



**PERÚ**

**Ministerio  
de Salud**

**Oficina General  
de Planeamiento y Presupuesto**



# **Medición del Gasto en SIDA - MEGAS**

**Informe final  
Junio 2011**

Elaborado por:

Economista María del Carmen Navarro de Acosta  
SSA-128-2010

# Índice

	Acrónimos
<b>A.</b>	<b>Introducción</b>
A.1	Objetivo de la consultoría
A.2	Marco conceptual
A.3	Antecedentes
<b>B.</b>	<b>Metodología</b>
B.1	Características del estudio
B.2	Recopilación de información presupuestal
B.3	Estimación de otros gastos
B.4	Mecanismos para asegurar el control de calidad
B.5	Técnicas de procesamiento de información
<b>C.</b>	<b>Metodología para la estimación de gasto de bolsillo</b>
C.1	Antecedentes
C.2	Ámbito y técnicas de recolección de datos
C.3	Especificaciones
<b>D.</b>	<b>Enfoque de género</b>
<b>E.</b>	<b>Fuentes de información</b>
<b>F.</b>	<b>Resultados</b>
F.1	Principales hallazgos
F.2	Financiamiento del VIH en el Perú
F.2.1	Financiamiento público
F.2.2	Financiamiento de cooperantes
F.2.3	Gasto de bolsillo
F.3	Agentes de financiamiento
F.4	Provisión de servicios para el VIH en el Perú
F.5	Funciones: intervenciones en el país
F.6	Recursos: factores de producción
F.7	Poblaciones beneficiarias
F.8	Gasto por ubicación geográfica
F.9	Matrices por género
<b>G.</b>	<b>Análisis y discusión</b>
<b>H.</b>	<b>Conclusiones</b>
<b>I.</b>	<b>Bibliografía</b>

## Anexos

Anexo 1 – Definiciones

Anexo 2 – Evolución de la normatividad en SIDA por categorías de gasto

Anexo 3 – Proyectos de inversión pública registrados en el SNIP

Anexo 4 – Ensayos clínicos relacionados al VIH desde 1998

Anexo 5 – Financiamiento de fuentes externas diferentes a cooperantes de Naciones Unidas

Anexo 6 – Importaciones de ARV realizadas entre el 2008 y 2010

Anexo 7 - Gasto en medicamentos realizado del 2005 al 2010

Anexo 8 – Informe de campo por DISA/DIRESA

Anexo 9 – Resultados de revisión de Historias Clínicas en establecimientos

Anexo 10 – Resultados encuestas aplicadas en CERITS y UAMP

Anexo 11 - Resultados de la revisión de historias clínicas de PVV en TARGA

Anexo 12 - Matrices MEGAS

## Acrónimos

APCI	Agencia Peruana de Cooperación Internacional
ARV	Antirretrovirales
ASC	Categoría de gasto relativo al sida (por sus siglas en inglés)
AUS	Aseguramiento universal en salud
BM	Banco Mundial
BP	Poblaciones beneficiarias (por sus siglas en inglés)
CCC	Comunicación para el cambio de comportamiento
CERITS	Centro de referencia de infecciones de transmisión sexual
CONAMUSA	Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud (MCP del Perú)
COPRECOS	Comité de Prevención y Control de VIH y SIDA de las Fuerzas Armadas y Policiales
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CIU	Clasificación Industrial Internacional Uniforme
DARES	Dirección Administrativa de Recursos Estratégicos del MINSA
DFID	Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido
DISA	Dirección de Salud (en Lima)
DGE	Dirección General de Epidemiología del MINSA
DGEI	Dirección General de Estadística e Informática del MINSA
DGSP	Dirección General de Salud de las Personas del MINSA
DIGEMID	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas del MINSA
DIRESA	Dirección Regional de Salud (en provincias=
DNPP	Dirección Nacional de Presupuesto Público
ENAH0	Encuesta Nacional de Hogares
EPS	Entidades prestadoras de salud
ESN	Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y control de ITS/VIH/SIDA del MINSA
ESNSSR	Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA
ESSALUD	Seguro social en salud del Perú
FA	Agentes de financiación (por sus siglas en inglés)
FMI	Fondo Monetario Internacional
FMSTM	Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria
FS	Fuentes de financiación (por sus siglas en inglés)
GTZ	Cooperación Técnica Alemana
HNv	Huérfanos y niños vulnerables
HSB	Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
IEC	Información, educación y comunicación
INPE	Instituto Nacional Penitenciario
INS	Instituto Nacional de Salud
IO	Infección oportunista
ITS	Infecciones de transmisión sexual
LAUS	Ley de aseguramiento universal en salud
MAIS	Modelo de atención integral
MEGAS	Medición del Gasto en Sida
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MIMDES	Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social
MINSA	Ministerio de Salud
MINEDU	Ministerio de Educación
NASA	National AIDS Spending Assessment (siglas en Inglés)
0BF	Organización basada en la fe
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OGA	Oficina General de Administración del MINSA

OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
ONUDD	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
ORE	Oficina de Recursos Estratégicos (Antes PAAG, ahora OGA)
OSC	Organización de la sociedad civil
PAAG	Programa de acuerdos de gestión (Ahora DGA)
PEAS	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud
PEM	Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 para la Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA
PERM	Planes Estratégicos Regionales Multisectoriales
PEP	Promotores educadores de pares
PF	Factores de producción/costos de recursos en VIH (por sus siglas en inglés)
PBI	Producto bruto interno
PIP	Proyecto de inversión pública
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PME	Poblaciones más expuestas
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PROCETSS	Programa de Control de ETS y SIDA (Ahora ESN)
PS	Proveedor (en la clasificación de la repuesta nacional al VIH) (por sus siglas en inglés)
PTMI	Prevención de la transmisión materno infantil
PVV	Personas que con VIH
RAM	Reacciones adversas a medicamentos
RP	Receptor principal de los proyectos del FMSTM
SEACE	Sistema electrónico de contrataciones del Estado
SIAF	Sistema Integrado de Administración Financiera
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SIDALAC	Vigilancia del VIH para América Latina y el Caribe
SIS	Seguro integral de salud
SISFOH	Sistema de Focalización de Hogares
SISMED	Sistema integrado de suministros de medicamentos e insumos médicos – quirúrgicos
SMEII	Sistema de Monitoreo y Evaluación Integrado de Indicadores del MINSA
SNIP	Sistema Nacional de Inversión Pública
SR	Sub receptor de los proyectos del FMSTM
SUNAT	Superintendencia Nacional de Administración Tributaria
SUNASA	Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud
TARGA	Tratamiento antirretroviral de gran actividad
TS	Trabajadores sexuales
UAMP	Unidad de atención médica periódica
UDI	Usuarios de drogas inyectables
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNGASS	Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana

# Medición del Gasto en SIDA - MEGAS

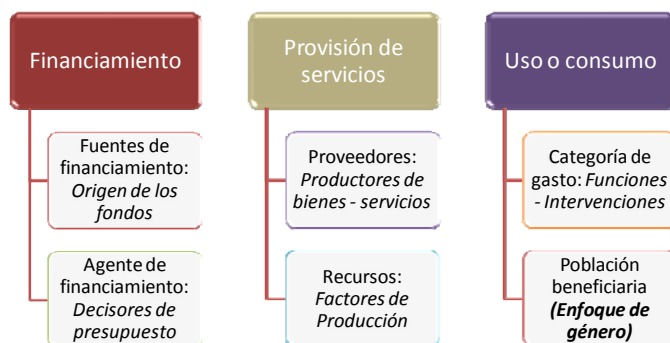
## A. Introducción

### A.1 Objetivos de la consultoría

- Preparar un informe y matrices actualizadas sobre la Medición del Gasto en SIDA (MEGAS), con todos sus componentes aplicados a nivel nacional para los años 2008, 2009 y para el 2010 (para este último año se podrá completar la información con proyecciones de gasto del cuarto trimestre), basados en la metodología MEGAS de ONUSIDA y los informes previamente desarrollados en esta materia que se encuentran disponibles.
- Utilizando la metodología MEGAS, proveer informaciones útiles sobre los gastos y los flujos de financiamiento relativos al VIH para el informe UNGASS 2010 y para la elaboración de los planes regionales en VIH, teniendo en cuenta el Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 para la Prevención y el Control de las ITS, VIH y SIDA en el Perú.
- Diseñar una guía de lineamientos técnicos para la aplicación del informe MEGAS en el Perú, adaptando los lineamientos de la sede de ONUSIDA para MEGAS a la realidad nacional, indicando las fuentes de información específicas y toda otra información que permita aplicar el estudio MEGAS en el Perú en futuros años. La guía no repetirá los contenidos de las guías oficiales de ONUSIDA, sino los adaptará y añadirá los elementos de contexto peruano que sean necesarios para la implementación del estudio.
- Establecer recomendaciones específicas para el Ministerio de Salud (MINSa), CONAMUSA, Gobiernos Regionales y el Equipo Conjunto de VIH de Naciones Unidas, orientadas a implementar el MEGAS al nivel nacional y regional para los próximos años.

### A.2 Marco conceptual

En la Medición de gasto en SIDA, los gastos y flujos financieros relacionados con la respuesta nacional al VIH se organizan en tres dimensiones: financiamiento, provisión y consumo.



A su vez las dimensiones se encuentran organizadas seis categorías: fuentes de financiamiento, agentes, factores de producción, proveedores, funciones y poblaciones beneficiarias.

Tiene como objetivo proveer una medición completa de todos los gastos, incluyendo informaciones sobre el origen, el destino y objeto del gasto. Es un método riguroso para recopilar, clasificar y realizar la medición los flujos financieros en relación con todos los aspectos programáticos de VIH: prevención, atención, soporte social, apoyo, tratamiento. Permite contar con una estructura de monitoreo de los recursos para el análisis continuo de las interacciones entre ellos.

Específicamente para el presente estudio correspondiente a los años 2008 al 2010, para realizar la medición del gasto con enfoque de género el análisis se centra en la dimensión de uso y en la categoría de Población beneficiaria.

### **A.3 Antecedentes**

Las principales referencias del presente estudio lo constituyen la investigación realizada en el Perú en el 2001 y las realizadas en el contexto de los proyectos financiados por el FMSTM.

En el año 2001 se realizó el estudio de "Cuentas Nacionales en VIH para los años 1999 y 2000 en el Perú" que permitió analizar cualitativa y cuantitativamente las fuentes de gastos, los proveedores de servicios y los usos de estos recursos, cuando el gasto de tratamiento lo asumían las familias. Entre el 2003 al 2009 se han realizado investigaciones en VIH y tuberculosis sobre "Inversión multisectorial" desde el 2003 al 2006 y el Estudio de contrapartida nacional 2005-2009. El objeto de estos estudios es verificar la complementariedad del financiamiento del FMSTM con respecto al gasto que realiza el país.

A la fecha, ONUSIDA está implementando a nivel latino-americano la metodología de Medición del Gasto en Sida – MEGAS.<sup>(1)</sup> En el país con el estudio MEGAS para los años 2005 al 2007 se inició la utilización de esta metodología, basándose, en los principios de la contabilidad utilizados por la OMS y la OCDE, se propuso una síntesis de todos los aspectos (salud, social, trabajo, entre otros) relacionados con los gastos de VIH, con el propósito de mejorar la toma de decisiones sobre la respuesta a la epidemia.

En el Perú, el establecimiento de un sistema de monitoreo de los gastos financieros en VIH es necesario para conocer el avance, prioridades y brechas de inversión en la respuesta nacional en el país y para la implementación y seguimiento del Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 para la Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA y los planes regionales.

---

<sup>1</sup> ONUSIDA, MEGAS, Medición del gasto en SIDA: Clasificación y definiciones, 2009

## B. Metodología

### B.1 Características del estudio

La metodología corresponde a una evaluación ex post transversal del tipo descriptiva y cuantitativa, de los hallazgos de la información a ser obtenida. Las variables a ser tomadas en cuenta serán las contempladas en la Metodología de MEGAS, realizando la identificación de los siguientes componentes, utilizando la clasificación de ONUSIDA: fuentes de financiamiento, agentes, proveedores, funciones, factores de producción y poblaciones beneficiarias.

El estudio abarca la recolección y sistematización de información cuantitativa de las cuentas nacionales y presupuestos en los años 2008, 2009 y 2010 de diversas entidades del sector público, de ONG implicadas en la respuesta al VIH/SIDA, de la cooperación internacional (multilateral y bilateral) y del sector privado (entre ellos el gasto de bolsillo), siguiendo las directrices del MEGAS.

También recoge la información cualitativa que nos permite establecer los flujos y procesos de ejecución del gasto y la interrelación del sector público y privado en la provisión de servicios.

### B.2 Recopilación de información de datos públicos

#### – Diseño del trabajo de campo

Se realizó una revisión de todos los documentos relacionados al flujo de financiamiento en VIH y se verificó la lista de instituciones con trabajo en VIH basada en revisión de trabajos anteriores y en coordinación con los encargados del seguimiento del estudio. Esta lista comprende Ministerios, institutos, y otras instancias gubernamentales, así como las ONG, universidades y centros de investigación.

Se realizó una revisión detenida de las encuestas y manuales, identificando simultáneamente las personas o puntos focales con quienes contactar en las organizaciones. Se prepararon carpetas con los formatos de recopilación de datos y las instrucciones para el ingreso de información sobre gasto de cada institución, para su remisión en físico y medio magnético por parte de las instituciones. Estas carpetas (conjunto de instrumentos y manuales) fueron distribuidas a las instituciones públicas, los cooperantes y a las ONG involucradas en actividades de VIH/Sida, tanto en el Taller de presentación como por correo electrónico.

#### – Taller de presentación de la metodología MEGAS

Se realizó un Taller de presentación de la metodología MEGAS con la participación de los principales actores que participan en la respuesta al VIH en el país a quienes se les entregó la carpeta preparada y a los que no asistieron se les remitió por correo. Los datos de los asistentes fueron obtenidos para la Base de datos NASA. Además se aprovechó el Taller para averiguar por la existencia de instituciones con trabajo en VIH que no hayan sido convocadas, a las cuales también hicimos llegar las encuestas.

#### – Aplicación de guías de entrevistas a actores clave

Luego del Taller, se estableció el contacto con las instituciones para las entrevistas correspondientes a fin de aplicar las entrevistas a los actores clave para profundizar sobre el relacionamiento de las entidades que conforman la red de financiadores, proveedores y usuarios en VIH.

#### – Aplicación de encuestas sobre gastos a cooperantes y ONG

La solicitud de información a las agencias cooperantes y ONG se realizó mediante comunicación escrita. Hubo asesoría para el llenado de la encuesta mediante vía telefónica o correo electrónico.

#### – Aplicación de encuestas para determinación de gastos de bolsillo

Se aplicaron un total de 152 encuestas, 75 en hospitales TARGA y 77 a usuarios de servicios de prevención (CERITS y UAMP). La metodología para la aplicación de encuestas para la determinación del gasto de bolsillo se explica en la sección C.

– **Revisión de historias clínicas (HC)**

Se revisó un total de 640 historias clínicas de usuarios de establecimientos que prestan servicios de prevención (464) como de tratamiento (176). La desagregación se puede apreciar en la sección metodología para gasto de bolsillo.

– **Recopilación de información financiera de registros administrativos del sector público.**

En el caso de instituciones públicas adicionalmente se recopiló información de los siguientes sistemas: SIAF, SEACE y SNIP. Para las organizaciones que se financian con recursos de cooperación internacional se recopiló información de la APCI.

Para la identificación de los gastos del sector privado se realizó una investigación previa de la información de importación de algunas partidas arancelarias, a partir de la cual se realizaron las entrevistas y encuestas para determinar los precios de mercado y los niveles de consumo. En el caso del Sector público, se revisó la información disponible en las páginas web de las instituciones y la consulta a las entidades que realizan gasto en VIH /SIDA (adquisiciones y contrataciones), con la finalidad de poder establecer las fuentes de información oficiales para recopilar la información de gasto.

A partir de esta información, teniendo en cuenta las referencias de tipo de adquisición y fecha de ejecución se revisó la información del Sistema Integrado de Administración Financiera - SIAF, del Sistema de inversión pública - SNIP y el Sistema electrónico de adquisiciones y contrataciones del Estado – SEACE, el cual registra las compras estatales que administra el Ministerio de Economía y Finanzas, mediante el Organismo Supervisor de las Contrataciones del Estado – OSCE <sup>2</sup>. Asimismo se revisó la base de datos de ensayos clínicos registrados en el Instituto Nacional de Salud.

**Sistema integral de administración financiera – SIAF.-** En el SIAF se han identificado actividades y proyectos vinculados a VIH y a aquellas referentes a salud sexual reproductiva correspondientes del 2007 al 2011. Cabe precisar que en el presupuesto del 2011 se ha incluido presupuesto en el Programa estratégico VIH – Tuberculosis elaborado en el marco del Presupuesto por resultados PPR, mecanismo de asignación de presupuesto que se utilizará para las estrategias de VIH y Tuberculosis a partir del 2011.<sup>3</sup> Se espera que para este año 2011, se pueda ejecutar la totalidad del presupuesto asignado.

**Sistema de inversión pública – SNIP.-** Con respecto a la información proveniente del SNIP, son proyectos que han sido formulados por las diferentes instituciones públicas y aprobados por las instancias correspondientes, sin embargo, en este sistema no se reporta, si el proyecto está siendo ejecutado o no. Cabe precisar que para la inclusión de un proyecto en el presupuesto anual es obligatorio su registro en el SNIP hasta el mes de mayo del año anterior al presupuesto que se formula. En tal sentido esta información sirve como referencia para contextualizar la importancia que desde las diferentes regiones se viene dando a la problemática del VIH. La revisión de los proyectos registrados en el SNIP facilitó la búsqueda de ejecución de gasto en el SIAF.

Asimismo, con la finalidad de contar con mayor detalle del que puede proporcionar la información sobre ejecución presupuestal registrada en el SIAF, se ha verificado la información registrada en el SEACE por las entidades públicas.

**Registro de ensayos clínicos del INS.-** El Instituto Nacional de Salud tiene la función de revisar, registrar y autorizar los ensayos clínicos, regular la investigación en el Perú y garantizar la aplicación de las

<sup>2</sup> OSCE es el encargado entre otros temas de la administración de la información de compras estatales en el Sistema electrónico de adquisiciones y contrataciones del estado SEACE.

<sup>3</sup> A partir del 2007 mediante la Ley de presupuesto del Sector público para el año 2007 – Ley 28927, en el Perú se ha iniciado la aplicación de la gestión presupuestal basada en resultados PPR, la cual se espera sea el principal mecanismo de financiamiento en el país, durante los próximos años.

normas éticas internacionales y las Buenas Prácticas Clínicas en la realización de los ensayos clínicos en el Perú. El objetivo es velar por los derechos, bienestar e integridad de los participantes en investigaciones, fomentando las prácticas éticas y la calidad de los procesos y difundiendo los resultados derivados de ellas, a través de su página web.

El registro contiene datos del número de participantes de los ensayos clínicos, profesionales de salud, investigadores, instituciones y centros de investigación y patrocinadores de ensayos clínicos, más no del presupuesto asignado, el cual es registrado en las declaraciones de las instituciones realizadas al APCI. Se ha identificado los ensayos clínicos relacionados al VIH registrados por el INS desde el año 1998.

**Registro de Importaciones.-** Se revisó información sobre importaciones de ARV que han sido informados por la SUNAT, institución encargada de recaudar los impuestos aduaneros. (Ver anexo 6).

**Fuentes complementarias de información.-** La información complementaria de las fuentes de financiamiento externas de las Organización no gubernamentales sin fines de lucro nacionales – ONG y ENIEX, corresponde a la consignada en las Declaraciones anuales presentadas a la Agencia Peruana de Cooperación Internacional – APCI. Se incluye información correspondiente al financiamiento correspondiente a fuentes externas diferentes a los cooperantes de Naciones Unidas, las cuales fueron solicitadas a las instituciones con sede en Lima.

**Revisión de registros programáticos y administrativos.-** Se procedió a la revisión de los registros programáticos de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y control de ITS/VIH/SIDA del MINSA (ESN), Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA (ESN SSR), del Receptor principal de los proyectos del FMSTM (RP) y de otras instituciones que cuentan con información que permita contextualizar los datos financieros.

### **B.3 Estimación de otros gastos**

- Se recopiló información desde las coordinaciones regionales de la Estrategia sanitaria, sobre el número de recursos humanos, la retribución monetaria recibida independientemente de su denominación y la dedicación a las labores relacionadas a VIH.
- Generalmente la adquisición de preservativos del sector público es realizada para la ESN de VIH y la ESN SSR, la información de la distribución del consumo fue realizada tomando en cuenta las entrevistas, así como por las evidencias de diferentes fuentes tal como el SIMED.
- La distribución por departamentos de los antirretrovirales y preservativos fue realizada con la información proporcionada por DARES – MINSA.

### **B.4 Mecanismos para asegurar el control de calidad**

Control básico: control de calidad de los datos recibidos

- Después de haber recibido la encuesta del remitente, se comprobó toda la información para asegurar que el remitente no haya cometido ningún error. Se verificó si la información es consistente, si la información es consecuente con las respuestas a otras preguntas de la encuesta, si son verosímiles: si son correctos los cálculos, si es pertinente, si son válidos los tipos de cambio utilizados.
- Se ha tratado de evitar el duplicado de información, ejemplo particular son los Proyectos financiados por el FMSTM, donde en algunos casos varias organizaciones informan de un mismo proyecto.
- En todos los casos se verificó si la información contiene: datos de la transacción (con los datos de precio y cantidad disponibles) y del proceso de compra, responsables del gasto o de la adquisición, fuente de financiamiento, fecha de la transacción y región beneficiada.

Control avanzado: cruce de información

- Se recopiló información de los agentes o proveedores y también se realizó la consulta a los organismos financiadores informados por los primeros, lo cual permitió establecer la consistencia de la información proporcionada por los informantes.
- EL gasto del sector público tuvo como fuente primaria la información proveniente del SEACE, SIAF o SNIP, información de registros administrativos que responde al sistema de autorización de gasto en el Perú y en tal sentido no sujeta a manipulación o adulteración.
- Los gastos de las ONG tuvieron como fuente primaria de información la proveniente de APCI.
- La información de gastos de los proyectos del FMSTM fue solicitada al Receptor principal- RP. La información que fue proporcionada contenía el detalle del gasto realizado por el RP y por los Subreceptores – SR. En algunos casos fue necesario recurrir a consultas a los SR cuando la información que proporciono el RP no fue lo suficientemente detallada como para realizar la desagregación requerida para el MEGAS.

## **B.5 Técnicas de procesamiento de información**

La generación de las matrices para presentación de resultados de la Medición del Gasto en SIDA fue resultado del registro de información en la Base de datos con las categorías NASA. Previo al registro de información se utilizaron archivos en Excel de soporte, para consolidar y realizar la consistencia de la información a fin de prepararla para su ingreso a la Base de datos. El objetivo es generar la consistencia de la información por cada transacción.

Se ingresó la información de los actores de la respuesta nacional en el directorio. Culminada la recopilación de información de cada transacción (por año, financiador, agente y proveedor), se realizó el registro en la Base de datos. El registro de información se realizó por cada una de las entidades agregada por año para las transacciones identificadas con igual financiador, agente y proveedor, sin diferenciar por ámbito geográfico.

## C. Metodología para la estimación de gasto de bolsillo

### C.1 Antecedentes

La mayor parte de las estimaciones de gasto de bolsillo en VIH han tomado como marco muestral a las personas que viven con VIH - PVV de los establecimientos de salud del MINSA y se concentran en los gastos de diagnóstico y de tratamiento.

Por ejemplo, en las Cuentas en VIH realizado para los años 1999 y 2000 <sup>(4)</sup> se aplicó una encuesta a 230 PVV de la ONG PROSA (11%), de los diferentes grupos de ayuda mutua (85%), de los Hospitales Arzobispo Loayza, Maria Auxiliadora y en la Asociación Vía Libre (4%), de las ciudades de Lima y Callao. En el estudio MEGAS 2005-2007 <sup>(5)</sup> se realizó la estimación de gastos de bolsillo tomando como base una encuesta a 40 PVV del Hospital Hipólito Unanue de Lima.

### C.2 Ámbito y técnicas de recolección de datos

En el presente estudio se han utilizado diversas fuentes de información para construir el espectro más fidedigno de la situación del gasto de bolsillo en VIH. El ámbito y técnicas de recolección de datos fue:

- Entrevistas : En Lima y provincias
- Encuestas : En Lima
- Revisión sistemática de investigaciones realizadas sobre Gastos de bolsillo

### C.3 Especificaciones

- Se realizaron entrevistas a informantes clave para establecer las diversas formas de gasto de bolsillo según tipo de población. Esta entrevista se llevó a cabo en todas las ciudades que se visitaron durante del desarrollo del estudio. Los entrevistados fueron los profesionales de salud que atienden en los CERITS y UAMP y en los Hospitales que atienden el TARGA.
- Se realizó la revisión de todas las investigaciones realizadas en el Perú con información relacionada a costos asumidos por los pacientes. Por ejemplo el estudio realizado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) <sup>(6)</sup> y los estudios realizados en el marco de los proyectos del FMSTM.
- Se analizó la información recopilada de adquisiciones e importación de ARV, preservativos y otros insumos y bienes, a fin de dimensionar el consumo privado, teniendo en cuenta el volumen de adquisiciones realizadas por el sector público.
- Se aplicaron encuestas directas a los usuarios en los lugares de prestación del servicio de tratamiento. Se utilizó como base la encuesta aplicada en el estudio MEGAS 2005-2007, con aportes del enfoque de género, así como de la revisión de la ENAHO. Aunque se envió cartas a los establecimientos de Lima y de las provincias a nivel nacional, algunos establecimientos no autorizaron la aplicación de encuestas.

### C.4 Otras variables

Se tomó en cuenta algunas variables adicionales a fin de determinar el nivel de gasto de bolsillo, tales como:

- Evolución del nivel de aseguramiento por las diferentes opciones (seguridad social, seguro público)
- Evolución del nivel de cobertura en prevención y tratamiento.
- Importaciones realizadas de antirretrovirales y condones
- Información sobre condones
- Encuestas nacionales realizados por el INEI

### C.5 Encuestas aplicadas y historias clínicas revisadas

---

<sup>4</sup> SIDALAC/FUNSA, Flujo de financiamiento y gasto en VIH SIDA – Cuentas Nacionales en VIH SIDA, 1999-2000, 2001, Perú

<sup>5</sup> Medición del gasto en VIH 2005-2007, ONUSIDA

<sup>6</sup> OIT, Encuesta personas que viven con VIH sobre su condición laboral en Lima y Callao, 2009

Se aplicaron un total de 152 encuestas, 75 en hospitales TARGA y 77 a usuarios de servicios de prevención (CERITS y UAMP).

Número de encuestas en Hospitales TARGA

Ciudad	Establecimiento de Salud	Hombre	Mujer	Total
Lima	Hospital Hipólito Unanue	18	23	41
Lima	Impacta	19		19
Lima	Vía Libre	1		1
Huancayo	Hospital Daniel A. Carrión	6	1	7
Pucallpa	Hospital Materno Infantil San José	1	1	2
Lambayeque	Hospital Las Mercedes 1/	5		
Total		50	25	75

1/ Las encuestas aplicadas en el Hospital Las Mercedes no fueron incluidas en la tabulación puesto que sirvieron para validar la encuesta.

Número de encuestas en CERITS

Ciudad	Establecimiento de Salud	Hombre	Mujer	Total
Callao	Centro de Referencia Alberto Bartón	23	15	38
Lima	Asociación civil Impacta	1		1
Lima	C. S. Raúl Patrucco	15	23	38
Total general		39	38	77

Se revisó un total de 640 historias clínicas de usuarios de establecimientos que prestan servicios de prevención (464) como de tratamiento (176).

Historia clínicas revisadas de personas en tratamiento (TARGA)

Departamento	Ciudad	Establecimiento de salud	Hombre	Mujer	Total	Proceso de selección muestra
Lambayeque	Chiclayo	Hospital Las Mercedes	22	14	36	Aleatorio
Ancash	Chimbote	Hospital La Caleta	9	6	15	Aleatorio
Junín	Huancayo	Hospital Daniel A. Carrión	27	9	36	Aleatorio
Ica	Ica	Hospital Regional de Ica	4	6	10	Los que se atienden
Loreto	Iquitos	Hospital Regional de Loreto	31	7	38	Aleatorio
Ucayali	Pucallpa	Centro Materno Infantil San José	30	11	41	Aleatorio
Total general			123	53	176	

Historias clínicas revisadas de personas en prevención (CERITS)

Departamento	Ciudad	Establecimiento de salud	Hombre	Mujer	Total	Proceso de selección muestra
Callao	Callao	Centro de Referencia Alberto Bartón	31	49	80	Aleatorio
Lima	Lima	C. S. Raúl Patrucco	123	106	229	Aleatorio
Lambayeque	Chiclayo	C. S. José Olaya	14	14	28	Aleatorio
Loreto	Iquitos	Centro de Salud San Juan	17	21	38	Aleatorio
Junín	Huancayo	Hospital Daniel A. Carrión	20	10	30	Los que se atienden
Ucayali	Pucallpa	Hospital Regional de Pucallpa	1	10	11	Los que se atienden
Ica	Ica	Hospital Regional de Ica	7		7	Los que se atienden
Ica	Ica	Centro de Salud de Parcona		9	9	Los que se atienden
Ancash	Chimbote	Hospital Apoyo La Caleta – Chimbote	13	19	32	Aleatorio
Total general			226	238	464	

## D. Enfoque de género<sup>7</sup>

La categoría género nos permite incorporar una forma nueva de analizar la realidad para ubicar los problemas desde un punto de vista más amplio, a fin de entender y visualizar que existen profundas diferencias entre los seres humanos, producto de las relaciones que determinan distintos roles y asimetrías de poder entre los géneros, lo cual se constituye en un hecho cultural que puede y debe ser cambiado”.<sup>8</sup>

Mientras, el marco legal nacional que propicia la igualdad de género entre hombres y mujeres está bastante avanzado;<sup>9</sup> en lo que se refiere a la población con diferentes opciones, comportamientos o identidades de género con una evidente no correspondencia sexual, en la normativa nacional, no existiría ningún sustento; por cuanto el marco legal peruano sólo reconoce a los géneros “femenino” o “masculino”, identificados con el sexo “hombre” o “mujer”; tal como los utiliza la oficina de Registro Nacional de Identificación y Estado Civil - RENIEC que discrimina al sexo como femenino o masculino. Por tanto, al no ser reconocidos con identidad legal, se podría suponer que por esa razón no son sujetos de políticas públicas específicas.

El objetivo del enfoque de género en este documento no es la formulación o la construcción de una nueva definición del concepto de género, sino de utilizar uno que permita identificar si existe inequidad en el gasto en VIH/sida en las diferentes intervenciones hacia las poblaciones afectadas y si esta información es posible de ser captada a través de los estudios MEGAS.

En este contexto, la pregunta es ¿por qué es importante incorporar este marco conceptual y cómo aporta el enfoque de género en la lucha contra el VIH/SIDA? Previa a la respuesta, es pertinente replantear que el enfoque de género en VIH/SIDA, no sólo compete a hombres y mujeres sino a personas con otras opciones, comportamientos e identidades de género diferenciados. Actualmente aceptado es que el sexo es una condición física, una diferencia biológica entre hombres y mujeres, y género es un conjunto de características sociales y culturales atribuidas a una persona según su sexo, forjada en función a modelos ideológicos, políticos y económicos, y por tanto factibles de modificar, ya que se refieren a comportamientos esperados o “socialmente aceptados” para cada sexo, es decir les asignan roles, en los cuales es posible identificar relaciones de poder.

¿Por qué es importante incorporar este marco conceptual en la lucha contra el VIH/SIDA? Un primer intento de respuesta, es que el VIH/SIDA es una enfermedad directamente relacionada al comportamiento social, principalmente sexual; al haberse convertido esta vía en una de las principales vías de transmisión. En ese sentido, interesa conocer cuáles son los patrones de comportamiento construidos y socialmente “aceptados” en lo que se refiere al comportamiento sexual según “género”, este reconocimiento permitirá identificar el sustento que da origen a inequidades tanto para la transmisión como para la atención del VIH/SIDA.

Debe mencionarse que en este estudio se han incorporado modificaciones en la recolección de información (tanto en el proceso e instrumentos), para que nos permitan visibilizar diferencias en la intensidad de uso de los servicios por parte de las diferentes poblaciones, HSH, mujeres, sin embargo se ha podido determinar que en los propios registros administrativos es difícil capturar esta información, como se menciona anteriormente.

En lo referente a la transmisión, el comportamiento “veladamente aceptado” por la sociedad, para los hombres, es que estos pueden tener varias parejas paralelas o simultáneas; mientras que para las mujeres

<sup>7</sup> La inclusión de este segmento corresponde a la Consultoría que en paralelo se desarrollo en el país para analizar el enfoque de género en la medición del gasto en SIDA.

<sup>8</sup> Consultoría “Incorporación del Enfoque de Género en el Presupuesto Público en el Marco Nacional del Plan de Igualdad de Oportunidades”. MIMDES- UNIFEM-MEF.2008

<sup>9</sup> Ley de igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres – Ley 28983

este tipo de comportamiento, si bien continúa siendo desaprobado, los mecanismos de control social decididamente se han modificado; y para las personas con otras opciones, comportamientos e identidades de género, en lo sexual alguno de ellos también tiene varias parejas sexuales durante su vida.

Si aceptamos que en los roles de género se encuentran implícitas relaciones de poder, ¿cómo se expresan éstas en lo relacionado al VIH/SIDA?

Un diagnóstico, con enfoque de género, enriquecería esta respuesta al tomar en cuenta la dinámica real del concepto de género, como los cambios de comportamiento en los hombres y mujeres que ya no se ajustan a los patrones tradicionales y seguramente se obtendrían respuestas más finas para entender cómo se relacionan con la expansión del VIH/SIDA.

Para el caso de los hombres que tienen sexo con hombres-HSH, una de las poblaciones más afectadas en el Perú, la definición de género no está social y formalmente construida; sin embargo, se les caracteriza como una población con comportamientos sexuales de riesgo que sí inciden en el VIH/SIDA. Al no contar con información sobre los diferentes subgrupos que conforman esta población, no facilita identificar como se expresan en su comportamiento las relaciones de poder entre ellos y con los “hombres” y de cómo se afectan por el VIH/SIDA.

La importancia de incorporar el enfoque de género, en lo que respecta a la transmisión, reside en que permitiría identificar el comportamiento que se busca modificar en las poblaciones afectadas o en riesgo; sin embargo, se reconoce que una estrategia de este tipo de por sí es a largo plazo; ejemplo: ¿Cómo lograr que una mujer llegue al nivel de exigirle a su pareja el uso del condón?, más aún cuando son pareja estable; ¿Cómo lograr que una población con comportamiento sexual de riesgo, cambie y/o a la vez utilice el condón como medida de prevención?; ¿Cómo lograr que los niños o jóvenes homosexuales pobres se sientan con posibilidades de desarrollo personal no estigmatizado y no expuestos a la explotación sexual?

Estos hechos evidencian que enfrentar el VIH/SIDA, con enfoque de género, supera lo ofertado por el sector salud; por tanto, implica una intervención intersectorial, que proyecte contenidos claros a la población en riesgo para que asuma las medidas de prevención promocionadas o no.

En cuanto a la **atención**, incorporar el enfoque de género, permitiría identificar las inequidades en la distribución de los recursos, bienes y servicios entre hombres, mujeres y las personas con otras opciones, comportamientos e identidades de género, contribuyendo a mejorar la intervención del sector público y privado con resultados más eficientes, eficaces, justos y equitativos.

Se plantea como conceptos de referencia lo siguiente: *Se entenderá por Enfoque de Género en los estudios MEGAS a “Contribuir a la erradicación de todas las formas, mecanismos y canales que generan o refuerzan situaciones de dependencia y desventaja entre las mujeres, hombres y las personas que tienen diferentes opciones en cumplimiento de las políticas nacionales que establecen su igualdad<sup>10</sup>. Y considera el impacto diferenciado del gasto, comportamientos e identidades de género, prioritariamente de los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y que se expresan en brechas entre estos y obstaculizan las acciones de prevención y tratamiento del VIH/SIDA”*

Asimismo, que *“El gasto en VIH/SIDA es Sensible al Género, cuando se ha incorporado en el ciclo presupuestario el enfoque de género, permitiendo asegurar y visibilizar una óptima orientación del gasto para la reducción de la desigualdad entre hombres, mujeres y las personas que tienen diferentes opciones, comportamientos e identidades de género en todas las intervenciones para enfrentar el VIH/SIDA,”.*

Si bien en un primer momento, se relacionó la incorporación del enfoque de género a la orientación del **“gasto”** en términos de **“atención”**; ahora este concepto se amplía hasta utilizarlo en la identificación de las

---

<sup>10</sup> Se plantea en términos de proyección, por cuanto actualmente no es posible aludir a ninguna política nacional.

**“relaciones de poder”** al interior de las poblaciones afectadas con implicancias en la **“transmisión del VIH/SIDA”**; es decir obliga o exige comprender las formas en las que se expresan las relaciones de poder al interior de esta población y cuyo sustento se encuentra en el concepto de género reconocido socialmente.

Es decir **“incorporar el enfoque de género”** implica identificar, a través de diagnósticos, cuales son las causas relacionadas **con el comportamiento esperado y socialmente aceptado o no de género** que facilitan la expansión del VIH/SIDA en determinados sectores de la población; y con base en este conocimiento proponer nuevas estrategias; por ejemplo, si son las mujeres el sector más afectado y en ellas inciden factores como la educación, cuyo resultado es la sumisión; deberá buscarse estrategias a corto y mediano plazo que tomen en cuenta que lograr cambios de actitud o comportamiento son procesos más largos.

De igual manera con la población HSH, la más afectada en el caso del Perú, el diagnóstico nos debe orientar sobre los subgrupos con los que se debe trabajar más directamente y bajo que términos, ya que es un tema que pasa por la conciencia y condiciones de esta población. Además es interesante comprobar cuál es el concepto de género que ellos construyen para sí y cuál es el que creen que la población en general implícitamente ya la han construido en relación a sus opciones, comportamientos e identidades de género.

El proceso de incorporar el enfoque de género, no sólo debe involucrar a los instrumentos de medición del gasto en SIDA formulados por ONUSIDA; sino a toda la planificación de acciones de lucha contra el VIH/SIDA; por cuanto debe existir coherencia entre lo programado, medido y evaluado. En ese sentido, la primera propuesta es asumir las siguientes fases en el proceso de programación:

El desarrollo de los conceptos de referencia se ha realizado luego de una amplia revisión bibliográfica y un análisis de los diferentes documentos que orientan la lucha contra el VIH en el país, así como el PEM; el último informe UNGASS, el Informe MEGAS 2005-2007 teniendo en cuenta lo siguiente:

- Identificación y priorización de la población objetivo, que en este caso estamos hablando de las mujeres y los HSH
- Tomar en cuenta en la población objetivo además de la prevalencia de cada una, el lugar de residencia, por cuanto en el caso de las mujeres la incidencia cultural es un factor importante.
- Obtener las estadísticas de captación de la información por sexo y luego por identidad sexual, ya que es una información que muchas veces los establecimientos lo tienen pero no lo consideran dentro del análisis.
- Convalidar la identificación de funciones de las guías de ONUSIDA que clasifica el gasto en: Prevención (desde el enfoque de salud y diferencian a la población objetivo en base a estimaciones), atención y tratamiento (desde las medicinas adquiridas) e investigación; con las líneas de intervención del MINSA que considera: Promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.
- Diseño de instrumentos para recoger los resultados en la población objetivo.

Sobre este último, si bien se ha contado con información diferenciada por hombres y mujeres para algunos tipos de intervención, es muy escasa la con información presupuestal desagregada de subgrupos respecto a HSH, quedando la tarea pendiente para que los registros administrativos permitan en el futuro contar con la información desglosada requerida para establecer brechas en prevención y atención por grupo de población que permitan orientar una mejor asignación de recursos. Este informe por tanto trata de reflejar los criterios utilizados para la desagregación del gasto por tipo de población teniendo en cuenta las características de la epidemia en el país.

## E. Fuentes de información

Para la etapa de recopilación de información se recabó información de las siguientes fuentes:

- E.1 Ministerio de Salud, a través de entrevistas con Jefes de Oficinas, Direcciones e Institutos:
- Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA (ESN PC ITS/VIH/SIDA)
  - Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ESNSSR).
  - Oficina de Cooperación Internacional (OCI)
  - Dirección General de Epidemiología (DGE)
  - Dirección General de Estadística e Informática (DGEI)
  - Seguro Integral de Salud (SIS)
  - Instituto Nacional de Salud (INS)
  - PRONAHEBAS
- Método:            Formato 1 - Guía de entrevistas a informantes clave <sup>(11)</sup>  
                          Formato 2 - Guía de entrevistas – Gasto por institución  
                          Formato 3 - Encuesta sobre Gasto
- E.2 Otras instituciones pertenecientes al Sector Público
- Seguro Social de Salud (ESSALUD)
  - Comisión de Prevención contra el Sida de las Fuerzas Armadas y Policiales (COPRECOs)
  - Instituto Nacional Penitenciario (INPE)
  - Ministerio de educación (MINEDU)
  - Ministerio de la Mujer y desarrollo social (MIMDES)
- Método:            Formato 1 - Guía de entrevistas a informantes clave  
                          Formato 2 - Guía de entrevistas – Gasto por institución  
                          Formato 3 - Encuesta sobre Gasto
- E.3 Instituciones no pertenecientes al Sector Público
- CARE PERU: Receptor principal de los tres proyectos del FMSTM en VIH
  - Organismos de Naciones unidas
  - Organismos bilaterales: USAID, GTZ, Cooperación belga, Cooperación española y otras
  - ONG, por su financiamiento con el FMSTM (si el RP no cuenta con el detalle)
  - ONG y otras instituciones por su financiamiento diferente al FMSTM, en el caso de ser referidos por los informantes clave o encontrarse registrados en los años 2007, 2008 y 2009 APCI, tales como organizaciones de afectados, universidades y centros de investigación. <sup>(12)</sup>
- Método:            Formato 2 - Guía de entrevistas – Gasto por institución  
                          Formato 3 - Encuesta sobre Gasto
- E.4 Fuentes públicas de información, donde se registra la información de compras, importaciones de medicamentos e insumos y presupuesto ejecutado por las diferentes ONG del país, así como el registro de ensayos clínicos:
- Organismo superior de contrataciones del Estado (OSCE)
  - Agencia Peruana de Cooperación Internacional (APCI )
  - Superintendencia Nacional de Administración Tributaria (SUNAT)
  - Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP)

<sup>11</sup> Se aplica a algunos de los responsables de las instituciones de la respuesta nacional

<sup>12</sup> Entre los identificados a la fecha se encuentran IMPACTA, INMENSA, NMRD, IESSDEH, Institutos de Medicina Tropical de UNMSM y de UPCH, PREVEN, Médicos del Mundo, Cruz Roja.

- Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF)
  - Instituto Nacional de Salud (INS)
- Método: Formato 4 - Recopilación de información cuantitativa

E.5 Revisión de las páginas web de entidades que financian actividades en VIH:

- Fondo mundial de lucha contra el SIDA, tuberculosis y malaria
- Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos
- Universidad de Washington
- Terre des Hommes
- AJWS-American Jewish World Service
- HIVOS
- Unión Europea
- Organización panamericana de la salud (OPS)
- Otros financiadores referidos por los informantes clave

Método: Formato 4 - Recopilación de información cuantitativa

E.6 Para la estimación de gastos de bolsillo

- Médicos que atienden pacientes en establecimientos del sector público
- Coordinadores de ESR
- PVV

Método: Formato 5 - Guía de entrevistas – Gasto de bolsillo  
Formato 6 - Encuesta sobre Gasto de bolsillo

E.7 Para la estimación de gastos regionales

- Coordinadores de la ESN PC ITS/VIH/SIDA de las DISA y DIRESA

Método: Formato 7 – Detalle de Recursos humanos  
Formato 8 – Detalle de Gastos regionales

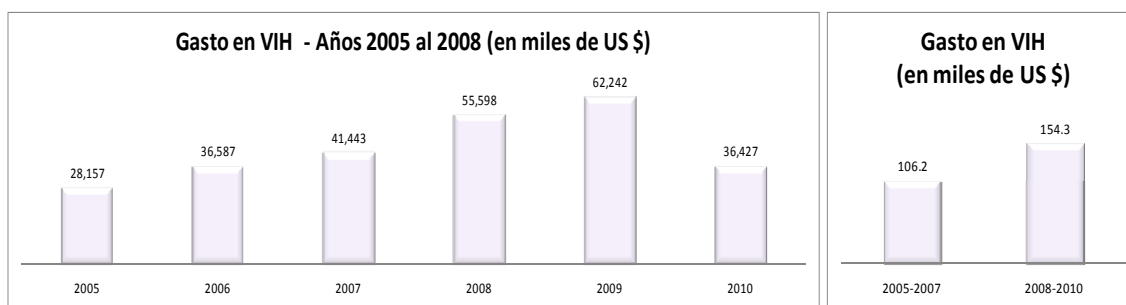
E.8 Información de datos programáticos y administrativos 2008, 2009 y 2010

- Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA: Revisión de registros sobre número de PVV, de HSH y TS atendidos en el sistema público, Plan operativo 2008, 2009 y 2010
- Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva: Revisión de registros de gestantes atendidas en el sistema público, Plan operativo 2008, 2009 y 2010
- UNICEF: Revisión de registros sobre niños con VIH y centros de provisión de servicios
- CARE PERU: Revisión de registros sobre cumplimiento de metas al FMSTM y Plan de compras de insumos y medicamentos
- Instituto Nacional de Salud: Revisión de registros de pruebas de laboratorio realizadas e investigaciones registradas.

## F. Resultados obtenidos

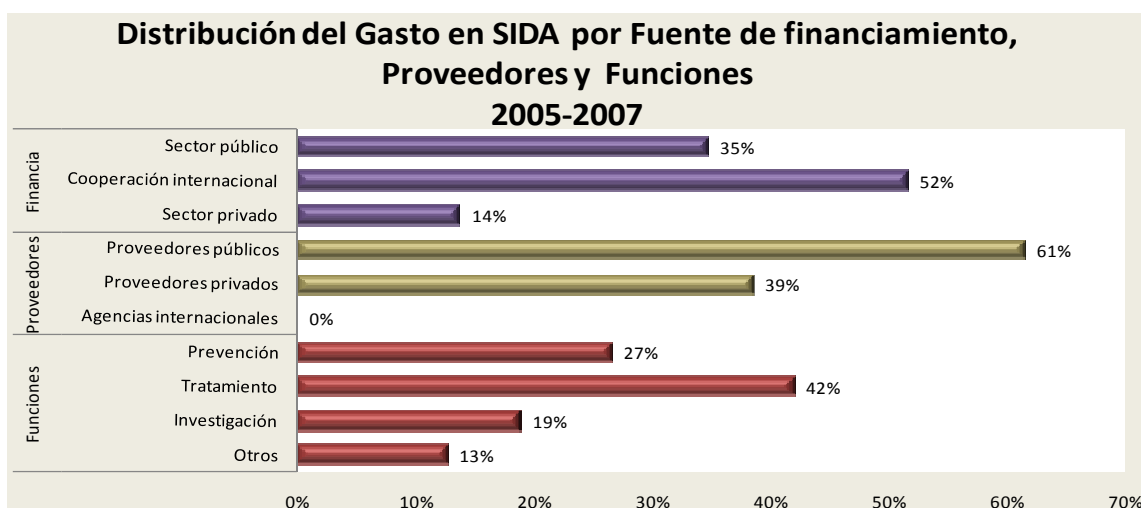
### F.1. Principales hallazgos

El Gasto en VIH en el país se ha incrementado en el periodo comprendido entre los años 2005 -2007 al periodo 2008 -2010, para este periodo el gasto público en VIH represento el 0.6% del gasto total en salud.

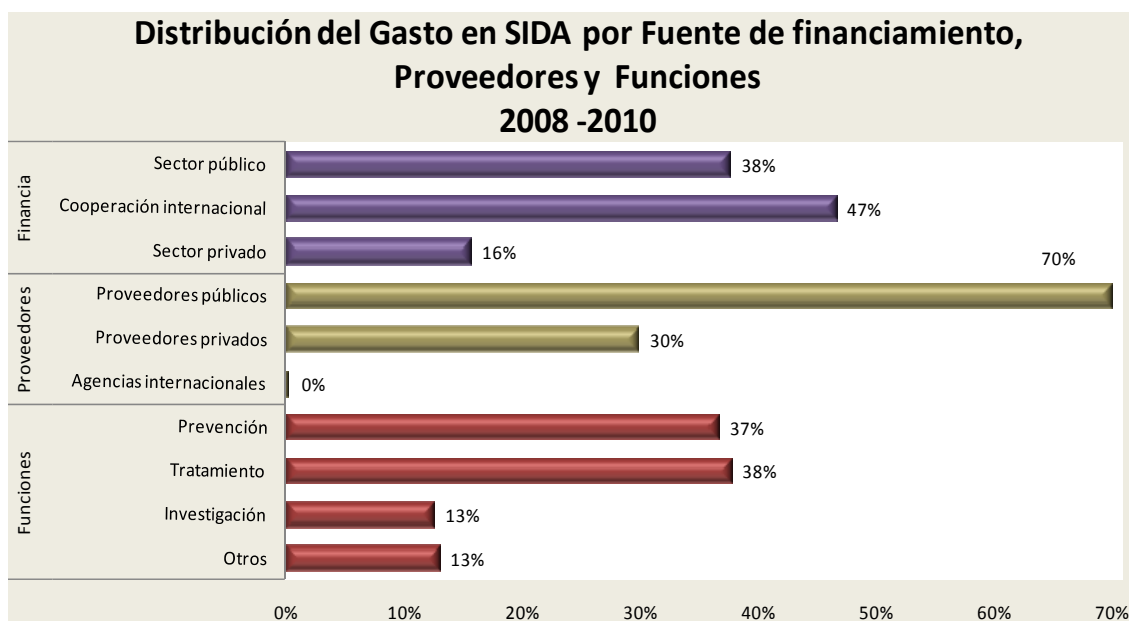


En los últimos años, el financiamiento del tratamiento y la atención del VIH en el país ha sido asumido fundamentalmente por el Ministerio de salud, a través de la compra de productos calificados como estratégicos: medicamentos antirretrovirales, pruebas diagnóstico de VIH, condones y medicamentos para ITS y con la cobertura del Seguro integral de salud a las gestantes, mientras que la mayor parte del gasto en prevención ha sido realizado con recursos de la cooperación internacional, en especial por el FMSTM. El principal proveedor continúa siendo el sector público.

