clave (equipos itinerantes) que contribuyen a la promoción, prevención y tratamiento
- Garantizar insumos si se piensan en nuevas estrategias de incrementar el tamizaje, diagnóstico y tratamiento temprano
- Materiales de difusión adecuados e innovadores
- Difusión del uso y beneficios de preservativo
- Implementar el PrEP o asegurar lo anterior
- Equipos itinerantes
- Fortalecer sistemas de referencia y contrareferencia de acuerdo a niveles de atención
- Mejorar el sistema de información a nivel institucional

2. ¿Cuáles serían las metas realistas para el incremento de cobertura de estos servicios y el tiempo necesario para lograrlo?

- Uso de preservativo al 75% en 5 años
- Cobertura de tamizaje de 60 a 70%
- Cobertura de TARGA de 60 a 95%
- Tratamiento temprano iniciar con 30% en el primer año
- PrEP iniciar con 15% en el primer año
- Aumentar en 15% la cobertura anual de diagnóstico durante 5 años
- Aumentar en 15% la cobertura anual de tratamiento durante 5 años



TRABAJO DE GRUPO II: Estado y oportunidades para mejorar la cascada de atención en el Perú

1. ¿Cuáles son los hitos críticos de la cascada de atención en el Perú?

- Toda cascada requiere ser mejorada. Existe poca adherencia, abandono y muy poca supresión virológica
- La cascada no refleja la realidad por la imprecisión del número total de tamizados, no se dimensiona la oferta de la prueba
- No se evidencia positivos por migración a otros sistemas (subsistemas)
- Falta de búsqueda activa de las poblaciones clave
- Falta de acceso a las pruebas de diagnóstico, uso de pruebas rápidas
- Falta identificación de contactos
- Falta de acompañamiento inmediato a las personas diagnosticadas
- No existe en el sistema de monitoreo de aquellas personas que conocen su diagnóstico
- Ineficiente sistema informático
- Falta de información diferenciada (grupos clave, regiones geográficas)
- No se incluye a los PPL
- Falta captar personas que ya están en el sistema: niños, gestantes
- Acuerdos de gestión no priorizan VIH y TB
- Multifuncionalidad del personal, escaso recurso humano, sin capacitación ni sensibilización (enfoque de prevenir y no curar), demasiada formatería que debe llenar. Alta rotación del personal capacitado
- Falta de vinculación del MINSa con las organizaciones de la sociedad civil
- Falta integración de servicios
- Persiste el estigma y discriminación en los servicios de salud
- Persisten los problemas por el acceso geográfico e interculturalidad
- Falta de compromiso político en la temática para presupuestar actividades sobre todo a nivel regional
- Inadecuada cadena de suministros (ARV, pruebas de laboratorio)
- No aprobación del PEM
- No actualización de normas técnicas del TARGA (adultos y niños)
- Falta de datos estadísticos reales de PVV
- Débil sistema de referencia y contrareferencia
- Comunicación débil de beneficios de prueba y tratamientos

2. ¿Cuáles son las oportunidades para mejorar la cascada de atención?

- Promocionando la vida sexual saludable desde los niveles educativos básicos
- Impulsando y garantizando acuerdo nacional sobre la problemática del VIH
- Aplicando estrategias comunicacionales adaptadas y continuas

Noviembre del 2014

- Contando con una infraestructura mínima adecuada para la atención
- Diseñando estrategias comunitarias para la referencia y la retención
- Adaptando la respuesta a la diversidad de la epidemia (poblacional, geográfica, cultural)
- Buscando el acceso oportuno a las pruebas diagnósticas
- Realizando consejería efectiva y vinculante desde el postest y durante todo el proceso de atención
- Utilizando nuevas herramientas para la adherencia
- Organizando un Diplomado en VIH dirigido a diferentes sectores
- Actualizando las normas técnicas de TARGA basada en derechos humanos, sexuales y reproductivos
- Capacitando a los equipos técnicos con tecnologías adecuadas incluyendo sistemas de monitoreo y evaluación
- Contando con un sistema único de información del paciente que pueda integrar características demográficas y por población. Incluir información epidemiológica que incluya infección aguda. De tal manera que la data organizada sea una herramienta de incidencia política
- Vigilando la calidad del gasto, del presupuesto asignado
- Fortaleciendo el liderazgo multisectorial
- Promoviendo la Intersectorialidad de la respuesta.