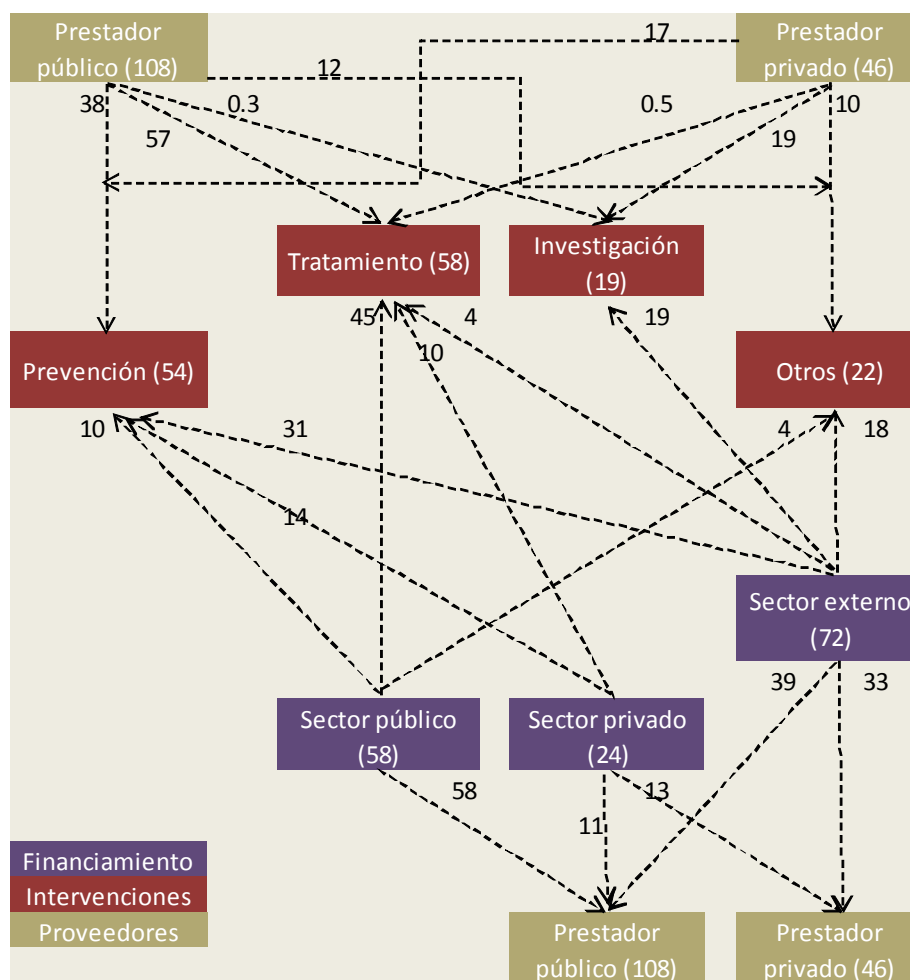
La evolución de la distribución del gasto por fuente de financiamiento, proveedores y tipo de Intervención se aprecia en los siguientes cuadros, donde se ha agrupado la información correspondiente a los años 2005-2007 fecha del anterior estudio y la correspondiente a los años 2008-2010, correspondiente al presente estudio.<sup>13</sup>



<sup>13</sup> Para realizar la comparación entre ambos estudios se tuvo que homogenizar la información de los años 2005 al 2007.



El siguiente cuadro muestra los flujos entre las fuentes de financiamiento, proveedores y principales funciones de los años correspondientes a los años 2008 al 2010.



Con respecto a las principales interrogantes que se plantearon en este estudio en el Perú, relacionadas a las dimensiones del MEGAS se puede realizar los siguientes comentarios:

## En financiamiento: fuentes y agentes de financiamiento

Existe un leve incremento en el gasto en bolsillo en VIH, fundamentalmente como resultado del incremento de la cobertura del tratamiento antirretroviral y a una expansión del mercado privado de condones.<sup>14</sup> Del 2005-2007 al 2008-2010, la importación de condones del sector privado se incrementó en 24.6%.

Esto es consistente con los resultados de las encuestas nacionales que reportan que cada vez es mayor el porcentaje de personas que buscan atención ante un problema de salud y de los que por tal motivo acuden a servicios privados: Mientras el porcentaje de los que no buscan atención por falta de dinero está disminuyendo sostenidamente.

Perú Urbano – Población con algún problema de salud (porcentaje)				
	Busco atención	Lugar o establecimiento de consulta en salud		No busco atención por falta de dinero
		Particular 1/	Farmacia	
2004	44.9	5.1	12.5	23.4
2005	42.2	5.5	12.6	21.3
2006	42.5	5.9	12.9	19.2
2007	45.2	6.5	15.2	20.3
2008	49.9	6.9	18.7	18.8
2009	51.2	7.5	18.1	13.8
2010	50.6	7.2	18.9	12.4

1/ Incluye clínica particular y consultorio médico particular.

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares ENAHO 2004-2011

El ahorro realizado por la exoneración de impuestos a los ARV<sup>15</sup> se estima en 8.3 millones de US \$ para el periodo 2008- 2010 y en 7.5 millones de US\$ para el periodo 2005-2007.

Sobre la dependencia de los recursos de cooperación externa para las estrategias de intervención que se implementan en el país, cabe precisar que para los años 2008 y 2009 un importante fuente de financiamiento la a representado los recursos del FMSTM, cuyas actividades han estado enfocadas a la prevención, sin embargo para el 2010, donde se vienen ejecutando solo dos proyectos, el gasto total ha disminuido en 42%.

Revisando los flujos de financiamientos, se identifica cuáles son los principales costos asumidos en el país son asumidos por el sector público, la principal fuente de financiamiento es el Ministerio de salud, quien a su vez es el principal proveedor de servicios (conjuntamente con la red de establecimientos del sistema público de salud a cargo de los gobiernos regionales). En el cuadro a continuación se puede ver el flujo de financiamiento por tipo de población, por procedimiento y según la etapa de la enfermedad.

<sup>14</sup> Según la Memoria anual 2010 de APROPO, líder del mercado privado de condones, a nivel de ventas, la última década muestra un notable tendencia de crecimiento sostenido, que solo en los últimos años asciende al 55.4% de crecimiento acumulado.

<sup>15</sup> En la actualidad la importación de medicamentos e insumos para la fabricación de medicamentos antirretrovirales se encuentra exonerado de aranceles aduaneros y del Impuesto General a las Ventas (IGV), significando esto el aporte del estado para disminuir el costo de los antirretrovirales. De no existir la exoneración, el costo de los antirretrovirales sería 30% superior (arancel 9%, tasa del IGV 19%). La base imponible del Impuesto General a las Ventas es el Valor de importación CIF más el arancel

Flujos de financiamiento por principales tipo de población y procedimientos – Años 2008 al 2010<sup>16</sup>

Tipo de población – Procedimiento	Gastos de bolsillo en:		Sector Salud Público			Solo para asegurados		Otros
	Sector privado	Sector público	Nacional	EESS Región	EESS Exonera	SIS	Essalud	
Personas con VIH								
<b>Antes del diagnóstico</b>								
Atenciones médicas	X	X				X	X	
Medicamentos	x	X				x	X	
Pruebas diagnóstico VIH y pruebas confirmatorias	(a)						X	ONG
<i>Hasta año 2010</i>		X						
<i>A partir 2011 (sólo población pobre)</i>				PPR				
<i>(población no pobre)</i>		X						
<b>Después del diagnóstico</b>							(b)	
Evaluación clínica - Gasto en consulta	(a)	(e)		x			X	
Consulta psicología		(e)		x			X	
Consulta en nutrición				x			X	
Consulta dentista		(e)		x			X	
Consulta planificación familiar				x			X	
Otras consultas (diabetes, hígado)	(a)	X			X		X	
Medicamentos antirretrovirales(productos estratégicos)	(a)		MINSA				X	ONG
Exámenes auxiliares (en el sector público costo subsidiado)	(a)	X					X	
Otras pruebas pre TARGA	(a)			x				
Radiografía del tórax (Rayos X)	X	X					X	
<b>Pruebas monitoreo</b>								
CD4. En el Instituto Nacional de salud (INS) y en laboratorios regionales	(a)	(a)	X				En Lima	
Carga viral. En el Instituto Nacional de salud (INS)	(a)	(a)	X				En Lima	
Genotificación. En el Instituto Nacional de salud (INS)			X					
<b>Prevención positiva</b>								
Medicamentos para ITS (productos estratégicos)			MINSA					
Condomes			MINSA					
Consejería				x				
Canasta de Alimentos para algunos (PRONAA y Programa mundial de alimentos)								PMA
<b>Infecciones oportunistas y reacciones adversas</b>								
Medicamentos para IO y RASH								
<i>Hasta el 2010</i>								FM
<i>A partir del 2011</i>				PPR				
Hospitalización	x	X				Eventual	X	

<sup>16</sup> No incluye costos de personas que han sido exoneradas del pago de atención, de exámenes auxiliares o de hospitalización en los establecimientos de salud.

Tipo de población – Procedimiento	Gastos de bolsillo en:		Sector Salud Público			Solo para asegurados		Otros
	Sector privado	Sector público	Nacional	EESS Región	EESS Exonera	SIS	Essalud	
Consultas				x				
Poblaciones vulnerables HSH – TS							(c)	
Historia clínica (con historia clínica es gratuito el paquete de atención)				x				
Tarjeta (si se pierde el número de historia)				x				
Consulta – Evaluación clínica				x				
Algunos insumos cuando el servicio no dispone de ellos) (Guantes, agujas)		X						
Exámenes de Laboratorio (RPR; otros)		Eventual		x				
Condomes	x		MINSA	x				FM
Prueba VIH								
<i>Hasta año 2010</i>								FM
<i>A partir 2011</i>				PPR				
Medicamentos para ITS (soporte, se adquiere mediante compras corporativas)				PPR				
Para sífilis			MINSA					
Personas privadas de la libertad								
Prueba VIH				PPR				
Medicamentos antirretrovirales (productos estratégicos)			MINSA					
Condomes			INPE					
Gestantes (prevención transmisión vertical)								
Prueba VIH						x	X	
Consultas médicas						X	X	
Consulta especialistas						X	X	
Hospitalización						X	X	
Profilaxis ARV(productos estratégicos)			MINSA (d)			(d)	X	
Población general								
Prueba VIH							X	
<i>Hombre (hasta el año 2010)</i>	x	x						
<i>Hombre a partir del 2011</i>				PPR				
<i>Mujer en edad fértil atendida en salud sexual y reproductiva (hasta el año 2010)</i>								FM
<i>Mujer en edad fértil ( a partir 2011)</i>				PPR				
Medicamentos para ITS (soporte, se adquiere mediante compras corporativas)			MINSA				X	
Condomes	X						X	
Consulta para ITS	x	x					X	

- Se ha identificado que si bien existe provisión de servicios en el sector privado para la atención y tratamiento de VIH (consultorios y médicos privados), no es representativo con respecto a la atención que se realiza en el sector público (incluido ESSALUD).
- Se ha detectado afiliados en ESSALUD que reciben tratamiento en los establecimientos de salud pública (MINSA y gobiernos regionales).
- En ESSALUD no existe ninguna intervención diseñada para población vulnerable
- La profilaxis de acuerdo a la normatividad es financiada por el Seguro integral de salud (SIS), sin embargo el MINSA adquirió los ARV en los años 2009 y 2010 debido a la dificultad para la adquisición de ARV por parte de los gobiernos regionales

- e. Algunos establecimiento realizan el cobro por estas consultas, sin embargo esto no está de acuerdo a lo establecido en las normas técnicas

## En provisión: proveedores y recursos

Sobre magnitud de la provisión de servicios privados en VIH (oferta privada), se estima un porcentaje que no supera el 1% de los PVV que asumen totalmente el costo de tratamiento. La información recopilada nos lleva a determinar que en provincias la mayor parte de los PVV (sino la totalidad) recibe ARV del sector público. Los profesionales de salud entrevistados manifiestan que durante los primeros meses del tratamiento algunos PVV realizan el gasto en servicios privados, sin embargo entre los seis meses a un año ingresan a los enrolados por el sector público, estando la oferta privada concentrada en Lima. Se desconoce el protocolo utilizado en el sector privado. El gasto en el sector privado es resultado de la elección de los usuarios y no se encuentra asociado a problemas de acceso o es consecuencia de la falta de oferta pública, sin embargo uno de las dificultades para el acceso de las poblaciones más expuestas, es el estigma y la discriminación.

Para aquellos con mayores recursos exista la posibilidad de la oferta privada (nivel socioeconómico estrato A), sin embargo para aquellos con niveles de ingreso más bajos solo existe la opción del sector público. Aquellos que no califican en AUS, deben asumir algunos gastos de bolsillo principalmente cuando dada la toxicidad de los medicamentos se desarrollaran complicaciones y se requiere hospitalización. De acuerdo a las estadísticas ENDES y ENAHO, un porcentaje importante de la población no cuenta con ningún tipo de seguro (35.3% de la población total), por lo cual a este grupo es el que afecta en mayor medida el gasto de bolsillo.

Cabe precisar sobre este tema que al haber iniciado tratamiento hace más de 20 años el seguro social, los medicamentos que adquiere pueden diferir de los esquemas utilizados en el sistema público de salud (iniciado en el 2004). La proporción de los asegurados que se atiende en el sistema público de salud se estima entre el 2 y 4%. En el estudio MEGAS 2005-2007, se había identificado afiliados a ESSALUD que recibían tratamiento en el MINSA, pues manifestaban que en el MINSA no existían problemas de desabastecimiento.

Con respecto a la provisión de servicios financiado por el sector público, cabe precisar que la estructura de gasto en VIH en los servicios que provee no ha cambiado sustancialmente en los dos periodos analizados.

Estructura de Gasto en VIH del Sector Público por grupo de años

	2005-2007	2008-2010
Prevención	22.3%	19.7%
Atención y tratamiento	72.5%	76.8%
Otros	5.1%	3.5%

Estructura de Gasto en VIH del Sector Público detallada por año

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Prevención	19.6%	20.7%	26.1%	16.2%	10%	27.9%
Atención y tratamiento	75.4%	77.8%	64.9%	82.0%	84.3%	58.7%
Otros	5%	1.5%	9%	1.7%	5.7%	13.5%

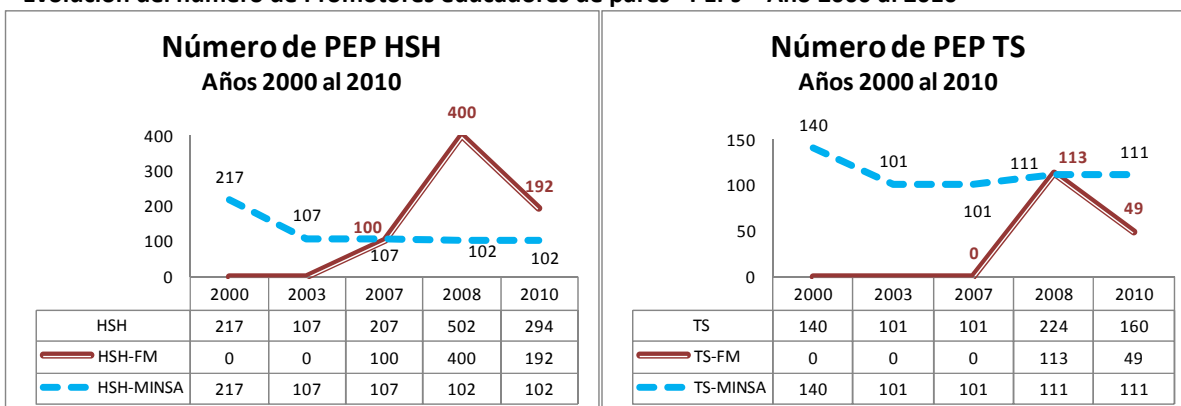
## En uso: categorías de intervención y población beneficiaria (enfoque de género)

El gasto en prevención en general ha experimentado un importante incremento, principalmente como resultado de la inversión realizada por el FMSTM. Cabe precisar que el proyecto financiado por la 6ta ronda del 2008 al 2012, sólo considera acciones de prevención. Sin embargo, la estructura del gasto en los últimos seis años no ha respondido necesariamente a la situación de la epidemia en el Perú. El gasto realizado por el sector público para las poblaciones de HSH y TS, se concentra en lo asignado a los CERITS y UAMP, mientras que los tres proyectos del FMSTM han considerado actividades y objetivos específicos para acciones de prevención en estas poblaciones<sup>17</sup>.

La tendencia del gasto evidencia que las intervenciones en mujeres (en edad fértil y gestantes) ha sido priorizada durante los últimos años. Esto es producto del importante rol impulsor de las políticas públicas dirigidas a disminuir la mortalidad materna y la transmisión vertical del VIH, en el marco de las cuales el país ha destinado recursos para la detección oportuna del VIH en mujeres en edad fértil y en gestantes. Otro factor catalizador lo han constituido los proyectos financiados por el FMSTM, que en la 2da y 6ta ronda consideraron objetivos específicos para la prevención de la transmisión vertical y tamizaje gratuito de mujeres en edad fértil.

Con respecto a las principales actividades de prevención destinadas al grupo donde la epidemia se encuentra focalizada (HSH), cabe precisar que el cambio de Programas nacionales al modelo de Atención integral MAIS, dio lugar a la disminución de los recursos humanos y materiales asignados al VIH en el Ministerio de Salud, como por ejemplo la disminución del número de promotores educadores de pares, que constituyen la parte muy activa en la estrategia de prevención dirigida tanto a la población HSH como TS. Desde los proyectos financiados por el FMSTM se pudo compensar esta reducción en los últimos años, y más recientemente el Ministerio de Salud ha transferido el presupuesto de movilidad de los promotores de pares a las regiones en el marco del proceso de descentralización, con lo cual la decisión de financiamiento de los promotores de pares (es decir, su incremento, mantenimiento o disminución) se tomará desde el año 2011 de manera descentralizada.

#### Evolución del número de Promotores educadores de pares –PEPs– Año 2000 al 2010



Fuente: Evaluación de la Estrategia de PEPs, Objetivo 1, FMSTM

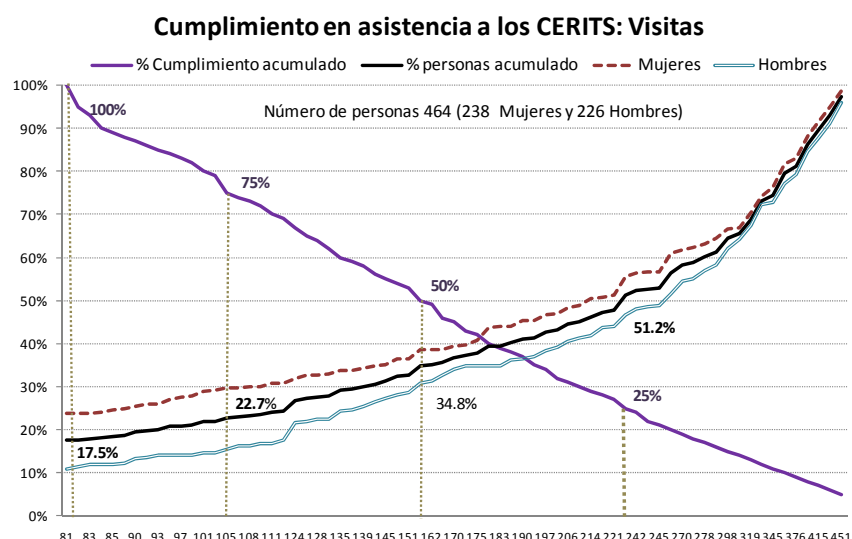
<sup>17</sup> Si bien existen diversas acciones de promoción, prevención y tratamiento de ITS, VIH y sida del sector público (en particular del Ministerio de Salud) que alcanzan entre sus beneficiarios a los HSH y TS entre otras poblaciones (incluyendo población general), hasta el año 2010 esto no se vio reflejado de manera específica en las contabilidad de los sectores y/o en otras fuentes que sirvieron de insumo para este estudio. Con la incorporación del programa estratégico de VIH y tuberculosis al PPR, desde el año 2011 será posible realizar análisis más finos a nivel de actividades y poblaciones gracias al mayor desagregado que habrá en la información contable.

Según la Guía operacional de Género en VIH <sup>(18)</sup> no se puede abordar con eficacia el control y reducir la vulnerabilidad del VIH a menos que los derechos humanos y la promoción de la igualdad de género se tomen en cuenta, los cuales son:

- Minimizar las características específicas que generan vulnerabilidad al VIH en mujeres, niñas, hombres y niños
- Asegurar que mujeres, hombres, niñas y niños con VIH tengan igualdad de acceso y al uso de los servicios de calidad.
- Minimizar el impacto del VIH en mujeres, hombres, niñas y niños y fortalecer sus capacidades para afrontar las consecuencias del VIH.

Las siguientes líneas describen los principales hallazgos relacionados a los puntos anteriores:

- En provisión: La epidemia en el Perú es concentrada en hombres que tienen sexo con hombres HSH, por lo cual la infección se asocia principalmente al sexo sin protección en este grupo, pero también a las relaciones sexuales con profesionales del sexo sin protección, y entre las parejas sexuales de las personas que mantienen conductas de riesgo. <sup>(19)</sup> Las comunidades GTB desde algunos años vienen solicitando el diseño de intervenciones diferenciadas para cada uno de ellas. Una de las poblaciones donde existe una necesidad real de intervenciones es la población Trans; si bien se han realizado estudios a nivel nacional que exponen sus necesidades, aun no se ha diseñado un protocolo especial que contemple sus características especiales, que permita a su vez determinar los recursos materiales que requeriría la intervención.
- Uso de recursos: Con respecto al uso de recursos en prevención sólo se conoce a través de la revisión de historias clínicas de los CERITS y UAMP que las TS asisten más frecuentemente a realizar la AMP que los hombres y que de requerirse asumen el gasto por los servicios en mayor proporción que los HSH.



Nota: El cuadro muestra la diferencia entre hombres y mujeres en la asistencia a los CERITS. Mientras que el 23.7% de las mujeres acude a los CERITS por lo menos 4 veces al año, sólo el 11.0% de los hombres lo hace. El protocolo indica que deben realizarse por lo menos 4 AMP por año, sin embargo en la revisión se registró que para cumplir con la AMP se realizan varias visitas por diferentes causas (no disponibilidad de reactivos, entre otros). Fuente: Revisión de Historias clínicas de los CERITS y UAMPs en Lima, Lambayeque, Ancash, Ica, Junín, Ucayali y Loreto.

<sup>18</sup> Operational guide on Gender and HIV/AIDS- A rights – based approach. UNAIDS Interagency Task Team on Gender & HIV / AIDS

<sup>19</sup> Las mujeres, las niñas y la igualdad de Género – Nota informativa – Fondo Mundial para la 10° ronda de subvenciones

Porcentaje de cumplimiento en la asistencia (Óptimo 4 visitas por año)

Cumplimiento	% Cumplimiento	Mujeres	Hombres	Total
Al menos 4 visitas	100%	23.7%	11.0%	17.5%
Al menos 3 visitas	75%	29.7%	15.4%	22.7%
Al menos 2 visitas	50%	38.6%	30.8%	34.8%
Al menos 1 visita	25%	55.5%	46.7%	51.2%

- De acuerdo a estadísticas de la ESN de VIH los hombres representan el 69% de las personas en tratamiento, sin embargo de todos los casos notificados de SIDA desde el año 1983 a la fecha, el 80% son hombres y el 20% mujeres, surge la interrogante si la proporción de ingreso al tratamiento es la misma en hombres que en mujeres, o si los hombres ingresan en un estado más avanzado de la enfermedad que las mujeres. Por otro lado, para saber el gasto en tratamiento por sexo, debería conocerse si las mujeres son más adherentes al tratamiento, con lo cual estas harían un mayor uso de recursos en tratamiento que los hombres. En los registros administrativos de los prestadores de salud, se realiza una desagregación entre gays, trans, en algunos, pero no en todos los casos, sin embargo esto difícilmente puede vincularse a conceptos de gastos.
- En el Perú son dos las poblaciones que han recibido más atención pero que su planteamiento es diferente: las mujeres heterosexuales y la población HSH; para la primera población se cuenta con marcos legales vigentes orientados a la igualdad de género; pese a ello no se ha implementado una política que incorpore a las parejas y por tanto no tiene expresión en las líneas de acción o estrategias para enfrentar el VIH que tome en cuenta sus necesidades, salvo en aquellas a las que pudieran tener acceso a través de otros servicios; por lo que es necesario destacar su nivel de afectación y proponer las acciones de intervención necesarias. Y para los HSH, si bien se proponen resultados por ejemplo en el PPR 2011, es en las estrategias identificadas en la Estructura Funcional Programática Presupuestal del programa estratégico, donde se encuentra la mayor debilidad; al no evidenciarse una mayor coherencia entre éstas con el resultado propuesto y la asignación presupuestal respectiva.
- En las categorías MEGAS para poblaciones beneficiarias: “Profesionales femeninas del sexo y sus clientes” y “Niños nacidos o por nacer de mujeres que viven con el VIH”, la característica común de estas intervenciones en el Perú, es que ambas se centran fundamentalmente en el rol de la mujer y en su responsabilidad para acudir al servicio, cumplir con el tratamiento y otras disposiciones emanadas por los servicios de salud. El diseño de intervenciones como la prevención de la transmisión madre - hijo, no explora la contribución del varón por ejemplo si la gestante resulta infectada luego que se realice la prueba de VIH (generalmente el primer trimestre de gestación). Por otro lado no se ha diseñado intervenciones dirigidas a los clientes de las trabajadoras sexuales, por lo cual todas las estrategias de prevención se centran en la mujer como la negociación del condón, entre otros.
- Con respecto a las estrategias destinadas a la promoción de igualdad de género: encontramos que para minimizar las características de vulnerabilidad falta masificar acciones preventivas en hombres y mujeres jóvenes (no se encuentra mayor gasto en este rubro); articular esfuerzos desde diferentes sectores para erradicar la explotación sexual principalmente en niñas (algunos proyectos han contado con financiamiento para este tema durante los últimos años).
- En referente a la igualdad de acceso, los principales problemas están referidos por el número limitado de puntos de atención dirigido específicamente a las poblaciones HSH y TS y a los problemas de estigma y discriminación en áreas diferentes a estos lugares y la minimización del impacto del VIH, algunas de estas acciones han sido apoyadas con presupuesto de la cooperación, pero es necesario sea asumido en su totalidad por el Estado.
- Con respecto al gasto en acciones orientadas a fortalecer las capacidades para afrontar las consecuencias del VIH, se ha realizado gasto en promotores de pares y actividades para incrementar el ingreso de PVV, la mayoría de las cuales estuvieron financiadas por proyectos de cooperación internacional hasta el año 2010<sup>20</sup>. La ESN ha informado que la estructura funcional programática del

<sup>20</sup> No se incluye en este análisis a los consejeros de pares que forman parte de los equipos multidisciplinarios que brindan TARGA en los hospitales y establecimientos de salud, y que son parte de la estructura de dichos equipos según

presupuesto de la ESN está diseñada para permitir que las unidades ejecutoras de los niveles operativos programen según su necesidad la inclusión de los promotores de pares de pares<sup>21</sup>, sin embargo ello no asegura que dichas unidades ejecutoras incluyan esta necesidad de su presupuesto en los próximos años.

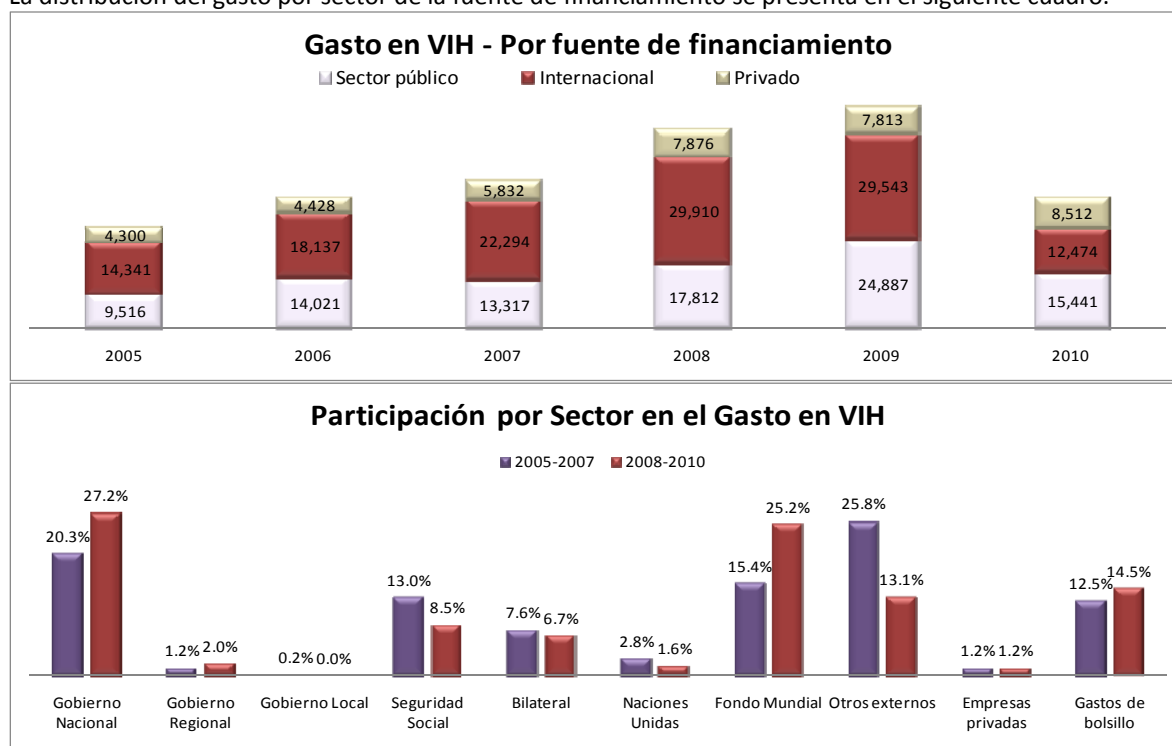
## F.2 Por fuente de financiamiento

Entre las fuentes de financiamiento del sector público se encuentran el presupuesto asignado a las entidades del Gobierno central y de los Gobiernos Locales, las transferencias realizadas a los Gobiernos Regionales y los aportes de la seguridad social pagados por los empleadores.

Gasto por Fuente de Financiamiento 2005-2010 - En miles US \$

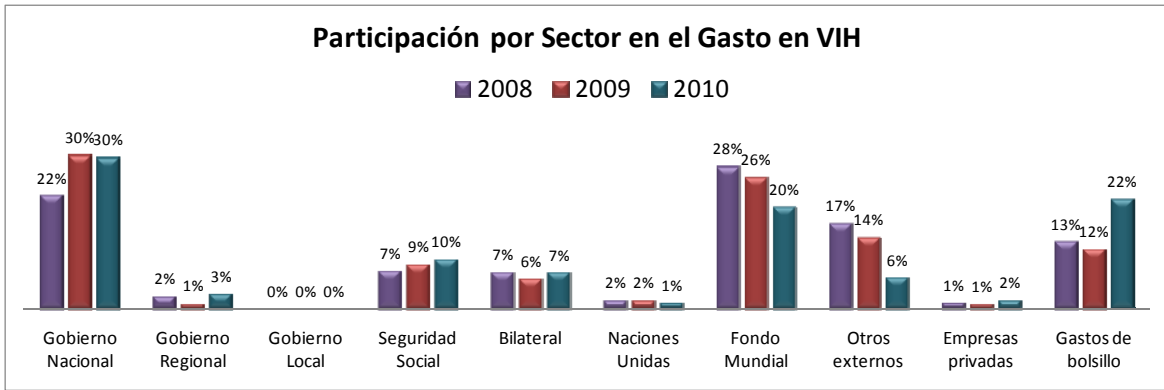
Sector	2,005	2,006	2,007	2,008	2,009	2,010	Total
Sector público	9,516	14,021	13,317	17,812	24,887	15,441	94,993
Sector externo	14,341	18,137	22,294	29,910	29,543	12,474	126,699
Sector privado	4,300	4,428	5,832	7,876	7,813	8,512	38,762
Total	28,157	36,587	41,443	55,598	62,242	36,427	260,454

La distribución del gasto por sector de la fuente de financiamiento se presenta en el siguiente cuadro.



la Norma Técnica de articulación del servicio de consejeros de pares (RM N° 1328-2003-SA/DM) y de adherencia al TARGA (Resolución Ministerial N° 725-2004/MINSA) por lo tanto asumidos por el presupuesto del sector.

<sup>21</sup> Informe N° 113-2011-DGSP/ESN PC ITS-VIH-SIDA/MINSA



Gasto en VIH por Fuente de financiamiento (en miles de US \$)

	2,005	2,006	2,007	2,008	2,009	2,010	Total	2005-2007	2008-2010	Total
SECTOR PUBLICO	9,516	14,021	13,317	17,812	24,887	15,441	94,993	34.7%	37.7%	36.5%
FS.01.01.01 Renta del gobierno central	3,465	7,215	8,502	10,986	17,889	9,809	57,868	18.1%	25.1%	22.2%
FS.01.01.02 Renta del gobierno estatal/provincial	147	387	777	1,354	636	1,085	4,387	1.2%	2.0%	1.7%
FS.01.01.03 Renta del gobierno local/municipal	72	42	51	21	2		188	0.2%	0.0%	0.1%
FS.01.02.01 Aportaciones patronales obligatorias a la seguridad social	5,430	5,434	2,950	4,121	5,452	3,551	26,940	13.0%	8.5%	10.3%
FS.01.99 Otros fondos públicos s.c.o.	401	943	1,037	1,329	907	995	5,611	2.2%	2.1%	2.2%
INTERNACIONAL	14,341	18,028	22,294	29,910	29,543	12,474	126,589	51.5%	46.6%	48.6%
FS.03.01.04 Gobierno de Canadá	30			8	13		51	0.0%	0.0%	0.0%
FS.03.01.08 Gobierno de Alemania	88	88	338	464	133		1,111	0.5%	0.4%	0.4%
FS.03.01.11 Gobierno de Italia	84	361	1,052	378	368	390	2,633	1.4%	0.7%	1.0%
FS.03.01.14 Gobierno de Países Bajos	1						1	0.0%	0.0%	0.0%
FS.03.01.17 Gobierno de Portugal		23	5				28	0.0%	0.0%	0.0%
FS.03.01.18 Gobierno de España	1				57		59	0.0%	0.0%	0.0%
FS.03.01.19 Gobierno de Suecia	50	59	67				175	0.2%	0.0%	0.1%
FS.03.01.21 Gobierno del Reino Unido	50						50	0.0%	0.0%	0.0%
FS.03.01.22 Gobierno de los Estados Unidos de América	1,150	1,157	3,447	2,760	2,721	1,762	12,996	5.4%	4.7%	5.0%
FS.03.02.04 Organización Internacional del Trabajo (OIT)			60	48	104		212	0.1%	0.1%	0.1%
FS.03.02.07 Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria	5,714	6,050	4,580	15,991	16,414	7,701	56,449	15.4%	26.0%	21.7%
FS.03.02.08 Secretaría del ONUSIDA	23	198	367	105	253	90	1,035	0.6%	0.3%	0.4%
FS.03.02.09 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)	300	187	460	134	126	51	1,259	0.9%	0.2%	0.5%
FS.03.02.11 Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)	22	41	20				84	0.1%	0.0%	0.0%
FS.03.02.12 Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la cultura (UNESCO)	24	30	60	40	53		207	0.1%	0.1%	0.1%
FS.03.02.17 Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)	46	20	3	302	235	210	817	0.1%	0.5%	0.3%
FS.03.02.18 Banco Mundial (BM)	76						76	0.1%	0.0%	0.0%
FS.03.02.19 Programa Mundial de Alimentos (PMA)	221	242	299	320	300	20	1,402	0.7%	0.4%	0.5%
FS.03.02.20 Organización Mundial de la Salud (OMS)	24	165	28	35	32	33	316	0.2%	0.1%	0.1%
FS.03.03.01 International HIV/AIDS Alliance		55	354	145	144	5	702	0.4%	0.2%	0.3%
FS.03.03.18 Sociedades nacionales de la cruz roja	50						50	0.0%	0.0%	0.0%
FS.03.03.20 Médicos sin Fronteras	488	1,119	737				2,344	2.2%	0.0%	0.9%
FS.03.03.26 Fundación Ford	145						145	0.1%	0.0%	0.1%
FS.03.03.32 Wellcome Trust	600	1,250	150				2,000	1.9%	0.0%	0.8%
FS.03.03.99 Otras organizaciones y fundaciones internacionales sin fines de lucro	1,246	2,856	3,932	2,478	2,204	918	13,633	7.6%	3.6%	5.2%
FS.03.04 Organizaciones internacionales con fines de lucro	3,909	4,128	6,336	6,701	6,386	1,294	28,754	13.5%	9.3%	11.0%
SECTOR PRIVADO	4,300	4,428	5,832	7,876	7,813	8,512	38,762	13.7%	15.7%	14.9%
FS.02.02 Fondos de hogares	4,037	4,007	5,209	7,292	7,231	7,863	35,638	12.5%	14.5%	13.7%
FS.02.03 Instituciones sin fines de lucro (distintas del seguro social)	263	422	623	585	582	649	3,124	1.2%	1.2%	1.2%
Total	28,157	36,477	41,443	55,598	62,242	36,427	260,345	100%	100%	100%

La principal fuente de financiamiento en los últimos años fue la cooperación externa (51.6% para el 2005-2007 y 46.6% para el 2008-2010), sin embargo el sector público incremento su participación de 34.7% a 37.7% en los periodos examinados, lo cual implica que el Estado está asumiendo un gran porcentaje del gasto en Sida, especialmente el financiamiento dirigido a la compra de ARV, que en un inicio estaba cubierto por el FMSTM para luego pasar a ser financiado por el Estado.

Fuentes de financiamiento – Estructura porcentual por grupo de años

Sector	2005-2007	2008-2010	Total
Sector público	34.7%	37.7%	36.5%
Sector externo	51.6%	46.6%	48.6%
Sector privado	13.7%	15.7%	14.9%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuentes de financiamiento - Estructura porcentual detallado por años

Sector	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Sector público	33.8%	38.4%	32.1%	32%	40%	42.4%
Sector externo	50.9%	49.4%	53.8%	53.8%	47.5%	34.2%
Sector privado	15.3%	12.1%	14.1%	14.1%	12.6%	23.4%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

## F.2.1 Sector Público

Hasta el 2000, el gasto en VIH era asumido por el Ministerio de Salud -MINSA con recursos asignados al Programa de Control de ETS y SIDA (PROCETSS). A partir del 2003 se estableció en el Perú el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) y se eliminaron los programas nacionales de la estructura orgánica del MINSA.

Este cambio dio lugar a la disminución de los recursos humanos y materiales asignados al VIH, como por ejemplo la disminución del número de promotores educadores de pares, que constituyen la parte muy activa en la estrategia de prevención dirigida tanto a la población HSH como TS.

Aunque el gasto en VIH disminuyó, no es posible identificar claramente la magnitud de la reducción debido a que las Estrategias sanitarias nacionales creadas a raíz del nuevo modelo del MAIS, sólo tienen un rol normativo y de planeamiento. Paralelamente, en el 2002 en el marco del proceso de descentralización, se trasladó la función salud hacia las regiones <sup>(22)</sup> lo cual originó también la descentralización del presupuesto del nivel central hacia las regiones.

Sin embargo el MINSA a través de sus aéreas administrativas (PAAG, ORE y Oficina General de Administración sucesivamente) continuó haciéndose cargo de la compra de los denominados “productos estratégicos”: ARV para las PVV adultas, Condones, pruebas rápidas de VIH, insumos y pago de PEP a nivel nacional. Los ARV para la población pediátrica deberían adquirir cada uno de los hospitales de acuerdo a sus necesidades, por estar comprendidas en el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias LPIS. Debido a que la cantidad por adquirir era ínfima por establecimientos y no se encontraban proveedores, se acordó

<sup>22</sup> Ley de Bases de la Descentralización - Ley 27783, 2002

la compra centralizada, por la cual el MINSA está proporcionando los ARV. <sup>( 23 )</sup> Las regiones adquieren algunos de los “productos estratégicos” con el financiamiento del Seguro integral de Salud – SIS <sup>( 24 )</sup> pero básicamente corresponde a prestaciones realizadas a gestantes con VIH.

Hasta la fecha el MINSA continua asumiendo el gasto de la mayor parte de los insumos y ARV, aunque en el año 2009 se realizó la transferencia del pago PEPs a las regiones, los cuales han adoptado diferentes modalidades de contratación (como servicios no personales, contrato de administración de servicios o ingreso a planilla).

El gasto realizado por las Instituciones que forman parte del Sector público peruano para la prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH, ascendieron a 9.5 millones US\$ en el 2005, 14.0 millones US\$ en el 2006, 13.3 millones US\$ en el 2007, 17.8 millones US\$ en el 2008, 24.9 millones US\$ en el 2009 y 15.4 millones US\$ en el 2010.

Gasto del sector público por categoría de gasto (miles de US \$)

Función	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Prevención	1,862	2,904	3,471	2,892	2,486	4,301	17,915
Atención y tratamiento	7,177	10,903	8,642	14,611	20,990	9,063	71,387
Antirretrovirales	5,889	8,588	3,140	8,768	13,862	3,508	43,754
Reactivos y materiales	694	1,347	4,273	4,583	5,896	4,241	21,035
Otros	594	968	1,230	1,260	1,232	1,314	6,597
Incentivos de retención		7	15				22
Gestión de programa	258	201	397	290	615	305	2,065
Protección social y servicios sociales	3	4	31				38
Desarrollo comunitario y ambiente mejorado	216	2	762		568	1,762	3,310
Investigación relacionada con VIH sida				18	228	11	257
<b>Total</b>	<b>9,516</b>	<b>14,021</b>	<b>13,317</b>	<b>17,812</b>	<b>24,887</b>	<b>15,441</b>	<b>94,993</b>

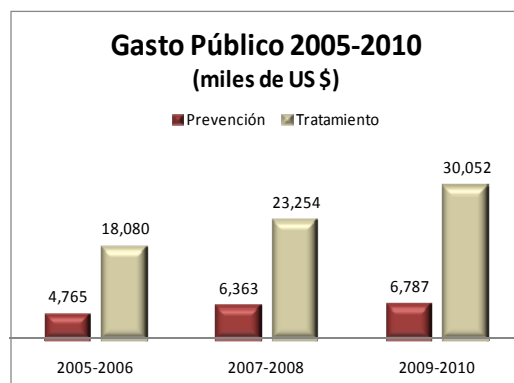
Nota: en el año 2009 se realizó el Foro latinoamericano en VIH en el Perú

En tratamiento, si bien el gasto se ha incrementado hasta el 2009, se ve una disminución marcada en el año 2010, debido a la compra de ARV realizada para dos años (2009 y 2010), a la tendencia de la disminución de precios de los ARV. Los ARV se adquieren de forma centralizada y por subasta inversa. Cabe precisar que el número de PVV que reciben TARGA está aumentando y también los PVV en tratamiento de rescate también están en aumento, pero no se está traduciendo en un incremento del gasto en este rubro. El gasto en prevención desde el sector público se incrementó considerable a partir del 2007. A pesar del incremento del gasto en prevención durante estos últimos años, el gasto en tratamiento sigue siendo mucho mayor.

En el siguiente cuadro podemos ver la evolución de los gastos agrupados por los periodos 2005-2006, 2007-2008 y 2009-2010, se puede apreciar que el gasto se ha incrementado de manera sostenida, pero con variaciones en las respectivas categorías de gasto. Los gastos más representativos son los referentes a los costos de tratamiento y prevención, los cuales se han incrementado desde el 2005 al 2010.

<sup>23</sup> La Resolución Ministerial 608-2007/MINSA modifica la Directiva administrativa 112-2007-MINSA/SIS-V.01 que regula el pago para las prestaciones del Seguro Integral de Salud - SIS: “La transferencia de recursos a las unidades ejecutoras por concepto de pago de las prestaciones de salud y administrativas será efectuada por la Oficina general de Administración previa autorización del jefe Institucional del SIS, efectuada mediante Resolución Jefatural. En el caso del pago por medicamentos ARV e insumos para niños y para profilaxis de la transmisión vertical y su correspondiente distribución, cuya adquisición y entrega se haya efectuado por la Unidad ejecutora 1 del MINSA, la transferencia de recursos se efectuara a esta Unidad ejecutora. El costo de los procedimientos realizados continuara siendo reembolsado por el SIS a cada Unidad ejecutora.”

<sup>24</sup> El SIS administra los fondos para el financiamiento de prestaciones de salud individual.



En prevención, el mayor gasto se realizó en prevención de la transmisión vertical, que tenía Objetivos específicos en los proyectos financiados por el FMSTM de subvenciones de 2da y 6ta ronda.

En Desarrollo comunitario y ambiente mejorado se registra 492 mil US \$ por la realización del V Foro Latinoamericano de VIH/Sida que se llevó a cabo en noviembre de 2009 con sede acá en Lima y el MINSA estuvo encargado de la organización. El gasto en diagnóstico también se incrementó en el 2008, debido al mayor uso de pruebas rápidas tanto en población gestante como en HSH y TS.

En el cuadro siguiente se aprecia el Gasto en VIH por fuente de financiamiento y tipo de atención.

**Gasto en VIH por Fuente de financiamiento y Tipo de atención Periodo 2005 al 2010 (En US \$)**

Función	Nacional	Regional	Local	Seguro social	Total
Prevención	13,397	2,014	101	2,403	17,915
Atención y tratamiento	45,067	1,735	80	24,505	71,387
Incentivos de retención	0	22			22
Gestión de programa y fortalecimiento de la administración	1,429	605		31	2,065
Protección social y servicios sociales (excluyendo huérfanos)		34	4		38
Desarrollo comunitario y ambiente mejorado	3,309	1			3,310
Investigación relacionada con VIH sida	253		3		257
<b>Total</b>	<b>63,455</b>	<b>4,411</b>	<b>188</b>	<b>26,940</b>	<b>94,993</b>

**Gasto en VIH por Fuente de financiamiento y Tipo de atención (2008)**

Función	Nacional	Regional	Local	Seguro social	Total
Prevención	2,186	415	10	280	2,892
Atención y tratamiento	10,003	760	7	3,841	14,611
Gestión de programa y fortalecimiento de la administración	91	199			290
Investigación relacionada con VIH sida	15		3		18
<b>Total</b>	<b>12,295</b>	<b>1,374</b>	<b>21</b>	<b>4,121</b>	<b>17,812</b>

**Gasto en VIH por Fuente de financiamiento y Tipo de atención (2009)**

Función	Nacional	Regional	Local	Seguro social	Total
Prevención	1,700	355		431	2,486
Atención y tratamiento	15,879	87	2	5,021	20,990
Gestión de programa y fortalecimiento de la administración	421	194			615
Desarrollo comunitario y ambiente mejorado	568				568
Investigación relacionada con VIH sida	228				228

Función	Nacional	Regional	Local	Seguro social	Total
Total	18,796	636	2	5,452	24,887

Gasto en VIH por Fuente de financiamiento y Tipo de atención (2010)

Función	Nacional	Regional	Local	Seguro social	Total
Prevención	3,467	707	0	127	4,301
Atención y tratamiento	5,467	171		3,424	9,063
Gestión de programa y fortalecimiento de la administración	94	211			305
Desarrollo comunitario y ambiente mejorado	1,762				11,762
Investigación relacionada con VIH sida	11				11
Total	10,801	1,089	0	3,551	15,441

En el periodo del 2005 a 2010 el gasto realizado por el Gobierno Nacional ascendió a 63.5 millones de US \$. El gasto de los Gobiernos Regionales ascendió a 4.4 millones de nuevos soles y el de los Gobiernos Locales 0.2 millones de nuevos soles. El gasto de ESSALUD ascendió a 26.9 millones de US \$.

El gasto del gobierno nacional es aproximadamente la cuarta parte del total del gasto realizado en Sida en el país desde el 2005 al 2010 (63.5 /260.5 US \$). El gasto realizado por ESSALUD en prevención se mantiene a lo largo de los años, llegando a ser aproximadamente el 14% del total del gasto del Estado. Por otro lado el tratamiento representó el principal concepto de gasto del estado el cual en el periodo 2005-2010 representó el 71% de los gastos totales asumidos por el MINSA, y el 91% de los gastos asumidos por ESSALUD.

Gasto en ARV, reactivos y condones del Gobierno nacional y ESSALUD - Periodo 2005 al 2010 (En US \$)

Recursos /Fuente de financiamiento	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Antirretrovirales	5,920	8,923	3,280	8,900	13,877	3,529	44,429
Gobierno nacional	801	5,107	2,116	6,919	9,759	1,943	26,644
ESSALUD	5,119	3,816	1,164	1,981	4,118	1,586	17,785
Reactivos y materiales	1,352	2,281	5,649	4,481	6,039	4,332	24,133
Gobierno nacional	1,133	1,107	3,957	2,579	5,089	2,441	16,305
ESSALUD	219	1,174	1,693	1,902	950	1,891	7,828
Condomes	442	328	1,445	239	526	3,204	6,183
Gobierno nacional	442	23	1,439	6	156	3,204	5,270
ESSALUD		305	6	233	369		913

Se puede apreciar un gasto importante en reactivos en el seguro social. Para los afiliados al Seguro Social este cubre todos los análisis a diferencia de las personas que acuden a los servicios públicos que tienen un gasto de bolsillo más alto antes del diagnóstico y que luego muchos de ellos pasan al SIS y actualmente están migrando al AUS, sin embargo hay un grupo que no pertenece ni a ESSALUD ni al SIS y que debe realizar el gasto de bolsillo antes y después del diagnóstico.

## F.2.2 Cooperación Internacional

Gasto del sector externo (miles de US \$)

	2,005	2,006	2,007	2,008	2,009	2,010	Total	Estructura
Bilateral	1,455	1,687	4,908	4,017	3,688	2,575	18,329	14.5%
Naciones unidas	735	884	1,297	985	1,103	404	5,406	4.3%
Fondo mundial	5,714	6,050	4,580	15,584	16,018	7,279	55,224	43.6%
Otros	6,438	9,407	11,509	9,325	8,734	2,217	47,629	37.6%
Total	14,341	18,028	22,294	29,910	29,543	12,474	126,589	100.0%

Con la implementación de los Programas del Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, Tuberculosis y malaria a partir de noviembre del 2003, se movilizaron mayores recursos para impulsar la respuesta nacional al VIH en el país, en especial para la incorporación del tratamiento antirretroviral como una intervención de salud pública y para escalar estrategias preventivas con diferentes grupos poblacionales:

- En el 2003 fue aceptado el Proyecto Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú (II Ronda), con un presupuesto de US\$ 23,6 millones para VIH/SIDA el que culminó en el 2008.
- En el 2005 se aprobó el Proyecto “Cerrando brechas: Para alcanzar los Objetivos del Milenio en TB y VIH/SIDA. Propuesta con participación Multisectorial en el marco de la descentralización” (V Ronda) con un presupuesto de US\$ 12,9 millones para 5 años, actualmente en el último año de ejecución.
- En el 2006 fue aprobado el proyecto “Planes multisectoriales integrando recursos para la lucha contra el VIH/SIDA en el Perú” (VI Ronda) con un presupuesto de US\$ 40,8 millones para 5 años, actualmente en la Fase 2 de ejecución.

La Cooperación Internacional bilateral (14.5%), las diferentes organizaciones de las Naciones Unidas (4.3%) el FMSTM cuyo financiamiento representa el 43.6%. son las principales fuentes, destacando entre ellas la gran importancia del FM. Las otras fuentes que representaban son las entidades que financiaban los ensayos clínicos y ONG europeas y americanas. En el caso del financiamiento de los ensayos clínicos cuyo registro de acuerdo a la normatividad peruana es responsabilidad del Instituto Nacional de Salud, no fue posible obtener la información de la citada fuente, habiendo utilizado la información proporcionada por las propias entidades y aquellas registradas en APCI. Por lo cual sobre todo para el año 2010, podría existir un sub-registro de información.