VII. ANEXOS

ANEXO 1

CONSULTA NACIONAL SOBRE PREVENCIÓN COMBINADA DE LA INFECCIÓN POR VIH

PROGRAMA

Miércoles 12 de Noviembre

Sección 1: Introducción

| Sesión / moderador | Horario | Tema | Presentador | Preguntas clave para el diálogo |
|---------------------|---------------|--|---|---------------------------------|
| Apertura del evento | 9:00 - 9:15 | Bienvenida | Percy Minaya, Ministerio de Salud Regina Castillo, ONUSIDA, Carlos Cáceres, UPCH | |
| Mesa de apertura | 9:15 – 9:40 | La ESN VIH-SIDA en el marco de la reforma del sector salud del Perú | Percy Minaya, Ministerio de Salud | |
| | 09:40 – 10:00 | Panorama nacional de la respuesta al VIH en el Perú | Carlos Benites MINSA | |
| | 10:00-10:15 | Estado de la Epidemia a nivel global y nuevas estrategias de respuesta | Peter Godfried Fausset, ONUSIDA | |
| | 10:15 – 10:30 | Panorama regional de la prevención en VIH | Bertha Gómez, OPS | |
| | 10:30-10:45 | Preguntas | | |
| | 10:45 | Café | | |

Sección 2: La epidemia del VIH y dinámica de la transmisión

| Sesión / moderador | Horario | Tema | Presentador | Preguntas clave para el diálogo |
|---------------------------------------|---------------|---|---------------------------|---|
| Moderador Carlos Cáceres (UPCH) | 11.00 – 11:30 | Estado y tendencias de la epidemia del VIH en el Perú: poblaciones clave y otros grupos vulnerables | Mary Reyes, DGE, MINSA | ¿Cuál es la situación actual de la epidemia? ¿Cuál es la |

Noviembre del 2014

| Sesión / moderador | Horario | Tema | Presentador | Preguntas clave para el diálogo |
|--------------------|---------------|---|---|--|
| | 11:30 – 12:00 | Dinámica de la transmisión del VIH: El Modelo Modos de Transmisión y el modelo asiático de estimaciones del VIH | Annick Bórquez, Imperial College London, y Jorge Alarcon, IMT - UNMSM | dinámica de la transmisión de VIH en el Perú, en el presente y a futuro? |
| | 12:00-12:30 | Determinantes Sociales de la Epidemia | Walter Mendoza, UNFPA | |
| | 12:30-13:00 | Plenario de Preguntas | | |
| | 13:00 – 14:00 | Almuerzo | | |

Sección 3: La respuesta nacional en prevención

| Sesión / moderador | Horario | Tema | Presentador | Preguntas clave para el diálogo |
|---|---------------|---|---|---|
| Moderador: Carlos Benites, MINSA | 14:00 – 14:20 | El Acceso a las pruebas de tamizaje, diagnóstico y monitoreo en el Perú | Patricia Caballero, INS | ¿Qué nuevos elementos se deben considerar en un programa de prevención de VIH en el Perú? |
| | 14:20-14:40 | La Experiencia de la Región San Martín | Gustavo Rosell, Diresa San Martín | |
| | 14:40-15:00 | Perspectivas de un CERITSS: Barton | Javier Salvatierra, CERITSS Barton | |
| | 15:00 – 15:20 | Prevención del VIH en un servicio que provee TARGA : Hospital Dos de Mayo | Victor Chávez, Hospital Dos de Mayo | |
| | 15:20-15:40 | Perspectivas de la comunidad de Personas viviendo con VIH | Guiselly Flores, Representante de PVV en CONAMUSA | |
| | 15:40-16:00 | Perspectivas de las poblaciones clave | Julio Gilvonio Representante de poblaciones clave en CONAMUSA | |
| | 16:00-16:20 | Proyectos financiados por el Fondo Global: Ronda 10 | Ricardo Chuquimia, RP, Parsalud | |
| | 16:20-16:30 | Plenario de preguntas | | |
| | 16:30 | Descanso Café | | |