Otros donantes que han tenido presencia en los últimos años son las agencias de cooperación multilaterales (Naciones Unidas) y otras bilaterales, como USAID, la cooperación italiana y la cooperación belga, así como otras instituciones externas que financian los ensayos clínicos.

La Cooperación Internacional es una fuente de financiamiento importante en VIH en el país, pero ya no tiene el peso que tenía en el periodo anterior que era aproximadamente el 51.1% del gasto en Sida en el país durante 2005 al 2007 (46.6% para los años 2008 al 2010). Cabe precisar que en el estudio de Cuentas Nacionales en VIH/Sida realizado en el Perú para los años 1999 y 2000, la cooperación externa era sólo el 1% en el año 1999 y 2% en el año 2000, lo cual indica que existe todavía movilización de recursos provenientes de cooperantes externos y que en el futuro mucho de estos gastos debería ser asumido por el Estado, al culminar los proyectos financiados por el FMSTM.

Durante el periodo comprendido entre los años 2008 al 2010 ha existido un descenso del monto de la cooperación internacional

Gasto del sector externo por categoría de gasto (miles de US \$)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Prevención	3,016	3,102	5,540	11,038	12,800	6,714	42,210
Atención y tratamiento	3,760	4,992	2,827	3,105	769	123	15,576
Incentivos de retención	213	24	1	191	52	17	498
Gestión de programa	1,617	1,742	1,174	2,894	4,020	2,647	14,095
Huérfanos		59	171	16	8	9	263
Protección social y servicios sociales	303	598	1,475	1,498	1,278	549	5,702
Desarrollo comunitario y ambiente mejorado	682	1,535	1,810	1,852	2,053	1,170	9,102
Investigación relacionada con VIH sida	4,749	5,975	9,295	9,315	8,564	1,245	39,143
Total	14,341	18,028	22,294	29,910	29,543	12,474	126,589

## F.2.3 Sector Privado

Gasto Privado en VIH (miles de US \$)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total	%
Empresas	263	422	623	585	582	649	3,124	8.1%
Consumidores	4,037	4,007	5,209	7,292	7,231	7,863	35,638	91.9%
	4,300	4,428	5,832	7,876	7,813	8,512	38,762	100.0%

Se ha identificado como fuente de financiamiento en el sector privado en periodo del 2008 al 2010:

- Gasto de empresas, que representan el 8.1% del sector privado
- Gasto de hogares o gasto de bolsillo que representan el 91.9% del sector privado

Lo correspondiente a empresas básicamente corresponde a la provisión de condones realizado por el sector privado mediante el mercadeo social del condón.

Importación de condones (en millones)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2005-2007 (1)	2008-2010 (2)	Incremento (2 / 1)
Condomes	33,3	35,7	52,7	49,5	49,3	52,9	121,7	151,6	24.6%

Fuente: Memoria anual APROPO

## F.2.4 Gasto de bolsillo

El gasto de bolsillo por población beneficiaria y por proveedor se presenta en los siguientes cuadros:

Gasto de bolsillo en VIH por población beneficiaria (miles de US \$)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Personas que viven con el VIH	1,659	1,807	2,093	2,791	2,804	3,087	14,241
Poblaciones más expuestas	318	361	425	467	573	701	2,845
Poblaciones «accesibles» específicas	194	218	290	304	295	314	1,614
Población general	1,865	1,621	2,402	3,730	3,559	3,761	16,938
Total	4,037	4,007	5,209	7,292	7,231	7,863	35,638

Gasto de bolsillo en VIH por proveedor (miles de US \$)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Proveedores públicos	1,096	1,330	1,654	2,360	2,500	2,862	11,802
Laboratorios públicos	805	876	1,009	1,058	1,028	1,096	5,872
Proveedores privados	2,135	1,801	2,546	3,874	3,703	3,905	17,964
Total	4,037	4,007	5,209	7,292	7,231	7,863	35,638

Para la estimación de los gastos de bolsillo se realizó una encuesta en CERITS y UAMPS Y Hospitales TARGA y revisión de historias clínicas. Parte de los resultados se presentan en esta sección y otra parte en la sección de Gasto por población beneficiaria. Cabe precisar que entre las personas que buscan atención ante un problema de salud de acuerdo a la ENAHO 2010, el 34% busca a los establecimientos de salud pública, el 34% acude a las farmacias, el 13% a ESSALUD, 16% a consultorios privados y 4% a otros (FFAA, FFPP, curanderos y varios de los mencionados).

### Gasto en bolsillo en Prevención

Se revisaron las historias clínicas de los usuarios de los CERITS y UAMPS de las ciudades visitadas y se realizó una encuesta a 77 usuarios de CERITS y UAMP, con el objetivo de identificar los conceptos por los cuales realizan gastos de bolsillos.

Número de historias clínicas revisadas en CERITS y UAMP- Datos de la muestra

Sexo/ Año del caso	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Hombres	4	17	19	31	27	50	53	25	226
Mujeres	3	15	12	22	31	68	55	32	238
Total	7	32	31	53	58	118	108	57	464

Fuente: 9 CERITS Bartón, Patruco, José Olaya, San Juan, Carrión, Pucallpa, Ica, Ica- Parcona, Chimbote

Número de personas encuestadas en CERITS y UAMP por edad

Sexo	Menos de 20 años	De 20 a 30 años	De 30 a 40 años	De 40 a 50 años	De 50 a 60 años	Más de 60 años	Total
Hombre		20	16	2	1		39
Mujer	2	19	11	4	1	1	38
Total	2	39	27	6	2	1	77

Fuente: IMPACTA, CERITS Bartón, CERITS Patruco

Los principales resultados de la encuesta y revisión de historias clínicas en CERITS son los siguientes

- Antes de acudir al CERITS /UAMP el 53.2% se atendía en puestos de salud, el 7.8% en ESSALUD, 7.8% en hospitales MINSA, 6.5% en clínicas privada y 23.4% no se atendía en ningún lugar.
- El 11.7% se realizó por primera vez la prueba de VIH en el CERITS (gratuita).
- Los procedimientos que más se realizaron en el CERITS /UAMP fueron evaluación clínica (27%), prueba de VIH (25%), RPR (24%), secreción (17%), consejería (13%) y análisis de orina (5%).
- Entre el 60 al 76% refirió gasto en consulta, historia clínica o tarjeta. A veces el monto sólo representa un nuevo sol. El 99% gasto en guantes y el 49% en agujas.
- El 17% de los hombres y el 28% de las mujeres acude a otro establecimiento.
- Aparte de las atenciones que reciben en el CERITS/UAMP, otro tipo de gasto que realizan para cuidarse de las infecciones de transmisión sexual y del VIH son condones, gastos en análisis (2%), gastos en consulta (5%), óvulos (21%), lubricantes (14%), gastos en planificación familiar (2%), medicamentos (16%), cremas vaginales (19%). Las que más gastan son las mujeres.
- Sólo el 3.8% recibió apoyo económico para sus gastos en el establecimiento (asistente social). Sólo 6.5% no gastaron en transporte para acudir al establecimiento.
- En general el 96% no perciben discriminación cuando son atendidos en el CERITS/UAMP
- El 97% manifestó utilizar condones regularmente. Los hombres que gastan en condones en el hotel/trabajo gastan un promedio de 20 soles mientras que las mujeres gastan 106 nuevos soles. Cuando se les pregunto donde los adquieren:

Lugar de adquisición de condones

¿Dónde los adquiere?	Hombre	Mujer	Total
Farmacia	74.4%	42.1%	58.4%
Solo en CERITS	23.1%	36.8%	29.9%
Hotel /Trabajo	2.6%	21.1%	11.7%
Total general	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: encuesta CERITS

### Gasto en bolsillo en Tratamiento

Se revisó las Historias clínicas de un total de 176 personas, de las cuales 36% fueron mujeres y 64% hombres. De estos últimos Gay 53%, bisexual 2%, Trans 2% y heterosexual 42%. Asimismo se encuestó un total de 77 PVV en tratamiento del Hospital Hipólito Unanue y de la Asociación civil IMPACTA.

Número de historias clínicas revisadas PVV en tratamiento- Datos de la muestra

Sexo	Chiclayo	Chimbote	Huancayo	Ica	Iquitos	Pucallpa	Total
Hombre	22	9	27	4	31	30	123
Mujer	14	6	9	6	7	11	53
Total	36	15	36	10	38	41	176

Fuente: Hospital regionales que brindan TARGA, no se realizó revisión de Historias clínicas en Lima

Para la revisión de HC se tuvo en cuenta el N° de personas que reciben TARGA por año desde el 2005 hasta el 2010 obteniéndose el tamaño de muestra: 123 varones y 53 mujeres. El mayor número de encuestados se encuentra entre los 30 y 45 años. Cabe precisar que la muestra refleja la proporción entre hombres y mujeres que actualmente se encuentran en tratamiento.

Personas que iniciaron TARGA

	Datos de la población							Datos de la Muestra	%
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	%		
Inician TX	2,987	4,660	8,155	9,842	14,482	16,003	100%	176	100%
Hombres	2,033	3,165	5,566	6,751	9,752	11,042	69%	123	70%
Mujeres	954	1,495	2,589	3,091	4,730	4,961	31%	53	30%

Fuente: ESN PC ITS/VIH/SIDA

#### Niños que iniciaron TARGA

Rango edades	N ° Esquemas	Niños
1 a 4 años	13	183
3 a 10 años	1	26
5 a 10 años	14	151
Más de 10 años	16	179
Total	44	539

Fuente: ESN PC ITS/VIH/SIDA

#### Número de esquemas

Esquemas	N ° Esquemas	Personas
NAIVE	9	13,090
Especial	83	1,891
Rescate	10	1,022
Total	102	16,003

#### Número de PPV en tratamiento encuestado según antigüedad de atención

Sexo	Cantidad de años de atención				Total
	Menos de 1	Entre 1 y 2	Entre 3 y 5	Mas de 6	
Hombre	10	3	15	11	39
Mujer	4	17	10	7	38
Total	14	20	25	18	77

Los principales resultados de la encuesta y revisión de historias clínicas en Hospitales TARGA son los siguientes:

- 10% de los hombres y 44% de las mujeres refirieron estar en el Seguro integral de salud.
- Cuando sintieron los primeros síntomas el 60% acudió a establecimientos públicos, 17% a privados, 3% a ESSALUD, 1% FFAA/FFPP Y 19% a ningún lugar porque no tuvo síntomas.
- El 16% estuvo hospitalizado antes de recibir tratamiento para VIH. Los que no estuvieron hospitalizados se hicieron la prueba de VIH, por diarreas baja de peso 19%, por pareja VIH+ 14%, entre otras razones, el 20% de las mujeres por control prenatal.
- El 23% acude una vez al mes, el 29% acude más de una vez al mes y el 48% restante acude menos de una vez al mes.
- El 57% recibió apoyo económico para sus gastos en el establecimiento. El 19% acude a otros establecimientos.
- A la mayoría se les realizó baciloscopia y el 32% se realizó radiografía de tórax (rayos x).

Los resultados de la revisión de las historias clínicas de los hospitales que brindan tratamiento indican que en el primer año de tratamiento acuden en promedio los hombres 13.5 veces y las mujeres 14.3 veces. Mientras que para el siguiente años los hombres van 10.1 veces, las mujeres van 12 veces. Esta información sirvió para calcular los gastos de bolsillo por desplazamiento.

Uno de los gastos más importantes son los realizados para el ingreso al TARGA, por la necesidad de realizar exámenes auxiliares y consultas a varios servicios. La mayoría de las personas antes del diagnostico no se encuentra afiliados a ningún sistema de salud, por lo cual es la oportunidad para afiliarse al AUS si se cumple con los criterios establecidos por el SIFOH, para poder afiliarse.

Cabe precisar que casi la totalidad de establecimientos han diseñado un paquete de exámenes auxiliares a un costo subsidiado, pero que de todas maneras debe ser pagado por los usuarios y también que no todos los servicios son cubiertos por el SIS para sus afiliados.

## F.3 Agentes de Financiamiento

Gasto por Agentes de Financiamiento 2005-2010 - En miles US \$

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Sector público sin seguro social	5,045	9,058	10,501	14,240	20,055	12,453	71,352
Seguridad social	5,430	5,434	2,950	4,121	5,452	3,551	26,940
Hogares	4,300	4,428	5,832	7,876	7,813	8,512	38,762
Sector privado	12,390	15,443	17,774	27,488	26,641	11,130	110,865
Organizaciones internacionales	992	2,114	4,385	1,872	2,281	781	12,425
Total	28,157	36,477	41,443	55,598	62,242	36,427	260,345

Los **agentes** son entidades que concentran recursos financieros de diferentes fuentes y los transfieren para pagar o para comprar cuidados de salud u otros bienes y servicios.

En el periodo 2005 al 2010 el sector público, incluido la Seguridad Social en Salud ha sido responsable del 37.7% de los gastos (36.2% en el 2005 -2007 y 38.8% en el 2008-2010). Sin embargo el sector privado en los últimos años a representado el principal agente o comprador de recursos en el Perú con el 42.6% (43% en el 2005 -2007 y 42.3% en el 2008-2010).

También es importante considerar que los Hogares como agente de financiamiento está alrededor del 13.7% del gasto total en Sida en el país del 2005-2007 y en este último periodo se encuentra alrededor de 15.7%.

Agentes de financiamiento - Estructura porcentual por grupos de años

	2005-2007	2008-2010	Total
Sector público	36.2%	38.8%	37.7%
Sector publico	23.2%	30.3%	27.4%
Seguridad social	13.0%	8.5%	10.3%
Hogares	13.7%	15.7%	14.9%
Sector privado	43.0%	42.3%	42.6%
Organizaciones internacionales	7.1%	3.2%	4.8%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

Agentes de financiamiento - Estructura porcentual por años

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Sector público	37.2%	39.7%	32.5%	33%	41%	43.9%	37.7%
Sector publico	17.9%	24.8%	25.3%	25.6%	32.2%	34.2%	27.4%
Seguridad social	19.3%	14.9%	7.1%	7.4%	8.8%	9.7%	10.3%
Hogares	15.3%	12.1%	14.1%	14.2%	12.6%	23.4%	14.9%
Sector privado	44%	42.3%	42.9%	49.4%	42.8%	30.6%	42.6%
Organizaciones internacionales	3.5%	5.8%	10.6%	3.4%	3.7%	2.1%	4.8%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Las entidades del Sector Público, que se han identificado como Agentes-compradores realizan sus adquisiciones mediante los procedimientos establecidos en la Ley de contrataciones y adquisiciones del Estado: Ministerio de Salud, <sup>25</sup>Ministerio de Defensa, Ministerio del Interior, otros ministerios y otras entidades centrales, <sup>26</sup> ESSALUD y los Gobiernos regionales y locales.

El monto correspondiente al sector privado corresponde a las compras realizadas por las ONG con recursos de cooperación externa y las adquisiciones para las investigaciones clínicas con financiamiento externo.

---

<sup>25</sup> Se consideran los gastos realizados a través de:

- Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA quien es responsables de la asignación de gastos de la Oficina de Recursos Estratégicos-ORE para prevención en grupos más expuestos.
- Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
- Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de TB
- Programa Nacional de Hemoterapia y Banco de Sangre
- Hospitales que proveen TARGA a la población pediátrica

<sup>26</sup> Los otros Ministerios identificados como agentes son el Ministerio de Educación, el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social y el Ministerio de Comercio Exterior y Turismo. En las otras entidades centrales incluidas los Organismos Públicos Descentralizados: Instituto Nacional de Salud e Instituto Nacional Penitenciario.

Gasto en VIH por Agente de financiamiento (en miles de US \$)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total	2005-2007	2008-2010	Total
SECTOR PUBLICO	5,045	9,058	10,501	14,240	20,055	12,453	71,352	23.2%	30.3%	27.4%
FA.01.01.01.01 Ministerio de Salud (o entidad equivalente del sector)	3,095	7,207	7,831	12,755	19,181	11,537	61,605	17.1%	28.2%	23.7%
FA.01.01.01.02 Ministerio de Educación (o entidad equivalente del sector)	16	26	10	40	86		179	0.0%	0.1%	0.1%
FA.01.01.01.03 Ministerio de Desarrollo Social (o entidad equivalente del sector)	2		12	3	8		26	0.0%	0.0%	0.0%
FA.01.01.01.04 Ministerio de Defensa (o entidad equivalente del sector)	1,271	714	1,079	401	377	163	4,005	2.9%	0.6%	1.5%
FA.01.01.01.07 Ministerio de Justicia (o entidad equivalente del sector)	1	2	1	8	139	53	205	0.0%	0.1%	0.1%
FA.01.01.01.08 Otros ministerios (o entidades equivalentes del sector)		2	57			6	65	0.1%	0.0%	0.0%
FA.01.01.01.10 Autoridad Nacional Coordinadora del Sida	83	170	10	35	32	33	364	0.2%	0.1%	0.1%
FA.01.01.01.99 Entidades de autoridades centrales o federales s.c.o.	77	50	55	22		5	209	0.2%	0.0%	0.1%
FA.01.01.02.01 Ministerio de Salud (o entidad equivalente del sector)	428	846	1,394	956	229	656	4,508	2.5%	1.2%	1.7%
FA.01.01.03.01 Departamento de Salud (o entidad local equivalente del sector)	66	36	39	21	2		164	0.1%	0.0%	0.1%
FA.01.01.03.03 Departamento de Desarrollo Social (o entidad local equivalente del sector)	6	6	12				24	0.0%	0.0%	0.0%
SEGURIDAD SOCIAL	5,430	5,434	2,950	4,121	5,452	3,551	26,940	13.0%	8.5%	10.3%
FA.01.02 Seguridad social pública	5,430	5,434	2,950	4,121	5,452	3,551	26,940	13.0%	8.5%	10.3%
SECTOR PRIVADO	12,390	15,443	17,774	27,488	26,641	11,130	110,865	43.0%	42.3%	42.6%
FA.02.05 Instituciones sin fines de lucro (distintas del seguro social)	11,790	14,143	16,974	27,488	26,641	11,130	108,165	40.4%	42.3%	41.5%
FA.02.99 Otros agentes privados de financiación s.c.o.	600	1,300	800				2,700	2.5%	0.0%	1.0%
HOGARES	4,300	4,428	5,832	7,876	7,813	8,512	38,762	13.7%	15.7%	14.9%
FA.02.04 Hogares privados (pagos personales)	4,300	4,428	5,832	7,876	7,813	8,512	38,762	13.7%	15.7%	14.9%
ORGANIZACIONES INTERNACIONALES	992	2,114	4,385	1,872	2,281	781	12,425	7.1%	3.2%	4.8%
FA.03.01.11 Gobierno de Italia	84	361	1,052	378	368	390	2,633	1.4%	0.7%	1.0%
FA.03.01.14 Gobierno de Países Bajos	1						1	0.0%	0.0%	0.0%
FA.03.02.04 Organización Internacional del Trabajo (OIT)			66	55	112	10	243	0.1%	0.1%	0.1%
FA.03.02.07 Secretaría del ONUSIDA	23	126	364	205	353	90	1,160	0.5%	0.4%	0.4%
FA.03.02.08 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)		122	249	134	126	51	682	0.3%	0.2%	0.3%
FA.03.02.10 Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)			20				20	0.0%	0.0%	0.0%
FA.03.02.16 Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)			22	70	93		185	0.0%	0.1%	0.1%
FA.03.02.18 Programa Mundial de Alimentos (PMA)	221	227	295	320	300	20	1,382	0.7%	0.4%	0.5%
FA.03.02.19 Organización Mundial de la Salud (OMS)	5	22	17				44	0.0%	0.0%	0.0%
FA.03.03.20 Médicos sin Fronteras	488	1,119	737				2,344	2.2%	0.0%	0.9%
FA.03.04 Organizaciones internacionales con fines de lucro	169	138	1,564	709	929	220	3,730	1.8%	1.2%	1.4%
Total	28,157	36,477	41,443	55,598	62,242	36,427	260,345	100.0%	100.0%	100.0%

## F.4 Provisión de servicios para el VIH en el Perú

Gasto por Proveedor 2005-2010 - En miles US \$

	2,005	2,006	2,007	2,008	2,009	2,010	Total
Proveedores públicos	16,649	21,424	17,470	34,097	38,023	24,546	152,208
Laboratorios públicos	2,041	2,353	3,970	2,041	5,979	3,225	19,609
Banco público de sangre	191	377	709	32	29	148	1,485
Proveedores privados	9,277	12,323	19,293	19,428	18,212	8,508	87,042
Total	28,157	36,477	41,443	55,598	62,242	36,427	260,345

La provisión de servicios de salud para VIH se realiza a través de las instituciones del sector público, de la seguridad social y de instituciones sin fines de lucro. La provisión de tratamiento en el sector público se realiza a través de los establecimientos de salud nacionales y las ONG que brindan el tratamiento antirretroviral TARGA y en la seguridad social ESSALUD, a través de los hospitales de la red de establecimientos a nivel nacional. No existe descentralización de la administración de tratamientos en los establecimientos del primer nivel. Si bien existe oferta sanitaria en el sector privado, ésta generalmente se brinda en los consultorios privados de los profesionales de la salud, más que en clínicas privadas algunas de las cuales trabajan con EPS <sup>(27)</sup>.

Los servicios preventivos y promocionales se ofrecen en los centros de referencia de ITS – CERITS y en las Unidades de atención médica periódica – UAMP. Los servicios también son ofrecidos por Organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro –ONG.

La detección de VIH, mediante pruebas rápidas y ELISA se realiza de forma descentralizada en los laboratorios de los establecimientos de salud públicos y privados y por los menos en la tercera parte de las regiones geográficas del país, se realizan pruebas confirmatorias. Mientras que las pruebas de monitoreo CD4 y carga viral se realizan en el Instituto Nacional de Salud y en ESSALUD de forma centralizada. Solo en el caso de MINSA dos regiones están preparadas para realizarlas. Aunque en el sistema privado se proveen servicios por VIH, no se conoce la magnitud de la oferta, ni totalidad de servicios brindados.

El sector público durante el periodo 2005-2010 proveyó el 66.6% del total de bienes y servicios para VIH/Sida. (61.4% en el 2005-2008 y 70.1% en el 2008-2010) La diferencia (33.4%) corresponde a la provisión de servicios privadas, por cuanto en el Perú se vienen desarrollando varios proyectos en los cuales se tiene una mayor participación de las ONG como los proyectos del FMSTM y otros cooperantes, en los cuales las ONG han realizado actividades de sensibilización, abogacía y capacitación e incluso tratamiento (Impacta, Vía Libre, San Camilo).

Proveedores - Estructura porcentual

	2005-2007	2008-2010	Total
Proveedores públicos	61.4%	70.1%	66.6%
Establecimientos de salud y Ministerios	52.4%	62.7%	58.5%
Laboratorios públicos	7.9%	7.3%	7.5%
Banco público de sangre	1.2%	0.1%	0.6%
Proveedores privados	38.6%	29.9%	33.4%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

<sup>27</sup> En el estudio MEGAS 2005-2007 se realizaron entrevistas a médicos los cuales manifestaron que las EPS proveían tratamiento, lo cual estaba sujeto al tipo de plan contratado por el usuario.

Gasto en VIH por Proveedores (en miles de US \$)

	2,005	2,006	2,007	2,008	2,009	2,010	Total	2005-2007	2008-2010	Total
PROVEEDORES PUBLICOS	16,649	21,424	17,470	34,097	38,023	24,546	152,208	52.4%	62.7%	58.5%
PS.01.01.01 Hospitales	10,258	15,062	8,032	14,830	18,019	8,810	75,011	31.4%	27.0%	28.8%
PS.01.01.02 Atención ambulatoria	4,504	5,086	7,434	15,985	16,897	14,618	64,524	16.0%	30.8%	24.8%
PS.01.01.14.01 Comisión Nacional del Sida	471	454	256	110	715	151	2,156	1.1%	0.6%	0.8%
PS.01.01.14.02 Departamentos dependientes del Ministerio de Salud	822	339	1,022	1,876	946	796	5,800	2.1%	2.3%	2.2%
PS.01.01.14.03 Departamentos dependientes del Ministerio de Educación	303	256	302	1,169	1,169	83	3,281	0.8%	1.6%	1.3%
PS.01.01.14.04 Departamentos dependientes del Ministerio de Desarrollo Social	2	6	69	19	8		104	0.1%	0.0%	0.0%
PS.01.01.14.07 Departamentos dependientes del Ministerio de Trabajo			66	55	112	10	243	0.1%	0.1%	0.1%
PS.01.01.14.08 Departamentos dependientes del Ministerio de Justicia	265	176	163	8	139	53	804	0.6%	0.1%	0.3%
PS.01.01.99 Organizaciones gubernamentales sin clasificar en otras categorías	24	46	126	46	17	25	286	0.2%	0.1%	0.1%
LABORATORIOS PUBLICOS	2,041	2,353	3,970	2,041	5,979	3,225	19,609	7.9%	7.3%	7.5%
PS.01.01.05 Centros de laboratorio y diagnóstico por imágenes	2,041	2,353	3,970	2,041	5,979	3,225	19,609	7.9%	7.3%	7.5%
BANCO PUBLICO DE SANGRE	191	377	709	32	29	148	1,485	1.2%	0.1%	0.6%
PS.01.01.06 Bancos de sangre	191	377	709	32	29	148	1,485	1.2%	0.1%	0.6%
PROVEEDORES PRIVADOS	9,277	12,323	19,293	19,428	18,212	8,508	87,042	38.6%	29.9%	33.4%
PS.02.01.01.11 Hogares de acogida/albergues	85	364	1,064	378	368	390	2,649	1.4%	0.7%	1.0%
PS.02.01.01.13 Instituciones de investigación	4,749	6,044	8,137	9,404	8,668	1,356	38,357	17.8%	12.6%	14.7%
PS.02.01.01.15 Organizaciones de la sociedad civil	95	177	421	172	258	90	1,212	0.7%	0.3%	0.5%
PS.02.01.01.99 Proveedores no basados en la fe sin fines de lucro sin clasificar en otras categorías	1,950	3,484	6,490	5,017	4,634	2,118	23,692	11.2%	7.6%	9.1%
PS.02.02.08 Farmacias y proveedores de artículos médicos	2,399	2,255	3,181	4,458	4,285	4,554	21,132	7.4%	8.6%	8.1%
Total	28,157	36,477	41,443	55,598	62,242	36,427	260,345	100.0%	100.0%	100.0%

Los principales proveedores públicos para los años analizados fueron los establecimientos de salud dependientes del Ministerio de salud y de los gobiernos regionales.

Hospitales TARGA.- Son los hospitales dependientes que brindan el tratamiento antirretroviral, a nivel nacional. El programa TARGA dirigido por la ESN de VIH/Sida ofrece el tratamiento a través de sus establecimientos de salud designados, cuatro ONG y tres centros penitenciarios; representa el avance más significativo en la respuesta nacional al VIH/Sida en los últimos años. De un 25% de cobertura a través de ESSALUD y COPRECOS en el 2004, se incrementó a 85% a finales del 2006, con un gran componente del Ministerio de Salud.

Cantidad de Establecimientos que proveen TARGA a nivel nacional – Cantidad de enrolados<sup>28</sup>

Departamento	Establecimientos que proveen TARGA			Enrolados VIH+		
	2005	2007	2010	2005	2007	2010
Amazonas		2	2		12	30
Ancash	1	2	2	44	91	218
Apurímac		1	2		11	21
Arequipa	1	3	3	13	148	429
Ayacucho		1	1		20	42
Cajamarca		4	4		10	46
Callao	3	3	3	282	736	1,231
Cusco		2	2		23	113
Huancavelica		1	1		7	15
Huánuco		3	3		26	99
Ica	1	1	1	40	105	334
Junín	1	4	4	16	83	265
La Libertad		1	1		193	469
Lambayeque	1	1	1	70	135	432
Lima	10	13	16	1,455	7,112	9,617
Lima- ONG	3	3	3	308	1,137	2,302
Lima Región	1	2	3	26	166	448
Loreto	1	2	4	48	202	1,025
Madre de Dios		1	1		29	87
Moquegua		2	2		16	36
Pasco	1	1	2	4	11	30
Piura		2	2		158	495
Puno		3	5		4	18
San Martín		1	1		57	343
Tacna		1	1		22	77
Tumbes		1	1		59	191
Ucayali		1	1		35	246
Total	24	62	72	2,306	10,608	18,659

Año 2007: A mayo 2007, 2010: A setiembre 2011. Fuente: ESN PC ITS/VIH/SIDA

Nota : Sólo datos de enrolamiento y no de los fallecidos ni los que abandonan el tratamiento.

<sup>28</sup> La información de enrolado se captura a través del Sistema de Monitoreo y Evaluación de Indicadores Integrados SMEII. Que en estos últimos años se ha instalado en los centros que entregan TARGA, habiendo dificultades, ya que dichos centros no lo usan, porque no conocen muy bien la información que se digita en este sistema, ni tampoco la forma de hacer el análisis de los datos introducidos.

Centros de referencia de ITS – CERITS.- Son los centros que brindan atención médica periódica, especialmente a la población HSH y TS a nivel nacional. Existen 27 CERITS a nivel nacional al 2010.

Unidad de Atención Médica Periódica – UAMP.- Son los centros que realizan la atención médica periódica especialmente a la población HSH y TS a nivel nacional, siendo la diferencia con los CERITS, que en estas unidades no se realizan cultivos para el diagnóstico etiológico. Existen al 2010, 67 UAMP a nivel nacional.

Cantidad de CERITS y UAMPS a nivel nacional del 2007 al 2010

Departamento	Al 2007			Al 2010			Incremento	
	CERITS	UAMP	Total	CERITS	UAMP	Total	Absoluto	%
Amazonas		2	2		2	2	0	0%
Ancash	1	1	2	1	1	2	0	0%
Apurímac		1	1		1	1	0	0%
Arequipa	1	2	3	1	4	5	2	67%
Ayacucho	1		1	1	4	5	4	400%
Cajamarca	1	5	6	1	5	6	0	0%
Callao	1		1	1		1	0	0%
Cusco	1	2	3	1	2	3	0	0%
Huancavelica		1	1		1	1	0	0%
Huánuco	1	1	2	1	3	4	2	100%
Ica	1	2	3	1	6	7	4	133%
Junín	1	7	8	1	8	9	1	13%
La Libertad	1		1	1		1	0	0%
Lambayeque	2		2	2		2	0	0%
Lima	5	4	9	6	5	11	2	22%
Lima Provincias	2	2	4	2	5	7	3	75%
Loreto	1	1	2	1	5	6	4	200%
Madre de dios		1	1		3	3	2	200%
Moquegua	1	1	2	1	2	3	1	50%
Pasco		3	3		6	6	3	100%
Piura	2		2	2		2	0	0%
Puno	2		2	2		2	0	0%
San Martín		3	3		3	3	0	0%
Tacna	1		1	1		1	0	0%
Tumbes		1	1		1	1	0	0%
Ucayali	1	1	2	1	1	2	0	0%
Total general	27	41	68	28	68	96	28	41%

Fuente: ESN PC ITS/VIH/SIDA

Finalmente, algunas de las estrategias como el manejo sindrómico de ITS para población general se proveen en casi la totalidad de los 7,382 establecimientos que corresponden al sector público de salud

Cantidad de Establecimientos de salud a diciembre 2009

Departamento	Total	Hospital	Centro de salud	Puesto de salud
Total	7382	155	1321	5906
Amazonas	436	5	51	380
Ancash	400	12	55	333
Apurímac	320	7	45	268
Arequipa	249	5	62	182
Ayacucho	361	8	52	301

Departamento	Total	Hospital	Centro de salud	Puesto de salud
Cajamarca	750	9	113	628
Callao	55	4	49	2
Cusco	299	6	49	244
Huancavelica	331	1	51	279
Huánuco	249	2	43	204
Ica	139	6	36	97
Junín	446	7	51	388
La libertad	229	10	45	174
Lambayeque	172	3	43	126
Lima	686	30	228	428
Loreto	347	3	51	293
Madre de dios	110	2	12	96
Moquegua	59	1	25	33
Pasco	245	3	20	222
Piura	386	4	72	310
Puno	443	11	81	351
San Martín	360	12	42	306
Tacna	72	1	17	54
Tumbes	43	1	14	28
Ucayali	195	2	14	179

Ministerio de Educación.- La provisión de servicios en el tema de VIH en el sector educación se proporciona básicamente a través de las clases de Tutoría, en las cuales se incluye los temas de educación sexual. El tema de la educación sexual se encuentra planteado dentro de los contenidos del Diseño Curricular Nacional aprobado en 200. Sin embargo sólo la tercera parte de las escuelas públicas (unas 19,900 escuelas públicas) y la mitad de las privadas (10,340) cumple con el currículo escolar de la educación básica según un estudio de la Unidad de Medición de la Calidad de la enseñanza del MINEDU.

La educación sexual integral se trabaja a través de la tutoría y orientación educativa, que constituye un asunto transversal a todos los niveles de las áreas de la división curricular nacional.<sup>29</sup> Durante el 2006 más de seis millones de estudiantes de educación secundaria han recibido textos y libros de las áreas –por ejemplo- persona, familia y relaciones humanas, y de ciencia y tecnología, que contienen ya unidades de aprendizaje en relación a la educación sexual.

De acuerdo al Plan Estratégico Institucional 2007 al 2011, se espera que el 50% de Instituciones educativas implementen adecuadamente la tutoría y 40% de ellas cuenten con un Comité de Tutoría que promueve la orientación en los estudiantes, llegando a 100% en el 2011.<sup>30</sup>

Para el 2008 se ha publicado los Lineamientos educativos y orientaciones Pedagógicas para la prevención de las Infecciones de transmisión sexual, VIH y sida - Educación primaria y secundaria. Los principales conceptos de gasto han estado concentrados en Talleres de capacitación a docentes e impresión de material educativo realizado con presupuesto del Ministerio de educación y con el apoyo de algunos cooperantes internacionales.

Con respecto a la provisión de servicios del sector privado diferente a las ONG, se consideran los hospitales privados que atienden a pacientes, consultas privadas, laboratorios, los que suministran condones y los que realizan la venta privada de condones. Se incluye en este rubro el gasto realizado por los hogares para la

<sup>29</sup> Declaraciones del Viceministro de Gestión Pedagógica del citado portafolio, Idel Vexler. Agosto, 11 del 2007

<sup>30</sup> Se espera 40% para el 2007, 60% al 2008, 80% al 2009, 90% al 2010 y 100% al 2011.

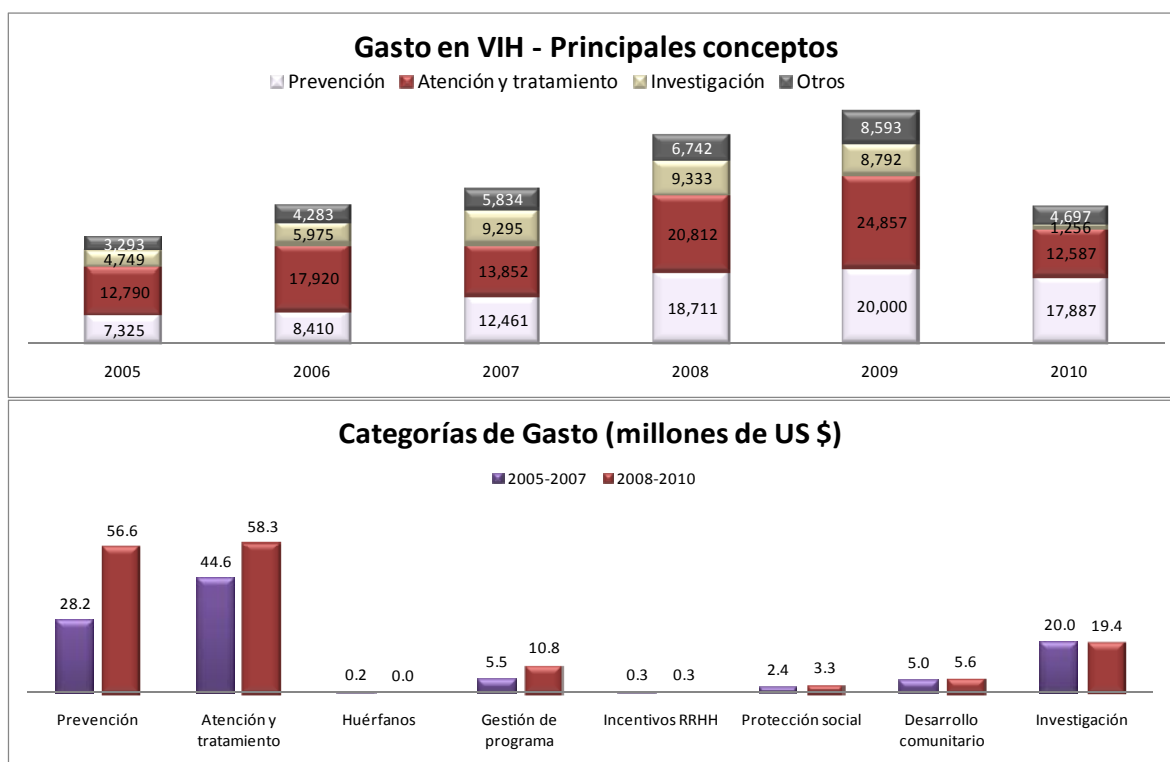
atención de infecciones oportunistas que en los años estudiados no ha sido provista por el Estado. Recién a partir del proyecto de la Quinta Ronda del FMSTM se está proporcionando tratamiento gratuito para la mayoría de las IO, sin embargo no hay una norma que establezca que a la finalización del proyecto el Ministerio de Salud asuma este gasto. Cabe precisar que de acuerdo a las entrevistas realizadas a pacientes se ha podido determinar que el porcentaje de personas que reconocen que pueden asumir el gasto de una enfermedad oportunista no llega al 15% (en el grupo entrevistado) convirtiéndose en el principal factor de muerte de las PVV.

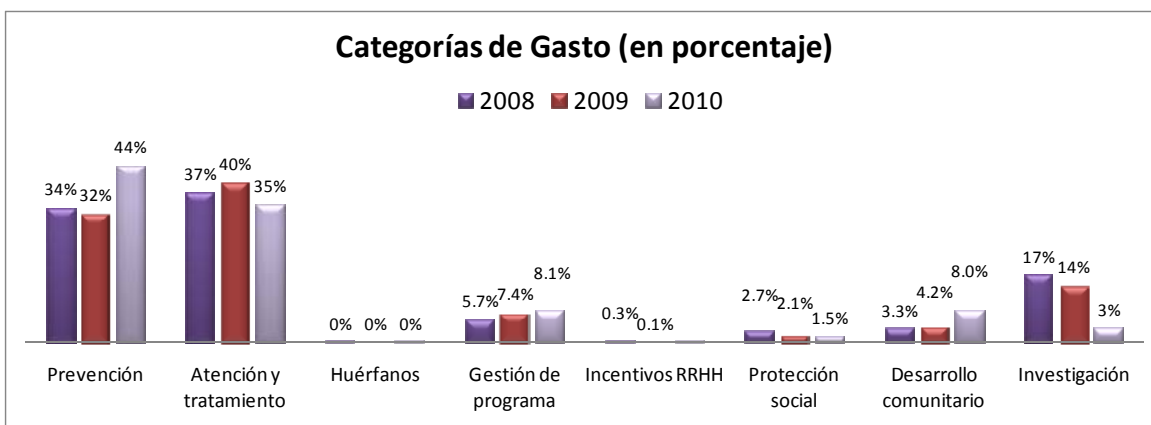
## F.5 Funciones - Categoría de gasto - Intervenciones

Gasto por Categoría de gasto - 2005-2010 - En miles US \$

Función	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Prevención	7,325	8,410	12,461	18,711	20,000	16,125	83,033
Atención y tratamiento	12,790	17,920	13,852	20,812	24,857	12,587	102,818
Incentivos de retención	213	31	16	191	52	17	520
Huérfanos y niños vulnerables		59	171	16	8	9	263
Gestión y fortalecimiento de la administración	1,876	1,943	1,570	3,184	4,635	2,952	16,160
Protección social y servicios sociales	306	603	1,505	1,498	1,278	549	5,740
Desarrollo comunitario y ambiente mejorado	898	1,538	2,571	1,852	2,621	2,932	12,411
Investigación relacionada con VIH sida	4,749	5,975	9,295	9,333	8,792	1,256	39,399
Total	28,157	36,477	41,443	55,598	62,242	36,427	260,345

En el periodo 2008-2010 el gasto sigue siendo mayor en Atención y Tratamiento el cual comprende especialmente la compra de ARV; en segundo lugar se encuentra el gasto en prevención y en tercer lugar el gasto en investigación relacionada al VIH.





**Gasto por Función – Estructura porcentual**

Función	2005-2007	2008-2010	Total
Prevención	26.6%	35.5%	31.9%
Atención y tratamiento	42.0%	37.8%	39.5%
Incentivos de retención	0.2%	0.2%	0.2%
Huérfanos y niños vulnerables	0.2%	0.0%	0.1%
Gestión y fortalecimiento de la administración	5.1%	7.0%	6.2%
Protección social y servicios sociales	2.3%	2.2%	2.2%
Desarrollo comunitario y ambiente mejorado	4.7%	4.8%	4.8%
Investigación relacionada con VIH sida	18.9%	12.6%	15.1%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

#### – Prevención

Las cifras de gasto en prevención aún siguen siendo insuficientes para el cumplimiento de los ODM al 2015, pues según la Resolución WHA63.19 “Estrategia OMS contra el VIH/sida para 2011-2015 se insta: “2) a que refuercen el compromiso de los gobiernos con los programas de lucha contra el VIH/sida, incluso aumentando los esfuerzos de prevención y adopten medidas para acelerar la armonización de la contribución de los donantes y la observancia de los compromisos con la eficacia de la ayuda”

Los esfuerzos dirigidos a poblaciones más expuestas, o conformado por individuos en mayor probabilidad de adquirir el VIH y en mayor vulnerabilidad captan todavía una pequeña proporción del gasto preventivo. La principal intervención para la población más expuesta realizada por el MINSA es la Atención médica periódica – AMP. Este servicio se provee en los CERITS y UAMP del MINSA, no existe establecimientos que presten servicios equivalentes en ESSALUD o en ninguna otra entidad. (Objetivo VIH 1)

Cabe precisar que el país cuenta con un Plan de Mercadeo Social del Condón 2009 a 2011, sin embargo las actividades que se vienen ejecutando actualmente son las financiadas por el proyecto aprobado por el FMSTM en sexta ronda (iniciado en el 2008) las cuales están dirigidas a la promoción del uso adecuado y provisión de condones. En términos generales esta estrategia se ha visto afectada por la ruptura de stocks resultado de las demoras en las importaciones realizadas por el UNFPA desde el 2006 a la fecha y también por los problemas del propio sistema público de distribución del país. <sup>( 31 )</sup>

La estrategia de prevención de la transmisión vertical se está institucionalizando en todos los establecimientos a nivel nacional, fundamentalmente con el apoyo financiero del FMSTM y en coordinación con la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva – ESNSR. A partir del proyecto del

<sup>31</sup> Fuente: CARE, Evaluación de los sistemas de distribución y almacenamiento de preservativos, 2008

FMSTM de 6ta. Ronda desde el 2008 se vienen realizando pruebas de VIH de forma masiva a las mujeres en edad fértil (Objetivo VIH 3 del FMSTM VI Ronda).

Para la población general se vienen implementando intervenciones con financiamiento del FMSTM, destinadas a difundir información sobre comportamientos y estilos de vida saludables, orientados a escolares en colaboración con el Ministerio de Educación (MINEDU) y las organizaciones sociales de base de mujeres.

Gasto en VIH por Categoría de gasto - Funciones (en miles de US \$)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total	2005-2007	2008-2010	Total
PREVENCION	7,325	8,410	12,461	18,711	20,000	16,125	83,033	26.6%	35.5%	31.9%
ASC.01.01.01 Comunicación relacionada con la salud para cambio social y comportamental	66	127	1,651	953	820	702	4,320	1.7%	1.6%	1.7%
ASC.01.02 Movilización de la comunidad	179	106	58	210	70	53	676	0.3%	0.2%	0.3%
ASC.01.03 Asesoramiento y pruebas voluntarias (APV)				59	58	62	179	0.0%	0.1%	0.1%
ASC.01.04.01 APV como parte de programas para poblaciones vulnerables y accesibles	110	15	56	84	445	29	739	0.2%	0.4%	0.3%
ASC.01.04.02 Comercialización social del preservativo y suministro de preservativos masculinos y femeninos como parte de programas para poblaciones vulnerables y accesibles	8	34	50		156	53	301	0.1%	0.1%	0.1%
ASC.01.04.03 Prevención y tratamiento de ITS como parte de programas para poblaciones vulnerables y accesibles	26	15	143	70	130	27	411	0.2%	0.1%	0.2%
ASC.01.04.04 Comunicación para el cambio de comportamiento (CCC) como parte de programas para poblaciones vulnerables y accesibles	25	8		184	40	71	327	0.0%	0.2%	0.1%
ASC.01.04.98 Intervenciones programáticas para poblaciones vulnerables y accesibles no desglosadas por tipo	255	260	762	267	732	2,148	4,423	1.2%	2.0%	1.7%
ASC.01.05 Prevención – jóvenes escolarizados	509	1,071	661	2,373	1,733	557	6,903	2.1%	3.0%	2.7%
ASC.01.06 Prevención – jóvenes no escolarizados	280	331	398	91	106	35	1,241	1.0%	0.2%	0.5%
ASC.01.07 Prevención de la transmisión del VIH dirigida a personas que viven con el VIH (PVV)	194	161	313	39	32	33	771	0.6%	0.1%	0.3%
ASC.01.08.03 Prevención y tratamiento de ITS como parte de programas para profesionales del sexo y sus clientes	484	553	1,013	2,487	1,393	1,806	7,737	1.9%	3.7%	3.0%
ASC.01.08.04 Comunicación para el cambio de comportamiento (CCC) como parte de programas para profesionales del sexo y sus clientes	301	227	184	929	1,100		2,741	0.7%	1.3%	1.1%
ASC.01.08.98 Intervenciones programáticas para profesionales del sexo y sus clientes no desglosadas por tipo	17	23	101	23			165	0.1%	0.0%	0.1%
ASC.01.08.99 Otras intervenciones programáticas para profesionales del sexo y sus clientes, s.c.o.	130	158	124				412	0.4%	0.0%	0.2%
ASC.01.09.01 APV como parte de programas para HSH			242			8	250	0.2%	0.0%	0.1%
ASC.01.09.02 Comercialización social del preservativo y suministro de preservativos masculinos y femeninos como parte de programas para HSH	74	19	266	372		505	1,236	0.3%	0.6%	0.5%
ASC.01.09.03 Prevención y tratamiento de ITS como parte de programas para HSH	21	50	172	728	542	666	2,178	0.2%	1.3%	0.8%
ASC.01.09.04 Comunicación para el cambio de comportamiento (CCC) como parte de programas para HSH	252	274	212	244	1,108	1,050	3,139	0.7%	1.6%	1.2%
ASC.01.09.98 Intervenciones programáticas para HSH no desglosadas por tipo	15	23	202			351	590	0.2%	0.2%	0.2%
ASC.01.09.99 Otras intervenciones programáticas para HSH s.c.o.	168	79	130				378	0.4%	0.0%	0.1%
ASC.01.11 Programas de prevención en el lugar de trabajo			66	55	112	10	243	0.1%	0.1%	0.1%
ASC.01.11.98 Intervenciones programáticas en el lugar de trabajo no desglosadas por tipo			3				3	0.0%	0.0%	0.0%
ASC.01.12 Comercialización social del preservativo	275	7	109	65	83	95	635	0.4%	0.2%	0.2%

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total	2005-2007	2008-2010	Total
ASC.01.13 Suministro de preservativos masculinos en el sector público y comercial	2,437	2,530	3,058	4,547	4,510	4,410	21,492	7.6%	8.7%	8.3%
ASC.01.16 Prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS)	157	514	654	1,022	2,684	1,010	6,040	1.2%	3.1%	2.3%
ASC.01.17.01 Asesoramiento y pruebas para mujeres embarazadas en programas de PTMI	571	619	474	3,149	3,881	1,550	10,244	1.6%	5.6%	3.9%
ASC.01.17.02 Profilaxis antirretrovírica para embarazadas VIH-positivas y recién nacidos	72	335	141	268	16	21	852	0.5%	0.2%	0.3%
ASC.01.17.03 Prácticas seguras de alimentación de lactantes (incluidos los sucedáneos de la leche materna)	90	165	123	4	44	265	692	0.4%	0.2%	0.3%
ASC.01.17.98 PTMI no desglosada por intervención	66	163	179	440	69	53	971	0.4%	0.4%	0.4%
ASC.01.17.99 Actividades de PTMI s.c.o.	338	138	169				645	0.6%	0.0%	0.2%
ASC.01.19 Seguridad hematológica	189	376	706		123	558	1,952	1.2%	0.4%	0.7%
ASC.01.21 Precauciones universales	14	8	31	2	8		63	0.0%	0.0%	0.0%
ASC.01.22.01 PPE en ámbitos de atención sanitaria		10					10	0.0%	0.0%	0.0%
ASC.01.99 Actividades de prevención s.c.o.	1	10	12	43	5		72	0.0%	0.0%	0.0%
ATENCION Y TRATAMIENTO	12790	17920	13,852	20,812	24,857	12,587	102,818	42.0%	37.8%	39.5%
ASC.01.08.03 Prevención y tratamiento de ITS como parte de programas para profesionales del sexo y sus clientes					25	48	72	0.0%	0.0%	0.0%
ASC.01.09.03 Prevención y tratamiento de ITS como parte de programas para HSH				96			96	0.0%	0.1%	0.0%
ASC.02.01.01 Asesoramiento y pruebas por iniciativa del proveedor (APIP)	855	1,272	1,975	3,670	1,513	2,040	11,325	3.9%	4.7%	4.3%
ASC.02.01.02.01 Profilaxis ambulatoria de IO	2	3	11	26	2		43	0.0%	0.0%	0.0%
ASC.02.01.02.02 Tratamiento ambulatorio de IO	611	659	1,322	1,828	1,447	1,165	7,032	2.4%	2.9%	2.7%
ASC.02.01.03.01.01 Terapia antirretrovírica de primera línea – adultos	4,436	3,586	493	4,871	2,486	1,927	17,799	8.0%	6.0%	6.8%
ASC.02.01.03.01.02 Terapia antirretrovírica de segunda línea – adultos	3,392	7,411	2,137	4,655	11,376	1,565	30,536	12.2%	11.4%	11.7%
ASC.02.01.03.01.98 Terapia antirretrovírica para adultos no desglosada por línea de tratamiento	475	998	1,276	800	778	829	5,156	2.6%	1.6%	2.0%
ASC.02.01.03.02.98 Terapia antirretrovírica pediátrica no desglosada por línea de tratamiento	96	212	550	404	426	267	1,955	0.8%	0.7%	0.8%
ASC.02.01.03.98 Terapia antirretrovírica no desglosada por edad ni por línea de tratamiento	898	669	741	144	144	144	2,740	2.2%	0.3%	1.1%
ASC.02.01.04 Apoyo nutricional asociado con la terapia antirretrovírica				7	7	7	21	0.0%	0.0%	0.0%
ASC.02.01.05 Vigilancia de laboratorio específica relacionada con el VIH	737	1,238	2,935	1,533	4,991	2,858	14,293	4.6%	6.1%	5.5%
ASC.02.01.07 Tratamiento psicológico y servicios de apoyo				81	79	84	243	0.0%	0.2%	0.1%
ASC.02.01.08 Atención paliativa ambulatoria	360	949	612	43	43	28	2,035	1.8%	0.1%	0.8%
ASC.02.02.01 Tratamiento hospitalario de infecciones oportunistas (IO)	701	755	936	1,424	1,420	1,560	6,796	2.3%	2.9%	2.6%
ASC.02.02.99 Servicios de atención hospitalaria s.c.o.	227	170	127	6	6	6	541	0.5%	0.0%	0.2%
ASC.02.99 Servicios de atención y tratamiento s.c.o.			737	1,223	115	59	2,134	0.7%	0.9%	0.8%
HUERFANOS Y NIÑOS MAS VULNERABLES		59	171	16	8	9	263	0.2%	0.0%	0.1%
ASC.03.02 Atención básica de la salud para HNV		59	131	16	8	9	223	0.2%	0.0%	0.1%
ASC.03.03 Apoyo a la familia/al hogar para HNV			40				40	0.0%	0.0%	0.0%
GESTION DE PROGRAMA Y FORTALECIMIENTO DE LA ADMINISTRACION	1876	1,943	1,571	3,184	4,635	2,952	16,160	5.1%	7.0%	6.2%

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total	2005-2007	2008-2010	Total
ASC.01.08.99 Otras intervenciones programáticas para profesionales del sexo y sus clientes, s.c.o.	2						2	0.0%	0.0%	0.0%
ASC.04.01 Planificación, coordinación y gestión de programas	273	281	137	2,578	3,738	2,400	9,407	0.7%	5.7%	3.6%
ASC.04.02 Costos de administración y transacción asociados con la gestión y el desembolso de fondos	180	675	651	243	122	271	2,142	1.4%	0.4%	0.8%
ASC.04.03 Vigilancia y evaluación	359	246	359	204	168	103	1,438	0.9%	0.3%	0.6%
ASC.04.05 Vigilancia serológica (serovigilancia)	118	95	47	91	365	33	748	0.2%	0.3%	0.3%
ASC.04.06 Vigilancia de la farmacoresistencia al VIH	417	431	298	31	49	55	1,281	1.1%	0.1%	0.5%
ASC.04.07 Sistemas de suministros de fármacos					41	26	67	0.0%	0.0%	0.0%
ASC.04.08 Tecnología de la información	497	215	57	25	152	11	956	0.7%	0.1%	0.4%
ASC.04.10.01 Mejora de infraestructura de laboratorio y equipos nuevos de laboratorio	1			13		34	48	0.0%	0.0%	0.0%
ASC.04.10.99 Mejora y construcción de infraestructura s.c.o.	30		22			19	71	0.0%	0.0%	0.0%
CONTRATACION DE RECURSOS HUMANOS E INCENTIVOS DE RETENCION	213	31	16	191	52	17	520	0.2%	0.2%	0.2%
ASC.01.08.99 Otras intervenciones programáticas para profesionales del sexo y sus clientes, s.c.o.	107	11					117	0.1%	0.0%	0.0%
ASC.05.03 Capacitación	106	20	16	191	52	17	402	0.1%	0.2%	0.2%
PROTECCION SOCIAL Y SERVICIOS SOCIALES (EXCLUYENDO HUERFANOS)	306	603	1,505	1,498	1,278	549	5,740	2.3%	2.2%	2.2%
ASC.06.02 Protección social a través de beneficios en especie	221	237	299	320	300	20	1,397	0.7%	0.4%	0.5%
ASC.06.03 Protección social a través de la provisión de servicios sociales	85	365	1,181	601	843	390	3,467	1.5%	1.2%	1.3%
ASC.06.04 Proyectos de generación de ingresos específicos del VIH			25	577	135	139	876	0.0%	0.6%	0.3%
DESARROLLO COMUNITARIO Y AMBIENTE MEJORADO	898	1,538	2,571	1,852	2,621	2,932	12,411	4.7%	4.8%	4.8%
ASC.01.05 Prevención – jóvenes escolarizados				123			123	0.0%	0.1%	0.0%
ASC.01.08.99 Otras intervenciones programáticas para profesionales del sexo y sus clientes, s.c.o.		19	7			351	377	0.0%	0.2%	0.1%
ASC.07.01 Sensibilización	84	437	592	582	1,092	628	3,416	1.0%	1.5%	1.3%
ASC.07.02.03 Desarrollo de la capacidad en derechos humanos	8	63	439	437	231	3	1,180	0.5%	0.4%	0.5%
ASC.07.03 Desarrollo institucional específico del sida	65	235	594	690	1,297	183	3,065	0.8%	1.4%	1.2%
ASC.07.04 Programas específicos del sida orientados a las mujeres	741	784	939	20		1,766	4,251	2.3%	1.2%	1.6%
INVESTIGACION RELACIONADA CON VIH SIDA (EXCLUYE INVESTIGACION OPERATIVA)	4,749	5,975	9,295	9,333	8,792	1,256	39,399	18.9%	12.6%	15.1%
ASC.08.02 Investigación clínica	4,143	4,693	7,985	8,476	7,829	1,210	34,337	15.9%	11.4%	13.2%
ASC.08.04.01 Investigación comportamental	600	1,270	1,293	753	958		4,874	3.0%	1.1%	1.9%
ASC.08.04.98 Investigación en ciencias sociales no desglosada por tipo	5	12	17	104	5	45	188	0.0%	0.1%	0.1%
Total	28157	36477	41443	55598	62242	36427	260345	100%	100%	100%

– Atención y tratamiento

Desde el 2004 se brinda de forma gratuita el tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), el cual fue asumido por el Estado Peruano desde el año 2006<sup>(32)</sup>. Asimismo, el apoyo del FMSTM permitió que gastos asociados al tratamiento antirretroviral, como son el tratamiento para infecciones oportunistas y el tratamiento de las reacciones adversas a los medicamentos (RAM), también sean gratuitos hasta que culminó el programa de la 5ta Ronda. Durante el año 2010 y hasta el cierre de este reporte, sólo se pudo registrar el período de tránsito en que los medicamentos ya no eran asumidos por el FMSTM pero tampoco estaban incluidos en el petitorio nacional, motivo por el cual los gastos colaterales que demandaba el tratamiento de las personas con VIH (PVV) estaban siendo asumidos, transitoriamente, en parte por las familias y en parte por el Estado. Solamente las personas que se encontraban en ese momento afiliadas a la Seguridad Social contaban con cobertura total, siempre y cuando la PVV se encontrase acreditada<sup>(33)</sup>. La situación ha sido corregida en el año 2011, en que los medicamentos para infecciones oportunistas y reacciones adversas se han incluido ya en el Programa de Compras Estratégicas del Ministerio de Salud<sup>34</sup>.