Sección 4: Lineamientos globales sobre prevención y su lugar en la reforma en salud en el Perú

| Sesión / moderador | Horario | Tema | Presentador | Preguntas clave para el diálogo |
|--|---------------|---|--|---|
| Moderador: José Luis Sebastián, AHF | 16:45 – 17:05 | Lineamientos globales sobre el uso de antiretrovirales en tratamiento y prevención | Bertha Gomez, OPS-OMS | ¿Cuáles son los estándares a tener en cuenta para una respuesta en prevención efectiva? |
| | 17:05 – 17:25 | Lineamientos integrados de prevención y tratamiento del VIH en poblaciones clave | Peter Godfrey-Faussett (UNAIDS) | |
| | 17:25 – 17:45 | Recomendaciones para proteger los derechos humanos en el marco de la prevención del VIH | Fernando Cisneros, activista, y Guiselly Flores, CONAMUSA | |
| | 17:45 – 18:05 | Lineamientos de la reforma y adecuación de políticas nacionales para la prevención del VIH en el Perú | Carlos Benites, MINSA | |
| | 18:05-18:20 | Plenario de Preguntas | | |

Jueves 13 de Noviembre

Sección 5: Estrategias emergentes en prevención del VIH

| Sesión / moderador | Horario | Tema | Presentador | Preguntas clave para el diálogo |
|--|--------------|---|---|---|
| Moderador: Lisset García, MINSA | 9:00 – 9:30 | Estado y tendencias en prevención biomédica del VIH | Kenneth Mayer Fenway Health y Universidad de Harvard | ¿Qué nuevos elementos se deben considerar en un programa de prevención combinada en el Perú? ¿Cuáles son las oportunidades |
| | 9:30– 10:00 | Prevención en HSH y mujeres transgénero | Beatriz Grinstejn, CNSP-Fundación Oswaldo Cruz (Video) | |
| | 10:00– 10:30 | El Marco de Prevención Combinada: Concepto y | Carlos F. Cáceres, UPCH | |

Noviembre del 2014

| Sesión / moderador | Horario | Tema | Presentador | Preguntas clave para el diálogo |
|--------------------|-------------|--|---|---|
| | | Perspectivas en Perú | | y dificultades de la prevención combinada en el Perú? |
| | 10.30-10.45 | Preguntas | | |
| | 10:45-11:15 | Descanso - Café | | |
| | 11:15-11:40 | Prevención Combinada en Perú: Perspectivas de los actores clave | Aron Nunez-Curto, UPCH | |
| | 11:40-12.05 | Modelamiento de la efectividad y costo-efectividad de varias estrategias en un marco de prevención combinada | Annick Bórquez, ICL | |
| | 12:05-12:30 | Consideraciones para la inclusión de PrEP en Brasil | Fabio Mesquita, Ministério da Saúde, Brasil | |
| | 12:30-13:00 | Plenario de preguntas | | |
| | 13:00-14:00 | Almuerzo | | |

Trabajo de Grupo Ia: Necesidades, oportunidades y desafíos para la prevención del VIH en el Perú

| Sesión / moderador | Horario | Tema |
|-----------------------|---------------|---|
| Facilitadores: | 14.00-15.00 | Organización de grupos de trabajo y desarrollo de las preguntas clave: 1) ¿Qué nuevos elementos se deben considerar en un programa de prevención combinada en el Perú? 2) ¿Cuáles serían las ventajas y desventajas de la implementación de la prevención combinada en el Perú? |
| | 15:00 – 15.30 | Plenario y conclusiones del trabajo de grupo I |
| | 15.30 – 15:45 | Café |

Trabajo de Grupo Ib: Modelamiento matemático de prevención combinada para HSH/Trans en el Perú

| Sesión / moderador | Horario | Tema |
|-----------------------|---------------|---|
| Facilitadores: | 14.00-15.00 | Organización de grupos de trabajo y desarrollo de las preguntas clave: 1) ¿Cuáles serían las intervenciones que se necesitarían para reducir los nuevos casos? 2) ¿Cuáles serían metas realistas para el incremento en la cobertura de estos servicios y el tiempo necesario para lograrlo? |
| | 15:00 – 15:30 | Plenario y conclusiones del trabajo de grupo I |
| | 15.30 – 15:45 | Café |