De acuerdo a la clasificación MEGAS las pruebas para diagnóstico se encuentran en esta categoría. En el Perú se ha establecido que el diagnóstico de VIH debe acompañarse de una consejería pre-test y una post-test, sin embargo esto no es aplicado en la oferta privada (laboratorios clínicos).

Cantidad de enrolados en el sistema de salud 1/

Departamento	En tratamiento	Fallecidos	En espera Inicio ARV	En proceso de Evaluación	Total enrolados
Amazonas	21	9	4	2	30
Ancash	156	44	9	66	218
Apurímac	15	5	1	2	21
Arequipa	321	63	14	18	429
Ayacucho	25	8	3	6	42
Cajamarca	40	1	9	36	46
Callao	1,016	115	34	194	1,231
Cusco	68	28	2	22	113
Huancavelica	12	3		1	15
Huánuco	75	12	28	20	99
Ica	263		4	4	334
Junín	179	43	8	14	265
La Libertad	409	41	8	393	469
Lambayeque	301	77	101		432
Lima	7,447	950	144	325	9,617
Lima- ONG	1,883	118	40	354	2,302
Lima Región	313	40	25	13	448
Loreto	752	167	24	529	1,025
Madre de Dios	55	19	3	36	87
Moquegua	27	8	1	3	36
Pasco	24	4	3	6	30
Piura	327	67	13	37	495
Puno	14	1	7	24	18

<sup>32</sup> Resolución ministerial 752-2004/MINSA, "Norma Técnica para la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad-TARGA - en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana", 8 enero del 2004

<sup>33</sup> La acreditación es posible cuando una persona ha trabajado durante tres meses continuos o cuatro alternos en el transcurso de seis meses.

<sup>34</sup> Informe N° 113-2011-DGSP/ESN PC ITS-VIH-SIDA/MINSA.

Departamento	En tratamiento	Fallecidos	En espera Inicio ARV	En proceso de Evaluación	Total enrolados
San Martín	233	56	0	25	343
Tacna	51		4	20	77
Tumbes	135	35	6	27	191
Ucayali	179	32	2	132	246
Total	14,341	1,946	497	2,309	18,659

1/Incluye enrolados de fuerzas armadas y policiales y atendidos en ONG. No incluye ESSALUD. A setiembre 2010

– Huérfanos y niños vulnerables

No se han desarrollado intervenciones específicas para huérfanos. Con respecto a los niños afectados por tener VIH o por tener padres con VIH, existen hasta 3 albergues dirigidos por organizaciones basadas en la fe (OBF), la atención es gratuita y apoyado con recursos de cooperación. También se ha desarrollado intervenciones apoyadas por UNICEF, vinculadas a tratamiento ARV en la población pediátrica.

– Gestión y administración de los programas

La conducción de las estrategias es realizada por la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y control de ITS/VIH/SIDA quien tiene un rol normativo y de planeamiento y en los últimos años ha liderado las actividades de los programas del FMSTM. Los estudios de vigilancia (concepto incluido en este rubro según la clasificación MEGAS) se encuentran a cargo de la Dirección General de Epidemiología, quien ha conducido en los últimos años estudios de vigilancia en HSH (2006), en parejas de gestantes (2005) y TS (2002).

– Protecciones sociales y servicios sociales

Se han desarrollado programas de apoyo alimentario e intervenciones educativas que permiten generar capacidades para mejorar la alimentación y nutrición de las familias beneficiarias, financiadas por organismos de cooperación e implementados por el PRONAA entidad dependiente del Ministerio de la mujer y desarrollo social (MIMDES).<sup>(35)</sup> En Lima, la capital del país y en Iquitos, segunda ciudad con más alta prevalencia de VIH, existen albergues para PVV, conducidos por OBF y auxiliados por voluntarios.

– Entorno favorable

En el año 2003 se formó el Mecanismo de Coordinación del País que en nuestro país adoptó el nombre de Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud (CONAMUSA), articulando sectores del Gobierno y de la sociedad civil. Este espacio se orienta a generar sinergias en las estrategias diseñadas y las formas de su implementación.

En el año 2007 se aprobó el Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 para la Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA<sup>(36)</sup> luego de un proceso que convocó a entidades del sector público y sociedad civil.

<sup>35</sup> El MIMDES es la institución pública encargada de la protección social. Las competencias rectoras del MIMDES se dirigen a disminuir las brechas de exclusión, desarrollar y promover redes de protección social, así como promover capacidades de gestión local y productiva de la población en pobreza y pobreza extrema.

<sup>36</sup> Los objetivos estratégicos del PEM son:

- Reducir en 50% el número de nuevos casos de VIH y en 50% la prevalencia de ITS en poblaciones HSH, TS, PPL al año 2011.
- Reducir en 50% la prevalencia de ITS en la población general al 2011
- Promover la prevención de ITS/VIH, la educación sexual y estilos de vida y conductas sexuales saludables en adolescentes y jóvenes.
- Reducir la transmisión vertical a menos del 2% al 2011
- Garantizar 100% de tamizaje de paquetes sanguíneos al 2011
- Alcanzar un 90% de acceso de las PVVS (adultos y niños) a una atención integral y de calidad

Posteriormente se han aprobado Planes estratégicos regionales multisectoriales (PERM) en las principales regiones del país en procesos similares. El costeo de los planes regionales ha sido apoyado por ONUSIDA y el proceso de implementación de los PERM viene siendo reforzado por la presencia en las regiones de sub-receptores que implementan los proyectos del FMSTM.

Para el año 2010 se encuentran en funcionamiento siete Coordinadoras Regionales Multisectoriales en Salud (COREMUSAS) : Lima Metropolitana, Callao, Chimbote, Ica, Piura, Loreto y Pucallpa. En estas instancias se trabajan propuestas en los ejes de Gestión, Comunicaciones, Vigilancia Social y Sostenibilidad.

#### - Investigación <sup>( 37 )</sup>

La epidemia de VIH en el Perú es y ha sido una de las más estudiadas de América latina. Desde 1997 y en algunos casos con el apoyo de promotores de pares se ha desarrollado ensayos clínicos como parte de estudios internacionales, dirigidos por el MINSA o por ESSALUD.

El Instituto Nacional de Salud (INS) tiene la función de revisar, registrar y autorizar los ensayos clínicos y garantizar la aplicación de las normas éticas internacionales y las Buenas Prácticas Clínicas en la realización de los ensayos clínicos en el Perú. <sup>( 38 )</sup> . Para el presente informe el INS no proporciono información sobre el presupuesto que disponen los ensayos clínicos, por lo que sólo se puede considerar la información remitido por las propias instituciones y la información de APCI.

Entre los principales investigadores y estudios en el país tenemos:

- Jorge Sanchez, MD, MPH,\* Javier R. Lama, MD, MPH,\* Lourdes Kusunoki, MD,†Hugo Manrique, MD,‡ Pedro Goicochea, MSc, MA,\* Aldo Lucchetti, MD,\* Manuel Rouillon, BSc,§ Monica Pun, MD,k Luis Suarez, MD,k Silvia Montano, MD, MPH,¶ Jose L. Sanchez, MD, MPH, Stephen Tabet, MD, MPH,\*\*§§ James P. Hughes, PhD,†† and Connie Celum, MD, MPH\*\* for the Peruvian HIV Sentinel Surveillance Working Group. HIV-1, Sexually Transmitted Infections, and Sexual Behavior Trends Among Men Who Have Sex With Men in Lima, Peru. *Epidemiology and Social Science. J Acquir Immune Defic Syndr* \_ Volume 44, Number 5, April 15, 2007
- C T Bautista, J L Sanchez, S M Montano, V A Laguna-Torres, J R Lama, J L Sanchez, L Kusunoki, H Manrique, J Acosta, O Montoya, A M Tambare, M M Avila, J Viñoles, N Aguayo, J G Olson and J K Carr. Seroprevalence of and risk factors for HIV-1 infection among South American men who have sex with men. *Sex Transm Infect* 2004;80:498-504
- J Lama, J Sanchez, R Galvan, L Kusunoki, H Manrique, M Pun, L Suárez, S Montano, JL Sánchez: Trends in HIV, sexually transmitted infections and risk behaviors among men who have sex with men in Lima, Peru. XV International IDS Conference Bangkok, Thailand on July 11-16th. 2004. N| WePe C6167

---

- *Promover un entorno político, social y legal favorable para el abordaje integral del VIH/SIDA y la diversidad sexual desde una perspectiva de derechos humanos, con la participación de las comunidades con mayor prevalencia (HSH, TS y PPL) y las PVVS.*

- *Asegurar una respuesta multisectorial amplia y articulada para el desarrollo intersectorial e interinstitucional de actividades conjuntas para la prevención y control de las ITS y el VIH/SIDA.*

- *Fortalecer los sistemas de información y establecer un sistema de monitoreo y evaluación para permitir la toma de decisiones oportuna y la medición de los logros obtenidos.*

<sup>37</sup> Entidades financiadores de ensayos clínicos en el país según el estudio MEGAS 2005 -2007 son: Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos (NIH), Merck Sharp & Dohme, Schering-Plough, Bristol Myers Squibb Company, Pfizer SA, Universidad de Washington, The J. David Gladstone Institutes, The Harvard Medical School Center for Aids Research, Fred Hutchinson Cancer Research Center, Social Systems Scientific, General Hospital Massachusetts, GlaxoSmithKline Biologica

<sup>38</sup> Función establecida en el D.S. N° 013-2003-SA, Reglamento de la Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud y el D.S. N° 017-2006-SA. Reglamento de ensayos clínicos en el Perú

- JL Sánchez, K Russell, M Negrete, S Montano, VA Laguna-Torres, J Sánchez, L Kusunoki, M Avila, H Salomón, M Weissenbacher, L Martínez-Peralta, J Viñoles, M Serra, H Abreu, A Alava, C Cepeda, A. Surveillance for HIV-1 Subtypes In South America.

## F.6 Factores de Producción: recursos humanos, conocimiento técnico y otros factores

El Gasto en VIH por Factores de Producción se presenta en el siguiente cuadro:

Gasto por Factores de producción 2005-2010 - En miles US \$

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Ingresos laborales y no laborales	4,021	5,500	6,315	7,431	10,581	7,831	41,679
Antirretrovirales	8,894	12,151	3,997	10,001	14,083	3,677	52,804
Condomes	2,872	2,610	4,606	6,655	4,667	7,621	29,031
Reactivos y materiales	2,597	3,932	6,663	7,418	6,859	4,770	32,238
Otros gastos corrientes	8,458	11,101	17,687	20,022	21,634	11,038	89,939
Gastos de capital	1,314	1,184	2,175	4,070	4,418	1,491	14,653
Total	28,157	36,477	41,443	55,598	62,242	36,427	260,345

Los principales cambios en la estructura de gasto por factores de producción está constituido por el porcentaje de gastos en antirretrovirales 23.7% para el 2005-2007 que disminuyo en 18% para el periodo entre el 2008-2010.

Gasto por Factores de producción – Estructura porcentual

	2005-2007	2008-2010	Total
Ingresos laborales y no laborales	14.9%	16.8%	16.0%
Antirretrovirales	23.6%	18.0%	20.3%
Condomes	9.5%	12.3%	11.2%
Reactivos y materiales	12.4%	12.3%	12.4%
Otros gastos corrientes	35.1%	34.2%	34.5%
Otros fármacos	3.9%	5.1%	4.6%
Suministro materiales	9.8%	6.2%	7.7%
Servicios consultoría	2.6%	2.4%	2.5%
Otros no desagregados	4.4%	11.3%	8.5%
Otros (transporte, eventos)	14.4%	9.2%	11.2%
Gastos de capital	4.4%	6.5%	5.6%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

Entre los recursos que representan el mayor concepto se encuentra los otros gastos corrientes los cuales incluye el gasto en medicamentos diferentes a antirretrovirales y suministro médicos, suministros de materiales y los otros gastos no desagregados por tipo, servicios de consultoría, viajes, material de difusión, formatos, entre otros.

Gasto en VIH por Factores de producción (en miles de US \$)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total	2005- 2007	2008- 2010	Total
Ingresos laborales y no laborales	4,021	5,500	6,315	7,431	10,581	7,831	41,679	14.9%	16.8%	16.0%
PF.01.01.01 Salarios	2,672	3,684	4,651	5,839	7,911	3,877	28,635	10.4%	11.4%	11.0%
PF.01.01.03 Renta de trabajo no salarial	1,350	1,816	1,664	1,592	2,670	3,953	13,044	4.6%	5.3%	5.0%
Antirretrovirales	8,894	12,151	3,997	10,001	14,083	3,677	52,804	23.6%	18.0%	20.3%
PF.01.02.01.01 Fármacos antirretrovíricos	8,894	12,151	3,997	10,001	14,083	3,677	52,804	23.6%	18.0%	20.3%
Condomes	2,872	2,610	4,606	6,655	4,667	7,621	29,031	9.5%	12.3%	11.2%
PF.01.02.01.04 Preservativos	2,872	2,610	4,606	6,655	4,667	7,621	29,031	9.5%	12.3%	11.2%
Reactivos y materiales	2,597	3,932	6,663	7,418	6,859	4,770	32,238	12.4%	12.3%	12.4%
PF.01.02.01.05 Reactivos y materiales	2,597	3,932	6,663	7,418	6,859	4,770	32,238	12.4%	12.3%	12.4%
Otros gastos corrientes	8,458	11,101	17,687	20,022	21,634	11,038	89,939	35.1%	34.2%	34.5%
PF.01.02.01.02 Otros fármacos y productos farmacéuticos (excluidos los antirretrovíricos)	959	1,264	1,900	2,847	2,425	2,666	12,062	3.9%	5.1%	4.6%
PF.01.02.01.03 Suministros médicos y quirúrgicos	80	141	119	295	1,138	1,914	3,687	0.3%	2.2%	1.4%
PF.01.02.01.06 Alimentos y nutrientes	311	386	418	324	344	265	2,048	1.1%	0.6%	0.8%
PF.01.02.01.07 Uniformes y materiales escolares	0	0					0	0.0%	0.0%	0.0%
PF.01.02.01.98 Suministros materiales no desglosados por tipo	2,987	4,425	3,021	2,794	5,252	1,499	19,977	9.8%	6.2%	7.7%
PF.01.02.01.99 Otros suministros materiales s.c.o.	577	457	1,582	1,232	1,262	113	5,223	2.5%	1.7%	2.0%
PF.01.02.02.02 Servicios de mantenimiento y reparación	9	2	26				37	0.0%	0.0%	0.0%
PF.01.02.02.03 Servicios de editores, películas, tele radiodifusión y programación				117	321	4	443	0.0%	0.3%	0.2%
PF.01.02.02.04 Servicios de consultoría	545	980	1,276	2,001	1,301	326	6,429	2.6%	2.4%	2.5%
PF.01.02.02.05 Servicios de transporte y viajes	87	390	1,125	1,275	1,506	422	4,805	1.5%	2.1%	1.8%
PF.01.02.02.07 Logística de eventos, incluidos servicios de catering	925	321	394	647	341	329	2,958	1.5%	0.9%	1.1%
PF.01.02.02.98 Servicios no desglosados por tipo	482	720	811	417	965	420	3,815	1.9%	1.2%	1.5%
PF.01.02.02.99 Servicios s.c.o	1,495	1,900	2,435	525	7		6,363	5.5%	0.3%	2.4%
PF.98 Factores de producción no desglosados por tipo		114	4,579	7,547	6,772	3,080	22,092	4.4%	11.3%	8.5%
Gastos de capital	1,314	1,184	2,175	4,070	4,418	1,491	14,653	4.4%	6.5%	5.6%
PF.02.01.01 Mejora de laboratorios y otra infraestructura	24		649	2,381	2,560		5,613	0.6%	3.2%	2.2%
PF.02.01.02 Construcción de nuevos centros de salud						19	19	0.0%	0.0%	0.0%
PF.02.02.02 Tecnología de la información (hardware y software)	376	135	58	142	254	50	1,015	0.5%	0.3%	0.4%
PF.02.02.03 Equipos de laboratorio y otros equipos médicos	137	81	238		52	62	569	0.4%	0.1%	0.2%
PF.02.02.98 Equipos no desglosados por tipo				257	299	24	580	0.0%	0.4%	0.2%
PF.02.99 Gastos de capital s.c.o.	778	969	1,230	1,290	1,254	1,336	6,856	2.8%	2.5%	2.6%
Total	28,157	36,477	41,443	55,598	62,242	36,427	260,345	100.0%	100.0%	100.0%

## F.6.1 Recursos humanos

Al haberse expandido el tratamiento antirretroviral y al haberse incrementado la cantidad de CERITS y UAMP a nivel nacional, el gasto en recursos humanos se ha incrementado principalmente para la prevención y atención.

Gasto en recursos humanos por Prevención y tratamiento (en miles de US \$)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Gasto total	4,021	5,500	6,315	7,431	10,581	7,831	41,679
Prevención	797	838	1,156	3,059	4,642	5,213	15,706
Sector publico	561	591	708	1,442	1,467	1,754	6,524
Internacional	236	247	448	1,617	3,176	3,459	9,182
Atención y tratamiento	959	1,951	1,844	1,950	1,264	1,290	9,258
Sector publico	586	958	1,195	1,220	1,167	1,251	6,378
Internacional	372	993	649	730	97	39	2,880
Total en prevención y tratamiento	1,756	2,789	3,000	5,010	5,906	6,503	24,964

Nota: solo incluye el gasto correspondiente a Las principales intervenciones: prevención y tratamiento  
Para el año 2010 no se ha podido calcular las remuneraciones en Investigación.

Para la estimación de los recursos humanos se entrevisto a los coordinadores regionales de estrategia a fin de determinar la cantidad de recursos humanos y la dedicación al servicio. Cabe precisar que el incremento de recursos humanos aún no compensa la cantidad de recursos que estuvieron en el Programa hasta la desintegración del programa. Durante los años 90, el MINSA, a través del Programa Nacional de sida y ETS de entonces, desarrolló procesos de capacitación que produjeron una generación de personal de salud especialistas en el tema. En el año 2002, estudios clínicos sobre vacunas contra el VIH se iniciaron en el Perú, como parte de un esfuerzo mundial de la Red de Ensayos Clínicos de Vacunas contra el VIH (HIV Vaccine Trials Network, HVTN), patrocinada por los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos, con 30 sedes en el mundo, siendo uno de ellos el país.

A partir de la implementación de los proyectos del FMSTM se ha capacitado equipos especializados en la atención y provisión del TARGA, en manejo de infecciones oportunistas y reacciones adversas a medicamentos (RAM), así como en detección de señales de alerta para establecimientos no especializados. En el área preventiva se han desarrollado capacidades para la evaluación clínica, consejería y exámenes de laboratorio.

De acuerdo a las vistas de campo de campo se ha podido determinar los roles y la dedicación de los diferentes tipos de profesionales por tipo de atención.

En tratamiento	<b>Rol del médico</b> Realiza las evaluaciones clínicas periódicas programadas. Ninguno de los establecimientos cuenta con un médico a dedicación exclusiva, generalmente atienden de 2 o 3 días a la semana. En algunos casos atienden todos los días pero 2 o 3 horas solamente. Su labor es interpretación de resultado de los análisis y prescripción. Dedicán entre el 10 y al 30% (como máximo) de su tiempo al servicio.
	<b>Rol de la enfermera</b> En todos los lugares visitados la enfermera es la que tiene contacto permanente con los pacientes y dedica el 100% de su tiempo al Programa. Al ser entrevistadas conocen las ocurrencias de eventos de cada paciente. Organiza el servicio y al personal que allí labora, realiza las labores de consejería y es responsable de la actualización de la información de los libros y registros solicitados por el hospital y la ESN. Realiza las consejerías. Esta labor le permite actualizar algunos datos requeridos para capturar información sobre género, sin embargo no todas lo realizan.

	En los hospitales generalmente cuenta con el apoyo de internas o serumistas y técnicas de enfermería, quienes se encargan de registrar a los pacientes, entre otras labores.
<b>En prevención</b>	<b>Rol del médico u obstetrix</b> Se encarga de la evaluación clínica, sin embargo algunos CERITS y UAMP no cuentan con médico, sino con obstetrix. En el caso del médico dedica entre el 5 y al 10% (como máximo) de su tiempo al servicio. En el caso de la obstetrix dedica el 100%. En el caso de no contarse con médico es necesaria la presencia de la obstetrix, por cuanto puede prescribir medicamentos, mientras que la enfermera no puede hacerlo.
	<b>Rol de la enfermera</b> Apoya al médico o la obstetrix, se encarga del seguimiento de los pacientes y apoya en la evaluación clínica. Si está asignada al servicio dedica el 100% de su tiempo.
	<b>Rol del responsable del laboratorio</b> Generalmente atiende a todo el establecimiento por lo que dedica entre el 5 al 15% de su tiempo a este servicio, salvo el caso de Chiclayo, donde atiende el 100% de su tiempo.
	<b>Rol del promotor educadores de pares</b> Apoya la labor en algunos casos como anfitrión (Chiclayo, Iquitos) y en otros casos captando a sus pares. El monto que percibe es pagado por CAS en Chiclayo cuando son contratados por las DIRESAs y en otros por locación de servicios por el FMSTM.

Entre los gastos corrientes, tenemos los salarios, suministros y servicios y la asistencia social a la población. En nuestro país el proveedor más grande de servicios a las PVV son los hospitales y los centros de Salud proveedores de TARGA y en caso de las poblaciones más expuestas HSH y TS, los CERITS y UAMPs. Dentro del rubro de suministros y servicios tenemos identificado las compras de medicamentos ARV, medicamentos para ITS, condones, reactivos. Entre los gastos de capitales se considera infraestructura, equipamiento, tecnología.

## F.6.2 Antirretrovirales

El Ministerio de salud representa el principal comprador de antirretrovirales en el periodo comprendido entre los años 2004 al 2010, desplazando a ESSALUD, que fue la entidad que inició el tratamiento ARV y realizó la mayor compra de ARV hasta el año 2008. Pero, ambos son los compradores más grandes de ARV en el país, pues representan el 92% del gasto en ARV; 52% del total corresponde al MINSA y el 40% a ESSALUD.

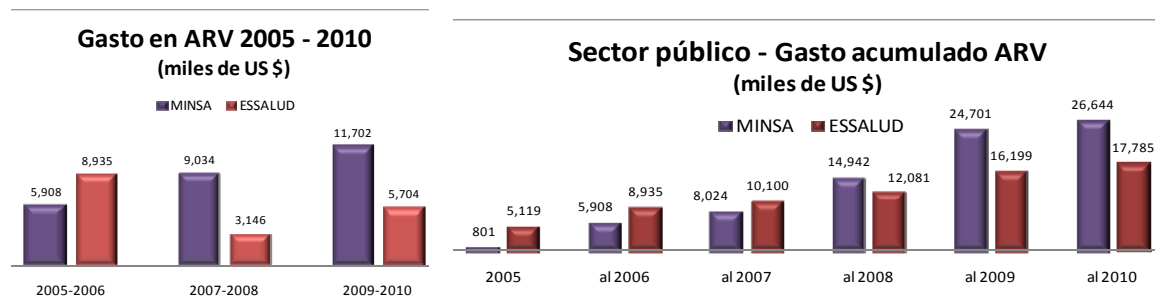
Con respecto a las adquisiciones de ARV realizadas en el último trimestre del 2009, se puede identificar a la compra del Proceso por exoneración 33-2009-MINSA-1 del 24 de noviembre del 2009, en la cual se adquirió el medicamento Atazanavir por 12, 851,910 nuevos soles.

Cabe precisar que la adquisición de antirretrovirales el MINSA ha sido asumido de manera integral, luego del apoyo realizado por el FMSTM entre el 2004 y el 2006, el monto acumulado del 2005 al 2010 realizado por el MINSA supera lo invertido por ESSALUD.

En el Perú se adquieren medicamentos, en algunos casos para periodos mayores a un año. Debido a la limitada capacidad de almacenamiento de la sede central estas son distribuidas a la 34 Direcciones Regionales<sup>39</sup> del país, las cuales a su vez distribuyen a los 72 establecimientos de salud que actualmente proveen TARGA a nivel nacional. La distribución por departamentos está disponible en el sistema de

<sup>39</sup> En la mayoría de los casos se pacta con los proveedores que los medicamentos sean entregados en los almacenes de las Direcciones regionales. De la totalidad de Direcciones Regionales 4 corresponden a Lima la capital del país y 30 a los 24 departamentos, cabe precisar que en algunos departamentos tienen más de una Dirección regional, la cual constituye la sede administrativa del sector salud por zona territorial.

información de DIGEMID SISMED, sin embargo no es posible determinar el uso de los medicamentos o determinar el valor de los medicamentos que se encuentran vencidos.



También se observa que hay compra de ARV a nivel de algunas Regiones especialmente en el año 2008, aunque es un porcentaje muy pequeño, alrededor del 0,23%. El año 2009 y 2010 no registran compra de ARV en Regiones, las que lo adquirirían para la estrategia de prevención de la transmisión vertical.

Gasto en antirretrovirales por Institución (en US \$)

Entidad	2,005	2,006	2,007	2,008	2,009	2,010	Total
Ministerio de salud		4,378	1,055	6,564	9,448	1,880	23,324
Seguro social de salud	5,119	3,816	1,164	1,981	4,118	1,586	17,785
Fuerzas armadas/policiales	770	287	461	220	296	26	2,059
Hospitales	31	402	584	135	16	37	1,204
Gobiernos regionales	-	41	15	21	-	-	76
Gobierno local (Callao)	41						41
Total	5,960	8,923	3,280	8,920	13,877	3,529	44,490

El gasto en ARV por productos se presenta en el siguiente cuadro.

Gasto en antirretrovirales por producto (en US \$)

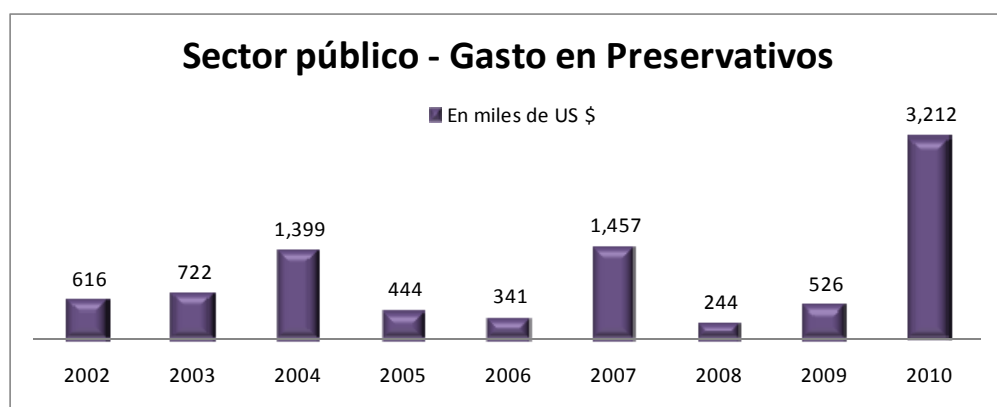
	2,005	2,006	2,007	2,008	2,009	2,010	Total
ABACAVIR	61	343	211	264	23	124	1,026
ABACAVIR+ZIDOVUDINA+LAMIVUDINA	9						9
AMPRENAVIR				3			3
ARV	898	597	717	204	206	148	2,769
ATAZANAVIR	190	461	1,411	885	9,136	7	12,089
ATAZANAVIR +LOPINAVIR	2						2
DARUNAVIR					31	64	95
DIDANOSINA	546	272	55	590	150	829	2,444
EFAVIRENZ	1,580	1,109	119	764	784	10	4,365
ESTAVUDINA	94	51	21	72	50		288
INDINAVIR	415	11		199			624
LAMIVUDINA	457	122	159	408	283	86	1,515
LAMIVUDINA + ESTAVUDINA		4					4
LAMIVUDINA + ESTAVUDINA + NEVIRAPINA	41	195	132	176	227		771
LAMIVUDINA + ZIDOVUDINA	98	768	16	441	910	9	2,243
LAMIVUDINA + ZIDOVUDINA + NEVIRAPINA	689	980	49	1,227		925	3,871
LOPINAVIR + RITONAVIR	1,389	4,727	392	2,797	1,506	21	10,832
NELFINAVIR	1,290	584	318	964			3,156
NEVIRAPINA	74	103	51	84	12		324
RITONAVIR	182	742	48	114	84	389	1,558
SAQUINAVIR	288	881	109	393	603	998	3,271

	2,005	2,006	2,007	2,008	2,009	2,010	Total
TENOFOVIR				20		58	77
ZIDOVUDINA	591	200	190	397	79	10	1,468
Total	8,894	12,151	3,997	10,001	14,083	3,677	52,804

### F.6.3 Gasto en preservativos

Con respecto a la adquisición de condones se presenta en el cuadro siguiente la cantidad de condones y el monto invertido. Presentándose por un lado las compras adquiridas por el Ministerio de Salud con Convenio con el Fondo de Población de Naciones Unidas y las compras adquiridas por otras Instituciones con los procesos de SEACE. Se ve que no hay una tendencia marcada en la compra de condones, pero si llama la atención el gasto realizado en el 2009 que asciende a S/. 500,000 y se relaciona con el número de condones adquiridos y con la falta de preservativos a nivel nacional. Pero, para el 2010 se ve el incremento de gasto realizado en la adquisición de condones lo cual también se traduce en números absolutos, pues va desde 1,123,045 en el 2009 a 65,557,343 en el 2010. Lo que no está muy claro si es que todos los años se van a comprar estas cantidades o esta compra realizada es para un número determinado de años.

En el siguiente cuadro se visualiza el gasto en preservativos realizado por el sector público.



Como se explico anteriormente en el Perú la distribución de insumos se realiza en 34 Direcciones Regionales, en el caso de preservativos, a su vez se distribuyen en los 7,382 establecimientos de salud (155 hospitales, 1,321 centros de salud y 5,906 puestos de salud). El proceso logístico se inicia desde el ingreso de insumos en el almacén central, la distribución a los almacenes especializados y de allí a los establecimientos de salud. El almacén central considera como distribuido una vez se ingresa en los almacenes especializados (que se encuentran en los departamentos del país)<sup>40</sup> a su vez estos los distribuyen a los establecimientos de salud, los cuales también tienen almacenes aunque de menores dimensiones.

En los últimos años, debido a que no ingresaron condones al país de acuerdo a lo programado por varios problemas, (tal como la demora en la entrega de UNFPA, demora en la compra con recursos del FMSTM) se ha producido un sobreabastecimiento que genero problemas de almacenamiento y por otro lado, obbligo a

<sup>40</sup> En el 2008, se realizo la Evaluación de los sistemas de distribución y almacenamiento de preservativos, en la cual se determino que si bien se entregan condones en forma gratuita a las poblaciones expuestas, la cobertura aún sería baja, por diferentes razones, que se pudieron visualizar en las encuestas y entrevistas realizadas en ese estudio a lo largo de la cadena de suministro del condón. El estudio evidenció la existencia de cantidades importantes de condones a nivel del Almacén Central y de Almacenes Especializados de Medicamentos, debido a que ingreso realizado en el 2007 de importaciones realizadas por UNFPA por encargo del estado peruano. Fuente: Evaluación de los sistemas de distribución y almacenamiento de preservativos 2008, en el marco del Proyecto del Fondo Mundial 6ta. Ronda.

tomar medidas para cumplir con la meta de distribución establecido en el programa de 6ta ronda del FMSTM (incremento de cantidad de preservativos a la población más expuesta o campañas de distribución de preservativos).

Evolución del gasto y cantidad de condones adquirida por el sector público  
Periodo 2002 al 2010 (En nuevos soles)

Año	Cantidad de condones			Monto en soles		
	Por UNFPA	Por SEACE	Total	Por UNFPA	Por SEACE	Total
2002	15,958,897		15,958,897	1,847,873		1,847,873
2003	18,699,885		18,699,885	2,165,260		2,165,260
2004	37,000,000		37,000,000	4,195,800		4,195,800
2005	8,401,267	123,467	8,524,734	924,139	52,612	976,751
2006	-	4,356,904	4,356,904	-	1,096,286	1,096,286
2007	63,247,716	245,135	63,492,851	6,357,665	72,124	6,429,789
2008	43,916,976	103,482	44,020,458	4,686,381	30,886	4,717,267
2009	-	1,123,045	1,123,045		471,479	471,479
2010		65,557,343	65,557,343		9,225,166	9,225,166
Total	187,224,741	71,509,376	193,075,837	20,177,118	10,948,553	21,738,691

Fuente: Ministerio de salud y SEACE

## F.6.4 Reactivos y materiales

En este rubro se incluyen los reactivos para diagnóstico (prueba ELISA, prueba rápida), para confirmación; CD4 y carga viral y pruebas de genotipificación. De acuerdo a la metodología MEGAS, la aplicación de pruebas a poblaciones específicas y más expuestas es clasificada como prevención, las otras pruebas que no son asociadas a un programa de prevención específico son clasificadas en el rubro de Tratamiento (Pruebas iniciadas por el proveedor).

El gasto en reactivos es asumido por el Ministerio de Salud, Seguro Integral de Salud, Seguro Social de Salud, Fuerzas armadas y por los laboratorios privados<sup>41</sup>.

Podemos observar que el monto más importante es el resultado de la LP.1-2007/OPD/INS que realizó el Instituto Nacional de Salud (INS) y que fue específicamente para el tema de monitorización de PVV por más de 2 millones de US \$, la cual está incluida en el 2007 y la adquisición por 4 millones de US \$ en el año 2009 realizada por la misma institución por el mismo concepto mediante la LP.1-2009/OPE/INS y otras adquisiciones realizadas en el 2009. Es más en este se apertura una actividad presupuestal que se registra en el SIAF 1040226: Monitoreo de laboratorio de tratamiento con antiretrovirales de los pacientes con VIH SIDA, lo cual demuestra la importancia para esta entidad de este concepto de gasto.

Gasto en reactivos por Fuente de financiamiento (miles de US \$)

	2,005	2,006	2,007	2,008	2009	2010	Total
Renta del gobierno central	817	737	3,656	2,230	5,007	2,385	14,831
Renta del gobierno estatal/provincial	18	55	128	770	62	124	1,156
Renta del gobierno local/municipal	20	31	34	10	2		96
Aportaciones patronales a la seguridad social	219	1,174	1,693	1,902	950	1,891	7,828

<sup>41</sup> En el caso de laboratorios privados, solo se incluye el gasto en pruebas de diagnostico realizado por los hogares para fines de conocer su estado, no incluye el solicitado para fines de trabajo y otros fines similares.

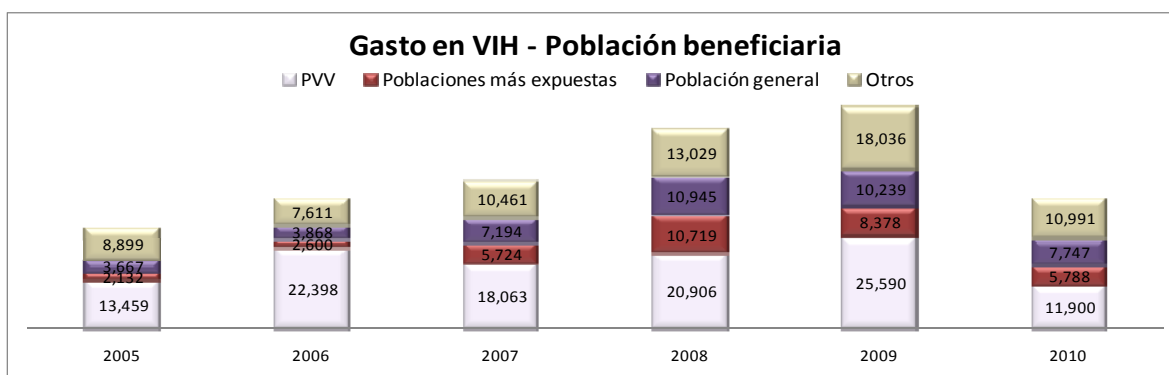
	2,005	2,006	2,007	2,008	2009	2010	Total
Otros fondos públicos s.c.o.	316	370	301	349	83	56	1,474
Fondos de hogares	194	218	290	304	295	314	1,614
Gobierno de los Estados Unidos de América	3	3					6
Fondo Mundial contra el Sida, TB y malaria	1,011	1,282	196	1,854	461		4,803
Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)		63	125				187
Otras organizaciones sin fines de lucro			242				242
Organizaciones internacionales con fines de lucro						-	-
Total	2,597	3,932	6,663	7,418	6,859	4,770	32,238

## F.7 Poblaciones beneficiarias

Gasto por Poblaciones beneficiarias 2005-2010 - En miles US \$

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Personas que viven con el VIH	13,459	22,398	18,063	20,906	25,590	11,900	112,317
Poblaciones más expuestas	2,132	2,600	5,724	10,733	8,613	5,788	35,591
Otras poblaciones clave	1,769	2,045	1,962	2,573	4,244	1,867	14,461
Poblaciones «accesibles» específicas	2,286	3,995	5,044	6,913	7,867	5,963	32,068
Población general	3,667	3,868	7,194	10,931	10,003	7,747	43,411
Intervenciones no dirigidas	504	894	914	3,219	5,545	2,786	13,861
Poblaciones sin clasificar en otras categorías	4,340	678	2,541	323	380	374	8,637
Total	28,157	36,477	41,443	55,598	62,242	36,427	260,345

La clasificación de gasto por Poblaciones Beneficiarias permite identificar cuánto son los recursos dirigidos a poblaciones específicas como parte de una intervención. Las Poblaciones Beneficiarias se determinan según la intención y objetivo de la intervención programática.



### – Perfil de la epidemia

La situación del VIH/SIDA en el Perú, es lo que el Banco Mundial ha definido como epidemia concentrada.<sup>(42)</sup>

Esta afirmación se basa en las prevalencias de VIH obtenidas por las vigilancias centinelas tanto en gestantes como en las diferentes poblaciones más expuestas para VIH. Estos estudios arrojan prevalencias de entre 10% y 20% para Hombres que tienen sexo con hombres (HSH), entre 1 y 2% entre mujeres trabajadoras sexuales (TS) y por debajo de 0.3% en mujeres embarazadas.

Al evaluar las vías de transmisión del virus, se evidencia que la transmisión de la epidemia en el Perú es casi exclusivamente sexual ya que representa el 97% de la vía de transmisión de los casos de SIDA, aproximadamente el 50% de los casos se dan en personas que reportan ser homosexuales o bisexuales; mientras la transmisión materno infantil (perinatal o vertical) el 2% y la transmisión parenteral el 1%.

Teniendo el país una epidemia concentrada especialmente en población HSH y TS (hombres que tienen sexo con hombres y trabajadores sexuales), el gasto en las poblaciones más expuestas a la epidemia de VIH solo representó el 13.6% del total del gasto, alrededor del 3.2% para HSH y 5.2% para TS; (5.1% está dirigido a poblaciones más expuestas pero sin determinar a qué grupo corresponde el gasto), el gasto en las PVV representa el 47% del gasto total en Sida en el país y el gasto en población general es alrededor del 25.2%.

<sup>42</sup> Fuente: Basado en el documento: Banco Mundial, Confronting AIDS by Joseph Stiglitz, 1997

Gasto por Población beneficiaria – Estructura porcentual

	2005-2007	2008-2010	Total
Personas que viven con el VIH	50.8%	37.9%	43.1%
Poblaciones más expuestas	9.9%	16.3%	13.7%
Otras poblaciones clave	5.4%	5.6%	5.6%
Poblaciones «accesibles» específicas	10.7%	13.4%	12.3%
Población general	13.9%	18.6%	16.7%
Intervenciones no dirigidas	2.2%	7.5%	5.3%
Poblaciones sin clasificar en otras categorías	7.1%	0.7%	3.3%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

– Personas que viven con el VIH

La población beneficiaria más importante en el país es la de las PVV, alrededor del 40% del gasto total en Sida en los últimos años (32.9% para el 2008-2010 disminuyendo con respecto al periodo 2005-2007 que llegaba al 50.8 % del gasto en VIH en el país) . Esto va en relación al mayor gasto en Atención y Tratamiento cuyo gran componente es el gasto que se realiza en TARGA.

Hasta el 2009, recibían TARGA 12,473 de los cuales el 73% corresponde al MINSA, 25% a ESSALUD y 2% otras Instituciones (3 ONG acreditadas por el MINSA) y penales. Si tomamos en cuenta la estimación del MINSA sobre personas que necesitan TARGA, lo anterior significa que la cobertura de tratamiento en el país sería aproximadamente de 73.1% sin considerar los fallecidos y abandonos. <sup>( 43 )</sup>

Del total de las personas que reciben TARGA en el país, el 69% son varones y el 31% mujeres<sup>44</sup>, proporción que se mantiene desde el 2004; considerando que en la población de varones se encuentran incluida también la población HSH. Lo que no tenemos datos muy claros es el porcentaje de HSH dentro de los que reciben TARGA, porque es un dato que no se recoge en todos los establecimientos, y si se recoge no se considera dentro los registros.

Personas con VIH en tratamiento

Año inicio tratamiento	Hombres			Mujeres			TOTAL		TX H/M	Acumulado H/M
	Inician	Acumulado	%	Inician	Acumulado	%	Inician	Acumulado		
2000	3	3	75%	1	1	25%	4	4	3.0	3.0
2001	1	4	57%	2	3	43%	3	7	0.5	1.3
2002	14	18	55%	12	15	45%	26	33	1.2	1.2
2003	30	48	56%	23	38	44%	53	86	1.3	1.3
2004	691	739	65%	366	404	35%	1,057	1,143	1.9	1.8
2005	1,294	2,033	68%	550	954	32%	1,844	2,987	2.4	2.1
2006	1,132	3,165	68%	541	1,495	32%	1,673	4,660	2.1	2.1
2007	2,401	5,566	68%	1,094	2,589	32%	3,495	8,155	2.2	2.1
2008	1,185	6,751	69%	502	3,091	31%	1,687	9,842	2.4	2.2
2009	3,001	9,752	67%	1,639	4,730	33%	4,640	14,482	1.8	2.1
2010	1,290	11,042	69%	231	4,961	31%	1,521	16,003	5.6	2.2
Total	11,042	11,042	69%	4,961	4,961	31%	16,003	16,003	2.2	0.3

Fuente: ESN PC ITS/VIH/SIDA

<sup>43</sup> Fuente: Informe UNGASS. 2010- ONUSIDA.

<sup>44</sup> Fuente: ESN de P y C de ITS/VIH/Sida

Algunos dato indicativos sobre las diferentes poblaciones y la cobertura de tamizaje nos permiten aproximarnos hacia la orientación de gasto hacia determinado grupos de población.

#### Cobertura de tamizaje y prevalencia por grupos poblacionales

	Tamizaje de VIH	Población estimada	Cobertura de tamizaje	% de casos positivos	Fuente
Gestantes	292,876 (a)	600,000 anual (b)	49%	0.27% (a)	(a) Hoja de Monitorización 2006: Reactivos /tamizados (b) ESN SSR
TS mujeres	24,284 (a)	60,000 (b)	40%	0.40% ( c )	(a) Hoja de Monitorización 2006 (b) Plan de acceso universal 2006-2010 (Kusunoki y Navarro, 2006) (c) Estudio de vigilancia centinela para búsqueda de Prevalencia de VIH en TS. MINSA-UPCH. 2006.
HSH	19,576 (a)	200,000 (b)	10%	10.8% ( c )	(a) Hoja de Monitorización 2006 (b) Plan de acceso universal 2006-2010 (idem supra) ( c ) Vigilancia Centinela de “Tercera Generación” – CIPRA 3B – Andean CIPRA / Dirección General de Epidemiología. MINSA.
TS hombres	3,738 (a)	10,000 (b)	37%	Mayor a 10.8 %	(a) Hoja de Monitorización 2006 (b) Plan de acceso universal 2006-2010 (Idem supra)
PPL mujeres	1,190 (a)	2,897 (b)	41%	7.39% (a) <sup>45</sup>	(a) Hoja de Monitorización 2006: Reactivos /tamizados (b) www.inpe.gob.pe
PPL hombres	1,726 (a)	38,848 (b)	4%	13.09% (a) <sup>46</sup>	

#### – Poblaciones más expuestas

Las poblaciones más expuestas HSH y TS reciben AMP en los CERITS a nivel nacional, según la hoja de monitorización la mayor cobertura referida a la atención, tamizaje y condones entregados corresponde a las Trabajadoras sexuales.

#### Concentración de la atención por tipo de población año 2006

	TS mujeres	TS hombres	Hombres	Total
Atendidas	59%	9%	32%	100%
Tamizadas	51%	8%	41%	100%
Condomes entregados	71%	10%	19%	100%

Fuente: Hoja de monitorización 2006

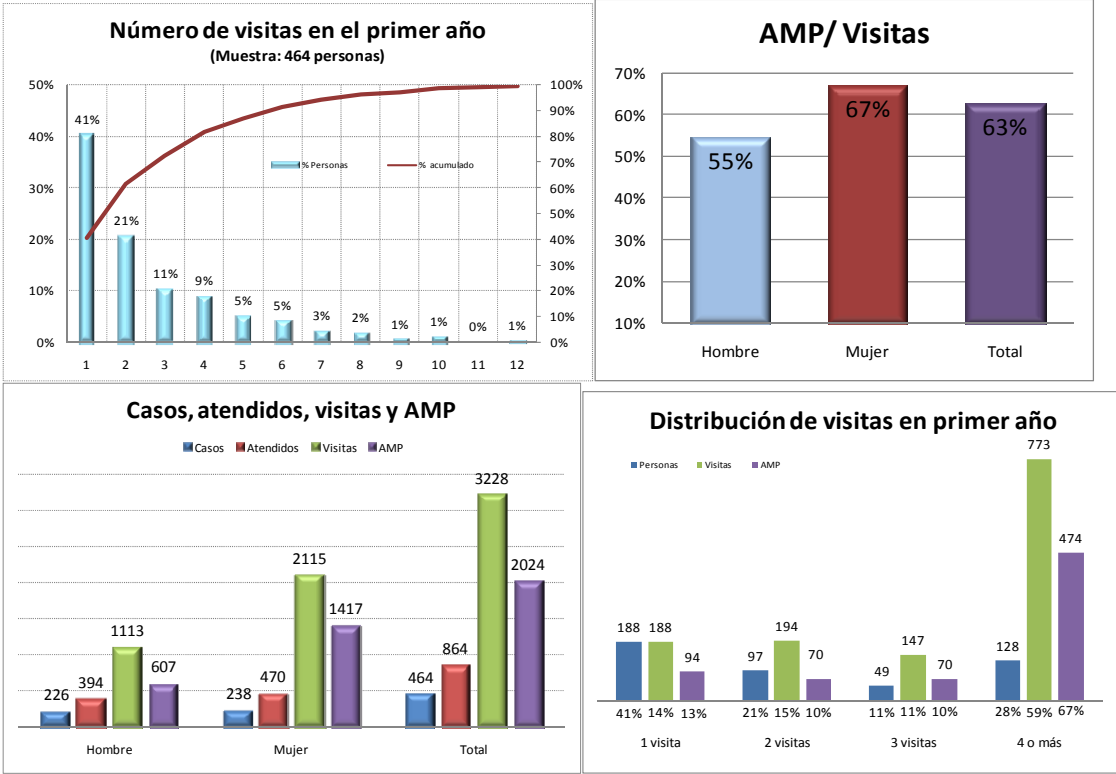
El principal hallazgo cuando se revisan las Historias clínicas, es que las mujeres acuden más a los CERITS, hacen más visitas y reciben más AMP. Si se analiza la distribución de visitas en el primer año, el 28% de los usuarios, realiza el 59% de las visitas que recibe el CERITS y 67% de las AMP que se completan.

<sup>45</sup> Este dato representa el número de casos positivos reportados por los penales en un grupo de personas tamizadas en un período de tiempo dado, en el marco de la información provista por los registros administrativos correspondientes. Por tanto, NO representa la prevalencia en la población.

<sup>46</sup> Idem supra.

	Durante toda su permanencia			En el primer año		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Atendidos al año por caso	1.7	2.0	1.9			
Visitas por persona todo el tratamiento	4.9	8.9	6.9	2.6	3.0	2.8
Visitas por persona año	2.8	4.5	3.7	2.6	3.0	2.8
AMP/ Visitas	55%	67%	63%	49%	59%	54%
Como % de las visitas						
Evaluación clínica	88%	96%	93%	86%	93%	90%
Consejería	85%	89%	88%	82%	93%	82%
Laboratorio	61%	73%	68%	56%	75%	63%

Se puede observar que la personas que acuden a recibir atención en el CERITS, el 41% sólo acude una vez, el 21% dos veces, siendo lo normado es por lo menos 4 veces al año. Pero lo más importante es que cada visita pueda resultar en una AMP, lo cual no es así, pues al revisar las HC, vemos que las AMP se encuentran en el rango del 36% al 73% de todas las visitas realizadas al establecimiento durante el primer año. El 67% de las AMP se da a mujeres y el 55% a varones. Es decir que las visitas que realizan las mujeres concluyen en una AMP completa en mayor cantidad que las visitas de los varones.



El 31% de las mujeres realizan al menos 4 visitas al año, mientras que los hombres 24% las realizan.

Porcentaje de personas que realizan más de 4 visitas al año

	Personas	Visitas	AMP
Total	28%	59%	67%
Hombres	24%	52%	59%

Mujeres	31%	66%	72%
---------	-----	-----	-----

En conclusión las mujeres asisten en mayor porcentaje a sus controles que los hombres.

Gasto por poblaciones menos expuestas al VIH – Estructura porcentual

	2005-2007	2008-2010	Total
Otras poblaciones clave	5.4%	5.6%	5.6%
Poblaciones «accesibles» específicas	10.7%	13.4%	12.3%
Población general	13.9%	18.8%	16.8%
Total	30.0%	37.8%	34.6%

El gasto en las poblaciones que de acuerdo a los estudios epidemiológicos resultan menos expuestas al VIH representaron el 37.8% del gasto en los años 2008 al 2010, habiendo aumentado la participación en los últimos tres años.

En la categoría de “Otras poblaciones clave” encuentra la población beneficiaria de la estrategia de prevención de la transmisión vertical (niños de madres VIH positivas). Cabe precisar que los proyectos del FMSTM han tenido objetivos específicos para esta intervención. Esta categoría también incluye a las personas privadas de la libertad, indígenas y niños que viven en la calle y no escolarizados.

El gasto en Poblaciones «accesibles» específicas represento el 13.4% del gasto total, en el 2008-2010, este corresponde al gasto en acciones dirigidas a estudiantes, militares, policías y asegurados, personas que asisten a dispensarios de ITS. Mientras que el gasto en población general significó el 18.8% del gasto en el periodo examinado (2008-2010), habiéndose incrementado en los últimos tres años.

Habría que reflexionar para ver si el gasto en sida en el país está siendo dirigido a las poblaciones clave para controlar la epidemia del VIH.

Gasto en VIH por Población beneficiaria (en miles de US \$)<sup>47</sup>

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total	2005-2007	2008-2010	Total
BP.01 Personas que viven con el VIH (independientemente de que tengan un diagnóstico médico/clínico del sida)	13,459	22,398	18,063	20,906	25,590	11,900	112,317	50.8%	37.9%	43.1%
BP.01.01.98 Adultos y jóvenes (de 15 años en adelante) con el VIH no desglosadas por sexo	13,371	22,131	17,340	20,599	25,297	11,634	110,372	49.8%	37.3%	42.4%
BP.01.02.98 Niños (menores de 15 años) que viven con el VIH no desglosados por sexo	88	267	724	307	293	267	1,945	1.0%	0.6%	0.7%
BP.02 Poblaciones más expuestas	2,132	2,600	5,724	10,733	8,613	5,788	35,591	9.9%	16.3%	13.7%
BP.02.02.01 Profesionales femeninas del sexo y sus clientes	1,505	1,859	1,927	3,509	2,523	2,245	13,567	5.0%	5.4%	5.2%
BP.02.03 Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)	627	586	1,322	1,440	1,649	2,762	8,386	2.4%	3.8%	3.2%
BP.02.98 «Poblaciones más expuestas» no desglosadas por tipo		156	2,476	5,784	4,441	781	13,638	2.5%	7.1%	5.2%
BP.03 Otras poblaciones clave	1,769	2,045	1,962	2,573	4,244	1,867	14,461	5.4%	5.6%	5.6%
BP.03.02 Niños nacidos o por nacer de mujeres que viven con el VIH	1,137	1,462	1,123	2,264	3,692	1,809	11,488	3.5%	5.0%	4.4%
BP.03.04 Poblaciones desplazadas internas (debido a una emergencia)		23	131				154	0.1%	0.0%	0.1%
BP.03.06 Grupos indígenas	5		66	104	260		436	0.1%	0.2%	0.2%
BP.03.07 Prisioneros y otras personas institucionalizadas	265	177	274	83	139	53	992	0.7%	0.2%	0.4%
BP.03.09 Niños y jóvenes que viven en la calle	82	28	28				137	0.1%	0.0%	0.1%
BP.03.11 Niños y jóvenes no escolarizados	280	355	340	122	152	5	1,254	0.9%	0.2%	0.5%
BP.04 Poblaciones «accesibles» específicas	2,286	3,995	5,044	6,913	7,867	5,963	32,068	10.7%	13.4%	12.3%
BP.04.01 Personas que asisten a dispensarios de ITS	1,115	1,371	2,344	2,525	3,569	2,113	13,037	4.6%	5.3%	5.0%
BP.04.03 Estudiantes de escuela secundaria	400	1,097	688	2,495	1,750	83	6,514	2.1%	2.8%	2.5%
BP.04.05 Agentes sanitarios	10	12	5	0			28	0.0%	0.0%	0.0%
BP.04.06 Marinos	57	27	73	41	11	64	273	0.1%	0.1%	0.1%
BP.04.07 Personal militar	359	324	393	23	19	34	1,151	1.0%	0.0%	0.4%
BP.04.08 Policía y otros servicios uniformados (que no sea personal militar)	85	76	190		35		386	0.3%	0.0%	0.1%
BP.04.99 Poblaciones «accesibles» específicas s.c.o.	259	1,088	1,351	1,830	2,483	3,668	10,679	2.5%	5.2%	4.1%
BP.05 Población general	3,667	3,868	7,194	10,931	10,003	7,747	43,411	13.9%	18.6%	16.7%
BP.05.01.01 Población de adultos varones		271	1,748	3,786	4,399	324	10,528	1.9%	5.5%	4.0%
BP.05.01.02 Población de mujeres adultas	1,041	919	1,137	1,595	89	1,852	6,633	2.9%	2.3%	2.5%
BP.05.01.98 Población adulta general (mayores de 24 años) no desglosada por sexo	263	438	336	55	112	10	1,214	1.0%	0.1%	0.5%
BP.05.02.02 Niñas	3	94	449	119	70	74	808	0.5%	0.2%	0.3%
BP.05.02.98 Niños (menores de 15 años) no desglosados por sexo	248	250	261	283	261	464	1,767	0.7%	0.7%	0.7%

<sup>47</sup> A fin de facilitar su adecuado entendimiento, el cuadro de gasto en VIH por Población que se presenta en este acápite debe ser analizado tomando en cuenta que las categorías no son estrictamente excluyentes, por lo tanto los porcentajes tampoco lo son. Así, la precisión de los porcentajes que se presenta en este cuadro depende en mucha medida de la existencia de registros contables y registros de beneficiarios que diferencien adecuadamente a las poblaciones y sub poblaciones, lo que en la práctica aún no existe en el país. Ejemplos de esto son el hecho que un elevado porcentaje de gasto que no haya podido ser desglosado por sexo (72%, ver página 76), o que los gastos de tratamiento destinados a HSH y TS no estén visibilizados en el análisis debido a que los registros de tratamiento aún no incluyen la variable sexo o pertenencia a un sub grupo poblacional (HSH, TS, trans). Asimismo, la existencia de poblaciones mixtas (como los PPL, personal militar ó indígenas que son HSH) ú ocultas a las intervenciones (como por ejemplo los hombres heterosexuales que tienen sexo con otros hombres) presenta un desafío adicional a la metodología aplicada en el estudio.

BP.05.03.98 Jóvenes (entre 15 y 24 años) no desglosados por sexo	8	35	24	336	302	684	1,389	0.1%	0.9%	0.5%
BP.05.98 Población general no desglosada por edad ni por sexo	2,104	1,861	3,239	4,757	4,771	4,340	21,071	6.8%	9.0%	8.1%
BP.06 Intervenciones no dirigidas	504	894	914	3,219	5,545	2,786	13,861	2.2%	7.5%	5.3%
BP.06 Intervenciones no dirigidas	504	894	914	3,219	5,545	2,786	13,861	2.2%	7.5%	5.3%
BP.99 Poblaciones objetivo específicas sin clasificar en otras categorías	4,340	678	2,541	323	380	374	8,637	7.1%	0.7%	3.3%
BP.99 Poblaciones objetivo específicas sin clasificar en otras categorías	4,340	678	2,541	323	380	374	8,637	7.1%	0.7%	3.3%
Total	28,157	36,477	41,443	55,598	62,242	36,427	260,345	100%	100%	100%

## F.8 Gasto por ubicación geográfica

Si bien el proceso de descentralización ha brindado autonomía en el gasto a los Gobiernos regionales y les ha permitido establecer prioridades sanitarias, por otro lado también ha dado como resultado un menor gasto en VIH.

La explicación de lo ocurrido en el gasto de los gobiernos regionales en VIH en estos últimos años, se encuentra en el mecanismo de asignación de recursos. Hasta abril del 2009 se remitieron remesas a las regiones para los gastos operativos de las Estrategias sanitarias nacionales (entre ellas la estrategia de prevención de VIH y Tuberculosis y para vigilancia epidemiológica), sin embargo a partir del 2010 el presupuesto ha sido transferido directamente desde el MEF a los gobiernos regionales, por lo cual éstos pueden realizar la distribución de sus gastos de acuerdo a sus prioridades de salud.

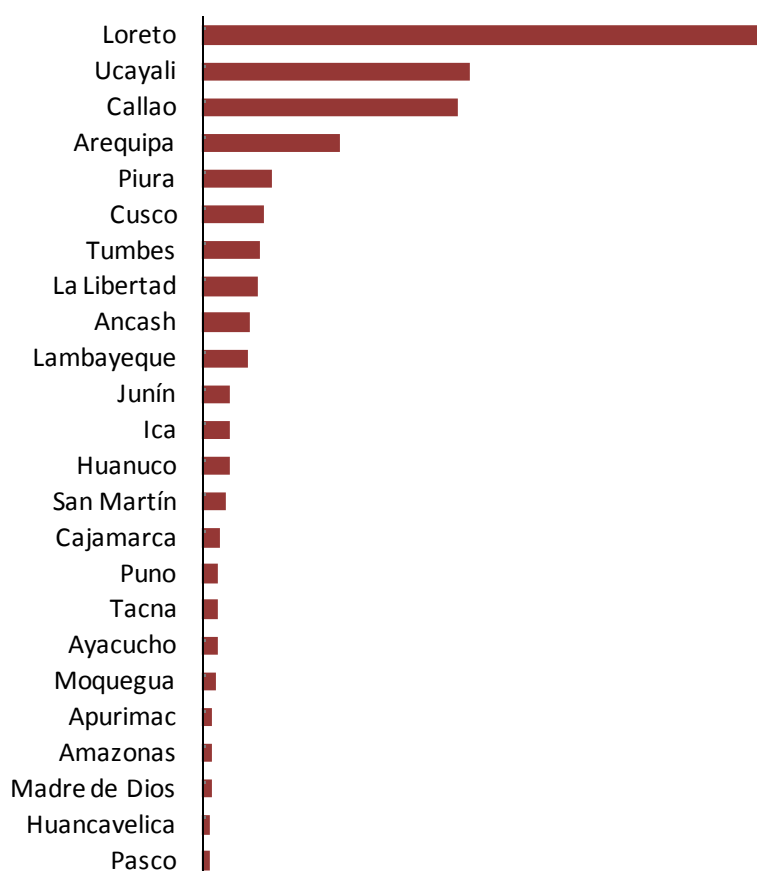
En los últimos años el MINSA no ha podido garantizar que se ejecute el gasto en esta prioridad sanitaria, debido a que se transfiere el presupuesto directamente a los gobiernos regionales, sin embargo se espera que esta situación se revierta con el mecanismo de asignación de presupuesto por resultados PPR, efectivo a partir del año 2011. Situaciones excepcionales se presentan en el Gobierno regional del Callao donde se ha ingresado a la planilla a los promotores educadores de pares – PEPs y el Gobierno regional de Lambayeque que ha suscrito contratos de administración de servicios CAS con los PEPs.

Gasto por departamentos - En miles de US dólares

Departamento	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total	Promedio 2005-2010	%
Multi-depart.	17,452	22,612	22,403	45,004	41,695	22,777	171,944	28,657	66.0
Lima	8,975	10,574	12,045	6,587	17,661	12,682	68,523	11,421	26.3
Loreto	294	733	1,559	1,627	1,946	88	6,247	1,041	2.4
Ucayali	31	349	2,436	141	14	12	2,984	497	1.2
Callao	483	718	488	860	264	37	2,850	475	1.1
Arequipa	182	402	334	274	287	61	1,538	256	0.6
Piura	103	115	355	167	10	27	776	129	0.3
Cusco	103	176	265	67	51	29	691	115	0.3
Tumbes	18	59	48	84	1	432	641	107	0.3
La Libertad	129	145	165	98	47	32	616	103	0.2
Ancash	42	138	182	96	57	16	530	88	0.2
Lambayeque	91	163	163	70	16	13	516	86	0.2
Junín	41	59	119	55	28	18	320	53	0.1
Ica	31	89	151	30	5	9	316	53	0.1
Huánuco	13	27	60	150	23	32	305	51	0.1
San Martín	18	42	112	67	15	16	270	45	0.1
Cajamarca	31	24	80	47	8	9	199	33	0.08
Puno	5	24	114	33	4	4	184	31	0.07
Tacna	52	27	48	35	9	4	175	29	0.07
Ayacucho	8	16	82	11	15	39	171	29	0.07

Departamento	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total	Promedio 2005-2010	%
Moquegua	16	20	48	4	1	62	151	25	0.06
Apurímac	16	16	42	15	22	3	114	19	0.04
Amazonas	6	19	36	19	10	16	105	18	0.04
Madre de Dios	6	12	48	24	6	6	103	17	0.04
Huancavelica	12	7	25	15	28	1	88	15	0.03
Pasco	0	19	28	17	18	2	84	14	0.03
Total	28,157	36,584	41,437	55,598	62,242	36,427	260,445	43,408	100.0

### Gasto por departamento 2005-2010



Nota. El grafico no incluye Lima

## F.9 Matrices por género

Como se expuso líneas arriba la mayor parte de los gastos no se encuentra desglosada por sexo. Esto es porque la información se obtiene de registros de compras de productos como es el caso del SEACE que registra las compras de las entidades o de registros públicos como el APCI o SIAF que registran la información de presupuesto o gasto pero por proyectos o actividades según corresponda. Sin embargo de acuerdo a la metodología del MEGAS, se debe identificar a que intervención corresponden los gastos. Esto de alguna manera permite asumir los gastos por determinado tipo de población, con lo cual se estará en condiciones de determinar el porcentaje de gasto que cuenta con el desglose de sexo.

En el periodo en análisis se ha determinado que el 72% de los gastos no pueden ser desglosados por sexo. Las categorías de gasto donde se dificulta la desagregación es el rubro de atención y tratamiento, debido a que las compras de ARV, pruebas diagnósticos no van asociadas a un grupo específico de personas. En los siguientes cuadros se aprecia las categorías de gasto desglosadas por sexo.

Gasto por función y desglose de género (miles de US \$)

Función	Hombre	Mujer	HSH	Niños y niñas	No desglosado	Total
Prevención	1,759	26,590	7,718	1,317	45,648	83,033
Atención y tratamiento	1,286	90	96	363	100,983	102,818
Incentivos de retención				200	63	263
Huérfanos y niños vulnerables	4,215	211	72	99	11,564	16,160
Gestión y fortalecimiento de la administración		117	61		341	520
Protección social y servicios sociales		43		50	5,646	5,740
Desarrollo comunitario y ambiente mejorado	6	5,041	306	176	6,883	12,411
Investigación relacionada con VIH sida	22,698	1,828			14,874	39,399
Total	29,964	33,921	8,253	2,205	186,001	260,345

Gasto por Recurso y desglose de género (miles de US \$)

	Hombre	Mujer	HSH	Niños y niñas	No desglosado	Total
Antirretrovirales		852		128	51,824	52,804
Condomes	248	6,489	1,236		21,057	29,031
Reactivos y materiales	926	3,073	435	4	27,800	32,238
Ingresos laborales y no laborales	8,775	7,032	2,526	128	23,219	41,679
Otros gastos corrientes	14,396	16,320	3,892	1,939	53,393	89,939
Gastos de capital	5,619	155	164	6	8,709	14,653
Total	29,964	33,921	8,253	2,205	186,001	260,345

Gasto por Fuente de financiamiento y desglose de género (miles de US \$)

Sector	Hombre	Mujer	HSH	Niños y niñas	No desglosado	Total
Sector publico	1,976	9,429	1,994	38	81,556	94,993
Internacional	27,988	21,902	6,004	2,167	68,528	126,589
Sector privado		2,590	255		35,917	38,762
Total	29,964	33,921	8,253	2,205	186,001	260,345

## G. Análisis y discusión

### Financiamiento

Si bien en el presente estudio se analiza la evolución del gasto de los últimos años, en el financiamiento público en salud se han producido algunos cambios importantes que cabe mencionar, los principales son el Presupuesto por resultados (PPR) y el Aseguramiento Universal en Salud (AUS). Estos procesos y otros temas que impactan en el financiamiento del VIH se tratarán en esta sección.

#### - Estructura programática funcional

Los recursos públicos, se clasifica a través de la estructura programática funcional. De la revisión de los sistemas administrativos se pudo determinar que a partir del año 2007 se han incorporado algunas actividades y proyectos en la estructura programática funcional del presupuesto del sector público relacionados a VIH, en los cuales se incorpora gasto en recursos humanos, insumos, medicamentos, entre otros, así como se han formulado proyectos de inversión pública que se encuentran registrado en el SNIP. Cabe precisar que para los años 2003 al 2006 no era posible ubicar gastos específicos para VIH en la estructura programática funcional. Sin embargo a partir del 2011, la mayor cantidad de presupuesto se encuentra concentrado en el Programa estratégico de VIH.

#### - Presupuesto por resultados (PPR)

A partir del 2007 <sup>(48)</sup> el Perú ha iniciado la aplicación de la gestión presupuestal basada en resultados PPR, la cual se espera sea el principal mecanismo de financiamiento en el país, durante los próximos años. El presupuesto por resultados es un mecanismo de asignación de recursos, que vincula la asignación de recursos y los resultados esperados de la intervención del Estado, a través del financiamiento de “Programas estratégicos”.

Durante el año 2010 la ESN del MINSA ha elaborado, conjuntamente con el Ministerio de Economía y Finanzas y la Oficina General de Planeamiento del MINSA, el “Programa Estratégico TBC/VIH-SIDA y Tuberculosis” que está vigente a partir del año presupuestal 2011. Este Programa Estratégico vincula todas las acciones desarrolladas desde el Estado por diversas instituciones, a la vez que da sostenibilidad a muchas de las intervenciones sanitarias que están siendo desarrolladas con apoyo del FMSTM<sup>49</sup>.

Con este mecanismo, la rendición de cuentas y resultados, son básicas para la asignación de recursos. Del análisis del Programa Estratégico, en el marco del PPR, principal fuente de financiamiento para el control VIH para el 2011, podemos realizar las siguientes apreciaciones:

- a. El presupuesto para el 2011, representa el mayor presupuesto de los últimos años para el programa de VIH.

---

<sup>48</sup> Ley de presupuesto del Sector público para el año 2007 – Ley 28927, 2007

<sup>49</sup> El PPR es un modelo de gestión basado en resultados que el Ministerio de Economía y Finanzas está implementando en el Perú desde el año 2008. Diversos programas del Estado se han incorporado progresivamente a este modelo de gestión desde el año 2008, y a partir del año 2011 fueron integradas a este modelo de gestión las Estrategias Sanitarias Nacionales de ITS, VIH/SIDA y de Tuberculosis, permitiendo sentar la base para la sostenibilidad de los programas que habían venido siendo implementados en el Perú desde el año 2003 por el Ministerio de Salud en el marco de programas de 2da, 5ta, 6ta y 8va ronda financiados por el FMSTM.

- b. Una de las principales características del PPR es la ejecución es descentralizada y algunos de las regiones no están suficientemente entrenadas para relacionar gasto con resultados, así como se corre el riesgo que por la autonomía política y administrativa de los Gobiernos regionales los recursos no sean necesariamente priorizados en las necesidades reales, por ejemplo según la ENDES 2010, el 32.2 de la mujeres de Huancavelica registró el mayor porcentaje de desconocimiento sobre VIH, por lo cual debería considerarse un gasto en difusión.
- c. Una revisión del programa, permite afirmar que no se ha incluido el enfoque de género, se puede afirmar pues no se encuentra un diagnóstico que identifique las brechas en atención de los diferentes grupos poblaciones, entre ellos los más afectados por la epidemia, los HSH.  
En relación a las actividades preventivas,
- d. El presupuesto no se encuentra expresamente enfocado en HSH y en TS, grupos en los que se encuentra focalizada la epidemia en el Perú de acuerdo a los estudios epidemiológicos.

#### – Aseguramiento universal (AUS)

El aseguramiento universal es un proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud <sup>(50)</sup> sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). Para definir el PEAS ha sido necesario establecer condiciones de salud prioritarias, definir las prestaciones basadas en evidencias, estimar los costos de las intervenciones y el cálculo actuarial del requerimiento financiero anual per-cápita. En el PEAS, por ejemplo se ha incluido la cobertura total a la gestante, más no la prevención en población más expuesta al VIH.

La Ley <sup>(51)</sup> ha establecido que las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (IAFAS), estarán encargadas de administrar fondos destinados a la prestación de salud u ofrecer coberturas a de riesgos de salud a sus afiliados. Dichas instituciones son el Seguro integral de salud (SIS), Seguro social de salud (ESSALUD), Sanidades de las Fuerzas Armadas y Fuerzas Policiales, Entidades prestadoras de Salud (EPS), compañías de seguros privados de salud, entidades de salud que ofrecen servicios de salud pre pagadas y otras modalidades de aseguramiento.

En este escenario, el Seguro Social de Salud ESSALUD cubre el 20.7% de la población económicamente activa (incluye titular y derechohabientes) ; el Seguro Integral de Salud – SIS del Ministerio de Salud con una cobertura de 39.3%, cubre a la gestante y al niño; un 2.4 % de la población es cubierta por las Fuerzas Policiales y un 0.3% por las Fuerzas armadas y 2% es cubierta por otros seguros.

Población afiliada por tipo de seguro de salud- IV trimestre 2010

Seguro	Perú	Lima metropolitana	Perú urbano	Perú rural
Únicamente SIS	39.3	12.3	24.9	74.6
Únicamente ESSALUD	20.7	30.0	36.1	3.9
Otros seguros *	4.7	9.1	3.9	0.9
Sin seguro	35.3	48.6	35.1	20.6

Fuente Boletín SUNASA – INEI-

Encuesta Nacional de Hogares 2010 “Informe Técnico N°01- Marzo 2011

#### – Seguro Integral de salud (SIS) <sup>(52)</sup>

<sup>50</sup> Seguro que permita a las personas acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad

<sup>51</sup> Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud - Ley 29344, aprobada el 30 de marzo del 2009

<sup>52</sup> Ley del Ministerio de Salud - Ley 27657, 2002

El SIS es el principal administrador de fondos destinados a salud, se enfoca en la población en condición de extrema pobreza. Actualmente en marco del AUS los establecimientos de salud están interconectados a la base de datos del Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) que administra el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), por lo que se podrá saber si las personas están en condición de pobreza y por lo tanto califica para asegurarse a través del AUS. El mecanismo de pago a los prestadores de salud es retrospectivo y por prestación realizada, siempre en cuando se encuentra en el Plan que financia el SIS.

No se ha podido determinar el porcentaje de PVV que se encuentra en el SIS, pero actualmente se está realizando la depuración del SIS, y sólo se afiliando para el nuevo AUS<sup>53</sup> sistema que es más restrictivo que el anterior, por lo cual se va a incrementar probablemente el número de personas que tengan que cubrir sus gastos relacionados al tratamiento del VIH, dando como consecuencia un mayor gasto de bolsillo.

La cantidad de personas por las cuales los establecimientos solicitaron reembolso al SIS en diagnósticos directamente relacionados con VIH y de otros diagnósticos relacionados a la infección de VIH se presenta en los siguientes cuadros, los cuales nos dan una referencia de los costos que deben asumir los pacientes de tener algunos de los diagnósticos y de tener que asumirlos con sus propios recursos. Cabe precisar que el SIS sólo reembolsa los costos variables, por lo cual lo que en el caso las personas tuvieran pagar con sus propios recursos el costo sería mayor.

Población con atenciones reembolsadas por el SIS – Año 2010

Diagnósticos relacionados	N° personas	Observaciones
Total VIH-Directamente relacionado	3,269	
Tamizaje de VIH a gestantes	2,595	67% de las personas tienen entre 17 a 30 años
Tratamiento profiláctico a niños expuestos al VIH	253	1 año:199; 2 año:55; 3 años: 2
Tratamiento profiláctico para gestante positiva	15	
Tratamiento VIH/SIDA (0-19 años)	423	
Total VIH-Otro relacionado	563	
Tratamiento de ITS en adolescentes y adultos	563	

Fuente: SIS

Población con atenciones reembolsadas por el SIS  
Otros diagnósticos relacionados a la infección de VIH

Diagnósticos relacionados	N° personas	Gasto	Atenciones
Septicemia debida a salmonella	64	2,402	66
Criptosporidiosis	104	3,883	104
Isosporiasis	26	2,178	31
Meningitis tuberculosa (g01*)	184	226,111	214
Tuberculosis del sistema nervioso, no especificada	53	21,026	56
Tuberculosis miliar aguda de un solo sitio específico	2	405	3
Infecciones por micobacterias pulmonares	19	315	19
Infeccion cutanea por micobacterias	169	1,276	176
Otras infecciones por micobacterias	11	113	11
Infeccion por micobacteria, no especificada	14	161	15

<sup>53</sup> Bajo el marco de la Ley de aseguramiento universal

Diagnósticos relacionados	N° personas	Gasto	Atenciones
Leucoencefalopatía multifocal progresiva	1	21	1
Gingivostomatitis y faringoamigdalitis herpética	14	207	14
Meningitis debida a herpes zoster (g02.0*)	74	1,789	76
Neumonitis debida a virus citomegalico (j17.1*)	5	501	5
Pancreatitis debida a virus citomegalico (k87.1*)	36	2,017	37
Otras enfermedades debidas a virus citomegalico	2	21	2
Enfermedad por virus citomegalico, no especificada	82	28,828	91
Candidiasis pulmonar	50	453	50
Candidiasis de la vulva y de la vagina (n77.1*)	5296	216,642	30,062
Candidiasis de otras localizaciones urogenitales	304	3,561	309
Meningitis debida a candida (g02.1*)	40	343	40
Endocarditis debida a Candida (I39.8*)	43	1,234	43
Septicemia debida a Candida	82	13,208	85
Candidiasis de otros Sitios	668	5,181	696
Candidiasis, no Especificada	3997	30,141	4,199
Coccidioidomicosis Cutanea	29	936	30
Meningitis debida a Coccidioidomicosis (G02.1*)	11	74	11
Coccidioidomicosis Diseminada	2	21	2
Otras Formas De Coccidioidomicosis	4	38	4
Coccidioidomicosis, No Especificada	135	915	137
Infeccion Diseminada debida a Histoplasma Capsulatum	17	1,476	17
Histoplasmosis debida a Histoplasma Capsulatum	7	1,169	7
Histoplasmosis, No Especificada	62	1,147	62
Criptocosis Cerebral	32	18,274	43
Criptococosis Cutánea	9	225	12
Criptococosis Diseminada	3	21	3
Otras Formas de Criptococosis	4	54	4
Criptococosis, no Especificada	25	2,277	26
Meningoencefalitis debida a Toxoplasma (G05.2*)	40	17,348	45
Sarcoma de Kaposi de Piel	40	7,362	72
Sarcoma de Kaposi del Tejido Blando	7	1,754	8
Sarcoma de Kaposi del Paladar	5	494	5
Sarcoma de Kaposi de Ganglios Linfaticos	2	308	2
Sarcoma de Kaposi de Otros Sitios Especificados	14	2,095	26
Sarcoma de Kaposi de Multiples Organos	5	1,638	27
Sarcoma de Kaposi, de Sitio no Especificado	25	12,748	64
	11,818	632,388	37,012

Fuente: SIS

## Gasto de bolsillo

El grupo poblacional que queda fuera de las alternativas de financiamiento presenta un gasto de bolsillo como fuente de financiamiento en salud que es significativo, con efectos adversos sobre la efectividad del gasto y la equidad en la distribución de los costos del sistema.

Se estima que entre los años 1995 al 2005, las familias financiaron aproximadamente entre el 35% y el 45% de los gastos en salud en el Perú.<sup>(54)</sup> Mientras que en el caso de VIH, el estudio de Cuentas Nacionales en VIH realizado para los años 1999-2000 (primeros años de abordaje de la epidemia) encontró que el gasto de bolsillo representaba el 83% del gasto total, situación que se mantuvo hasta el año 2004, periodo en el cual con el apoyo del FMSTM se entrega el tratamiento para VIH de forma gratuita.

El estudio MEGAS para los años 2005 al 2007 informó que luego que el Estado asumiera parte del gasto en tratamiento mediante la compra de antirretrovirales -lo cual ocurrió en el 2006- el gasto de bolsillo representaba el 15% del gasto total. Cabe precisar que durante esta medición se encontraban ejecutándose todos los “proyectos país” de VIH financiados por el FMSTM de 2da, 5ta y 6ta ronda y los proyectos de Tuberculosis de 2da y 5ta ronda, en los cuales se ha proporcionado tratamiento para infecciones oportunistas, para ITS, reacciones adversas a los medicamentos (RAM) y tuberculosis, así como preservativos, lubricantes, refuerzo nutricional a las personas, entre otros.

A este año 2011 está en su último año el programa de V Ronda y en el cuarto año de la II Fase el programa de VI Ronda, por lo cual se espera que para los años siguientes el gasto de bolsillo se incremente, en la medida que el MINSA empiece a asumir y a cubrir progresivamente estos costos, tal como ocurriera con el TARGA.

Actualmente, existe un gasto de bolsillo, alrededor de un 14.5% del gasto total del país para el 2008-2010, porcentaje que se ha incrementado con respecto a los años 2005-2008 en la que ascendió a 12.5%. El gasto de bolsillo principalmente corresponde a la compra de ARV, medicamentos para infecciones oportunistas, costo de hospitalizaciones, consultas en el sector privado, el tamizaje para VIH en laboratorios privados y la adquisición de condones.

En nuestro país con un 33% de pobreza, este gasto de bolsillo indica que la carga financiera de la enfermedad está afectando el presupuesto de los hogares y compite con la satisfacción de las necesidades básicas primarias.

Porque si bien el TARGA es gratis a nivel nacional, hay gastos que son asumidos por las propias personas como: la consulta en los establecimientos de salud, la apertura de Historia clínica, los exámenes para diagnóstico de VIH (prueba rápida o ELISA), Radiografía de tórax, Pruebas de laboratorio pre-TARGA, pruebas de laboratorio de control (hemograma, hematocrito, RPR, pruebas hepáticas, pruebas para hepatitis), pruebas de diagnóstico y tratamiento para algunas infecciones oportunistas, tratamiento para algunas infecciones oportunistas, gasto en hospitalizaciones, compra de algunos ARV, consultas en el sector privado y compra de condones

## Prevención en poblaciones más expuestas

En el caso de nuestro país, de acuerdo a los datos más recientes de vigilancia epidemiológica, la epidemia del VIH continúa concentrada en la población trans y en HSH, con tasas de incidencia más elevadas sobre

---

<sup>54</sup> Fuente: MINSA -OGPP / CIES. Observatorio de la Salud, Cuentas Nacionales de Salud 1995-2005, 2008, Lima Perú

todo en el grupo etéreo más joven. Este perfil epidemiológico demanda la implementación de acciones de prevención más efectivas dirigidas a reducir las nuevas infecciones en esta población núcleo, o población en mayor riesgo de adquirir VIH y que se encuentran en mayor vulnerabilidad al mismo. Se aprecia sin embargo que la tendencia del gasto en sida en el país es incremental en el rubro de tratamiento, y no así en prevención. Antes bien, con frecuencia los recursos que cubren las intervenciones de prevención en estos grupos provienen de la cooperación internacional y de organizaciones no gubernamentales.

Cabe anotar sin embargo que el sistema de información no arroja actualmente la información desagregada que se requiere para asignar el gasto a los grupos poblacionales de mayor riesgo frente a la epidemia, dejando algunos vacíos que es necesario corregir en los sistemas de registro de beneficiarios de las intervenciones para poder valorar mejor la asignación del gasto en los rubros referidos a la prevención por tipo de población, de acuerdo al perfil de la epidemia que tiene el país.

La estrategia de promotores educadores de pares conjuntamente con la AMP es una intervención preventiva reconocida como de alta efectividad para la población de alto riesgo de contraer el VIH, sin embargo, según los resultados de una Evaluación de la estrategia de PEP realizada en el marco de los programas del FMSTM (INPPARES et al, 2010), al año 2010 la eficacia de esta estrategia estaba siendo afectada por la rotación constante de los PEPs, la debilidad en el seguimiento o acompañamiento técnico a los mismos y la incertidumbre respecto de su sostenibilidad <sup>55</sup>

## Prevención de la transmisión vertical

El acceso a los servicios de salud es una parte importante del derecho de las mujeres a la igualdad en el disfrute del derecho a la salud. El contar con seguros de salud asegura a la mujer, especialmente, que sus otros derechos humanos relacionados con su integridad no se vulneren y disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental.<sup>56</sup>

Cabe precisar que de acuerdo a la Encuesta demográfica y de salud familiar realizadas en el 2007 al 2010, se ha producido un importante incremento en la cobertura de salud en las mujeres en edad de fértil, fundamentalmente en el seguro integral de salud. La mayor parte de las aseguradas en ESSALUD cuenta con educación superior y se encuentran en el quintil superior de ingresos, mientras que la mayoría de las aseguradas al SIS son mujeres sin nivel de educación y se encuentran en el quintil inferior de ingresos. Este incremento de cobertura, garantiza la atención de VIH en gestantes (tamizaje, profilaxis y consultas diversas), de las aseguradas al SIS sin embargo todavía existe un 43.1% de mujeres en edad fértil que no cuentan con ningún tipo de seguro.

Cobertura de seguros en salud en mujeres 2007 al 2010 (en porcentaje)

Mujeres en edad fértil (MEF)	2007-2008	2009	2010
Con seguro de salud	29.0	51.0	56.9
- Seguro integral de salud	16.7	27.4	33.6
- ESSALUD	19.0	20.4	20.3
Aseguradas en ESSALUD			
- Con educación superior	34.8	39.9	40.6
- En quintil superior	33.9	43.7	43.1
Aseguradas den SIS			
- Sin nivel de educación	34.4	59.3	65.3

<sup>55</sup> Fuente: INPPARES et al (2010) Evaluación de la estrategia de promotores educadores de pares (PEPs) HSH y TS de la ESN PC ITS y VIH/Sida.

<sup>56</sup> Fuente: ENDES – Encuesta demográfica y de salud familiar 2010

Mujeres en edad fértil (MEF)	2007-2008	2009	2010
- En quintil inferior	40.7	65.3	74.0

Por otro lado, algunas veces el mecanismo de financiamiento puede distorsionar los resultados esperados de una estrategia, como por ejemplo lo correspondiente a la prevención de la transmisión vertical cuyo financiamiento corresponde al SIS. En lo que respecta a los reembolsos que se generan como resultado de los servicios prestados a usuarios del SIS y que no son asignados a los establecimientos que generan los recursos, no existe un estímulo para atender a los usuarios del SIS. Toda vez que no existe una correspondencia, por lo expresado anteriormente entre lo que se gasta en los establecimientos y los recursos que genera: (1) Reembolsos del SIS y (2) recursos directamente recaudados (pagos realizados por los usuarios), puede ocurrir que la falta de controles administrativos sesguen la atención hacia los usuarios que pagan, por la disposición de efectivo que podría ocurrir entre los encargados del cobro.

Este hecho podría alterar esta estrategia que es masiva pues afecta a todas las gestantes que se atienden en los establecimientos públicos de salud, en los cuales se puede observar que inclusive existen cuotas para atender a los usuarios del SIS (no más de 5 por día, por ejemplo).

Uno de los fines de la estrategia de prevención vertical es que las personas que se acerquen a los servicios pueden acceder a una prueba rápida, conocer los resultados de inmediato, con el resultado de una menor cantidad de oportunidades perdidas e iniciar inmediatamente el tratamiento. Sin embargo, por lo menos en uno de los gobiernos regionales se compran muy pocas pruebas rápidas, el único que puede realizar las pruebas Elisa es el laboratorio, por los reembolso del Seguro integral de salud - SIS pues si comprara pruebas rápidas, los reembolsos del SIS sería ingresos de los establecimiento y no del laboratorio. Este tipo de prácticas deben ser vigiladas por el MINSA.

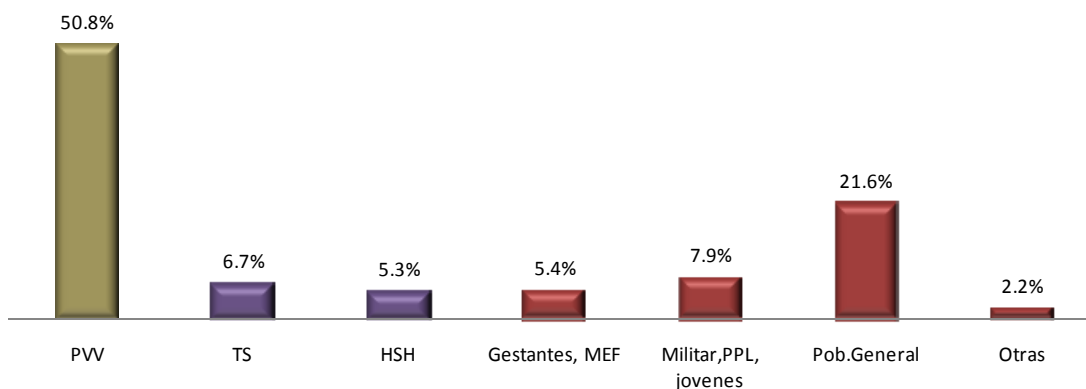
Supervisiones realizadas por la estrategia de salud sexual y reproductiva indican que aun se debe trabajar para lograr que los establecimientos de salud estén en condiciones de realizar las actividades de prevención de transmisión vertical, la cual requiere que se encuentren categorizadas como FON B y en tal sentido cuenten con personal capacitado y los insumos requeridos para poder atender a las usuarias que se presenten.

## H. Conclusiones

Se necesita realizar un enfoque más selectivo y estratégico para la inversión en la respuesta nacional a la epidemia de VIH/SIDA <sup>(57)</sup> que permitirá en el largo plazo orientar hacia aquellas intervenciones que permitan ahorro y la menor cantidad de años perdidos por muerte o discapacidad. Esto requiere invertir en una serie de estrategias que combinadas representen la mayor efectividad por lo invertido lo que lleva a considerar en un planeamiento que va más allá de una programación de gastos realizada en función de productos, inclusive con la programación realizada en el presupuesto por resultados que considera las evidencias para la incorporación de una intervención en el diseño de los programas estratégicos.

Asimismo, dado el perfil de la epidemia en el Perú, el mayor gasto debe estar dirigido hacia las poblaciones con mayor exposición al VIH<sup>58</sup>. Si bien entre los años 2005-2007 al 2008-2010 se ha producido un incremento en la estructura de gastos orientadas a intervenciones a poblaciones más expuestas (HSH y TS), las mismas han sido principalmente financiadas por fuentes externas, por lo cual se debe prever los mecanismos para canalizar los recursos hacia estas poblaciones, para los años siguientes en que se espera disminuya la fuente de financiamiento, externas.

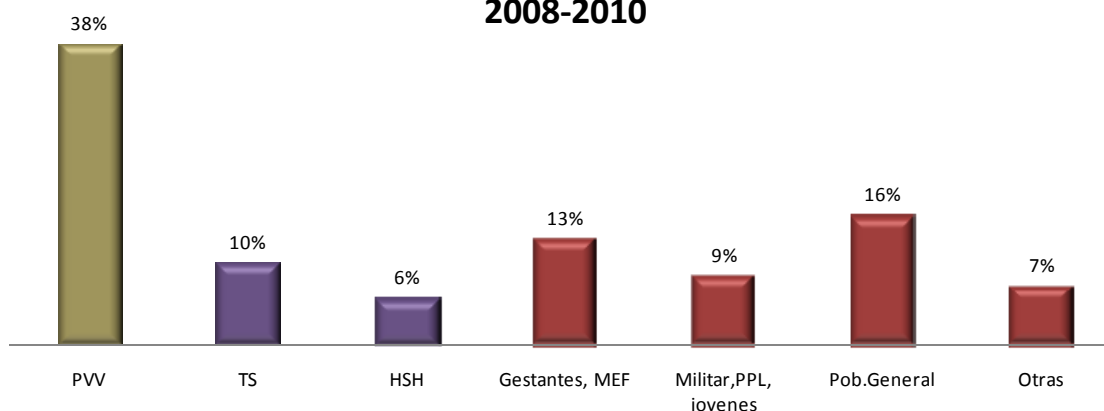
### ¿Cómo se distribuye el gasto por población beneficiaria? 2005-2007



<sup>57</sup> Basado en: Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS, June 3, 2011, UNAIDS

<sup>58</sup> Existe literatura científica que permite extraer evidencia sobre la importancia de abordar con estrategias efectivas de prevención a las poblaciones en más alto riesgo a fin de lograr un mayor impacto en la epidemia, y ello implica, ciertamente, destinar recursos a estas estrategias de intervención. Ver por ejemplo: Robert Hecht, Lori Bollinger, John Stover, William McGreevey, Farzana Muhib, Callisto Emas Madavo, and David de Ferranti (2009) **Critical Choices In Financing The Response To The Global HIV/AIDS Pandemic. Costs could rise to \$35 billion a year by 2031—unless the world takes dramatic steps to avert the worst outcomes.** In: HEALTH AFFAIRS ~ Volume 28, Number 6, 2009. Pages 1591-1605. Y también se puede revisar: Bernhard Schwartländer, John Stover, Timothy Hallett, Rifat Atun, Carlos Avila, Eleanor Gouws, Michael Bartos, Peter D Ghys, Marjorie Opuni, David Barr, Ramzi Alsallaq, Lori Bollinger, Marcelo de Freitas, Geoffrey Garnett, Charles Holmes, Ken Legins, Yogan Pillay, Anderson Eduardo Stanciole, Craig McClure, Gottfried Hirnschall, Marie Laga, Nancy Padian (2011) **Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS.** In: Health Policy. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) Published online June 3, 2011 DOI:10.1016/S0140-6736(11)60702-2

## ¿Cómo se distribuye el gasto por población beneficiaria? 2008-2010



Debe contemplarse la inversión estratégica en VIH, entre las que se debe destacar la generación de un entorno favorable y el desarrollo de seis actividades programáticas básicas sugeridas por ONUSIDA: prevención de la transmisión vertical, promoción y distribución de preservativos, prevención con población más expuesta (HSH y TS), atención y tratamiento en PVV, circuncisión masculina<sup>59</sup> y programas de cambio de comportamiento.

Con respecto al financiamiento futuro, debe tomarse en cuenta que:

- Con la Ley de aseguramiento universal la afiliación a algún régimen de aseguramiento en salud es obligatoria para toda la población, por lo cual es importante la promoción de la afiliación entre la población más vulnerable.
- En el sector público nacional se provee Tratamiento antirretroviral desde el año 2003, los antirretrovirales por su toxicidad en el mediano y largo plazo, producen una serie de complicaciones que representan gasto, cuando el paciente pertenece a ESSALUD, el gasto es asumido por este, pero cuando el paciente no tiene seguro o inclusive si pertenece al SIS el gasto es asumido por los pacientes. Los paquetes que se diseñen en el marco del PPR debe contemplar la evolución de la condición de salud en las PVV, como resultado de las reacciones al medicamento.
- La función de las consejerías que se brinda en los CERITS y UAMP, en adición al tema de prevención en ITS, también está orientada a reforzar la autoestima de las trabajadoras sexuales y en el caso de los HSH a apoyarlos en la construcción de una nueva identidad sexual dentro de la diversidad homosexual<sup>(60)</sup> para este fin se requiere reforzar con sicólogos y siquiátras, sin embargo es exigencia para la inclusión

<sup>59</sup> La circuncisión masculina es recomendada para contextos de elevada prevalencia de VIH en población general. No es el caso del Perú, donde la evidencia epidemiológica indica que la epidemia está concentrada en los grupos de alto riesgo.

<sup>60</sup> Fuente: “Capítulo teórico-metodológico sobre la incorporación del enfoque de género en las cuentas nacionales referidas a ITS y VIH y los estudios MEGAS para la guía metodológica sobre MEGAS”. En el documento refieren la entrevista realizada a los integrantes de la ESN PC ITS/VIH/SIDA: “..... esta población necesita un trabajo que va más allá de la salud mental, y que durará probablemente hasta que logren construirse un concepto de género en el que ellos se sientan cómodos, ya que al parecer hasta ahora solo vendrían captando lo que se dice de ellos y que los relaciona generalmente con comportamientos no aceptados socialmente y sobre los cuales procurarían incidir. (...) requiere de terapias, por ello cada región ya cuenta con el presupuesto para contratar un psicólogo para complementar el trabajo de las consejerías en cada CERITS y UAMP, lo que no implica que las acciones serían las suficientes.”

en el esquema del presupuesto por resultados mostrar evidencias sobre resultados de las estrategias, cuando esta no puede ser mostrada no puede ser incluida.

- Sobre este aspecto debe considerarse que la formulación de acciones dentro del marco del Presupuesto por resultados para incluir el enfoque de género puede estar orientada a:

(a) Potenciar programas o acciones ya existentes que abordan la brecha de género priorizada (lo que puede implicar su rediseño) o

(b) Crear un nuevo programa si se considera necesario para atender mejor la brecha,

En ambos casos es necesario generar estudios o sistematizar información que demuestren las evidencias de intervenciones.