Sección 6: Estudios y experiencias nacionales sobre prevención en VIH

| Sesión / moderador | Horario | Tema | Presentador | Preguntas clave para el diálogo |
|-----------------------------|-------------|---|---|---|
| Moderador : Lídice López | 15:45-16:00 | iPrEx e iPrEx OLE | Juan Guanira, Inmensa | ¿Qué nuevos elementos se deben considerar en un programa de prevención combinada a partir de las experiencias aplicadas en la realidad peruana? ¿Cuáles serían las oportunidades y dificultades para su aplicación? |
| | 16:00-16:15 | PUMA - estudio sobre prevención combinada y testeo y tratamiento | Javier Lama, Impacta | |
| | 16:15-16:30 | Estudios sobre mujeres transgénero | Ximena Salazar, UPCH, y Jana Villayzán, Red Trans | |
| | 16:30-16:45 | Experiencia de trabajo con TS varones: centro comunitario El Punto | Angela Bayer, UPCH | |
| | 16:45-17:00 | Internet y redes sociales, experiencia de la UPCH | Magali Blas, UPCH | |
| | 17:00-17:15 | La experiencia de centros comunitarios: Epicentro | Hugo Sánchez | |
| | 17:15-17:30 | Estudios sobre percepciones sobre la prevención del VIH y de Comunicación para la prevención del VIH en comunidades | Mario Tavera UNICEF | |

| | | | |
|--|-------------|-----------------------|--|
| | | nativas | |
| | | | |
| | 17:30-18:00 | Plenario de preguntas | |

Viernes 14 de Noviembre

Sección 7: El rol de tratamiento para la prevención del VIH

| Sesión / moderador | Horario | Tema | Presentador | Preguntas clave para el diálogo |
|---|---------------|--|--|---|
| Moderador: Frine Samalvides, Hospital Nacional Cayetano Heredia | 9:00-9:30 | El rol preventivo del tratamiento | Kenneth Mayer, Fenway Health y U de Harvard | ¿Cuáles son los elementos a tener en cuenta para mejorar la cascada de atención en el Perú, especialmente en los hitos críticos que contribuyen al inicio temprano del tratamiento? |
| | 9:30-9:55 | Lineamientos globales y regionales de la cascada de atención | Bertha Gómez, OPS | |
| | 9:55-10:20 | La cascada de atención en el Perú: resultados preliminares de un estudio del Ministerio de Salud | Carlos Benites, ESNITSS MINSA | |
| | 10:20 – 10:45 | Cómo preparar los sistemas de salud para el inicio temprano del tratamiento: lecciones de la experiencia de Brasil | Fabio Mesquita, Ministerio de Salud del Brasil | |
| | 10:45 – 11:00 | Descanso - café | | |

Trabajo de Grupo II: Estado y oportunidades para mejorar la cascada de atención en el Perú

| Sesión / moderador | Horario | Tema |
|-----------------------|---------------|---|
| Facilitadores: | 11:00 – 12:15 | Organización de grupos de trabajo y desarrollo de las preguntas clave: 1) ¿Cuáles son los hitos críticos de la cascada de atención en el Perú? 2) ¿Cuáles son los facilitadores y barreras para el abordaje de los hitos críticos de la cascada de atención en el Perú? |
| | 12:15 – 13:00 | Plenario y conclusiones del Trabajo de Grupo II |
| | 13:00 – 14:00 | Almuerzo |

Sección 8: Sostenibilidad de las estrategias de prevención en el Perú

| Sesión / moderador | Horario | Tema | Presentador | Preguntas clave para el diálogo |
|----------------------------|---------------|--|---------------------------------|---|
| Jenny Niño de Guzmán (MEF) | 14:00-14.30 | Uso de datos sobre comportamientos de riesgo de las poblaciones clave, prevalencia e incidencia del VIH y otros recursos de información para la prevención del VIH | Peter Godfrey-Faussett (UNAIDS) | ¿Cuán importante es la evidencia en la toma de decisiones para prevenir y controlar el VIH? ¿Cuáles son las principales barreras para la sostenibilidad de las estrategias de prevención del VIH en el Perú? |
| | 14:30 – 15.00 | Gestión financiera para la respuesta nacional al VIH: Presupuesto por resultados (PPR) y SIS | Angel Gonzales MINSA | |
| | 15.00-15.30 | Perspectivas del financiamiento internacional en VIH y caso de inversión peruano | Regina Castillo, ONUSIDA | |
| | 15.30-15.45 | Plenario de preguntas | | |
| | 15.45 | Descanso café | | |