## I. Bibliografía

- Banco Mundial, *Confronting AIDS* by Joseph Stiglitz, 1997, Washington, D.C.
- Banco Mundial, *Compromiso con los resultados: mejorar la eficacia de la asistencia en la lucha contra el VIH/SIDA*, 2005, Washington, D.C.
- CARE, *Evaluación de los sistemas de distribución y almacenamiento de preservativos*, 2008
- Consorcio Abriendo Caminos/CARE/FMSTM, *Levantamiento de información presupuestal multisectorial* 2004, 2005, Lima Perú
- Consorcio Abriendo Caminos /CARE/FMSTM, *Levantamiento de información presupuestal multisectorial*”, 2004, Lima Perú
- Consorcio Abriendo Caminos /CARE/FMSTM, *Sub-Estudio cuantitativo sobre la inversión multisectorial en VIH/SIDA y Tuberculosis en los años 2005 y 2006*, 2007, Lima Perú
- Hecht, R. et al (2009) *Critical Choices In Financing The Response To TheGlobal HIV/AIDS Pandemic. Costs could rise to \$35 billion a year by 2031—unless the world takes dramatic steps to avert the worst outcomes*. In: *HEALTH AFFAIRS ~ Volume 28, Number 6*, 2009. Pages 1591-1605.
- INPPARES, Asociación civil Vía Libre, Asociación civil Selva amazónica, *Evaluación de la Estrategia de PEPs*, 2010
- Kusunoki, L. y Navarro, C. (2006) *Plan para alcanzar el acceso universal a la atención integral en VIH/sida 2006-2010*. Lima: ONUSIDA.
- Ley de Presupuesto del Sector público para el año 2007 – Ley 28927, 2007
- Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud- Ley 29344, 2009
- Ley de Bases de la Descentralización - Ley 27783, 2002
- Ley de Transparencia y acceso a la Información pública - Ley 27806, 2002
- Ley del Ministerio de Salud - Ley 27657, 2002
- Ley que exonera del pago del impuesto general a las ventas y de los derechos arancelarios a los medicamentos para tratamiento oncológico y VIH/SIDA - Ley 27450, 2005
- MINSA -OGPP / CIES. *Observatorio de la Salud, Cuentas Nacionales de Salud 1995-2005*, 2008, Lima Perú
- MINSA, *Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 para la Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA*, 2007, Perú
- MINSA, Resolución ministerial 752-2004/MINSA, "Norma Técnica para la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad-TARGA - en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana", 8 enero del 2004
- MINSA, Decreto supremo N° 013-2003-SA, Reglamento de la Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud, 2003
- MINSA, Decreto supremo N° 017-2006-SA, Reglamento de ensayos clínicos en el Perú, 2006
- OIT, *Encuesta personas que viven con VIH sobre su condición laboral en Lima y Callao*, 2009
- ONUSIDA, *Informe UNGASS*, 2008
- ONUSIDA, *MEGAS, Medición del gasto en SIDA: Clasificación y definiciones*, 2009
- ONUSIDA, *Medición de Gasto en SIDA en el Perú – MEGAS 2005 al 2007*, 2008, Lima Perú
- Schwartländer, B., Stover, J. et al (2011) *Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS*. In: *Health Policy*. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) Published online June 3, 2011 DOI:10.1016/S0140-6736(11)60702-2
- SIDALAC/FUNSALUD, *Flujo de financiamiento y gasto en VIH SIDA – Cuentas Nacionales en VIH SIDA*, 1999-2000, 2001, Perú

## **Anexos**

## Anexo 1 – Definiciones <sup>(61)</sup>

En la Medición de gasto en SIDA, los gastos y flujos financieros relacionados con la respuesta nacional al VIH se organizan en tres dimensiones: financiación, provisión y consumo. La clasificación de las tres dimensiones y las seis categorías conforman el marco del sistema MEGAS. Estas dimensiones incorporan seis categorías:

Financiación	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Los agentes de financiación (FA) son entidades que combinan recursos financieros para costear los programas de prestación de servicios y también para tomar decisiones programáticas (comprador-agente).</li><li>2. Las fuentes de financiación (FS) son entidades que proporcionan dinero a los agentes de financiación.</li></ol>
Provisión de servicios para el VIH	<ol style="list-style-type: none"><li>3. Los proveedores (PS) son entidades que participan en la producción, la provisión y la prestación de servicios del VIH.</li><li>4. Los factores de producción/costos de recursos (PF) son insumos (mano de obra, capital, recursos naturales, conocimiento técnico y recursos empresariales).</li></ol>
Uso	<ol style="list-style-type: none"><li>5. Las categorías de gasto relativo al sida (ASC) son intervenciones y actividades relacionadas con el VIH.</li><li>6. Los segmentos beneficiarios de la población (BP), es decir, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, consumidores de drogas inyectables, etc.</li></ol>

## Categorías de gasto

### 1. Prevención

La prevención se define como un conjunto integral de actividades o programas diseñado para reducir el comportamiento de riesgo. Entre los resultados se encuentran una disminución en las infecciones por el VIH entre la población y mejoras en la calidad y la seguridad en los centros de salud con respecto a las terapias administradas en forma exclusiva o en gran medida a pacientes con VIH. Los servicios de prevención comprenden el desarrollo, la difusión y la evaluación de material adaptado desde el punto de vista lingüístico, cultural y de la edad para complementar los objetivos del programa.

### 2. Atención y tratamiento

Atención y tratamiento hace referencia a todos los gastos, las compras, las transferencias y la inversión en los que se incurrió para brindar acceso a actividades en dispensarios, hogares o la comunidad para el tratamiento y la atención de adultos y niños VIH-positivos. El componente de tratamiento y atención incluye las siguientes intervenciones y actividades.

### 3. Huérfanos y niños vulnerables

Un huérfano se define como un menor de 18 años que ha perdido a uno o ambos progenitores, independientemente del apoyo económico (ya sea que se relacione o no con el programa nacional de sida). En el contexto de las MEGAS, deben incluirse todos los gastos para sustituir a los padres en el cuidado de sus hijos porque han fallecido a causa del VIH; gastos incurridos para proporcionar mitigación social a todos los huérfanos dobles y la mitad de los huérfanos o los huérfanos de un solo progenitor. En este contexto, niños vulnerables se refiere a aquellos que están próximos a quedar huérfanos y que no reciben apoyo como tales porque al menos uno de sus progenitores está con vida pero gravemente enfermo para cuidarlos.

<sup>61</sup> Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), MEGAS Medición del Gasto en Sida: Clasificación y definiciones, 2009

#### 4. Gestión y administración de programas

Los gastos programáticos se definen como aquellos incurridos en los niveles administrativos fuera del punto de prestación de la atención sanitaria. Los gastos programáticos cubren servicios como la gestión de programas de sida, vigilancia y evaluación (V+E), sensibilización, capacitación previa al servicio y mejora de instalaciones a través de la compra de equipos de laboratorio y telecomunicaciones. Abarca inversiones de más largo plazo, como construcción de servicios sanitarios, que benefician al sistema de salud en conjunto.

#### 5. Recursos humanos

Se refiere a los servicios de la fuerza laboral a través de enfoques para la capacitación, la contratación, la retención, el despliegue y la recompensa por buen desempeño de directores y trabajadores sanitarios por el trabajo en el campo del VIH. La fuerza laboral relacionada con el VIH no se limita al sistema de salud. En esta categoría se incluye el pago directo de beneficios salariales para trabajadores sanitarios. Estos gastos tienen como finalidad garantizar la disponibilidad de recursos humanos a partir de los existentes actualmente en el sector salud. Por lo tanto, sólo apuntan a incluir los incentivos adicionales para este propósito. El costo directo asociado con los recursos humanos se incluye en los costos de cada una de las demás categorías de gasto.

#### 6. Protección social y servicios sociales

Se refiere a las funciones de organizaciones gubernamentales o no gubernamentales relativas a la provisión de beneficios monetarios y beneficios en especie a categorías de personas definidas por determinados requisitos como enfermedad, vejez, incapacidad, desempleo, exclusión social, etc. La protección social comprende los servicios sociales personales y la seguridad social. Incluye gastos en servicios y transferencias proporcionados no sólo a personas individuales sino también a hogares, además de los gastos por servicios prestados en forma colectiva.

#### 7. Entorno favorable

Incluye un conjunto completo de servicios que generan un espectro más amplio y de mayor alcance de apoyo de los principios clave y las acciones esenciales para promover la prevención del VIH y reducir el estigma y la discriminación.

También incluye: programas de derechos humanos que facultan a las personas a reivindicar sus derechos brindándoles conocimiento y comprensión de sus derechos y responsabilidades en virtud de los derechos humanos o los sistemas jurídicos nacionales; provisión de servicios jurídicos y asesoramiento para promover el acceso a la prevención, la atención y el tratamiento; desarrollo de la capacidad en derechos humanos; programas específicos del sida orientados a las mujeres como actividades mejoradas de salud reproductiva y programas para reducir la violencia de género.

#### 8. Investigación relacionada con el VIH

La investigación relacionada con el VIH se define como la generación de conocimiento que puede utilizarse para prevenir la enfermedad y promover, restablecer, mantener, proteger y mejorar el desarrollo de la población y el bienestar de las personas. Cubre los investigadores y profesionales que participan en la concepción o creación de nuevos conocimientos, productos, procesos, métodos y sistemas para el VIH y en la gestión de programas dedicados al VIH y el sida. También deben incluirse los directores y administradores cuando dedican al menos 10% de su tiempo en apoyo de las actividades de investigación. Los investigadores incluyen estudiantes de posgrado pero no técnicos. Los técnicos y personal equivalente son personas cuyas tareas principales requieren conocimiento técnico y experiencia. Participan en I+D realizando tareas científicas y técnicas que implican la aplicación de conceptos y métodos operativos, normalmente bajo la supervisión de los investigadores. Esta categoría excluye la investigación de operaciones sobre sistemas sanitarios con el objeto de mejorar los resultados.

## Aseguramiento universal en salud

El aseguramiento universal es un proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).

La Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (LMAUS) y su reglamento establecen normas para la regulación, financiamiento, prestación y supervisión del Aseguramiento en Salud, con criterio de progresividad y en el marco del proceso de descentralización. También establece mecanismos de articulación e integración de los agentes que participan, así como el intercambio de información, sistema de referencia, estándares, régimen de sanciones y mecanismos de solución de controversias.

La implementación de un plan básico de salud (PEAS) bajo un sistema de aseguramiento universal a toda la población hace necesaria un buen manejo de información para evitar subsidios cruzados y optimizar el sistema de referencia, así como permitir el intercambio de prestaciones entre las instituciones aseguradoras, por lo cual se requiere:

- Establecer un sistema estandarizado de Información prestacional basado en un conjunto mínimo de datos homogéneos para todas las instituciones prestadoras de salud, considerando como elementos obligatorios la identificación de la persona (DNI).
- El uso del CIE-10 para identificar diagnósticos y otros mecanismos para identificar procedimientos de salud.
- Contar con un sistema estandarizado de información financiera y facturación necesaria para las evaluaciones de siniestralidad, así como un sistema de facturación único para viabilizar el sistema de intercambio de prestaciones entre aseguradores.

## Entidades Prestadoras de Salud (EPS)

Se crearon en el marco de la Ley de modernización de la salud en el año 1997, que estableció que el Seguro social de salud (ESSALUD) otorga cobertura a sus asegurados y se complementa con los planes y programas de salud, brindados por la Entidades Prestadoras de Salud (EPS) debidamente acreditadas. Las EPS son empresas e instituciones públicas o privadas, distintas a ESSALUD, cuyo único fin es prestar servicios de atención de salud, con infraestructura propia y/o de terceros, sujetándose a los controles de la SUNASA. Las EPS se constituyen como personas jurídicas, organizadas de acuerdo a la legislación peruana, previa autorización de organización otorgada por la SUNASA. Para el inicio de sus operaciones, solicita la autorización de funcionamiento, una vez cumplidos los requisitos mínimos establecidos en la Ley n° 26790 y su Reglamento.

## Epidemia concentrada, generalizada e incipiente <sup>(62)</sup>

Los epidemiólogos han clasificado los países según el grado de infección de diferentes grupos de la población. En países con una epidemia incipiente, la propagación del VIH está pendiente, aun entre quienes tienen patrones de comportamiento de alto riesgo. Una epidemia está concentrada cuando los niveles de infección han aumentado considerablemente entre las personas con comportamiento de alto riesgo, pero todavía está por aumentar en la población en general que es más numerosa y está expuesta a poco riesgo. Una epidemia generalizada es aquella en que el VIH se ha trasladado de las poblaciones con comportamiento de alto riesgo y pasa a infectar considerablemente a la población expuesta a poco riesgo. En realidad, hay un continuo en las tasas de infección en diferentes grupos; estas “etapas” se presentan con la intención de destacar el punto en que se encuentra una epidemia en relación con ese continuo.

El Banco Mundial utiliza las siguientes definiciones: una epidemia incipiente se define como aquella en que la prevalencia de infección por el VIH es menor de 5% en las poblaciones de alto riesgo. Una epidemia

---

<sup>62</sup> Fuente: Banco Mundial, Compromiso con los resultados: mejorar la eficacia de la asistencia en la lucha contra el VIH/SIDA, 2005, Washington, D.C.

concentrada se define por una prevalencia de infección por el VIH de más de 5% en las poblaciones de alto riesgo, pero con menos de 5% en la población en general, y una epidemia generalizada se define por una prevalencia de infección por el VIH de 5% o más en la población en general.

Hay diferentes convenciones para establecer el límite de la prevalencia del VIH para definir estas etapas. Para una epidemia generalizada, en el informe del Banco Mundial (2000) se empleó un umbral de 7% en la población en general; en el otro extremo, el ONUSIDA ha empleado una tasa de sólo 1%. En el informe del Banco Mundial “Compromiso con los resultados: mejorar la eficacia de la asistencia en la lucha contra el VIH/SIDA” se usa un valor intermedio de 5%, el mismo empleado en el informe del Banco Mundial (1997) que clasificó a todos los países en desarrollo por “etapa” de la epidemia en 1997 y en el año 1999, en una edición actualizada.

## Presupuesto por resultados – PPR

El presupuesto por resultados es un mecanismo de asignación de recursos, que vincula la asignación de recursos y los resultados esperados de la intervención del Estado. Establece un proceso sistemático de vinculación de resultados con productos, acciones y medios necesarios para su ejecución, y sustentados sobre la base de la información y experiencia existente. Este proceso permite una construcción articulada de intervenciones y posibilita una mejora de los niveles de eficacia y eficiencia en el accionar del Estado.

Al conjunto de intervenciones diseñadas bajo este proceso se le denomina “Programa Estratégico”, al igual que en el Programas del FMSTM el resultado esperado expresado en indicadores es la persona que recibe atención o servicios.

## Sistemas administrativos de información financiera

El Perú es un país que cuenta con sistemas de información financiera detallada y fiable. Esto se debe a las disposiciones de Transparencia fiscal que exigen la difusión de información financiera a través de las páginas web de las instituciones<sup>(63)</sup> y también se debe a que estos sistemas incorporan todas las fases de ejecución financiera: presupuestal, programación de compras y registro de pagos.

En el mismo sentido, se cuentan con registros de importaciones sobre productos específicos (condones, ARV, reactivos), algunos de los cuales se encuentra exonerados de impuestos, tal es el caso de los medicamentos e insumos para la fabricación de medicamentos antirretrovirales.<sup>(64)</sup>

– Sistema integrado de administración financiera (SIAF)

A partir de enero de 1999 el SIAF se ha constituido en el Sistema Oficial de registro de las operaciones de Gasto e Ingreso de las Unidades Ejecutoras del Sector Público en el Perú, sustituyendo diversos registros y reportes de la Dirección Nacional de Presupuesto Público (DNPP), la Dirección General de Tesoro Público y la Contabilidad Pública Nacional. El sistema es administrado por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Cada mes las Unidades Ejecutoras reciben, a través del SIAF, su Calendario de Compromisos elaborado por la DNPP. Las Unidades Ejecutoras registran en el SIAF sus operaciones de gastos e ingresos, información que luego es transmitida al MEF para su verificación y aprobación. La información es actualizada permanentemente y es de fácil acceso.

- Sistema electrónico de contrataciones del Estado (SEACE)

El SEACE es un sistema que registra las contrataciones públicas mediante el uso del Internet, a través de su plataforma tecnológica 100% web. Es administrado por el MEF y ha sido desarrollado bajo tecnología cliente / servidor. Todas las Entidades Públicas en el Perú (2,730 aproximadamente) están obligadas a utilizar el SEACE. Asimismo, los Proveedores interesados en contratar con el Estado y la ciudadanía en general tienen

<sup>63</sup> Ley de transparencia y acceso a la Información pública - Ley 27806, 2002

<sup>64</sup> Ley que exonera del pago del impuesto general a las ventas y de los derechos arancelarios a los medicamentos para tratamiento oncológico y VIH/SIDA - Ley 27450, 2005

acceso a la información contenida en el SEACE. Las transacciones electrónicas realizadas por medio del SEACE poseen la misma validez legal y eficacia que los actos realizados por medios manuales. A partir de setiembre del 2006, se ha integrado la información del SEACE con la del SIAF, lo cual significa que no es posible registrar compromisos de pagos por el SIAF (por contrataciones y/o adquisiciones), mientras no se realice previamente el registro del contrato en el SEACE.

– Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP)

Vigente a partir de junio del año 2000, el SNIP es un sistema que regula la declaración de viabilidad de los sistemas de inversión ejecutados por las instituciones del Estado. En el Banco de proyectos, herramienta del SNIP, se publica información resumida y estandarizada de la totalidad de proyectos de Inversión Pública en fase de pre-inversión.<sup>( 65 )</sup> Sirve como mecanismo de interacción entre las entidades formuladoras y las evaluadoras de proyectos, se puede consultar en línea en la web del MEF. En los últimos se han registrado 10 PIP relacionados a VIH: 3 en el 2008, 2 en el 2009 y 5 en el 2010.

---

<sup>65</sup> Un Proyecto de Inversión Pública (PIP), es toda intervención limitada en el tiempo que utiliza total o parcialmente recursos públicos, con el fin de crear, ampliar, mejorar, modernizar o recuperar la capacidad productora de bienes o servicios; cuyos beneficios se generen durante la vida útil del proyecto y éstos sean independientes de otros proyectos.

## Anexo 2 – Evolución de la normatividad en SIDA 1990 – 2010, por categorías de gasto MEGAS

Tema	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Desarrollo comunitario y ambiente mejorado</b>																	
Planes VIH	Ley 25275 Declaran prioridad VIH		Ley 26626 Ley Contra SIDA	DS 004-97- SA Reglamento Ley SIDA			Plan VIH 2001-2004 (Web MINSa)				Ley 28243 Modifica Ley SIDA	RM 721-2005/SA Plan ESN VIH		DS 005-2007- SA PEM VIH 2007-2011	Ord. 028-2008 PERM Loreto	Ord. 059-2009 Prioridad Cusco Ord. 023-2009 Prioridad Ancash Ord. 017-2009 PERM Tumbes	Ord.031-2009 PERM Lambayeque Ord.018-2009 PERM Ucayali Ord.187-2010 PERM Piura Ord.200-MVES Plan prevención Villa el salvador
Adolescentes														Proyecto Ley adolescentes *		Acceso servicios Ord.012-2009 Loreto,  Ord.011-2009 Ucayali Ord.0005-2009 Ica	
TS Y HSH																Ord. Decreto 010 Ord.010 DDHH TS Callao (2)	
Planes otros								DS 017-2001- PROMUDEH Plan Violencia sexual	DS 003-2002- PROMUDEH Plan Infancia y adolescencia		DS 005-2004- MIMDES Plan Familia	DS009-2005- MIMDES Plan PIO RM068-2005-ED MINEDU  DS017-05-JUS  Plan DDHH RM437-2005/SA Guía Poblaciones excluidos	DS 038-2006 Plan Juventud	Ley 28983 Plan PIO RM 141- 2007/SA Guía Violencia de genero			
Salud sexual													RM 290-2006/SA Consejería		RM 278- 2008/SA Adecuación cultural Consejería	RS164-2009/SA Tamizaje VIH MEF	
Lugares de trabajo															RM 376-2008- TR Medidas nacionales		
Organización										RM 471 DE/SG DS 012-DE/SG COPRECOs	RM 278-2004- DE/SG RS 138- 2004-DE/SG COPRECOs						
Otros				RS458-97RE Curso internacion al		RS 095-99-RE Curso internacional		RM0638- 2001RE Curso internacional			RM 1050-2004- RE  Curso	RS 537-2005-RE Curso internacional RM 1199-2005- RE			RM787- 2008SA Foro VIH	R.0023-2009 Informe Defensorial	

Tema	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
											internacional RM 1004-2004-RE Congreso	Evento					
MCP Representante s											DS 007-2004-SA Creación MCP	RM218-2005/SA  Reglamento RM2433-2005-IN RM288-2005-JUS RM160-2005-TR DS 005-2005-SA RM005-2005-JUS	RM571-2006-DE RM 1067-2006/SA RM 427-2006-TR	RM307-2007/SA RM503-2007DE	RM416-2008/SA		

## Prevención

Bancos de sangre		Ley 26454 Crea PRONA HEBAS															
ITS			RM 235-96-SA Doctrina		RM306-98-SA Consejería RM428-98-SA Manejo ITS						RM 125-2004/SA Consejería ITS					RM 264-2009/SA Consejería RM263-2009/SA Manejo ITS	
TS Y HSH											RM 074-2004/SA PEPs					RM 650-2009/SA	
												RM107-2005/SA  RM583-2005/SA RM633-2005/SA MINS RM 068-2005-ED MINEDU					
Manejo Ex post exposición						Guía (Web SA)											RM 768 -2010-SA Riesgo ocupacional
Transmisión vertical										D.005-2003-SA Manejo ITS		RM 084-2005/SA  Norma técnica TV		RM 463-2007/SA Plan TV	RM 335-2008/SA NT Sífilis congénita		

## Tratamiento

Adherencia y Consejería											RM 1328-2003-SA Consejería RM 752-2004/SA Adherencia						
Co infección											RM 123-2004/SA Qumio-profilaxis	RM 162-2005/SA TB	RM1148-2006/SA				RM 485-2010/SA Hepatitis

Tema	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
													TB MDR RM383-2006/SA Co infección				
Monitoreo										Monitoreo CD4 (Web SA)		NETLAB (pagina web)					
Niños						RM 619-99-SA Manejo VIH				TARGA niños (Web SA)							
TARGA						RM 081-99-SA Guía atención integral					RM124-2004/SA RM939-2004/SA TARGA RM1052-2004SA Reacciones adversas	RM 311-2005/SA TARGA	Guía Atención integral (Web)				

## Apoyo social y económico

Otros						Proyecto Ley centro de reposo *								RM 779-2007/SA Denuncias infectados			
-------	--	--	--	--	--	---------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	-------------------------------------	--	--	--

## Gestión de programa

Exoneración Impuestos ARV								Ley 27450 DS236-2001-EF Ley y lista ARV	DS 143-2002-EF	DS 049-2003-EF Lista ARV		DS 041-2005-EF Lista ARV	DS 093-2006-EF Lista ARV		DS008-2008-EF	DS004-2009-SA Lista ARV	DS006-2010-SA Lista ARV
	DS 167-2002-EF Lista ARV C.I.-CR-024-2002 C.I.-CR-01-2002 Otros		RM008-2009-EF Lista ARV														
Financiamiento								Ley 27812 Creación SIS DS003-2002-SA DS040-2002-RE DS040-2002-RE Otros	RS 105-2003-EF Donación	DS 010-2004-SA Política Aseguramiento	RM 725-2005/SA	DS006-2006-SA SIS	RM608-2007/SA	RM422-2007/SA RM315-2007/SA DS004-2007-SA SIS RM316-2007/SA Lista Aseguramiento Ley 28927 PPR	Ley 29344 Ley aseguramiento universal		
	SIS RM 944-2005/SA Otros																
Medicamentos estratégicos								RM 1753-2002/SA SISMED	Acuerdo 12 y 13 Callao Exonera proceso VIH	RM 110-2004/SA Lista medicamentos	RM 367-2005/SA SISMED		RM 482-2007/SA Lista	RM 040-2008/SA Exonera proceso			
		RM 734-2005/SA Lista															
SME											RM 669-2005/SA Norma Supervisión		Norma Vigilancia suministro		RM 436-		

Tema	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
												integral		ARV (web)		2009/SA SMEI Sistema M&E		
Contratos FMSTM										2 Ronda Fase 1 diciembre		2 Ronda Fase 2 diciembre	5 Ronda Fase 1 set.	6 Ronda Fase 1 oct.	5 Ronda Fase 2 set.	6 Ronda Fase 2 octubre		
Convenio Perú-Brasil										DS 123-2003-RE Acuerdo complementario		Acuerdo complementario (Web)				DS 047-2009-RE Acuerdo complementario		
Organización			RM 491-96-SA	Ley 26790 Ley de modernización seguridad en salud		Ley 27056 Ley ESSALUD		RM 163-2001-SA Reglamento SA	RM 895-2002-SA	RM 769-2004-SA Categorías RM 771-2004/SA Estrategias RM 1069-2004/SA Provisión servicios DS 130-2004-EF Focalización						RS219-2009-DE/SG COPRECOS		
			Responsable Plan VIH: DGSP						CLAS DS 013-2002-SA DS 014-2002-SA MINSA									RM 1239-2003-SA/SG-DM
																		CLAS
Otros (eventos)								DS 345-2001-RE		RM530-2003-RE RM 814-2003-RE		RM 023-2005-SA	RM598-2006-RE R 1014/RE	RM 1275/RE	R.A. 301-2008-CE-PJ	RM 0870/RE		
								DS 454-2001-RE DS 311-2001-PCM RS 071-2001-TR										
N° de normas	1	1	3	3	2	6	1	9	13	14	22	31	13	19	11	20	7	
		Publicado en pagina web SA				Procedimiento INS			Proyectos no aprobados									

## Anexo 3 - Proyectos de inversión pública que se encuentran registrado en el SNIP. Periodo 2004-2010

SNIP	Nombre del Proyecto de Inversión Pública	Monto S/	Pliego	Situación	Año
<a href="#">12221</a>	Cuidados integrales de atención en VIH/sida en el centro materno infantil San José - Villa el salvador	612,976	Ministerio de salud	Viable	2004
<a href="#">21983</a>	Fortalecimiento de capacidades para la prevención de enfermedades de transmisión sexual ETS/VIH/sida -Talara	67,761	Municipalidad provincial de Talara	Viable	2005
<a href="#">21983</a>	Fortalecimiento de capacidades para la prevención de enfermedades de transmisión sexual ETS/VIH/sida –Talara	67,761	Municipalidad provincial de talara	Viable	2005
<a href="#">23972</a>	Disminución de la prevalencia de infección de transmisión sexual y virus de inmunodeficiencia humana-síndrome de inmuno deficiencia adquirida en la región Ucayali	1,573,274	Gobierno regional Ucayali	Viable	2005
<a href="#">30416</a>	Formación educativa de adolescentes de 10 a 19 años de edad en situación de extrema pobreza para la prevención de la salud sexual y reproductiva de las zonas urbanas y urbanas marginales de las provincias de Huánuco y Leoncio Prado	490,000	Gobierno regional Huánuco	En formulación	2006
<a href="#">36978</a>	Fortalecimiento de las acciones preventivas y atención integral a las personas con VIH/sida en la posta de alto Ilo, provincia de Ilo – Moquegua	282,764	Municipalidad provincial de Ilo	Viable	2006
<a href="#">44255</a>	Mejoramiento de la estrategia sanitaria de salud sexual y reproductiva en los adolescentes del distrito de Moquegua, provincia de mariscal nieta - Moquegua	864,852	Municipalidad provincial de mariscal nieta	Viable	2008
<a href="#">48573</a>	Fortalecimiento de derechos sexuales y reproductivos en niños, niñas y adolescentes de la región Cusco	971,019	Gobierno regional cusco	Viable	2008
<a href="#">70711</a>	Fortalecimiento común al de la prevención del VIH del, distrito de Punchana - Maynas – Loreto	117,470	Municipalidad distrital de Punchana	No Viable	2007
<a href="#">82594</a>	Fortalecimiento de capacidades en salud sexual y reproductiva del área de la gerencia de desarrollo educativo y salud de la municipalidad distrital de Pichari, distrito de Pichari - la Convención – Cusco	3,871,562	Municipalidad distrital de Pichari	Viable	2010
<a href="#">84106</a>	Instalación, acondicionamiento del tren de la juventud para brindar acceso a información en salud sexual a los adolescentes y jóvenes de las seis zonas, distrito de ate - Lima - Lima	100,000	Municipalidad distrital de ate	En evaluación	2008
<a href="#">90589</a>	Mejoramiento de capacidades a estudiantes de 4to y 5to de secundaria en salud sexual reproductiva a través de la creación de una red de promotores -, distrito de san Juan de Lurigancho - Lima – Lima	184,492	Municipalidad distrital de san Juan de Lurigancho	Viable	2010
<a href="#">91703</a>	Mejoramiento de los sistemas de información sobre participación ciudadana (pc), salud sexual reproductiva, identidad cultural(ic) y emprendimientos económicos (ee), dirigidos a los adolescentes y jóvenes ate, distrito de ate - Lima – Lima	101,330	Municipalidad distrital de ate	Viable	2008
<a href="#">94407</a>	Fortalecimiento de capacidades para la prevención de enfermedades de transmisión sexual en la población joven de Punchana, distrito de Punchana - Maynas - Loreto	98,840	Municipalidad distrital de Punchana	NO Viable	2008
<a href="#">100238</a>	Fortalecimiento de capacidades en el manejo del VIH SIDA estigma y discriminación en Ica, provincia de Ica - Ica	42,833	Municipalidad provincial de Ica	Viable	2008
<a href="#">103639</a>	Fortalecimiento de los problemas en salud VIH-sida de la región Ica	1,831,000	Gobierno regional Ica	En evaluación	2008
<a href="#">105839</a>	Mejoramiento de las capacidades sobre salud sexual y reproductiva en los adolescentes de la región Moquegua	1,912,376	Gobierno regional Moquegua	En formulación	2008
<a href="#">107720</a>	Mejorar el acceso a los servicios de salud preventivo promocional del VIH-sida en la población adolescente de las instituciones educativas	966,743	Gobierno regional tumbes	Viable	2009

SNIP	Nombre del Proyecto de Inversión Pública	Monto S/	Pliego	Situación	Año
	publicas del nivel secundario del distrito de tumbes - micro red de pampa grande - red tumbes				
<a href="#">109277</a>	Mejoramiento de los sistemas de información sobre salud sexual y reproductiva en las instituciones educativas públicas de nivel secundario del distrito de Cajamarca, provincia de Cajamarca – Cajamarca	211,957	Municipalidad provincial de Cajamarca	Viable	2009
<a href="#">109637</a>	Mejoramiento de la estrategia sanitaria de salud sexual y reproductiva en los adolescentes de Torata, distrito de Torata - mariscal nieta – Moquegua	761,200	Municipalidad distrital de Torata	Viable	2009
<a href="#">113683</a>	Mejoramiento en estilos de vida responsable en salud sexual y salud reproductiva para los y las adolescentes y jóvenes en 17 establecimientos de salud de las redes 1, 2, 3 y 4 de la región Ucayali	1,932,832	Gobierno regional Ucayali	Viable	2010
<a href="#">115027</a>	Acondicionamiento promoción de la salud sexual y reproductiva a nivel distrital., distrito de el agustino - Lima - Lima	-	Municipalidad distrital de el agustino	Viable	2009
<a href="#">121221</a>	Fortalecimiento de capacidades sobre salud sexual y reproductiva, dirigido a la población de adolescentes y jóvenes ,, distrito de Belén - Maynas - Loreto	39,530	Municipalidad distrital de belén	En evaluación	2009
<a href="#">132001</a>	Fortalecimiento de las capacidades de los docentes y padres de familia en educación sexual, distrito de Víctor Larco herrera - Trujillo - La Libertad	9,910	Municipalidad distrital de Víctor Larco herrera	No Viable	2009
<a href="#">132225</a>	Construcción de un albergue para enfermos de tuberculosis MDR y VIH SIDA en la región Tacna	3,098,129	Gobierno regional Tacna	En formulación	2009
<a href="#">132616</a>	Prevención promoción y control de las ITS-VIH SIDA	1,327,770	Gobierno regional Amazonas	En formulación	2009
<a href="#">143153</a>	Fortalecimiento de capacidades para la prevención de las ITS, VIH y SIDA en las provincias de Maynas, Requena, Alto Amazonas y Mariscal Ramón Castilla, en la región Loreto	1,911,821	Gobierno regional Loreto	En evaluación	2010
<a href="#">143419</a>	Mejoramiento del acceso a los servicios de salud preventivo promocionales de la población general y personas al VIH SIDA, ITS y violencia sexual en la micro red de corrales - red tumbes	1,733,919	Gobierno regional tumbes	En evaluación	2010
<a href="#">143575</a>	Instalación de promotores juveniles de la salud en tuberculosis, VIH-sida y desnutrición a nivel distrital, distrito de El Agustino - Lima – Lima	15,000	Municipalidad distrital de el agustino	Viable	2010
<a href="#">143755</a>	Fortalecimiento de la salud sexual y reproductiva a nivel distrital, distrito de el agustino - Lima - Lima	26,500	Municipalidad distrital de el agustino	Viable	2010
<a href="#">147597</a>	“Fortalecimiento de capacidades para la prevención y control de infecciones de transmisión sexual y VIH-sida en el centro de referencia de infecciones de transmisión sexual – CERITS del centro de salud san José del distrito y provincia de Piura”	1,139,604	Gobierno regional Piura	En formulación	2010
<a href="#">148118</a>	Fortalecimiento de capacidades para la prevención de las ITS, VIH y SIDA en las provincias de Maynas, Requena, alto Amazonas y mariscal Ramón Castilla, en la región Loreto	1,911,821	Gobierno regional Loreto	En formulación	2010
<a href="#">150134</a>	Fortalecimiento para la implementación del plan comunicacional en los programas articuladas a nutrición y salud sexual reproductivo, provincia de Tarma - Junín	25,000	Municipalidad provincial de Tarma	Viable	2010
<a href="#">171405</a>	Fortalecimiento de la gestión institucional de las redes de salud para la atención preventivo promocional y control del VIH - SIDA en la región tumbes	2,839,433	Gobierno regional tumbes	En evaluación	2010
<a href="#">172689</a>	Instalación de red de consejeras y consejeros para la prevención de VIH - SIDA y ITS a nivel distrital., distrito de el agustino - Lima – Lima	20,000	Municipalidad distrital de el agustino	Viable	2011

Fuente: Banco de proyectos del Sistema de inversión Pública – SNIP [www.mef.gob.pe](http://www.mef.gob.pe)

## Anexo 4 - Ensayos clínicos relacionados al VIH registrados por el INS desde el año 1998

Código	Título del Ensayo Clínico	Estado	Año
018-98	MESILATO DE MELAVIRDINA: COMPARACIÓN FARMACOCINÉTICA, RANDOMIZADA, DE GRUPOS PARALELOS Y MARBETE ABIERTO DE SQV+3TC+AZT+DLV DOS O TRES VECES DIARIAS VS SQV+3TC+AZT+DLV EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES VIH POSITIVOS	Finalizado	1998
024-99	ESTUDIO ABIERTO RANDOMIZADO DE SUPERIORIDAD COMPARATIVA ENTRE EMTRICITABINA Y ABACAVIR CON TERAPIA COMBINADA DE TRES MEDICAMENTOS EN PACIENTES CON HIV-1 VIRGENES DE TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL	Finalizado	1999
025-99	ESTUDIO ABIERTO RANDOMIZADO DE SUPERIORIDAD COMPARATIVA ENTRE EMTRICITABINA Y ABACAVIR CON TERAPIA COMBINADA DE TRES MEDICAMENTOS EN PACIENTES CON HIV-1 VIRGENES DE TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL	Finalizado	1999
036-01	ENSAYO CLINICO MULTICENTRICO DE FASE II PARA EVALUAR LA CAPACIDAD DE GENERACION DE RESPUESTA INMUNE Y LA SEGURIDAD DE LA VACUNA ALVAC-HIVVCP1452 ADMINSTRADA SOLA Y EN COMBINACION CON LA VACUNA MN RGP 120/HIV-1	Finalizado	2001
031-02	ESTUDIO MULTICENTRICO, DOBLE CIEGO, DE CUATRO GRUPOS PARALELOS, ALEATORIZADO, PARA INVESTIGAR LA DOSIS RESPUESTA DE MICALFUNGIN (FK463) COMPARADO CON FLUCONAZOL, ADMINISTRADOS A PACIENTES VIH POSITIVOS CON ESOFAGITIS CANDIDIASICA CONFIRMADA	Finalizado	2002
027-02	ESTUDIO FASE IIA DEL DB289 PARA EL TRATAMIENTO DE SEGUNDA LINEA DE LA NEUMONIA POR PNEUMOCYSTIS CARINII EN PACIENTES CON INFECCION POR VIH	Finalizado	2002
033-02	ESTUDIO MULTICENTRICO, DOBLE CIEGO, DE CUATRO GRUPOS PARALELOS, ALEATORIZADO, PARA INVESTIGAR LA DOSIS RESPUESTA DE MICALFUNGIN (FK463) COMPARADO CON FLUCONAZOL, ADMINISTRADOS A PACIENTES VIH POSITIVOS CON ESOFAGITIS CANDIDIASICA CONFIRMADA	Finalizado	2002
081-02	ENSAYO CLINICO, RANDOMIZADO, DOBLE CIEGO, CONTROLADO CONTRA PLACEBO UTILIZANDO ACICLOVIR PARA LA REDUCCION DE LA ADQUISICION DE LA INFECCION CON EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) EN INDIVIDUOS SEROPOSITIVOS AL VIRUS DEL HERPES SIMPLE TIPO 2 Y SERONEGATIVOS AL VIH	Finalizado	2002
082-02	ENSAYO CLINICO, CRUZADO, RANDOMIZADO, DOBLE CIEGO, CONTROLADO CONTRA PLACEBO UTILIZANDO VALACICLOVIR PARA SUPRIMIR LA EXCRECION DEL VIRUS HERPES SIMPLE ( VHS ) Y VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) EN INDIVIDUOS COINFECTADOS CON EL VIH TIPO 1 Y EL VHS TIPO 2	Finalizado	2002
032-02	ESTUDIO DE FASE III DE PEG-INTRON EN PACIENTES INFECTADOS POR HIV QUE HAYAN EXPERIMENTADO MULTIPLES TRATAMIENTOS	Finalizado	2002
046-02	ESTUDIO DE FASE II, DOBLE CIEGO RANDIMIZADO, CONTROLADO CON PACEBO, SOBRE LA SEGURIDAD Y LA EFICACIA AL AGREGAR ENTECAVIR A LA TERAPIA ACTUAL CON LAMIVUDINA EN PACIENTES CO-INFECTADOS CON HIV Y VHB QUE PRESENTAN VIREMIA POR HEPATITIS B DURANTE EL TRATAMIENTO CON LAMIVUDINA	Finalizado	2002
069-02	ATAZANAVIR (BMS-232632) PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES INFECTADOS CON HIV QUE COMPLETARON LOS ENSAYOS CLINICOS CON ATAZANAVIR: UN ESTUDIO DE ACCESO EXTENDIDO	Finalizado	2002
063-03	ESTUDIO DE FASE III B, ABIERTO, ALEATORIZADO Y MULTICENTRICO, PARA EVALUAR EL EFECTO SOBRE LOS LIPIDOS SERICOS DE UN CAMBIO AL INHIBIDOR DE LA PROTEASA (IP) ATAZANAVIR, EN PACIENTES INFECTADOS POR EL VIH-1 QUE MUESTRAN SUPRESION VIROLOGICA EN SU PRIMERA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL QUE CONTIENEN IP	Finalizado	2003
033-03	ESTUDIO MUNDIAL DE FASE I, DE DOSIS ESCALADAS, SOBRE LA SEGURIDAD, TOLERABILIDAD E INMUNOGENICIDAD DE UN REGIMEN DE 3 DOSIS DE LA VACUNA DE GAG DEL VIH-1 EN MRKAD5 EN ADULTOS SALUDABLES	Finalizado	2003
029-03	UN ESTUDIO LOCAL DE 48 SEMANAS, EN MODALIDAD ABIERTA, CON UN SOLO GRUPO DE TRATAMIENTO,ACERCA DE LA EFICACIA, SEGURIDAD Y TOLERABILIDAD DE TRIZIVIR (ABACAVIR, 300 MG/LAMIVUDINA, 150 MG/ZIDOVUDINA, 300 MG EN COMBINACION EN UNA TERAPIA DOS VECES POR DIA) ADMINISTRADA A SUJETOS ADULTOS HISPANOS PERUANOS INFECTADOS POR VIH-1 SIN UN TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL PREVIO,CON RECUENTOS BASALES DE LINFOCITOS CD4<400 CELULAS/MM3)	Finalizado	2003
017-03	PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DEL HIV CON PEG-INTRON: SUBESTUDIO DEL ESTUDIO P00737 Y DEL ESTUDIO P00738	Finalizado	2003

Código	Título del Ensayo Clínico	Estado	Año
013-03	ESTUDIO RANDOMIZADO, DOBLE CIEGO, DE TRES GRUPOS PARALELOS, CONTROLADO CON PLACEBO, DE FASE 3, PARA EVALUAR LA EFICACIA Y SEGURIDAD CLINICA DE POLYPHENON® E EN EL TRATAMIENTO DE LAS VERRUGAS GENITALES EXTERNAS	Activo	2003
022-03	ESTUDIO DE FASE III, RANDOMIZADO, DOBLE CIEGO, CONTROLADO CON PLACEBO, SOBRE SEGURIDAD Y EFICACIA DEL INTEFERÓN GAMMA-1B SUBCUTANEO (IFN-Y 1B) EN COMBINACION CON TERAPIA ANTIFUNGICA ESTANDAR PARA EL TRATAMIENTO DE MENINGITIS CRIPTOCÓCCICA AGUDA EN PACIENTES CON SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)	Finalizado	2003
025-03	ESTUDIO DE FASE III, RANDOMIZADO, DOBLE CIEGO, CONTROLADO CON PLACEBO, SOBRE SEGURIDAD Y EFICACIA DEL INTEFERÓN GAMMA-1B SUBCUTANEO (IFN-Y 1B) EN COMBINACION CON TERAPIA ANTIFUNGICA ESTANDAR PARA EL TRATAMIENTO DE MENINGITIS CRIPTOCÓCCICA AGUDA EN PACIENTES CON SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)	Finalizado	2003
070-04	ESTUDIO 5175:ESTUDIO FASE IV PROSPECTIVO, RANDOMIZADO Y ETIQUETA ABIERTA PARA EVALUAR LA EFICACIA DE UN ESQUEMA UNA VEZ AL DIA CONTENIENDO UN INHIBIDOR DE LA PROTEASA Y UN ESQUEMA UNA VEZ AL DIA CONTENIENDO UN INHIBIDOR NO-NUCLEÓSIDO DE LA TRANSCRIPTASA REVERSA PARA EL TRATAMIENTO INICIAL DE PERSONAS INFECTADAS POR EL VIH-1 EN REGIONES DE RECURSOS LIMITADOS. ESTUDIO "PEARLS". VERSIÓN FINAL 2.0, DEL 02 DE AGOSTO, 2006. ESTUDIO A5185S:EFECTO DEL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL INICIAL SOBRE EL VIH DEL COMPARTIMIENTO GENITAL EN INDIVIDUOS DE REGIONES DE RECURSOS LIMITADOS.	Activo	2004
019-04	ESTUDIO FASE IV RANDOMIZADO, ABIERTO, MULTICENTRICO, PARA EVALUAR LA EFICACIA ANTIVIRAL Y LA SEGURIDAD DE ATAZANAVIR CON Y SIN RITONAVIR EN COMBINACIÓN CON LAMIVUDINA Y STADUVINA DE LIBERACIÓN PROLONGADA EN PACIENTES VIRGENES DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL	Finalizado	2004
020-05	ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVO DE SEROCONVERTORES EN EL HPTN 039: EL EFECTO DE LA SUPRESIÓN DEL VHS-2 EN EL SET POINT VIRAL DEL VIH-1	Finalizado	2005
009-05	UN ESTUDIO DE PRUEBA DE CONCEPTO DE FASE II, CONTROLADO POR PLACEBO, MULTICÉNTRICO, DOBLE CIEGO ALEATORIZADO, PARA EVALUAR LA SEGURIDAD Y LA EFICACIA DE UN RÉGIMEN DE 3 DOSIS DE LA VACUNA DE GAG/POL/NEF DEL VIH-1 EN ADENOVIRUS SEROTIPO 5 DE MERCK (MRKAD5) EN ADULTOS EN ALTO RIESGO DE INFECCIÓN POR VIH-1	Finalizado	2005
007-05	UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO, DOBLE CIEGO, RANDOMIZADO, DE DETERMINACIÓN DE RANGO DE DOSIS PARA COMPARAR LA SEGURIDAD Y ACTIVIDAD DE L-000900612 MÁS TENOFOVIR Y LAMIVUDINA (3TC) EN COMPARACIÓN CON EFAVIRENZ MÁS TENOFOVIR Y LAMIVUDINA (3TC) EN PACIENTES INFECTADOS CON VIH NO SOMETIDOS A ART	Finalizado	2005
054-05	VICRIVIROC (SCH 417690) EN EL TRATAMIENTO COMBINADO CON UN RÉGIMEN ANTIRETROVIRAL OPTIMIZADO EN SUJETOS CON TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL PREVIO (ESTUDIO VICTOR-E1)	Finalizado	2005
017-06	ESTUDIO DE FASE II, ALEATORIO, DOBLE, CONTROLADO CONTRA PLACEBO, UTILIZANDO ACICLOVIR PARA LA SUPRESION DE LA CARGA VIRAL DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA TIPO 1 (VIH-1) Y LA EXCRECIÓN MUCOSA DE VIH-1 VIRUS HERPES SIMPLE TIPO 2 (VHS-2) EN MUJERES CO-INFECTADAS	Finalizado	2006
007-06	ESTUDIO MULTICÉNTRICO, DOBLE CIEGO, RANDOMIZADO, CONTROLADO CON PLACEBO PARA EVALUAR LA SEGURIDAD Y ACTIVIDAD ANTIRETROVIRAL DE MK-0518 EN COMBINACIÓN CON UNA TERAPIA DE FONDO OPTIMIZADA (OBT), VERSUS UNA TERAPIA DE FONDO OPTIMIZADA SOLA EN PACIENTES INFECTADOS CON VIH CON RESISTENCIA DOCUMENTADA A POR LO MENOS 1 FÁRMACO DE CADA UNA DE LAS 3 CLASES DE TERAPIAS ANTIRETROVIRALES ORALES AUTORIZADAS	Finalizado	2006
020-06	ESTUDIO INTERNACIONAL, RANDOMIZADO, CONTROLADO DE FASE 3, DE DB289 EN COMPARACIÓN CON TRIMETOPRIMA-SULFAMETOXAZOL PARA EL TRATAMIENTO DE LA NEUMONÍA AGUDA POR PNEUMOCISTIS JIROVECI (PCP) EN PACIENTES CON VIH/SIDA	Finalizado	2006
089-06	ESTUDIO PROSPECTIVO ABIERTO, MULTICÉNTRICO DE PREGABALINA EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR NEUROPÁTICO ASOCIADO CON LA NEUROPATIA PERIFÉRICA DIABÉTICA NEURALGIA POSTHERPÉTICA, DOLOR NEUROPÁTICO PERIFÉRICO RELACIONADO CON EL VIH Y DEL DOLOR NEUROPÁTICO PERIFÉRICO PROVOCADO POR QUIMIOTERAPIA	Finalizado	2006
080-05	ESTUDIO DE 96 SEMANAS DE DURACIÓN QUE COMPARA LA EFICACIA ANTIVIRAL Y LA SEGURIDAD DE ATAZANAVIR/ RITONAVIR CON LOPINAVIR/RITONAVIR, CADA UNO COMBINADO CON DOSIS FIJAS DE TENOFOVIR-EMTRICITABINA, ADMINISTRADAS EN PACIENTES INFECTADOS CON VIH-1 QUE SON VIRGENES DE TRATAMIENTO	Finalizado	2006
092-06	UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO, EN DOBLE CIEGO, RANDOMIZADO, CONTROLADO CON COMPARADOR ACTIVO PARA EVALUAR LA SEGURIDAD Y ACTIVIDAD ANTIRRETROVIRAL DE MK-0518 EN COMPARACIÓN CON EFAVIRENZ EN PACIENTES INFECTADOS CON VIH NO SOMETIDOS A TRATAMIENTO, CADA UNO EN COMBINACIÓN CON TRUVADATM	Activo	2007
038-07	UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO, EN DOBLE CIEGO, RANDOMIZADO, CONTROLADO CON COMPARADOR	Activo	2007