Sección 9: Compromisos Nacionales

| Sesión / moderador | Horario | Tema | Presentador | Preguntas clave para el diálogo |
|-------------------------|-------------|--|---|---------------------------------|
| Moderador: Juan Guanira | 16:00-16.30 | Compromisos desde el sector público, las agencias de cooperación técnica y la sociedad civil | Dr. Aníbal Velásquez, Ministro de Salud Pública (por confirmar); Regina Castillo, ONUSIDA; Teresa Ayala, CONAMUSA | |
| | 16:30-16.45 | Clausura | MINSA; ONUSIDA; UPCH | |

Anexo 2

Lista de participantes

| Nombre | Condición | Institución |
|--|--------------|--|
| Adrian Diaz | Participante | OPS |
| Alfonso Silva-Santisteban | Facilitador | UPCH |
| Amparo Juarez | Participante | Amazonas-Condorcanqui |
| Ana Maria Rosasco | Participante | Parsalud |
| Ana Villa Mota | Participante | Red Trasex |
| André Mere | Participante | INNPARES |
| Angel Gonzales Vivanco | Participante | ESN ITS VIH - MINSA |
| Angel Pinedo | Participante | Prosa |
| Angela Bayer | Ponente | UPCH |
| Angela Villón | Participante | Movimiento de TS del Perú |
| Angélica Motta | Facilitador | UPCH |
| Annick Bórquez | Ponente | Imperial College London |
| Aron Núñez-Curto | Ponente | UPCH |
| Azucena Rodríguez | Participante | Red Trasex |
| Bertha Gomez | Participante | OPS/OMS Región Andina |
| Byelca Huamán | Participante | ESN ITS VIH - MINSA |
| Carlos Benites | Ponente | ESN ITS VIH - MINSA |
| Carlos Cáceres | Ponente | UPCH |
| Carmen Murguía | Participante | UNFPA |
| Carol Lazo | Participante | DISA Lima Sur |
| Caterina Oliva Monti | Participante | PNUD |
| Cecilia Ugaz | Participante | IESSDEH |
| Cryshna Herrera | Participante | UCLA |
| Damaris Cuyubamba | Participante | SIDA VIDA |
| David Díaz | Ponente | Centro comunitario El Punto |
| Diana Cordero | Participante | Defensoría del Pueblo |
| Elizabeth Rosales | Participante | Inmensa |
| Eugenia Fernan Zegarra / Gisela Vignola | Participante | Adjuntía para la Administración Estatal / Adjuntia para los derechos humanos y las personas con discapacidad |
| Evelyn Núñez | Participante | DIRESA Madre de Dios |
| Fábio Mesquita | Ponente | PNS Brasil |
| Fernando Berríos | Participante | UNESCO |
| Fernando Chujutalli | Participante | Inpa VICH |
| Fernando Cisneros | Participante | CONAMUSA |
| Flavio Diaz | Participante | ONUSIDA |
| Flor Dominguez | Participante | DISA Lima Este |

| Nombre | Condición | Institución |
|------------------------------|--------------|-------------------------------|
| Frine Samalvides Cuba | Participante | CODEAVIS |
| Gaby Mariño | Participante | CONAMUSA |
| Giannina Sanguineti | Participante | ONUSIDA |
| Giselle Espinoza Castromonte | Participante | DIRESA Ancash |
| Giselly Flores | Participante | CONAMUSA |
| Gonzalo Castañeda | Participante | DIRESA Arequipa |
| Guillermo Gonzalvez | Participante | OPS |
| Gustavo Rosell | Ponente | DIRESA San Martín |
| Hanny Cueva | Participante | ONU Mujeres |
| Inés Ortega | Participante | MINSA |
| Jana Villayzán | Participante | Red Trans Peru |
| Jannely Medina Osorio | Participante | ESR ITS VIH Lima Provincia |
| Javier Lama | ponente | IMPACTA |
| Javier Salvatierra | Ponente | CERITSS Barton |
| Jenny Velásquez | Participante | DIRESA Apurimac |
| Jorge Alarcón | Ponente | UNMSM |
| José Luis Sebastián | Facilitador | AHF Perú |
| Jose Pajuelo | Participante | CONAMUSA |
| Juan Bernales | Participante | Parsalud |
| Juan Carlos Miñano | Participante | AHF Perú |
| Juan Echevarria | Participante | UPCH |
| Juan Enciso | Participante | UPCH |
| Juan Guanira | Participante | INMENSA |
| Juan Nunura | Participante | MINSA |
| Julia Campos | Participante | Red Sida Peru |
| Julia Melgar | Participante | INMENSA |
| Julio César Cruz | Participante | PROSA |
| Julio Gilvonio | Ponente | CONAMUSA |
| Julio Lossio | Participante | Cronicas de la Diversidad |
| Kelika Konda | Participante | Adjunct Assistant Professor |
| Kenneth Mayer | Ponente | Gladstone Institute / Harvard |
| Leoncia Rebatta | Participante | MINSA CERITSS |
| Emilio Olortegui Arango | Participante | ESN ITS VIH - MINSA |
| Lidia Tintaya | Participante | DIRESA Piura |
| Lídice López | Facilitador | AIS |
| Lisset García Fernández | Participante | ESN ITS VIH - MINSA |
| Lorena Vargas | Participante | INMENSA |
| Lourdes Kusunoki | Participante | ORAS – CONHU |
| Lourdes Lombardi | Participante | DIRESA Tacna |