Código	Título del Ensayo Clínico	Estado	Año
	ACTIVO PARA EVALUAR LA SEGURIDAD Y ACTIVIDAD ANTIRRETROVIRAL DE MK-0518 FRENTE A KALETRA™ EN PACIENTES INFECTADOS CON VIH TRASLADADOS DE UN RÉGIMEN ESTABLE BASADO EN KALETRA™ - ESTUDIO B		
068-07	VICRIVIROC EN EL TRATAMIENTO COMBINADO CON UN RÉGIMEN ANTIRRETROVIRAL OPTIMIZADO EN SUJETOS INFECTADOS CON VIH QUE RECIBIERON TRATAMIENTO CON ANTERIORIDAD. (VICTOR – E4)	Finalizado	2007
072-06	QUIMIOPROFILAXIS PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH EN HOMBRES	Activo	2007
008-07	ESTUDIO CLÍNICO DE FASE IB PARA COMPARAR LA SEGURIDAD, LA TOLERABILIDAD Y LA INMUNOGENICIDAD DE UNA VACUNA DE REFUERZO DEL VECTOR ADENOVIRAL DEL VIH-1 ADMINISTRADA POR VÍA INTRAMUSCULAR, INTRADÉRMICA O SUBCUTÁNEA, DESPUÉS DE LA ADMINISTRACIÓN POR VÍA INTRAMUSCULAR DE UNA VACUNA DE SENSIBILIZACIÓN DE PLÁSMIDOS DE ADN DEL VIH A PERSONAS ADULTAS SANAS, NO INFECTADAS POR EL VIH-1 Y SEROPositivas FRENTE AL ADENOVIRUS TIPO 5	Activo	2007
011-07	ESTUDIO MULTICÉNTRICO, DOBLE CIEGO, RANDOMIZADO, CONTROLADO CON PLACEBO PARA EVALUAR LA SEGURIDAD Y ACTIVIDAD ANTIRRETROVIRAL DE MK-0518 EN COMBINACIÓN CON UNA TERAPIA DE FONDO OPTIMIZADA (OBT) VERSUS UNA TERAPIA DE FONDO OPTIMIZADA SOLA EN PACIENTES INFECTADOS CON VIH CON RESISTENCIA DOCUMENTADA A POR LO MENOS 1 FÁRMACO DE CADA UNA DE LAS 3 CLASES DE TERAPIAS ANTIRRETROVIRALES ORALES AUTORIZADAS	Finalizado	2007
039-07	UN ESTUDIO SOBRE LA ESTRATEGIA DE LA INICIACIÓN INMEDIATA VERSUS INICIACIÓN DIFERIDO DE LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EN PERSONAS INFECTADAS CON VIH TRATADAS PARA TUBERCULOSIS CON CD4 < 200 CÉLULAS/MM3 VERSIÓN FINAL 1.0 DE 14 DE MARZO 2005	Activo	2007
007-08	EL EFECTO DE UN CURSO CORTO DE COMBINACIÓN DE TERAPIA ANTIRETROVIRAL PREVIA ADMINISTRADA PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH-1 DE MADRE A HIJO (PMTCT) SOBRE LA EFICACIA DE UN TRATAMIENTO SUBSECUENTE O POSTERIOR EN PARTICIPANTES “CASI NO EXPUESTAS” A TRATAMIENTO	Activo	2008
021-08	ESTUDIO FASE 2B/3, RANDOMIZADO, DOBLE CIEGO, DE CONFIRMACIÓN DE DOSIS, DE SEGURIDAD, EFICACIA Y TOLERABILIDAD DE APRICITABINA VERSUS LAMIVUDINA EN PACIENTES INFECTADOS CON VIH-1 QUE HAN RECIBIDO TRATAMIENTO PREVIO, Y CON MUTACIÓN M184V/I EN LA TRANSCRIPTASA REVERSA.	Finalizado	2008
066-08	UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO, EN DOBLE CIEGO, RANDOMIZADO, CONTROLADO CON COMPARADOR ACTIVO PARA EVALUAR LA SEGURIDAD Y ACTIVIDAD ANTIRRETROVIRAL DE MK-0518 EN COMPARACIÓN CON EFAVIRENZ EN PACIENTES INFECTADOS CON VIH NO SOMETIDOS A TRATAMIENTO, CADA UNO EN COMBINACIÓN CON TRUVADA™ - ESTUDIO DE EXTENSIÓN	Activo	2008
054-08	ESTUDIO MULTICÉNTRICO, EN DOBLE CIEGO, RANDOMIZADO, DE DETERMINACIÓN DEL RANGO DE DOSIS PARA COMPARAR LA SEGURIDAD Y ACTIVIDAD DE MK-0518 MÁS TENOFOVIR Y LAMIVUDINA (3TC) EN COMPARACIÓN CON EFAVIRENZ MÁS TENOFOVIR Y LAMIVUDINA (3TC) EN PACIENTES INFECTADOS CON VIH NO SOMETIDOS A ART- ESTUDIO DE EXTENSIÓN	Finalizado	2008
089-08	UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO, EN DOBLE CIEGO, RANDOMIZADO, CONTROLADO CON COMPARADOR ACTIVO PARA EVALUAR LA SEGURIDAD Y ACTIVIDAD ANTIRRETROVIRAL DE MK-0518 FRENTE A KALETRA™ EN PACIENTES INFECTADOS CON VIH TRASLADADOS DE UN RÉGIMEN ESTABLE BASADO EN KALETRA™ - ESTUDIO B	Finalizado	2008
124-08	UNA PRUEBA CLÍNICA DE FASE III, MULTICÉNTRICA, EN DOBLE CIEGO, RANDOMIZADA, CONTROLADA CON COMPARADOR ACTIVO PARA ESTUDIAR LA SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA ADMINISTRACIÓN UNA VEZ AL DÍA DE RALTEGRAVIR (MK-0518) FRENTE A LA ADMINISTRACIÓN DOS VECES AL DÍA DE RALTEGRAVIR, CADA UNO EN COMBINACIÓN CON TRUVADA, EN PACIENTES INFECTADOS CON VIH NO SOMETIDOS A TRATAMIENTO	No autorizado	2008
008-08	ATAZANAVIR (BMS-232632) PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES INFECTADOS CON HIV QUE HAN COMPLETADO ESTUDIOS CLÍNICOS DE ATAZANAVIR: UN ESTUDIO DE ACCESO EXTENDIDO	Activo	2008
050-08	ESTUDIO INTERNACIONAL DE TERAPIA DIRECTAMENTE OBSERVADA MODIFICADA VERSUS TERAPIA AUTO-ADMINISTRADA PARA PARTICIPANTES EN PRIMERA FALLA VIROLÓGICA A TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL CON UN ESQUEMA BASADO EN UN INHIBIDOR NO-NUCLEÓSIDO DE LA TRANSCRIPTASA REVERSA. VERSIÓN 1.0 FINAL, FECHADA 12/20/07	Activo	2008
001-09	ENSAYO CLÍNICO DE FASE 2 PARA EVALUAR LA SEGURIDAD E INMUNOGENICIDAD DE UN RÉGIMEN DE VACUNACIÓN DE SENSIBILIZACIÓN Y REFUERZO CON ADN PGA2/JS7 Y MVA/HIV62, ADMINISTRADO A PARTICIPANTES ADULTOS Y SANOS, QUE NO ESTÁN INFECTADOS CON EL VIH Y QUE NO HAN RECIBIDO NUNCA UNA VACCINIA	Activo	2009
004-09	UNA PRUEBA CRUZADA CONTROLADA CON PLACEBO RANDOMIZADA DE VALACYCLOVIR PARA EL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN DEL VIH	Activo	2009
173-08	ESTUDIO MULTICÉNTRICO, DOBLE CIEGO, RANDOMIZADO, CONTROLADO CON PLACEBO PARA EVALUAR LA SEGURIDAD Y ACTIVIDAD ANTIRRETROVIRAL DE MK-0518 EN COMBINACIÓN CON UNA TERAPIA DE FONDO	Activo	2009

Código	Título del Ensayo Clínico	Estado	Año
	OPTIMIZADA (OBT), VERSUS UNA TERAPIA DE FONDO OPTIMIZADA SOLA EN PACIENTES INFECTADOS CON VIH CON RESISTENCIA DOCUMENTADA A POR LO MENOS 1 FÁRMACO DE CADA UNA DE LAS 3 CLASES DE TERAPIAS ANTIRRETROVIRALES ORALES AUTORIZADAS		
032-09	MOMENTO ESTRATEGICO PARA EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL	Activo	2009
074-09	STRIDE: "UN ESTUDIO SOBRE LA ESTRATEGIA DE LA INICIACIÓN INMEDIATA VERSUS INICIACIÓN DIFERIDA DE LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL PARA LA SUPERVIVENCIA LIBRE DE LA ENFERMEDAD SIDA EN PERSONAS INFECTADAS CON VIH TRATADAS PARA TUBERCULOSIS CON CD4 <250 CÉLULAS/MM3" VERSIÓN FINAL 2.0, DE FECHA 13/FEB/09	Activo	2009
031-10	UN ENSAYO ALEATORIZADO DOBLE CIEGO DE FASE 1B REALIZADO PARA EXAMINAR LA INFLUENCIA DE LA COMPETENCIA ANTIGENICA SOBRE LA INMUNOGENICIDAD DE VIH-1 GAG/POL. UNA COMPARACION DE RAD5 GAG/POL ENV A/B/C CON RAD5 GAG/POL	Activo	2010
076-10	UN ESTUDIO ALEATORIZADO, DOBLE CIEGO, CONTROLADO CON PLACEBO, DE GRUPO PARALELO, MULTICÉNTRICO DE PREGABALINA VERSUS PLACEBO EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR NEUROPÁTICO ASOCIADO CON NEUROPATÍA POR VIH (PREGABALINA A0081244)	Activo	2010
078-10	ESTUDIO PROSPECTIVO MULTICÉNTRICO INTERNACIONAL ABIERTO DE RAMA UNICA PARA EVALUAR LA SEGURIDAD LA EFICACIA Y LA FARMACOCINÉTICA DE ATAZANAVIR (ATV) EN POLVO CON RITONAVIR (RTV) CON TERAPIA DE BASE OPTIMA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS INFECTADOS CON VIH CON EDADES COMPRENDIDAS ENTRE LOS 3 MESES DE VIDA (INCLUIDOS) Y LOS 6 AÑOS	Activo	2010
007-10	ESTUDIO ALEATORIZADO DE ETIQUETA ABIERTA QUE COMPARA LA SEGURIDAD Y EFICACIA DEL LOPINAVIR POTENCIADO CON RITONAVIR Y EL TRATAMIENTO DE BASE CON 2-3N(T)RTI CON EL LOPINAVIR POTENCIADO CON RITONAVIR Y RALTEGRAVIR EN PARTICIPANTES QUE NO HAN TENIDO EXITO CON EL TRATAMIENTO DE PRIMERA LINEA CON NNRTI/2N(T) RTI POR CAUSA VIROLOGICA. ESTUDIO DE 2A. LINEA	Activo	2010
057-10	VERSIÓN ESTÁNDAR DE TARGA DEL ESTUDIO PROMISE (SIGLAS EN INGLÉS -PROMOTING MATERNAL AND INFANT SURVIVAL EVERYWHERE ) ["PROMESA"] (PROMOCIÓN DE LA SOBREVIVENCIA MATERNO-INFANTIL EN TODAS PARTES)	Activo	2010
030-10	ESTUDIO FASE I/II PARA ENCONTRAR LA DOSIS DEL TRATAMIENTO CON FLUCONAZOL A ALTAS DOSIS EN LA MENINGITIS CRIPTOCOCÓCICA ASOCIADA AL SIDA	Activo	2010
001-05	SEGURIDAD Y EFICACIA DEL INMUNOMODULADOR BIOMUN FORTE® EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA O VIRUS DE LA HEPATITIS C Y PACIENTES CON NEOPLASIAS EN EL CENTRO MÉDICO NAVAL, CALLAO-PERÚ 2004	No autorizado	2005



## Anexo 5 - Financiamiento correspondiente a fuentes externas diferentes a los cooperantes de naciones unidas

Institución receptora (agente de gasto)	Fuente de financiamiento	Proyecto	VIH				VIH - TB			Total
			2006	2007	2008	2009	2007	2008	2009	
AGENCIA ADVENTISTA PARA EL DESARROLLO Y RECURSOS ASISTENCIALES-PERU	FUNDACION SODIS	PROMOCIÓN DE LA SALUD A TRAVÉS DEL CONSUMO DE AGUA SEGURA Y LAVADO DE MANOS EN LAS PROVINCIAS EN LA				12,133				12,133
APOYO A PROGRAMAS DE POBLACION	USAID	MERCADEO SOCIAL DEL CONDON PARA POBLACIONES VULNERABLES		333,660	89,004					422,664
ASOCIACION CIVIL - CAYETANO HEREDIA- SALUD Y EDUCACION	USAID	PROYECTO DEL INCREMENTO EN EL ACCESO EN LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA PREVENCIÓN DE ITS/VIH EN LA POBLACION VULNERABLE		110,541						110,541
	UNIVERSIDAD DE WASHINGTON	ENSAYO CLINICO DE FASE III, ALEATORIO, DOBLE CIEGO, CONTROLADO CONTRA PLACEBO UTILIZANDO ACICLOVIR PARA LA REDUCCION DE LA ADQUISICION DEL VIH ENTRE INDIVIDUOS SEROPositivos AL VHS-2 Y SERONEGATIVOS AL VIH	936,371							936,371
ASOCIACION CIVIL IMPACTA SALUD Y EDUCACION	FRED HUTCHINSON CANCER RESEARCH CENTER	ESTUDIO DE PRUEBA DE CONCEPTO DE FASE II, CONTROLADO POR PLACEBO, MULTICENTRICO, DOBLE CIEGO, ALEATORIZADO, PARA EVALUAR LA INOCUIDAD Y LA EFICACIA DE UN REGIMEN DE 3 DOSIS DE LA VACUNA MRKAD5 HIV-1 GAG/POL/NEF EN ADENVIRUS TIPO 5 EN ADULTOS EN ALTO RIESG		267,336	440,624	1,661,416				2,369,376
		EVALUACION DE LAS RESPUESTAS INMUNOLOGICAS Y VIROLOGICAS ESPECIFICAS AL VIH EN INDIVIDUOS SERONEGATIVOS CON MULTIPLES EXPOSICIONES AL VIH-1 (TRIPLE X)		69,321	149,543	67,510				286,374
		EVALUACION MULTICENTRICA DE LA HISTORIA NATURAL VIROLOGICA, INMUNOLOGICA Y CLÍNICA DE LOS PARTICIPANTES ENROLADOS EN PROTOCOLOS DE FASE I Y FASE II PARA VACUNAS CONTRA EL VIH O DE PREPARACION DE VACUNAS CONTRA EL VIH EN COHORTES QUE DESARROLLARON LA INFE			1,226					1,226
		Evaluación multicéntrica de la Historia Natural Viroológica, Inmunológica y Clínica de los participantes enrolados en protocolos de Fase I y Fase II para vacunas contra el VIH o de preparacion de vacunas contra el VIH en cohortes que desarrollaron la infe		3,939						3,939
		Un estudio de prueba de concepto de Fase II, controlado por placebo, multicéntrico, doble ciego, aleatorizado, para evaluar la inocuidad y la eficacia de un régimen de 3 dosis de la vacuna MRKAd5 HIV-1 gag/pol/nef en Adenovirus tipo 5 en adultos en alto r	3,707,965							3,707,965
	INSTITUTE FOR CLINICAL RESEARCH INC.	MOMENTO ESTRATÉGICO PARA EL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL (STRATEGIC TIMING OF ANTIRETROVIRAL TREATMENT) - START				91,973				91,973
	MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL	IMPACTO DE LA INFECCIÓN AGUDA POR VIH EN LA INMUNIDAD CELULAR ESPECIFICA PARA EL VIRUS EPSTEIN BAR			380,707	452,449				833,156
		TIPIFICACION DE ANTIGENOS HLA Y MAPEO DE EPITOPES EN EL DISEÑO DE VACUNAS CONTRA EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VHI)	511,067							511,067

Institución receptora (agente de gasto)	Fuente de financiamiento	Proyecto	VIH				VIH - TB			Total
			2006	2007	2008	2009	2007	2008	2009	
		TIPIFICACION DE ANTIGENOS HLA Y MAPEO DE EPITOPES EN EL DISEÑO DE VACUNAS CONTRA EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)		502,970	258,962	94,308				850,240
	NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH – NIH	COMPPREHENSIVE INTERNATIONAL PROGRAM FOR RESEARCH (CIPRA)	3,351,297							3,351,297
		COMPREHENSIVE INTERNATIONAL PROGRAM FOR RESEARCH (CIPRA)		1,144,303	806,083					1,950,386
		FACTIBILIDAD DE UN SERVICIO DE TAMIZAJE CON CONSEJERIA UTILIZANDO LA PRUEBA RAPIDA PARA VIH EN LUGARES DE COMERCIO SEXUAL EN LIMA, PERU	118,070							118,070
		PROGRAMA UNIDAD DE ENSAYOS CLINICOS DE IMPACTA, PERU (CTU)		7,913,554	6,336,410	6,025,706				20,275,670
	SOCIAL & SCIENTIFIC SYSTEMS, INC	ESTUDIO DE FASE IV, RANDOMIZADO, DE ETIQUETA ABIERTA, PARA LA EVALUACION DE LA EFICACIA DE UNA COMBI			206,822					206,822
		ESTUDIO DE FASE IV, RANDOMIZADO, DE ETIQUETA ABIERTA, PARA LA EVALUACION DE LA EFICACIA DE UNA COMBIANCION DIARIA BASADA EN UN INHIBIDOR DE LA PROTEASA Y UNA COMBINACION DIARIA BASADA EN UN INHIBIDOR NO-NUCLEOSIDO DE LA TRANSCRIPTASA RESERVA COMO TERAPIA		260,569						260,569
		ESTUDIO FASE III, RANDOMIZADO, DE ETIQUETA ABIERTA, PARA EVALUAR LA EFICACIA DE UNA COMBINACION QUE CONTIENE INHIBIDORES DE LA PROTEASA QUE SE TOMAN UNA VEZ AL DIA Y COMBINACIONES QUE CONTIENEN INHIBIDORES DE LA TRANSCRIPTASA REVERSA QUE SE	1,318,403							1,318,403
		ESTUDIO GRANDE Y SENCILLO DE COMPARACION DE DOS ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DE LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (ESTUDIO SMART) (CPCRA 065) (VERSION 2.0)	337,984							337,984
		ESTUDIO GRANDE Y SENCILLO DE COMPARACION DE DOS ESTRATEGIAS PARA MANEJO DE LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (SMART)		272,484	251,095					523,579
		PROTOCOLO A5199 - ESTUDIO INTERNACIONAL DE NEUROLOGÍA (INTERNATIONAL NEUROLOGICAL STUDY) - A5199 SSS				59,758				59,758
		PROTOCOLO A5221 ? ESTUDIO SOBRE LA ESTRATEGIA DE LA INICIACIÓN INMEDIATA VERSUS INICIACIÓN DIFERIDA DE LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EN PERSONAS INFECTADAS CON EL VIH TRATADAS PARA TUBERCULOSIS CON CD4 < 200 CÉLULAS/MM3 - A5221 SSS				124,456				124,456
	THE HARVARD MEDICAL SCHOOL CENTER FOR AIDS RESEARCH	IMPACTO DE LA DIVERSIDAD VIRAL Y LA RESPUESTA CELULAR EN LA PATOGENESIS DEL VIH		312,547	4,273					316,820
		IMPACTO DE LA DIVERSIDAD VIRAL Y LA RESPUESTA CELULAR EN LA PATOGÉNESIS DEL VIH	110,779							110,779
	THE J. DAVID GLADSTONE INSTITUTES	QUIMIOPROFILAXIS PARA LA PREVENCION DEL VIH EN HOMBRES	889,080							889,080
		Quimioprofilaxis para la prevencion del ViH en Hombres Quimioprofilaxis para la prevencion del ViH en Hombres		1,696,267	2,937,792	3,332,998				7,966,057

Institución receptora (agente de gasto)	Fuente de financiamiento	Proyecto	VIH				VIH - TB			T
			2006	2007	2008	2009	2007	2008	2009	
	UNIVERSITY OF WASHINGTON	ENSAYO CLINICO DE FASE III, ALEATORIO, DOBLE CIEGO, CONTROLADO CONTRA PALCEBO UTILIZANDO ACICLOVIR P			1,858,585					1,85
		ENSAYO CLINICO DE FASE III, ALEATORIO, DOBLE CIEGO, CONTROLADO CONTRA PALCEBO UTILIZANDO ACICLOVIR PARA LA REDUCCION DE LA ADQUISICION DEL VIH ENTRE INDIFVIDUOS SEROPOSITIVOS AL VHS-2 Y SERONEGATIVOS AL VIH (HPTN039-CORE)		2,383,821						2,38
		ENSAYO CLINICO DE FASE III, ALEATORIO, DOBLE CIEGO, CONTROLADO CONTRA PLACEBO UTILIZANDO ACICLOVIR PARA REDUCCION DE LA ADQUISICION DEL VIH ENTRE INDIVIDUOS SEROPOSITIVOS AL VHS-2 Y SERONEGATIVOS AL VIH	5,404,751							5,40
ASOCIACION CIVIL SELVA AMAZONICA	FRED HUTCHINSON CANCER RESEARCH CENTER	ENSAYO DE VACUNAS CONTRA EL VIH: FASE I	84,214							84
		ENSAYO DE VACUNAS CONTRA EL VIH: FASE IB, PARA COMPARAR LA SEGURIDAD Y LA TOLERABILIDAD A PERSONAS ADULTAS SANAS, NO INFECTADAS POR EL VIH			413,952	539,596				953
		UN ESTUDIO DE PRUEBA DE CONCEPTO DE FASE II CONTROLADO POR PLACEBO MULTICENTRICO, DOBLE CIEGO, ALEATORIZADO, PARA EVALUAR LA SEGURIDAD Y LA EFICACIA DE UN REGIMEN DE 3 DOSIS DE LA VACUNA DE GAG/POL/NEF DEL VIH-1 EN ADENOVIRUS SEROTIPO 5 DE MERCK (MRKAD5)	868,062							868
		UN ESTUDIO DE PRUEBA DE CONCEPTO DE FASE II, CONTROLADO POR PLACEBO, MULTICENTRICO, DOBLE CIEGO, ALEATORIZADO, PARA EVALUAR LA SEGURIDAD Y LA EFICACIA DE UN REGIMEN DE 3 DOSIS DE LA VACUNA DE GAG/POL/NEF DEL VIH-1 EN ADENOVIRUS SEROTIPO 5 DE MERCK (MRKAD			1,069,395	530,793				1,60
	NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH - NIH	ENSAYO DE VACUNAS CONTRA EL VIH: FASE IB, PARA COMPARAR LA SEGURIDAD Y LA TOLERABILIDAD A PERSONAS ADULTAS SANAS, NO INFECTADAS POR EL VIH		629,215						629
		UN ESTUDIO DE PRUEBA DE CONCEPTO DE FASE II, CONTROLADO POR PLACEBO, MULTICENTRICO, DOBLE CIEGO, ALEATORIZADO, PARA EVALUAR LA SEGURIDAD Y LA EFICACIA DE UN REGIMEN DE 3 DOSIS DE LA VACUNA DE GAG/POL/NEF DEL VIH-1 EN ADENOVIRUS SEROTIPO 5 DE MERCK (MRKAD		1,520,198						1,52
	THE J. DAVID GLADSTONE INSTITUTES	QUIMIOPROFILAXIS PARA LA PREVENCION DEL VIH EN HOMBRES		1,273,407	2,698,842	4,547,225				8,51
ASOCIACION DE COMUNICADORES SOCIALES CALANDRIA	FUNDACION AVINA	COMUNICACION PARA EL DESARROLLO Y LA DEMOCRACIA			14,059					14
ASOCIACION DE DESARROLLO DE LA EDUCACION Y LA SALUD	STICHTING VRIENDEN VAN ADESA	CENTRI DE REHABILITACION DISCAPACITADOS COMAS				10,484				10

Institución receptora (agente de gasto)	Fuente de financiamiento	Proyecto	VIH				VIH - TB			T
			2006	2007	2008	2009	2007	2008	2009	
		VIH		4,719						4,
<b>ASOCIACIÓN GRUPO DE TRABAJO REDES</b>	COMISION EUROPEA	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, Y EMPODERAMIENTO DE ADOLESCENTES TRABAJADORAS DEL HOGAR EN SAN JUAN DE MIRAFLORES	12,225							12
<b>ASOCIACION KALLPA PARA LA PROMOCION INTEGRAL DE LA SALUD Y EL DESARROLLO</b>	TERRE DES HOMMES	HABILIDADES PARA LA VIDA EN TUMBES - UNA PROPUESTA DE PARTICIPACION		151,395						153
		PROYECTO DE PREVENCION DE ITS/VIH/SIDA/ Y EMBARAZO NO DESEADO EN ADOLESCENTES DE CENTROS E INSTITUTOS EDUCATIVOS NOCTURNOS DE LA CIUDAD DE IQUITOS - PERU		132,701						133
	Iglesia Sueca	PROTAGONISMO JUVENIL PARA LA CONCERTACION LOCAL SOBRE ITS VIH-SIDA	160,201	204,663						364
	ICCO	MUNICIPIOS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA Y VIH SIDA				276,649				276
		PARTICIPACION CIUDADANA Y JOVENES EN LA LUCHA CONTRA EL SIDA		470,345	525,392					999
<b>ASOCIACION MINGA PERU</b>	HIVOS	74)MUJERES Y ADOLESCENTES LIDERES PROMOTORAS DE LA EQUIDAD, LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA Y EL VIH/S				13,053				13
	MATCH INTERNATIONAL CENTRE	46) CONSOLIDACION Y PROYECCION DEL TRABAJO DE CORRESPONSALES Y PROMOTORAS TECNICAS AGROFORESTALES EN			10,419					10
		61) USO Y GESTIÓN DE ALTO PARLANTES COMUNALES PARA LA PRODUCCIÓN DESCENTRALIZADA DE MENSAJES SOBRE S			10,585					10
	FUNDACION AVINA	INICIATIVA PARA LA INCLUSION DE COMUNIDADES RURALES AMAZONICAS EN EL MERCADO INTERNACIONAL RESPONSALBE DE ARTESANIAS		13,811						13
	THE GLOBAL FUND FOR WOMEN	50) ACOMPAÑAMIENTO A LA LABOR DE LOS CORRESPONSALES RADIALES EN COMUNIDADES RURALES			9,404					9,
	FIA	32B) FORTALECIMIENTO DE LA RED DE MUJERES DEL RÍO MARAÑÓN Y TIGRE A TRAVÉS DEL MODELO INTEGRADO DE C			32,074					32
		68) INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS EN MICROREDITO RURAL Y TECNICAS ESPECIALIZADAS EN RECAUDACION				9,963				9,
<b>ASOCIACION PERUANA PARA LA PREVENCION DE EMBARAZOS NO DESEADOS</b>	Agencia Canadiense	Prevención de Embarazos No Planificados e Infecciones de Transmisión Sexual y VIH Sida en Adolescent			22,242					22
	Fondo Canada	PREVENCION DE EMBARAZOS E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL CON ENFASIS EN ADOLESCENTES				39,622				39
<b>ASOCIACION SAN LUCAS - SAN MARTIN</b>	LUKE SOCIETY	?PREVENCIÓN DE VIH-SIDA E ITS Y PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS DE CONDUCTAS SALUDABLES?		59,476						59
<b>ASOCIACION VIA LIBRE</b>	ALLIANCE	CENTRO REGIONAL DE ASISTENCIA TÉCNICA			112,170	211,639				323
		INCIDENCIA POLITICA EN VIH Y SIDA CON POBLACIONES CLAVE		431,602						433
		VEEDURIA EN SALUD DE LAS POBLACIONES CLAVE, UNA RESPUESTA POSITIVA Y PREVENTIVA AL VIH.			311,909	221,322				533

Institución receptora (agente de gasto)	Fuente de financiamiento	Proyecto	VIH				VIH - TB			T
			2006	2007	2008	2009	2007	2008	2009	
	HIVOS	PROYECTO INSTITUCIONAL 2006 - 2008		345,436	306,358					653
		PROYECTO INSTITUCIONAL 2006-2008/ ADENDA 2009-2010				204,156				204
	TERRE DES HOMMES	ADOLESCENTES EN SITUACION DE EXPLOTACION SEXUAL COMERCIAL PREVINIENDO EL VIH E ITS EN LIMA METROPOLI			133,733					133
		HIROSHIMA: LOS ADOLESCENTES GESTIONAN SU CAMBIO		3	155,606					155
		NIÑOS Y NIÑAS POR LA VIDA CREANDO UN ENTORNO FAVORABLE EN VIH/SIDA	129,881							129
		NIÑOS Y NIÑAS POR LA VIDA, CREANDO UN ENTORNO FAVORABLE EN VIH/SIDA		138,472	123,301	139,327				403
		PROMOTORES PARES ADOLESCENTES PROMOVRIENDO UNA COMUNIDAD SALUDABLE EN SALUD SEXUAL CON ÉNFASIS EN VIH				175,619				175
		PROMOVRIENDO CONDICIONES FAVORABLES PARA DISMINUIR LA VULNERABILIDAD Y EL IMPACTO DE LA EXPLOTACION S			136,742	146,886				283
		PROMOVRIENDO CONDICIONES FAVORABLES PARA DISMINUIR LA VULNERABILIDAD Y EL IMPACTO DE LA EXPLOTACIÓN SEXUAL COMERCIAL INFANTIL Y ADOLESCENTE (ESCIA), UNA INICIATIVA ENFOCADA A EVITAR LA RE-VICTIMIZACIÓN DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN LIMA METROPOLITA		142,832						142
	COMISION EUROPEA	MEJORANDO EL ENTORNO SOCIAL Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE POBLACIONES DE HSH VIVIENDO CON O VULNERABLES AL VIH - SIDA		770,588	1,011,328	1,309,166				3,09
	MERCK SHARP & DOHME	ESTUDIO DE 96 SEMANAS DE DURACIÓN QUE COMPARA LA EFICACIA ANTIVIRAL Y LA SEGURIDAD DE ATAZANVIR/RITONAVIR CON LOPINAVIR/RITONAVIR, CADA UNO COMBINADO CON DOSIS FIJAS DE TENOFIVIR-EMTRICITABINA, ADMINISTRADAS EN PACIENTES INFECTADOS CON VIH-1 QUE SON VÍRGE	3							
		UN ESTUDIO DE PRUEBA DE CONCEPTO DE FASE II, CONTROLADO POR PLACEBO, MULTICÉNTRICO, DOBLE CIEGO, RANDOMIZADO, PARA EVALUAR LA SEGURIDAD Y LA EFICACIA DE UN RÉGIMEN DE 3 DOSIS DE LA VACUNA DE GAG/POL/NEF DEL VIH-1 EN ADENOVIRUS SEROTIPO 5 DE MERCK (MRKAD5	226,123							226
	CHILDREN AFFECTED BY AIDS FOUNDACION	BOYS AND GIRLS FOR LIFE, CREATING A FAVORABLE ENVIRONMENT FOR HIV/AIDS		21,306	14,633					35
	GESTOS BRASIL	MONITOREO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN LOS PLANES NACIONALES VIH/SIDA, EN BASE A UNGASS		23,863	4,041					27
	PACT	CONTRIBUYENDO A LA MEJORA EN LA COBERTURA, EL ACCESO Y LA CALIDAD DE LOS ACTUALES SERVICIOS VIH PARA			134,330					134
		CONTRIBUYENDO A LA MEJORA EN LA COBERTURA, EL ACCESO Y LA CALIDAD DE LOS ACTUALES SERVICIOS VIH PARA TRABAJADORES/AS SEXUALES, HSH Y LA POBLACIÓN TRANSGÉNERO EN UNA ACCIÓN CONJUNTA ENTRE UN CENTRO DE SALUD Y UNA ONG DE LIMA/CALLAO.		70,420						70
		POLICIA SEGURA: REDES DE PROMOTORES POLICIAS EN PREVENCION DE			167,137					167

Institución receptora (agente de gasto)	Fuente de financiamiento	Proyecto	VIH				VIH - TB			T
			2006	2007	2008	2009	2007	2008	2009	
		VIH/SIDA EN LA POBLACION POLICIAL PERU								
		POLICIA SEGURA: REDES DE PROMOTORES POLICIAS EN PREVENCIÓN DE VIH/SIDA EN LA POBLACIÓN POLICIAL PERUANA Y EN PROYECCIÓN A LA COMUNIDAD		119,926						119
CATHOLIC INSTITUTE FOR INTERNATIONAL RELATIONS	CATHOLIC INSTITUTE FOR INTERNATIONAL RELATIONS	FORTALECIENDO EL PROGRAMA DE SOPORTE A LA AUTOAYUDA DE PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA	65,279							65
CATHOLIC RELIEF SERVICES	CATHOLIC RELIEF SERVICES	PROMOVIENDO ESTILOS DE VIDA SALUDABLES PARA PREVENIR EL VIH Y SIDA EN ADOLESCENTES Y JOVENES		61,400						61
CENTRO DE ESTUDIOS DE PROBLEMAS ECONOMICOS Y SOCIALES DE LA JUVENTUD	Ayuntamientos España	INTERVENCION EDUCATIVA EN TRABAJADORAS SEXUALES PARA PREVENIR LA ITS, VIH Y SIDA	74,040							74
CENTRO DE INFORMACION Y EDUCACION PARA LA PREVENCION DEL ABUSO DE DROGAS	GTZ	ARMONIZACION DE LAS POLITICAS PUBLICAS SOBRE EDUCACION SEXUAL Y PREVENCION DEL VIH/SIDA Y DROGAS		437,985						437
		ARMONIZACION DE POLITICAS PUBLICAS PARA LA EDUCACION SEXUAL Y LA PREVENCION DEL VIH-SIDA Y DROGAS			359,288					359
CENTRO DE INVESTIGACION, DOCUMENTACION, EDUCACION, ASESORIA Y SERVICIOS.	Agencia Suiza	VALORACION ECONOMICA Y ECOLOGICA DE LA BIODIVERSIDAD EN EL MARCO DE LOS SISTEMAS BIOCULTURALES Y EL				7,905				7,905
CENTRO DE PROMOCION DE LA MUJER MICAELA BASTIDAS	LEBENCHANCEN INTERNACIONAL	FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES LOCALES PARA EL EJERCICIO DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS				9,318				9,318
CENTRO PARROQUIAL ECUMENICO ROSA BLANCA	ICCO	PROYECTO GLOBAL ROSA BLANCA 2004-2008		792,794						792,794
CHRISTIAN-AID	CHRISTIAN AID	PREVENCION DE VIH SIDA EN CENTROS EDUCATIVOS.		79,820						79,820
COMUNICACIONES ALIADAS	GLOBAL GREENGRANTS FOUNDATION	INCIDENCIA PUBLICA Y FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES PARA LA PROMOCION Y DEFENSA DE DERECHOS			11,598					11,598
COOPERAZIONE INTERNAZIONALE	FONDO ITALO - PERUANO	DESARROLLO DE UN SERVICIO DE ASISTENCIA DOMICILIARIA EN LA CIUDAD DE LIMA A LAS PERSONAS VIVIENDO			1,046,943					1,046,943
		DESARROLLO DE UN SERVICIO DE ASISTENCIA DOMICILIARIA EN LA CIUDAD de Lima a las personas viviendo con VIH/SIDA		3,168,759						3,168,759
		DESARROLLO DE UN SERVICIO DE ASISTENCIA DOMICILIARIA EN LA CIUDAD DE LIMA A LAS PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA N°CF-021-2005-FIP	1,043,670							1,043,670

Institución receptora (agente de gasto)	Fuente de financiamiento	Proyecto	VIH				VIH - TB			T
			2006	2007	2008	2009	2007	2008	2009	
COORDINADORA NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS	HIVOS	AFIRMANDO LA DEFENSA Y PROMOCION DE LOS DERECHOS HUMANOS EN EL PERU (HIVOS)				176,071				176,071
COORDINADORA POR LOS DERECHOS DEL NIÑO CUSCO	Save the children	PREVINIENDO EL VIH/SIDA - ITS EN LÍDERES ADOLESCENTES DE LA REGIÓN CUSCO	54,140							54,140
DEFENSORIA DEL PUEBLO	USAID	DERECHOS HUMANOS EN PERSONAS MÁS AFECTADAS Y VIVIENDO CON VIH:LUCHA CONTRA EL ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN, PROMOCIÓN DE LA PROTECCIÓN DE DERECHOS Y ACCESO A LA CIUDADANÍA		54,533						54,533
DEUTSCHE WELTHUNGERHILFE (AGRO ACCION ALEMANA)	Agro acción Alemana	AMPLIANDO ESPACIOS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA EN LAS REGIONES DE MAYOR INCIDENCIA		145,672						145,672
ESPIGAS ASOCIACION DE PROMOCION PARA EL DESARROLLO	Pan para el mundo	TALLER SOBRE VIH/SIDA EN AMERICA LATINA	131,469							131,469
FEDERACION LATINOAMERICANA DE FACULTADES DE COMUNICACION SOCIAL	Konrad Adenauer	FORO INTERNACIONAL JOVENES Y TECNOLOGIAS DE INFORMACION Y COMUNICACION EN LA LUCHA CONTRA EL VIH - SIDA	7,799							7,799
FEDERACION PROVINCIAL DE MUJERES DE ICA	WOMANKIND WORDWIDE	DESARROLLANDO CAPACIDADES EN MUJERES JOVENES PARA LA INCIDENCIA Y PREVENCION DEL VIH-SIDA				85,149				85,149
FOMENTO DE LA VIDA	OXFAM	VIGILANCIA SOCIAL EN SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD, UNA PERSPECTIVA DE DERECHOS DE LAS PERSONAS VIVI				27,503				27,503
	DKA	VIGILANCIA SOCIAL EN SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD, UNA PERSPECTIVA DE DERECHOS DE LAS PERSONAS VIVI			87,183	158,895				245,078
IBIS	IBIS	BASES PARA PROMOVER LA PREVENCION DE LAS ITS, VIH/SIDA EN COMUNIDADES SHIPIBO KONIBO DE LA CIUDAD DE PUCALLPA		28,020						28,020
INSTITUTO AGROPECUARIO ANDINO - PIURA	CHRISTIAN AID	PREVENCION DE ITS - VIH SIDA CON JOVENES DE CINCO CENTROS EDUCATIVOS		79,820						79,820
		PREVENCION DE ITS - VIH SIDA, CON JOVENES DE CINCO CENTROS EDUCATIVOS	82,000							82,000
		PROYECTO PREVENTIVO Y SALUD REPRODUCTIVA Y AFECTIVA E ITS- VIH SIDA, DIRIGIDO A ADOSLESCENTES DE CIN			66,354	75,319				141,673
INSTITUTO DE EDUCACION Y SALUD	GTZ	PROCESOS DE FORMACIÓN DE CAPACITACIÓN: TEACH VIPY Y Y FAMILIAS FUERTES AMPR Y LIMITES			11,349					11,349
INSTITUTO DE EDUCACION Y SALUD - IES	CATHOLIC AGENCY FOR OVERSEAS DEVELOPMENT	FORTALECIENDO EL ACCESO A INFORMACION Y LA PARTICIPACION DE ACTORES CLAVE PARA DISMINUIR EL IMPACTO SOCIAL DE LA EPIDEMIA DEL VIH-SIDA EN EL PERU		92,100						92,100
		FORTALECIENDO EL ACCESO A INFORMACION Y LA PARTICIPACION DE ACTORES CLAVES PARA DISMINUIR EL IMPACTO SOCIAL DE LA EPIDEMIA DEL VIH-SIDA EN EL PERU	98,400							98,400

Institución receptora (agente de gasto)	Fuente de financiamiento	Proyecto	VIH				VIH - TB			T
			2006	2007	2008	2009	2007	2008	2009	
	INSTITUTE FOR CONNECTIVITY IN THE AMERICAS	Punto J: Un Portal para educar de Joven a Joven en salud y VIH/SIDA	215,890							215
	IDRC	ADOLESCENTES, JÓVENES Y TICS EN RESPUESTA A LA EPIDEMIA DEL VIH-SIDA EN LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE			770,622	700,107				1,47
<b>INSTITUTO DE ESTUDIOS EN SALUD, SEXUALIDAD Y DESARROLLO HUMANO</b>	AMFAR THE FOUNDATION FOR AIDS RESEARCH	La situación de la población Trans en el Perú en el contexto del acceso universal a prevención, trat			233	44,831				45
	HIVOS	Activismo Cultural para combatir el Estigma y la Discriminación asociados al VIH/SIDA 2007-2009			253,710	158,764				412
		ACTIVISMO CULTURAL PARA COMBATIR EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN ASOCIADOS AL VIH/SIDA FASE II				107,983				107
	MINSA ARGENTINA	Foro Latinoamericano y del Caribe en VIH/SIDA e ITS 2009			8,946	19,977				28
	UNIVERSITY OF KWAZULU	Elaboración del Proyecto "HIV/AIDS, Funding and Public Policy: Crossroads between Economic Flow and			5,855					5
<b>INSTITUTO DE SALUD MSC CRISTOFORIS DENEKE</b>	MISSIO	FORTALECIMIENTO DE LA ORGANIZACION DE AGENTES PASTORALES DE SALUD				7,928				7
<b>INSTITUTO PERUANO DE PATERNIDAD RESPONSABLE</b>	TERRE DES HOMMES	PREVENCION DE ITS , VIH Y SIDA Y EMBARAZOS NO DESEADOS EN IQUITOS	510							5
	INTERNATIONAL PLANNED PARETHOOD FEDERATION	IGUALMENTE DIFERENTES: EXPANDIENDO EL TRABAJO CON POBLACIONES SEXUALMENTE DIVERSAS EN PERU			24,148					24
		IGUALMENTE DIFERENTES: EXPANDIENDO EL TRABAJO CON POBLACIONES SEXUALMENTE DIVERSAS EN PERÚ		13,662						13
		ITS/VIH-SIDA SISTEMA DE INTERVENCIÓN INTEGRAL.	51,557							51
		MASCULINIDAD Y SALUD: ESTRATEGIAS PARA COMPRENDER, ATENDERE INVOLUCRAR A LOS HOMBRES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	11,379							11
<b>INVESTIGACIONES MEDICAS EN SALUD</b>	AMFAR THE FOUNDATION FOR AIDS RESEARCH	PREVENCION DEL VIH DESDE UN SISTEMA DE BASE COMUNITARIA TRANS, GAY Y BISEXUAL (TGB) - CONSORCIO FORT			4,191	116,195				120
	EMBAJADA USA	EPIDEMIOLOGIA DEL VIH-1 EN SUDAMERICA		3,131	240,319	159,290				402
	NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH - NIH	A STEP FORWARD FOR A LATIN AMERICAN AIDS RESEARCH AND TRANINIG PROGRAM				33,113				33
		CTU INMENZA		103,560						103
		PEARLS: A5175		1,251,326						1,25
	SOCIAL & SCIENTIFIC SYSTEMS, INC	A5199 SSS				27,597				27

Institución receptora (agente de gasto)	Fuente de financiamiento	Proyecto	VIH				VIH - TB			Total
			2006	2007	2008	2009	2007	2008	2009	
		A5221 SSS				110,628				110,628
	THE J. DAVID GLADSTONE INSTITUTES	QUIMIOPROFILAXIS PARA LA PREVENCION DEL VIH EN HOMBRES		2,397,550	5,444,560	5,371,995				13,213,105
	TIDES FOUNDATION	CAMPAÑA DE ADVOCACY PARA LA SOSTENIBILIDAD DEL TRATAMIENTO DEL ARV EN LATINOAMERICA				24,132				24,132
		V LATIN AMERICAN AND CARIBBEAN FORUM ON HIV/ AIDS AND SEXUALLY TRASMITED INFECTIONS (FORO 2009)				188,296				188,296
	UNIVERSITY OF WASHINGTON	CFAR INTERNATIONAL CORE		15,350						15,350
		CTU INMENZA			1,716,470	1,962,275				3,678,745
		FORMATIVE RESEARCH TO ASSESS MSM ACCEPTABILITY AND WILLINGNESS TO PARTICIPATE IN A CIRCUMCISION TRIAL				12,772				12,772
		HPTN 039: ENSAYO CLÍNICO DE FASE III, ALEATORIO, DOBLE CIEGO, CONTROLADO CONTRA PLACEBO UTILIZANDO ACICLOVIR PARA LA REDUCCIÓN DE LA ADQUISICIÓN DEL VIH ENTRE INDIVIDUOS SEROPOSITIVOS AL VHS-2 Y SERONEGATIVOS AL VIH	3	3						
		MECHANISM-PREDICTORS OF GENITAL -RECTAL HIV		135,768	242,479	252,860				631,107
<b>KUSKA TARPUY</b>	ASOCIACION KUSKA TARPUY	Pacientes de TBC			12,789					12,789
<b>LA CASA DE LA MUJER</b>	Pan para el mundo	PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA Y LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER COMO POLÍTICA PÚBLICA			63,273	148,050				211,323
<b>LUTHERAN WORLD RELIEF - USA</b>	LUTHERAN WORLD RELIEF	CAMPAÑA DE LUCHA CONTRA EL VIH - SIDA EN EL PERU- LA PER-007-05	26,240							26,240
		CAMPAÑA DE LUCHA CONTRA EL VIH-SIDA EN EL PERU		20,247						20,247
<b>MEDICOS SIN FRONTERAS - BELGICA</b>	Médicos sin frontera	CONTROL DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL (ITS) Y VIH/SIDA EN LE ESTABLECIMIENTO DE REGIMEN CERRADO ORDINARIO DE LURIGANCHO(EPRCIOL)	455,848							455,848
		CONTROL DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISSION SEXUAL (ITS) EN EL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO DE REGIMEN CERRADO ORINARIO (EPRCOL)		250,693						250,693
		CUIDADES INTEGRALES EN VIH-SIDA EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN JOSE, DISTRITO DE VILLA EL SALVADOR		2,261,687						2,261,687
		CUIDADO INTEGRALES A PERSONAS VIVIENDO CON VIH SIDA EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL SAN JOSE DE VILLA EL SALVADOR (2004)	3,106,439							3,106,439
<b>MINISTERIO DE EDUCACIÓN</b>	GTZ	ARMONIZACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA EDUCACIÓN SEXUAL Y LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA Y DROGAS EN			359,288					359,288
<b>MOVIMIENTO MANUELA RAMOS</b>	Agro acción Alemana	AMPLIANDO ESPACIOS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH-SIDA EN LAS REGIONES DE MAYOR INCIDENCIA		145,672						145,672
<b>MOVIMIENTO MANUELA RAMOS.</b>	INTERNATIONAL WOMEN'S HEALTH COALITION	PROMOVIENDO LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES Y ADOLESCENTES PARA LA PREVENCIÓN D			9,144					9,144

Institución receptora (agente de gasto)	Fuente de financiamiento	Proyecto	VIH				VIH - TB			Total
			2006	2007	2008	2009	2007	2008	2009	
	Agro acción Alemana	AMPLIANDO ESPACIOS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH-SIDA EN LAS REGIONES DE			336,276					336,276
<b>ONG CENTRO DE PROMOCION Y DEFENSA DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS</b>	HIVOS	NUEVAS ESTRATEGIAS PARA MONITOREAR LAS POLITICAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL PERU	10,184							10,184
	Ayuntamientos España	PREVENCIÓN DE VIH/SIDA Y PROMOCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS ENTRE LA POBLACION TLGB DE LIMA				172,918				172,918
	INTERNATIONAL WOMEN'S HEALTH COALITION	FORTALECIENDO LA AGENDA DE LAS MUJERES EN VIH/SIDA			17,121	42,660				59,781
	PATHFINDER INTERNACIONAL	SOCIEDAD CIVIL FORTALECIDA PARA DEMANDAR SUS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN AREQUIPA Y CUSCO				10,537				10,537
<b>PACHAMAMA PARA LA VIDA Y EL CIUDADO DEL MEDIO AMBIENTE</b>	CHRISTIAN AID	SOSTENIBILIDAD Y FORTALECIMIENTO DE LA MESA DE CONCERTACION PARA EL CUIDADO Y DEFENSA DEL MEDIO AMBI			8,780					8,780
<b>PACT PERU</b>	USAID	FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DE ORGANIZACIONES SOCIAS DEL PROYECTO, Y APOYO A LA CREACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL CONSEJO EPRESARIAL DE LA LUCHA CONTRA EL VIH / SID		149,770						149,770
<b>PROGRAMA DE SOPORTE A LA AUTOAYUDA DE PERSONAS SEROPOSITIVAS</b>	USAID	ALTERNATIVAS DE PREVENCIÓN EN VIH Y SIDA		147,360	40,972					188,332
		PREVENCIÓN Y CONTROL DE ITS/VIH EN ESTABLECIMIENTOS PENITENCIARIOS DEL PERU		91,486	152,768					244,254
<b>RED SIDA PERU</b>	TERRE DES HOMMES	MEJORAR LAS POLÍTICAS DE SEXUALIDAD Y VIH PARA LOS Y LAS ADOLESCENTES A TRAVÉS DEL FORTALECIMIENTO D				160,680				160,680
	Plan internacional	FORTALECIENDO LAS ACCIONES DE INCIDENCIA Y POLITICA DE LA RED SIDA PERU			8,148					8,148
<b>SAVE THE CHILDREN SUECIA</b>	THE SAVE THE CHILDREN FUND	EDUCACIÓN INCLUSIVA PARA NIÑOS DE LA ZONA RURAL EN AYACUCHO			10,723					10,723
	Save the children	DERECHOS DEL NIÑO - PROGRAMA UNIFICADO EN PERU				212,097				212,097
		REALIZACIÓN DE GRUPOS FOCALES, ENTREVISTAS Y REVISIÓN DE DOCUMENTOS SOBRE VIGILANCIA SOCIAL E INDICA			9,652					9,652
		RESPUESTA DE EMERGENCIA A TRAVES DE LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LOS DERECHOS DE LA INFANCIA EN LAS			13,658					13,658
<b>SERVICIO DE MEDICINAS PRO-VIDA</b>	MISEREOR	PROMOCIÓN DEL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO, SALUD MATERNO - INFANTIL Y PATICIPACIÓN COMUNITARIA EN CHACHAPOYAS: AUTOSOSTENIBILIDAD	14,343							14,343
<b>SI, DA VIDA</b>	CATHOLIC RELIEF SERVICES	EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN DE VIH/SIDA EN EL PERÚ			8,224	12,533				20,757
	MISEAN CARA	EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN DE VIH/SIDA EN EL PERÚ			54,894	-				54,894

Institución receptora (agente de gasto)	Fuente de financiamiento	Proyecto	VIH				VIH - TB			T
			2006	2007	2008	2009	2007	2008	2009	
	MISSION SUPPORT FROM IRELAND									
	CATHOLIC DIOCESE OF JEFFERSON CITY'S	EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN DE VIH/SIDA EN EL PERÚ			88,910	140,602				229
<b>SOCIOS EN SALUD - SUCURSAL PERU</b>	PARTNERS IN HEALTH	AMPLIANDO LA COBERTURA DE INGRESOS AL TARGA DE PADRES DE FAMILIA QUE VIENE CON VIH/SIDA EN LAS PROVI			314,134	391,788				703
		DETECCIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD DE VIH-TB EN UN SITIO URBANO DE BAJOS RECURSOS - LIMA ESTE, PERÚ							13,862	13
		FORTALECIENDO LA GESTIÓN DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE VIH/SIDA Y EL ACCESO AL TARGA DE LAS PERSONAS POBRES QUE VIVEN CON VIH EN EL PERÚ		545,932						545
		GENERACIÓN DE INGRESOS EN PERSONAS AFECTADAS CON TB MDR y VIH							226,048	226
		PROYECTO COLABORATIVO MINSA-UNICEF-SES : "AMPLIANDO LA COBERTURA DE TRATAMIENTO A LOS NIÑOS CON VIH"			301,978	398,848				700
		PROYECTO PILOTO TARGA PLUS EN PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH-TB EN LA DISA LIMA ESTE - PERU					566,393	494,614	93,282	1,15
<b>STICHTING TERRE DES HOMMES-NEDERLAND</b>	TERRE DES HOMMES	HABILIDADES PARA LA VIDA EN TUMBES: UNA PROPUESTA DE PARTICIPACION		151,395						151
		NIÑOS Y NIÑAS POR LA VIDA CREANDO UN ENTORNO FAVORABLE EN VIH/SIDA	32,041	138,472						170
		PREVENCION DE ITS, VIH SIDA Y EMBARAZO NO DESEADO EN ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE IQUITOS		132,701						132
		PROYECTO DE PREVENCION DE ITS/VIH/SIDA Y EMBARAZO NO DESEADO EN ADOLESCENTES DE CENTROS E INSTITUTOS EDUCATIVOS NOCTURNOS DE LA CIUDAD DE IQUITOS - PERU	157,672							157
<b>THE SAVE THE CHILDREN FUND</b>	THE SAVE THE CHILDREN FUND	ACTUALIZACIÓN Y MANTENIMIENTO PORTALE WEB PUNTO J ( UN PORTAL PARA EDUCAR DE JOVEN A JOVEN EN SALUD Y VIH/SIDA)	2,952							2,9
		LÍDERES ESCOLARES ACTUANDO PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH/ SIDA- ITS EN LA REGIÓN CUSCO	67,260							67
<b>WORLD VISION INTERNATIONAL</b>	WORLD VISION	LUDOTECA EDULI			13,931					13
		PROYECTO ESPECIAL VIDA			560,584	602,603				1,16