Noviembre del 2014

| Nombre | Condición | Institución |
|---------------------------------|--------------|---|
| Lucy Lazariga Sandoval | Participante | MINSA |
| Lucy Lazo | Participante | DIRESA Piura |
| Magaly Blas | Ponente | UPCH |
| Magaly Robles | Participante | DISA Lima Sur |
| Margarita Talledo | Participante | CONAMUSA |
| María Apaza | Participante | DIRESA Puno |
| María Dedios Alegría | Participante | CODEAVIS |
| María del Carmen Figueroa | Participante | Red Trasex |
| Maria Herrera Grandez | Participante | DIRESA Loreto |
| María Luisa Castañeda Nuñez | Participante | CODEAVIS |
| María Ortiz Araujo | Participante | GERESA Lambayeque |
| Maricelo Peña | Participante | Red Trans Peru |
| Mario Tavera | Participante | UNICEF |
| Marlon Castillo | Participante | SIDA VIDA |
| Marsi Mónica Larragán Rodríguez | Participante | Comité Expertos NVVS |
| Mary Reyes | Ponente | DGE |
| Marysol Campos | Participante | MINSA |
| Miguel Angel Saurin | Participante | Cambio y Acción |
| Monica Pun Chinarro | Participante | DGE |
| Pablo Anamaría | Facilitador | Vía Libre |
| Patricia Bracamonte | Participante | ONUSIDA |
| Patricia Caballero | Participante | INS |
| Patricia Loayza | Participante | IESSDEH |
| Patricia Ruiz | Participante | DISA Lima Sur |
| Patricio Montes Lara | Participante | AHF Perú |
| Pedro Pablo Prada | Participante | Coordinadora Peruanos Positivos |
| Peter Godfrey-Faussett | Ponente | UNAIDS |
| Estela Muñoz Zumaeta | Participante | ESN ITS VIH - MINSA |
| Rebeca Cumpa | Participante | GERESA Lambayeque |
| Regina Castillo | Participante | Directora de ONUSIDA para Bolivia, Ecuador y Perú |
| Ricardo Chuquimia | Ponente | PAR Salud |
| Rigoberto Ubaldo Cerpa | Participante | DIRESA Puno |
| Roger Revolledo | Participante | REDECOMS |
| Rosa Gonzalez A | Participante | DIRESA Arequipa |
| Rosa Puma Quispe | Participante | DIRESA Arequipa |
| Rosalind Coleman | Participante | ONUSIDA |
| Rosario León | Facilitador | PAR Salud |
| Roxana Bretoneche | Participante | Comunidad Mujeres + |

Noviembre del 2014

| Nombre | Condición | Institución |
|--------------------------------------|------------------|----------------------|
| Ruth Medina | Participante | DIRESA TACNA |
| Sari Aedo | Participante | DIRESA Abancay |
| Selene Martinez | Participante | INPE |
| Tania Rengifo | Participante | MINSA |
| Teresa Ayala | Ponente | Aid for AIDS |
| Terhi Aaltonen | Participante | ONUSIDA |
| Tessa Hacker | Participante | PMA |
| Victor Valle | Participante | MINSA |
| Virginia Huamani | Participante | INPE |
| Walter Mendoza | Ponente | UNFPA |
| Ximena Salazar | Facilitador | UPCH |
| Yovanna Elizabeth Mayor Hernandez | Participante | Comité Expertos NVVS |
| Ysabel Polo | Participante | Red SIDA PERU |
| Zaida Solano | Participante | DIRESA Abancay |