## Anexo 6 - Importaciones de ARV realizadas entre el 2008 y el 2010 ( en US dólares)

Componente Activo	Total Kilos				Monto en US\$ CIF			
	2008	2009	2010	Total	2008	2009	2010	Total
ABACAVIR	832	1,486	1,716	4,035	197,037	362,404	1,296,426	1,855,867
ABACAVIR + LAMIVUDINA + ZIDOVUDINA	4	8	4	16	10,080	20,851	10,883	41,814
ABACAVIR , ESTAVUDINA, EFAVIRENZ	1			1	31			31
ATAZANAVIR	745	1,418	803	2,966	1,821,157	3,560,409	1,806,576	7,188,142
DARUNAVIR		6	71	77		9,626	86,501	96,127
DIDANOSINA	948	230	273	1,451	365,580	49,363	56,957	471,900
EFAVIRENZ	1,305	4,697	2,283	8,285	573,893	698,758	336,621	1,609,271
EMTRICITABINA , ZIDIVUDINA + LAMIVUDINA, NEVIPARINA		1		1		33		33
EMTRICITABINA + TENOFOVIR		53	75	128		323,517	362,334	685,851
ESTAVUDINA	453	144		597	120,652	55,112		175,763
ESTAVUDINA +LAMIVUDINA +NEVIPARINA	770			770	50,435			50,435
FOSAMPRENAVIR	0			0	4			4
FUZEON	383	363	368	1,115	272,280	221,203	220,458	713,941
INDINAVIR	950			950	364,615			364,615
KIT RALTEGRAVIR , EFIVARENZ		40	57	97		145,016	217,018	362,034
LAMIVUDINA	4,739	2,646	574	7,958	403,147	557,113	136,617	1,096,877
LAMIVUDINA + ESTAVUDINA + NEVIPARINA	107		22	129	21,816		1,683	23,499
LAMIVUDINA + ESTAVUDINA	26			26	3,033			3,033
LAMIVUDINA + ZIDOVUDINA	1,778	1,567	44	3,388	323,048	266,158	93,328	682,534
LAMIVUDINA + ZIDOVUDINA + NEVIPARINA	2,021		23	2,045	281,410		2,671	284,082
LOPINAVIR	3	0		3	51	15		66
LOPINAVIR + RITONAVIR	3,706	8,587	6,334	18,626	1,335,529	1,492,194	1,168,018	3,995,740
NELFINAVIR	4,119			4,119	831,646			831,646
NEVIRAPINA	3,282	798	3	4,084	314,566	137,329	522	452,418
RALTEGRAVIR		33	56	89		22,683	40,457	63,140
RITONAVIR	1,061	1,112	2,002	4,175	128,834	127,912	241,221	497,966
SAQUINAVIR	949	1,180	492	2,620	349,888	634,560	433,669	1,418,117
TENOFOVIR	35	58	173	266	17,444	129,198	129,460	276,103
TOSAMPRENAVIR	0			0	4			4
ZIDOVUDINA	3,309	2,544	962	6,814	518,854	744,845	276,931	1,540,629
Total general	31,526	26,971	16,336	74,832	8,305,035	9,558,298	6,918,351	24,781,684

## Anexo 7 - Gasto en medicamentos realizado del 2005 al 2010 (En nuevos soles)

	Presentación	Concentración	Datos	2,004	2,005	2,006	2,007	2,008	2,009	2,010	Total
ABACAVIR	Solución	20mg/ml x 240ml	Gasto					58,490			58,490
			Precio promedio				5.21			5.21	
			Cantidad				11,232			11,232	
	Tableta	300 mg/150mg/300mg	Gasto		32,688	94,550					127,238
			Precio promedio		22.70	18.76					21.39
			Cantidad		1,440	5,040					6,480
		300mg	Gasto		160,348	822,287	648,416	709,458	68,839	350,806	2,760,153
			Precio promedio		14.05	11.26	8.13	2.69	2.25	1.15	7.48
			Cantidad		11,400	257,280	88,090	427,040	46,576	536,660	1,367,046
		600mg	Gasto		8,304						8,304
			Precio promedio		13.84						13.84
			Cantidad		600						600
	AMPRENAVIR	700mg	Gasto					9,995			9,995
			Precio promedio					27.76			27.76
			Cantidad					360			360
ATAZANAVIR	150mg	Gasto		64,021	977,963	2,827,820	1,724,276	9,233,237	19,215	14,846,532	
		Precio promedio		21.33	21.11	20.71	21.33	20.61	21.35	21.00	
		Cantidad		3,000	51,510	177,910	80,845	515,990	900	830,155	
	200mg	Gasto		111,408	514,821	1,502,835	810,499	5,438,772		8,378,335	
		Precio promedio		21.34	21.35	21.35	21.31	23.13		21.78	
		Cantidad		5,220	24,120	70,430	38,055	253,345		391,170	
	250mg	Gasto			19,216					19,216	
		Precio promedio			21.35					21.35	
		Cantidad			900					900	
	300mg	Gasto						12,851,910		12,851,910	
		Precio promedio						29.69		29.69	
		Cantidad						432,870		432,870	
	ATAZANAVIR +LOPINAVIR	150mg	Gasto		5,119						5,119
			Precio promedio		21.33						21.33
			Cantidad		240						240
DARUNAVIR	300mg	Gasto						93,224	181,094	274,318	
		Precio promedio						16	15	15	
		Cantidad						6,120	12,420	18,540	
DIDANOSINA	100mg	Gasto		674,475	180,888	3,726	4,180			863,268	
		Precio promedio		1.07	0.95	1.24	1.67			1.05	
		Cantidad		1,635,829	296,859	3,000	2,500			1,938,188	
	200mg	Gasto					21,204			21,204	
		Precio promedio					1.55			1.55	
		Cantidad					13,680			13,680	
250mg	Gasto		11,772	7,848					19,620		

	Presentación	Concentración	Datos	2,004	2,005	2,006	2,007	2,008	2,009	2,010	Total
EFAVIRENZ		400mg	Precio promedio		10.90	10.90					10.90
			Cantidad		1,080	720					1,800
			Gasto		446,412	704,398	166,102	1,699,499	453,193	2,342,844	5,812,449
		200mg	Precio promedio		17.30	9.98	15.67	10.23	7.54	2.60	12.01
			Cantidad		25,570	323,530	10,600	728,080	396,960	965,430	2,450,170
			Gasto		4,478,737	552,956	6,403	22,614	27,200		5,087,910
		600mg	Precio promedio		1.75	1.35	1.86	0.86	1.70		1.56
			Cantidad		3,096,572	533,590	3,280	26,280	16,000		3,675,722
			Gasto		189,236	2,014,138	357,857	2,185,634	2,334,172	27,813	7,108,850
		30mg	Precio promedio		7.54	4.17	2.98	1.74	1.60	2.19	3.77
			Cantidad		25,110	1,261,010	153,022	15,117,060	1,507,140	12,700	18,076,042
			Gasto			1,734	50,237	118,979	149,270		320,220
ESTAVUDINA		40mg	Precio promedio			0.89	0.37	0.31	0.10		0.41
			Cantidad			2,100	347,360	1,056,600	1,569,150		2,975,210
			Gasto		221,858	139,893	15,402	62,119			439,272
		400 mg	Precio promedio		1.86	0.68	0.42	0.24			0.87
			Cantidad		871,934	733,228	34,940	437,020			2,077,122
			Gasto		1,286,922	35,433		581,143			1,903,497
LAMIVUDINA	Solución	10mg/ml 240ml	Precio promedio		1.22	1.48		0.87			1.25
			Cantidad		1,638,604	24,500		667,980			2,331,084
			Gasto								
		50mg/5ml	Precio promedio		14,579	39,152					53,731
			Cantidad		99.22	61.82					75.84
			Gasto								
		50mg/5ml 100ml	Precio promedio		146	626					772
			Cantidad		675						675
			Gasto		21.09						21.09
		50mg/5ml 120ml	Precio promedio		32						32
			Cantidad			14,170					14,170
			Gasto			56.33					56.33
		50mg/5ml 240ml	Precio promedio			245					245
			Cantidad				6,560				6,560
			Gasto				82.00				82.00
		50mg/5ml 240ml	Precio promedio				80				80
			Cantidad			24,823	326,323	583,464	337,598		1,272,209
			Gasto			62.50	50.97	39.49	9.32		49.36
		150mg	Precio promedio			392	7,131	24,096	36,216		67,835
			Cantidad		1,157,225	302,389	145,447	602,714	514,620	242,655	2,965,051
			Gasto		0.55	0.54	0.87	0.16	0.15	0.10	0.58
		50mg/5ml 240ml	Precio promedio		3,542,000	1,249,874	553,990	3,851,180	3,442,275	2,337,676	14,976,995
			Cantidad								
			Gasto				9,600				9,600
		300mg/150mg	Precio promedio				40.00				40.00
			Cantidad				240				240
			Gasto		3,340						3,340
			Precio promedio		2.42						2.42
			Cantidad		1,380						1,380
			Gasto								

	Presentación	Concentración	Datos	2,004	2,005	2,006	2,007	2,008	2,009	2,010	Total
LAMIVUDINA + ESTAVUDINA + NEVIRAPINA		150 mg/30mg/200mg	Gasto			14,133	255,710	502,539	684,000		1,456,382
			Precio promedio			0.54	0.52	0.45	0.36		0.48
			Cantidad			26,220	562,440	1,140,600	1,900,000		3,629,260
		150mg/40mg/200mg	Gasto		134,200	254,776	148,042				537,018
			Precio promedio		4.58	0.57	0.47				1.52
			Cantidad		29,280	449,340	275,940				754,560
		150mg/300mg	Gasto		255,645	1,903,072	50,373	1,289,623	2,742,729	26,601	6,268,043
			Precio promedio		6.65	4.06	0.97	0.63	0.44	0.86	4.13
			Cantidad		66,804	2,116,800	52,200	2,835,800	6,233,475	31,000	11,336,079
LAMIVUDINA + ZIDOVUDINA		150mg/300mg	Gasto								
			Precio promedio								
			Cantidad								
LAMIVUDINA + ZIDOVUDINA + NEVIRAPINA		150mg/300mg/200mg	Gasto			2,392,123	150,860	3,360,717		2,613,433	8,517,133
			Precio promedio			1.15	1.17	0.95		0.53	0.95
			Cantidad			2,080,107	128,940	3,186,600		4,952,100	10,347,747
		400mg/100mg/5ml 160ml	Gasto			15,999		20,954		58,847	95,801
			Precio promedio			348.60		174.62		174.62	224.33
			Cantidad			46		120		337	503
		80mg/20mgx160ml	Gasto			105,958	100,242	55,643			261,842
			Precio promedio			498.89	269.83	217.77			349.53
			Cantidad			264	392	289			945
LOPINAVER + RITONAVIR	Solución	100mg/33.3mg	Gasto		168,480						168,480
			Precio promedio		7.80						7.80
			Cantidad		21,600						21,600
		133.3mg/33.3mg	Gasto		2,622,158	10,168,210	475,076	232,294			13,497,738
			Precio promedio		7.38	5.08	3.50	1.51			5.51
			Cantidad		355,750	3,092,592	137,880	153,360			3,739,582
	Tableta	200mg/50mg	Gasto	7,852		117,288	627,253	6,422,165	4,538,262		11,712,821
			Precio promedio	3.00		5.43	3.70	2.12	1.71		2.69
			Cantidad	2,617		21,600	188,618	3,104,500	4,254,825		7,572,160
		80mg/20mg	Gasto		8,327						8,327
			Precio promedio		7.71						7.71
			Cantidad		1,080						1,080
	Solución	250mg	Gasto			6,336					6,336
			Precio promedio			140.80					140.80
			Cantidad			45					45
		50mg/144g	Gasto		125,326	30,822	15,206				171,355
			Precio promedio		129.20	126.43	140.80				132.69
			Cantidad		947	255	108				1,310
NELFINAVIR	Tableta	250mg	Gasto		4,083,229	1,877,026	961,333	2,258,587			9,180,175
			Precio promedio		2.71	2.35	1.78	1.51			2.22
			Cantidad		2,759,187	961,360	655,932	3,070,670			7,447,149
	Solución	50mg/5mlx240ml	Gasto					69,264			69,264
			Precio promedio					26.00			26.00
			Cantidad					2,664			2,664
NEVIRAPINA	Solución	50mg/5mlx100ml	Gasto					11,445			11,445
			Precio promedio					36.80			36.80

	Presentación	Concentración	Datos	2,004	2,005	2,006	2,007	2,008	2,009	2,010	Total
			Cantidad					311			311
			Gasto		28,714	100,989	155,368	24,798	35,000		344,870
			Precio promedio		1.77	1.43	1.18	0.40	0.35		1.05
			Cantidad		34,780	352,360	256,798	61,995	100,000		805,933
RITONAVIR		200mg	Gasto		522,649	2,409,644	146,381	333,513	252,732	1,098,175	4,763,095
			Precio promedio		5.92	3.97	2.66	1.56	2.40	1.70	3.94
			Cantidad		86,699	989,676	72,910	3,169,440	106,420	671,880	5,097,025
		100mg	Gasto		926,850	2,769,252	326,591	583,856			4,606,549
			Precio promedio		1.88	1.89	1.84	1.58			1.85
			Cantidad		499,130	1,505,350	181,450	4,537,200			6,723,130
SAQUINAVIR	Tableta	200mg	Gasto				7,200	545,328	1,815,250	2,819,150	5,186,928
			Precio promedio				5.00	5.00	5.00	4.99	5.00
			Cantidad				1,440	109,080	363,503	564,960	1,038,983
		500mg	Gasto								
			Precio promedio								
			Cantidad								
		300mg	Gasto					57,600		162,552	220,152
			Precio promedio					10		5	7
			Cantidad					5,760		33,600	39,360
		50mg/5mlx240ml	Gasto		224,138	217,557	358,828	484,762	179,568	29,120	1,493,973
			Precio promedio		64.27	57.97	49.41	35.47	74.82	28.00	50.52
			Cantidad		3,987	4,021	8,733	17,140	2,400	1,040	37,321
		50mg/5mlx100ml	Gasto			27,477		19,800			47,277
			Precio promedio			62.55		51.18			56.86
			Cantidad			650		636			1,286
		50mg/5mlx200ml	Gasto					5,000			5,000
			Precio promedio					50.00			50.00
			Cantidad					100			100
		50mg/5mlx120ml	Gasto					390			390
			Precio promedio					65.00			65.00
			Cantidad					6			6
		100mg	Gasto		1,676,027	409,431	42,613	577,503	59,560		2,765,134
			Precio promedio		0.36	0.68	0.71	0.29	0.20		0.47
			Cantidad		6,612,234	1,491,156	90,040	3,619,960	297,800		12,111,190
		300mg	Gasto		8,341	1,260	182,502	55,207			247,310
			Precio promedio		2.32	2.10	1.43	0.62			1.10
			Cantidad		3,600	600	242,183	126,515			372,898
Total Gasto				7,852	19,651,203	29,268,013	10,070,308	26,105,255	41,809,136	9,972,306	136,884,073

Fuente: SEACE, procesos registrados hasta diciembre del 2010

## Anexo 8 - Informe de campo por DISA/DIRESA

### Lambayeque

#### Principales hallazgos

Este departamento es la sede del Objetivo 3 dedicado a prevenir la transmisión vertical en la macro región norte. En el 2008 se capacitó a personal de ESSALUD en prevención de la transmisión vertical (en toda la región macro norte) pero no tenían los insumos. A la fecha ya han sido adquiridas las pruebas rápidas para VIH. A partir de setiembre del 2009 empezaron a solicitarlo en su plan, han puesto meta de tamizaje de 100%. Al inicio, como era una actividad nueva, había resistencia de algunas profesionales que no querían hacer tamizaje, porque les daba temor de encontrar a una persona VIH positiva y no la iban a saber manejar.

En el caso de las gestantes, el SIS solo reembolsaba las pruebas Elisa, no las pruebas rápidas. Después de la incidencia que se realizó, modificaron el tarifario 2009. Con respecto a la adquisición de pruebas rápidas, existen muchos problemas con el personal de Piura, lo cual atrasa la programación. Con respecto a Tumbes, compran muy pocas pruebas rápidas, por que el reembolso del SIS lo recibe el laboratorio y no los establecimientos.

#### ESSALUD

Hasta el año 1990 se trabajó y luego decayó, retomándose nuevamente en 1996; se formó un GAM, con psicólogo y asistente social. Se organizaban reuniones para que los pacientes vengan a recoger información, eran los primeros casos. Con la asistente social, hacían el seguimiento de los casos y de toda la familia. Quisieron iniciar el proyecto con el tema de la mujer, porque es más fuerte ella, es la que sobrevive, pues al morir el varón, ella tiene que sustentar a la familia, requiere soporte emocional. Se realizó una propuesta trabajo de pares, pero no se llegó a implementar.

Actualmente están viendo como incorporar la propuesta del Sr Humberto Esteves (líder PVV), que es una propuesta orientada a reforzar el tema de consejería.

#### CERITS José Olaya

Los HSH dicen que no quieren ir al Hospital de las Mercedes porque allí los ven y los pueden identificar, y prefieren que les provean el TARGA en el CERITS. En general, se han detectado personas con VIH, pero no toman tratamiento ni se cuidan, lo cual hace que se re-infecten. Son pocos los que son conscientes, algunos los padres los aceptan así. Hay jóvenes que vienen a pesar de tener 18 años, vienen con la mamá a la consulta y sus controles; los de la calle bien difícil, viven hacinados, viven pagando hotel no tienen personas en quien confiar, que les sirva de apoyo.

LA PVV muchas veces no hablan de deberes, solo hablan de derechos. El CERITS funciona desde 1998 sólo con HSH hasta diciembre de 2007 en que se hace extensiva la atención a las TS, pues antes ellas eran atendidas en el hospital Las Mercedes.

En la Región Lambayeque se han desarrollado los siguientes proyectos:

INSTITUCION	Fuente	NOMBRE PROYECTO	2007	2008	2009
DEFENSORIA DEL PUEBLO	ONUSIDA	DERECHOS HUMANOS EN PERSONAS MÁS AFECTADAS Y VIVIENDO CON VIH. LUCHA CONTRA EL ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN, PROMOCIÓN DE LA PROTECCIÓN DE DERECHOS Y ACCESO A LA CIUDADANIA	x	x	x
ASOCIACION DE COMUNICADORES SOCIALES CALANDRIA	FUNDACION AVINA	COMUNICACION PARA EL DESARROLLO Y LA DEMOCRACIA		x	
ASOCIACION VIA LIBRE	ALLIANCE	INCIDENCIA POLITICA EN VIH Y SIDA CON POBLACIONES CLAVE	x		
		VEEDURIA EN SALUD DE LAS POBLACIONES CLAVE, UNA RESPUESTA POSITIVA Y PREVENTIVA AL VIH.		x	x
SOCIOS EN SALUD - SUCURSAL PERU	PARTNERS IN HEALTH	AMPLIANDO LA COBERTURA DE INGRESOS AL TARGA DE PADRES DE FAMILIA QUE VIENE CON VIH/SIDA EN LAS PROVI		x	
		PROYECTO COLABORATIVO MINSA-UNICEF-SES : "AMPLIANDO LA COBERTURA DE TRATAMIENTO A LOS NIÑOS CON VIH"		x	
			2	7	2

## Loreto

### **Principales hallazgos**

Durante el año 2010 ha existido una disminución del apoyo realizado por el Gobierno Regional de Loreto por la disminución del canon petrolero. Los recursos directamente recaudados también han disminuido por lo que no ha podido transferir recursos a 14 entidades entre ellas a “Algo bello de Dios” (Proyecto de la Parroquia San Martín de Porres), “Lazos de vida” y Asociación La Restinga”. Para el año 2010 las instituciones han generado deudas para poder seguir brindando los servicios que realizaban, para el 2011 el GOREL ha suspendido los convenios y piensa cancelar las deudas con las instituciones, algunas de las cuales como Lazos de vida ha suspendido alguna de las actividades que realizaba (reparto de canastas, comedor). Se encuentran en riesgo las actividades realizadas por estas instituciones.

Si bien el TARGA, el tamizaje no tienen costo para las PVV tanto en el MINSA como en ESSALUD al igual que las gestantes y MEF tienen paquete gratis que incluye Prueba rápida para VIH y RPR; pero hay costos asumidos por las propias personas como la hospitalización por Infecciones oportunistas, reacciones adversas, el pago de la consulta cuando no tienen SIS. Aproximadamente el 10% no tienen SIS. Todos pagan la 1° consulta.

A veces también la persona con VIH tiene que asumir el gasto cuando hay desabastecimiento de insumos como en el año 2010 que ha habido desabastecimiento de condones, EFV y en el caso de DDI que se cambió por Abacavir

En la Región los actores principales en la lucha contra el VIH tenemos al MINSA, ESSALUD y las ONG e Instituciones.

**Asociación Civil Selva Amazónica (ACSA)** que se dedica a estudios de vacuna financiados por el HVTN, provisión de TARGA en el MINSA y prevención con financiamiento del FM. Trabaja a nivel de población HSH, TS, TRANS; en el fortalecimiento de UAMP, material de escritorio, kit de prevención.

ADAR que se dedica al fortalecimiento de las competencias del profesional médico y técnico sobre todo relacionado con las ITS.

**CEPESJU**, realiza actividades de la V Ronda del FMSTM y va a los lugares más alejados: San Lorenzo, Caballococha.

**CEPCO**, es el consorcio de la VI Ronda del FM

**AECID** participó en el Día Mundial de Lucha contra el Sida con S/4,000.000 para actividades en Iquitos y Nauta.

**USAID**, con el Proyecto Calidad en Salud, cuyo objetivo es fortalecer competencias y tratar de hacer una sede docente en el Hospital Regional en TARGA e Infecciones oportunistas.

**COREMUSA**, ha formado equipos que están revisando los temas del centro de formación

**ONUSIDA**, que se dedica a la capacitación del personal. Para este año 2011 van a fortalecer 5 UAMP de la Región, van a trabajar más la parte preventiva, con familia, adolescentes y escuelas; un carro móvil para equipo itinerante.

ESSALUD tiene 33 PVV en TARGA que maneja esquemas diferentes, no envían reportes al MINSA. No tienen población HSH. SMEII no ayuda para estadística. En la Región tenemos los siguientes establecimientos y ONG que brindan TARGA además de ESSALUD:

Hospital Regional

Hospital de Iquitos

Hospital Santa Gema de Yurimaguas

Asociación Civil Selva Amazónica

En los establecimientos del MINSA, existe un equipo que provee TARGA (Realizan atención integral de la familia) que está conformado por:

2 enfermeras

1 obstetriz consultorio

1 obstetriz hospitalización

1 interno de psicología

1 trabajadora social

4 infectólogos que se turnan la atención

1 consejero de par

1 nutricionista  
1 laboratorista  
1 químico farmacéutico  
1 odontólogo

El presupuesto de la DIRESA para el año 2010 fue de S/ 74,000 y le sirvió para pagar a:  
PEPs: 15 HSH (MINSa: 5, FM: 10), 9 TS (MINSa: 4; FM: 5), 2 monitores, Profesionales del CERITS  
Técnica del CERITS

### **Hospital Regional**

En el Hospital todos los pacientes tienen SIS por lo que es gratis el tamizaje, hematócrito, batería pre targa. Las transaminasas son asumidas por los pacientes y lo hacen en laboratorio particular. Exámenes para algunas IO se hacen los pacientes aparte. El tratamiento de IO ha estado siendo asumido por los subreceptores (FM) pero ahora ya han pasado al Ministerio y no tienen la seguridad si van a tener disponibilidad de los tratamientos. Es asumido por el paciente el pago de la consulta y todo lo que no lo asume el SIS especialmente en el tratamiento de algunas IO

Usualmente el TARGA es gratis y continuo, pues reciben los medicamentos del nivel central y cuando hay desabastecimiento lo sacan a través del SIS. La compra de vitaminas que son indicadas por el médico durante el seguimiento del TARGA es asumido por el paciente, pues eso no está comprendido en el SIS. De todos los PVV a quienes se les receta vitaminas, sólo el 20% lo compra.

La consejería es realizada por dos enfermeras (Una ve HSH, población general y las otra ve niños) y una obstetriz que hace a población general.

El establecimiento cuenta con insumos o medicamentos que entregan normalmente de forma gratuita a los usuarios. Es permanente durante todo el año. Sólo durante el año 2010 ha habido desabastecimiento de condones por lo cual ya casi no estaban entregando condones. Actualmente entregan 20 condones a cada PVV cuando viene a la visita de control. ARV pediátricos hacen compra conjunta entre Ucayali, Loreto y San Martín a fin de bajar costos.

### **CERITS San Juan**

En el CERITS se atiende a HSH, TS y población general. Se realiza AMP a HSH y TS; no se realiza KOH, ELISA para Chlamydia porque no mandan insumos desde el nivel central, pero tampoco las pacientes van a otro lado a hacerse la prueba. La población HSH además de atenderse en el CERITS también lo hacen en la UAMP que es del Ministerio y en la Asociación Civil Selva Amazónica.

El paciente asume la apertura de HC que son S/. 3.00 por única vez. Durante el año 2010 han estado recibiendo 5 condones por visita y recién están entregando 50 condones. EL CERITS no tiene consolidado cuántos HSH son PVV.

Los pacientes asumen la apertura de HC. La población general tiene que asumir su tamizaje para VIH, cuando no va asociado a conductas de riesgo y tiene que ir al hospital.

El CERITS tiene insumos, excepto KOH, Elisa para Chlamydia, y actualmente ya tienen condones.

### **ESSALUD**

El TARGA es gratis en el Hospital de ESSALUD. No se da en los policlínicos. En Iquitos sólo se da los esquemas iniciales de TARGA, Rescate lo asume el Seguro de Lima; el paciente tiene que viajar cada vez que tiene su control a la ciudad de Lima. El paciente asume CD4 y CV al inicio y en cada uno de sus controles, algunos se realizan en el MINSa y la mayoría no se hacen estas pruebas iniciándose el TARGA con solo cuadro clínico. Exámenes pre TARGA se hacen en ESSALUD cada 6 meses. La PVV también asume el costo del Anfotericin B si es que lo necesitaran.

El diagnóstico de VIH le hacen con dos ELISAs y la confirmación la hacen en el laboratorio referencial del MINSa. Gestantes tienen paquete gratis que incluye Prueba rápida para VIH y RPR. RN recibe AZT al nacimiento. Los PVV reciben 20 condones en la consulta

PCR no tienen disponible para los recién nacidos expuestos perinatalmente, por lo que el Diagnóstico le hacen recién al año y medio

ESSALUD cuenta con Tratamiento e insumos en forma permanente pues cuando al paciente le falta un medicamento del esquema que está recibiendo le reemplazan por un equivalente, lo cual implica que el paciente no deja de tomar pastillas.

### Asociación Civil Selva Amazónica - ACSA

ACSA hace investigación para vacuna de VIH como miembro del HVTN y provee TARGA del Ministerio de Salud. Es parte del consorcio del Objetivo 6 del FMSTMy hacen trabajos de prevención

Recibe la 'provisión de medicamentos ARV para los pacientes que se controlan en su Institución, además como unidad notificante de ITS/VIH recibe medicamentos para ITS y condones.

El tamizaje para las personas de población general que acuden en forma voluntaria tiene un costo al igual que la consulta. Pero son muy pocos, 2 ó 3. Cuando el tamizaje es reactivo, para la confirmación envían la muestra al laboratorio referencial del MINSA. Cuando son personas que son enroladas para los estudios, el tamizaje no les cuesta. Los exámenes de laboratorio pre TARGA o los de seguimiento la Asociación se hace cargo. Sólo CD4 y CV es asumido por el MINSA. El RPR se hace en ACSA y si es positivo también le dan tratamiento que es enviado por el MINSA

Al comienzo (2008) la Asociación realizaba los CD4 y la CV, pero todo este año lo envían al MINSA. Provee TARGA especialmente a población HSH.

Los Proyectos desarrollados en la Región son los siguientes:

Institución	Financiador	Proyecto	2006	2007	2008	2009
ASOCIACION MINGA PERU	UNFPA	PROYECTO EDUCATIVO RADIAL INTERCULTURAL DE LUCHA CONTRA LA VIOLENCIA Y VIH/SIDA EN COMUNIDADES Y ESCUELAS RURALES DE LA AMAZONIA	x	x	x	
DEFENSORIA DEL PUEBLO	ONUSIDA	DERECHOS HUMANOS EN PERSONAS MÁS AFECTADAS Y VIVIENDO CON VIH. LUCHA CONTRA EL ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN, PROMOCIÓN DE LA PROTECCIÓN DE DERECHOS Y ACCESO A LA CIUDADANIA		x		
MINISTERIO DE SALUD	UNICEF	VIH/SIDA Y NIÑEZ		x	x	x
APOYO A PROGRAMAS DE POBLACION	USAID	MERCADEO SOCIAL DEL CONDON PARA POBLACIONES VULNERABLES		x		
ASOCIACION CIVIL IMPACTA SALUD Y EDUCACION	NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH – NIH	PROGRAMA UNIDAD DE ENSAYOS CLINICOS DE IMPACTA, PERU (CTU)			x	x
	UNIVERSITY OF WASHINGTON	ENSAYO CLINICO DE FASE III, ALEATORIO, DOBLE CIEGO, CONTROLADO CONTRA PLACEBO UTILIZANDO ACICLOVIR P		x	x	
ASOCIACION CIVIL SELVA AMAZONICA	FRED HUTCHINSON CANCER RESEARCH CENTER	ENSAYO DE VACUNAS CONTRA EL VIH: FASE IB, PARA COMPARAR LA SEGURIDAD Y LA TOLERABILIDAD A PERSONAS ADULTAS SANAS, NO INFECTADAS POR EL VIH		x	x	x
		UN ESTUDIO DE PRUEBA DE CONCEPTO DE FASE II, CONTROLADO POR PLACEBO, MULTICENTRICO, DOBLE CIEGO, ALEATORIZADO, PARA EVALUAR LA SEGURIDAD Y LA EFICACIA DE UN REGIMEN DE 3 DOSIS DE LA VACUNA DE GAG/POL/NEF DEL VIH-1 EN ADENOVIRUS SEROTIPO 5 DE MERCK (MRKAD			x	
	THE J. DAVID GLADSTONE INSTITUTES	QUIMIOPROFILAXIS PARA LA PREVENCION DEL VIH EN HOMBRES		x		
ASOCIACION DE COMUNICADORES SOCIALES CALANDRIA	FUNDACION AVINA	COMUNICACION PARA EL DESARROLLO Y LA DEMOCRACIA	x			
ASOCIACION LA RESTINGA	FUNDACION STROMME	CREA BELEN	x			
ASOCIACION MINGA PERU	HIVOS	74)MUJERES Y ADOLESCENTES LIDERES PROMOTORAS DE LA			x	x

Institución	Financiador	Proyecto	2006	2007	2008	2009
		EQUIDAD, LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA Y EL VIH/S				
	MATCH INTERNATIONAL CENTRE	46) CONSOLIDACION Y PROYECCION DEL TRABAJO DE CORRESPONSALES Y PROMOTORAS TECNICAS AGROFORESTALES EN	x			
		61) USO Y GESTIÓN DE ALTO PARLANTES COMUNALES PARA LA PRODUCCIÓN DESCENTRALIZADA DE MENSAJES SOBRE S			x	x
	THE GLOBAL FUND FOR WOMEN	ACOMPANAMIENTO A LA LABOR DE LOS CORRESPONSALES RADIALES EN COMUNIDADES RURALES		x		
	FIA	32B) FORTALECIMIENTO DE LA RED DE MUJERES DEL RÍO MARAÑÓN Y TIGRE A TRAVÉS DEL MODELO INTEGRADO DE C		x		
ASOCIACION VIA LIBRE	ALLIANCE	VEEDURIA EN SALUD DE LAS POBLACIONES CLAVE, UNA RESPUESTA POSITIVA Y PREVENTIVA AL VIH.		x	x	x
	PACT	POLICIA SEGURA: REDES DE PROMOTORES POLICIAS EN PREVENCIÓN DE VIH/SIDA EN LA POBLACION POLICIAL PERU			x	
INVESTIGACIONES MEDICAS EN SALUD	EMBAJADA USA	EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH-1 EN SUDAMÉRICA		x		
MOVIMIENTO MANUELA RAMOS.	Agro acción Alemana	AMPLIANDO ESPACIOS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH-SIDA EN LAS REGIONES DE			x	x
SAVE THE CHILDREN SUECIA	SAVE THE CHILDREN	DERECHOS DEL NIÑO - PROGRAMA UNIFICADO EN PERU				x

## Ucayali

En los EESS I1 – I4 para gestantes y MEF se utilizan pruebas rápidas que compran los establecimientos y el SIS no reembolsa. Tiene una deuda de 12 millones de soles. Establecimientos II 1 y II2 realizan ELISA que también lo compran y el SIS no reembolsa.

El tamizaje para VIH en HSH y TS Tamizaje es gratis, cada 6 meses y RPR cada 3 meses; así como también para las gestantes. La confirmación, CD4 y CV asumido por el MINSA. Los costos asumidos por los pacientes son los análisis basales de laboratorio pre TARGA, Radiografía u otros exámenes adicionales.

Es asumido por el paciente el pago de la consulta, el pago de los exámenes de laboratorio basales S/.20 y el pago de algún otro examen auxiliar que necesitaran

Los insumos y medicamentos están permanentes durante todo el año, sólo que en Ucayali se maneja a través de stocks o solicita a otras ESN

Acá en Ucayali, sólo se da prestación en el MINSA. Gestante asegurada es cesareada en el MINSA. TARGA sólo entrega el MINSA. El recién nacido de madre VIH positiva recibe fórmula láctea por sólo 2 meses

Los principales actores en el tema de VIH en la Región son:

FM: I y II objetivo V Ronda

I, II, III, IV objetivo VI Ronda

Medicamentos, pruebas rápidas para VIH y Sífilis, equipo de laboratorio (Microscopio)

USAID: se dedica a capacitación, calidad

UNFPA: se dedica a capacitación

UNICEF: su población objetivo son niños e indígenas

MINEDU: dedicado a prevención

Gobierno Regional: dedicado a prevención

MIMDES: su población objetivo son los adolescentes y vulnerabilidad

Los proyectos desarrollados en la Región son:

INSTITUCION	Fuente	NOMBRE PROYECTO	2006	2007	2008	2009
ASOCIACION INTER - ETNICA DE DESARROLLO DE LA SELVA PERUANA	UNICEF	REUNION DE SENSIBILIZACION Y PRESENTACION DE PROTOCOLO DE INVESTIGACION ORGANIZACIONES NACIONALES Y			x	
MINISTERIO DE SALUD	UNFPA	ATENCION INTEGRAL EN SR-ASISTENCIA TECNICA DGSP (ESNSSR, ESNPCITS/VIH Y EVA)-PER7R54A			x	
	UNICEF	VIH/SIDA Y NIÑEZ			x	x
APOYO A PROGRAMAS DE POBLACION	USAID	MERCADEO SOCIAL DEL CONDON PARA POBLACIONES VULNERABLES		x	x	
ASOCIACION CIVIL - CAYETANO HEREDIA-SALUD Y EDUCACION	USAID	PROYECTO DEL INCREMENTO EN EL ACSESO EN LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA PREVENCION DE ITS/VIH EN LA POBLACION VULNERABLE		x		
	UNIVERSIDAD DE WASHINGTON	ENSAYO CLINICO DE FASE III, ALEATORIO, DOBLE CIEGO, CONTROLADO CONTRA PLACEBO UTILIZANDO ACICLOVIR PARA LA REDUCCION DE LA ADQUISICION DEL VIH ENTRE INDIVIDUOS SEROPOSITIVOS AL VHS-2 Y SERONEGATIVOS AL VIH	x			
ASOCIACION CIVIL IMPACTA SALUD Y EDUCACION	UNIVERSITY OF WASHINGTON	ENSAYO CLINICO DE FASE III, ALEATORIO, DOBLE CIEGO, CONTROLADO CONTRA PLACEBO UTILIZANDO ACICLOVIR PARA LA REDUCCION DE LA ADQUISICION DEL VIH ENTRE INDIVIDUOS SEROPOSITIVOS AL VHS-2 Y SERONEGATIVOS AL VIH (HPTN039-CORE)			x	
		ENSAYO CLINICO DE FASE III, ALEATORIO, DOBLE CIEGO, CONTROLADO CONTRA PLACEBO UTILIZANDO ACICLOVIR PARA LA REDUCCION DE LA ADQUISICION DEL VIH ENTRE INDIVIDUOS SEROPOSITIVOS AL VHS-2 Y SERONEGATIVOS AL VIH (HPTN039-CORE)		x		

		ENSAYO CLINICO DE FASE III, ALEATORIO, DOBLE CIEGO, CONTROLADO CONTRA PLACEBO UTILIZANDO ACICLOVIR PARA REDUCCION DE LA ADQUISICION DEL VIH ENTRE INDIVIDUOS SEROPositivos AL VHS-2 Y SERONEGATIVOS AL VIH	x			
ASOCIACION VIA LIBRE	PACT	POLICIA SEGURA: REDES DE PROMOTORES POLICIAS EN PREVENCION DE VIH/SIDA EN LA POBLACION POLICIAL PERU			x	
		POLICIA SEGURA: REDES DE PROMOTORES POLICIAS EN PREVENCION DE VIH/SIDA EN LA POBLACION POLICIAL PERUANA Y EN PROYECCION A LA COMUNIDAD		x		
CATHOLIC RELIEF SERVICES	CATHOLIC RELIEF SERVICES	PROMOVIENDO ESTILOS DE VIDA SALUDABLES PARA PREVENIR EL VIH Y SIDA EN ADOLESCENTES Y JOVENES		x		
CENTRO DE INFORMACION Y EDUCACION PARA LA PREVENCION DEL ABUSO DE DROGAS	GTZ	ARMONIZACION DE LAS POLITICAS PUBLICAS SOBRE EDUCACION SEXUAL Y PREVENCION DEL VIH/SIDA Y DROGAS		x		
DEFENSORIA DEL PUEBLO	USAID	DERECHOS HUMANOS EN PERSONAS MÁS AFECTADAS Y VIVIENDO CON VIH: LUCHA CONTRA EL ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN, PROMOCIÓN DE LA PROTECCIÓN DE DERECHOS Y ACCESO A LA CIUDADANÍA		x		
DEUTSCHE WELTHUNGERHILFE (AGRO ACCION ALEMANA)	Agro acción Alemana	AMPLIANDO ESPACIOS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA EN LAS REGIONES DE MAYOR INCIDENCIA		x		
IBIS	IBIS	BASES PARA PROMOVER LA PREVENCION DE LAS ITS, VIH/SIDA EN COMUNIDADES SHIPIBO KONIBO DE LA CIUDAD DE PUCALLPA		x		
INVESTIGACIONES MEDICAS EN SALUD	EMBAJADA USA	EPIDEMIOLOGIA DEL VIH-1 EN SUDAMERICA		x		
		EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH-1 EN SUDAMÉRICA			x	x
MEDICOS SIN FRONTERAS - BELGICA	Médicos sin frontera	CUIDADO INTEGRALES A PERSONAS VIVIENDO CON VIH SIDA EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL SAN JOSE DE VILLA EL SALVADOR (2004)	x			
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	GTZ	ARMONIZACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA EDUCACIÓN SEXUAL Y LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA Y DROGAS EN			x	
MOVIMIENTO MANUELA RAMOS	Agro acción Alemana	AMPLIANDO ESPACIOS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH-SIDA EN LAS REGIONES DE MAYOR INCIDENCIA		x		
MOVIMIENTO MANUELA RAMOS.	INTERNATIONAL WOMEN'S HEALTH COALITION	PROMOVIENDO LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES Y ADOLESCENTES PARA LA PREVENCIÓN D			x	
	Agro acción Alemana	AMPLIANDO ESPACIOS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH-SIDA EN LAS REGIONES DE			x	
PACT PERU	USAID	FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DE ORGANIZACIONES SOCIALES DEL PROYECTO, Y APOYO A LA CREACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL CONSEJO EPRESARIAL DE LA LUCHA CONTRA EL VIH / SID		x		
PROGRAMA DE SOPORTE A LA AUTOAYUDA DE PERSONAS SEROPositivas	USAID	ALTERNATIVAS DE PREVENCION EN VIH Y SIDA		x		
		PREVENCION Y CONTROL DE ITS/VIH EN ESTABLECIMIENTOS PENITENCIARIOS DEL PERU		x		
			3	14	10	2

## Ica

A pesar de haber cumplido con todas las exigencias formales sugeridas por los encargados de brindar la información, algunas instituciones no nos permitieron obtener la data necesaria para el estudio. En el caso del área de Estadística del Hospital Regional de Ica nos indicaron que ya habían tenido denuncias y procesos por brindar información relacionada al VIH-SIDA.

### Proyectos desarrollados en la Región

INSTITUCION	Fuente	NOMBRE PROYECTO	2007	2008	2009
APOYO A PROGRAMAS DE POBLACION	UNFPA	PLAN DE MERCADEO SOCIAL DEL CONDON DEL PERU AL 2011			2
		PREVENCIÓN DE ITS, VIH SIDA Y USO DEL CONDÓN EN ZONAS DE EMERGENCIA - TERREMOTO DEL 15.08.07		x	
ASOCIACION KALLPA PARA LA PROMOCION INTEGRAL DE LA SALUD Y EL DESARROLLO	UNFPA	ACUERDO DE COOPERACION PARA EL PROYECTO CELEBRADO ENTRE UNICEF Y LA ASOCIACION KALLPA PARA LA PROMOCION DE LA SALUD Y EL DESARROLLO	x		
DEFENSORIA DEL PUEBLO	ONUSIDA	DERECHOS HUMANOS EN PERSONAS MÁS AFECTADAS Y VIVIENDO CON VIH. LUCHA CONTRA EL ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN, PROMOCIÓN DE LA PROTECCIÓN DE DERECHOS Y ACCESO A LA CIUDADANIA	x	x	X
	PNUD	DERECHOS HUMANOS EN PERSONAS MÁS AFECTADAS Y VIVIENDO CON VIH. LUCHA CONTRA EL ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN, PROMOCIÓN DE LA PROTECCIÓN DE DERECHOS Y ACCESO A LA CIUDADANIA	x		
		INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE DERECHOS EN LA RESPUESTA DESDE EL ESTADO FRENTE A LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA			X
MINISTERIO DE SALUD	UNFPA	ATENCION INTEGRAL EN SR-ASISTENCIA TECNICA DGSP (ESNSSR, ESNPCITS/VIH Y EVA)-PER7R23A		x	
	UNICEF	VIH/SIDA Y NIÑEZ		x	X
ASOCIACION CIVIL IMPACTA SALUD Y EDUCACION	NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH – NIH	COMPREHENSIVE INTERNATIONAL PROGRAM FOR RESEARCH (CIPRA)	x		
ASOCIACION DE COMUNICADORES SOCIALES CALANDRIA	FUNDACION AVINA	COMUNICACION PARA EL DESARROLLO Y LA DEMOCRACIA		x	
ASOCIACION KALLPA PARA LA PROMOCION INTEGRAL DE LA SALUD Y EL DESARROLLO	ICCO	MUNICIPIOS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA Y VIH SIDA			X
ASOCIACION VIA LIBRE	ALLIANCE	INCIDENCIA POLITICA EN VIH Y SIDA CON POBLACIONES CLAVE	x		
		VEEDURIA EN SALUD DE LAS POBLACIONES CLAVE, UNA RESPUESTA POSITIVA Y PREVENTIVA AL VIH.		x	X
	COMISION EUROPEA	MEJORANDO EL ENTORNO SOCIAL Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE POBLACIONES DE HSH VIVIENDO CON O VULNERABLES AL VIH – SIDA	x	x	X
CENTRO DE INFORMACION Y EDUCACION PARA LA PREVENCION DEL ABUSO DE DROGAS	GTZ	ARMONIZACION DE LAS POLITICAS PUBLICAS SOBRE EDUCACION SEXUAL Y PREVENCION DEL VIH/SIDA Y DROGAS	x		
CENTRO PARROQUIAL ECUMENICO ROSA BLANCA	ICCO	PROYECTO GLOBAL ROSA BLANCA 2004-2008	x		
FEDERACION PROVINCIAL DE MUJERES DE ICA	WOMANKIND WORDWIDE	DESARROLLANDO CAPACIDADES EN MUJERES JOVENES PARA LA INCIDENCIA Y PREVENCION DEL VIH-SIDA			x
INSTITUTO DE EDUCACION Y SALUD - IES	IDRC	ADOLESCENTES, JÓVENES Y TICS EN RESPUESTA A LA EPIDEMIA DEL VIH-SIDA EN LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE		x	X
INSTITUTO PERUANO DE PATERNIDAD RESPONSABLE	INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION	IGUALMENTE DIFERENTES: EXPANDIENDO EL TRABAJO CON POBLACIONES SEXUALMENTE DIVERSAS EN PERÚ	x		
MINISTERIO DE	GTZ	ARMONIZACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA EDUCACIÓN		x	

INSTITUCION	Fuente	NOMBRE PROYECTO	2007	2008	2009
EDUCACIÓN		SEXUAL Y LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA Y DROGAS EN			
SAVE THE CHILDREN SUECIA	Save the children	DERECHOS DEL NIÑO - PROGRAMA UNIFICADO EN PERU			X
SOCIOS EN SALUD - SUCURSAL PERU	PARTNERS IN HEALTH	AMPLIANDO LA COBERTURA DE INGRESOS AL TARGA DE PADRES DE FAMILIA QUE VIENE CON VIH/SIDA EN LAS PROVI		x	
		PROYECTO COLABORATIVO MINSA-UNICEF-SES : "AMPLIANDO LA COBERTURA DE TRATAMIENTO A LOS NIÑOS CON VIH"		x	
WORLD VISION INTERNATIONAL	WORLD VISION	PROYECTO ESPECIAL VIDA		x	X
			9	12	12

## Junín

En Junín uno de los lugares que recientemente se han inaugurado es la Casa de acogida San Juan Diego que atiende a 60 niños VIH + (20 internos) con donaciones a las parroquias y en el Arzobispado de Huancayo. El Gobierno Regional se ha comprometido a construir y a implementar la casa de acogida que se construirá con la donación de la Iglesia de un terreno de 3 112 m<sup>2</sup> de terreno. (5 millones 949 mil 624 nuevos soles, luego de obtener la licencia de construcción de la Municipalidad Distrital de El Tambo, afirmó Cerrón Rojas)

La Casa Acogida beneficiará a más de setenta niños, jóvenes y adolescentes afectados por el VIH Sida, quienes actualmente se encuentran en un espacio reducido que acondicionaron de buena fe los representantes de la iglesia católica.

### Proyectos desarrollados en la Región

INSTITUCION	Fuente	NOMBRE PROYECTO	2007	2008	2009
DEFENSORIA DEL PUEBLO	PNUD	INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE DERECHOS EN LA RESPUESTA DESDE EL ESTADO FRENTE A LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA			X
ASOCIACION VIA LIBRE	CHILDREN AFFECTED BY AIDS FOUNDACION	BOYS AND GIRLS FOR LIFE, CREATING A FAVORABLE ENVIRONMENT FOR HIV/AIDS	x		
CENTRO DE INFORMACION Y EDUCACION PARA LA PREVENCION DEL ABUSO DE DROGAS	GTZ	ARMONIZACION DE POLITICAS PUBLICAS PARA LA EDUCACION SEXUAL Y LA PREVENCION DEL VIH-SIDA Y DROGAS	x	x	
DEFENSORIA DEL PUEBLO	USAID	DERECHOS HUMANOS EN PERSONAS MÁS AFECTADAS Y VIVIENDO CON VIH:LUCHA CONTRA EL ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN, PROMOCIÓN DE LA PROTECCIÓN DE DERECHOS Y ACCESO A LA CIUDADANÍA	x		
INSTITUTO DE EDUCACION Y SALUD – IES	IDRC	ADOLESCENTES, JÓVENES Y TICS EN RESPUESTA A LA EPIDEMIA DEL VIH-SIDA EN LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE		x	X
SAVE THE CHILDREN SUECIA	Save the children	DERECHOS DEL NIÑO - PROGRAMA UNIFICADO EN PERU			X
SOCIOS EN SALUD - SUCURSAL PERU	PARTNERS IN HEALTH	AMPLIANDO LA COBERTURA DE INGRESOS AL TARGA DE PADRES DE FAMILIA QUE VIENE CON VIH/SIDA EN LAS PROVI		x	
		PROYECTO COLABORATIVO MINSU-UNICEF-SES : “AMPLIANDO LA COBERTURA DE TRATAMIENTO A LOS NIÑOS CON VIH”		x	
			3	4	3

## Ancash

En Ancash se visitó la ciudad de Chimbote por que es la que reporta más casos. El trabajo de campo duró 5 días; y encontramos que la ubicación de los lugares de atención se encontraban muy alejados y los costos del transporte eran muy elevados. En ese lapso se visitó los servicios en donde se brinda Atención Médica Periódica y Targa. Se visitó el Hospital Regional y se trabajó específicamente en el Hospital La Caleta que funciona como CERIT el cual brinda atención médica periódica y TARGA. Asimismo se visitaron algunos establecimientos de salud como El Progreso y Magdalena. De otro lado se nos mencionó la existencia de una de la UAMP de Huarmey ubicada fuera de la ciudad de Chimbote según nos refirieron se encontraba ubicada a 5 horas fuera de Chimbote, la cual no se pudo visitar.

INSTITUCION	Fuente	NOMBRE PROYECTO	2007	2008	2009
DEFENSORIA DEL PUEBLO	ONUSIDA	DERECHOS HUMANOS EN PERSONAS MÁS AFECTADAS Y VIVIENDO CON VIH. LUCHA CONTRA EL ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN, PROMOCIÓN DE LA PROTECCIÓN DE DERECHOS Y ACCESO A LA CIUDADANIA	x	X	X
	PNUD	DERECHOS HUMANOS EN PERSONAS MÁS AFECTADAS Y VIVIENDO CON VIH. LUCHA CONTRA EL ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN, PROMOCIÓN DE LA PROTECCIÓN DE DERECHOS Y ACCESO A LA CIUDADANIA	x		X
MINISTERIO DE SALUD	UNFPA	ATENCIÓN INTEGRAL EN SR-ASISTENCIA TÉCNICA DGSP (ESNSSR, ESNPCITS/VIH Y EVA)-PER7R23A		X	
AGENCIA ADVENTISTA PARA EL DESARROLLO Y RECURSOS ASISTENCIALES-PERU	FUNDACION SODIS	PROMOCIÓN DE LA SALUD A TRAVÉS DEL CONSUMO DE AGUA SEGURA Y LAVADO DE MANOS EN LAS PROVINCIAS EN LA			X
ASOCIACION DE COMUNICADORES SOCIALES CALANDRIA	FUNDACION AVINA	COMUNICACION PARA EL DESARROLLO Y LA DEMOCRACIA		X	
CENTRO PARROQUIAL ECUMENICO ROSA BLANCA	ICCO	PROYECTO GLOBAL ROSA BLANCA 2004-2008	x		
COMUNICACIONES ALIADAS	GLOBAL GREENGRANTS FOUNDATION	INCIDENCIA PÚBLICA Y FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES PARA LA PROMOCION Y DEFENSA DE DERECHOS		X	
INSTITUTO PERUANO DE PATERNIDAD RESPONSABLE	INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION	IGUALMENTE DIFERENTES: EXPANDIENDO EL TRABAJO CON POBLACIONES SEXUALMENTE DIVERSAS EN PERÚ	x		
LA CASA DE LA MUJER	Pan para el mundo	PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA Y LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER COMO POLÍTICA PÚBLICA		X	X
SOCIOS EN SALUD - SUCURSAL PERU	PARTNERS IN HEALTH	AMPLIANDO LA COBERTURA DE INGRESOS AL TARGA DE PADRES DE FAMILIA QUE VIENE CON VIH/SIDA EN LAS PROVI		X	
		PROYECTO COLABORATIVO MINSA-UNICEF-SES : "AMPLIANDO LA COBERTURA DE TRATAMIENTO A LOS NIÑOS CON VIH"		X	
WORLD VISION INTERNATIONAL	WORLD VISION	PROYECTO ESPECIAL VIDA		X	X
			4	8	5

# Resultados de la aplicación de encuestas y entrevistas

La primera ciudad visitada fue Chiclayo a partir de la cual se ha estandarizado la información para el resto de ciudades. La información recopilada en el trabajo de campo ha sido complementada con la información proporcionada por la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA a diciembre del 2010

	Lambayeque	Loreto	Ucayali	Ica	Junín	Ancash
Ciudad visitada	Chiclayo	Iquitos	Pucallpa	Ica	Huancayo	Chimbote
Dirección de salud	x	x	x	x	X	x
Estrategia Sanitaria	x	x	x	x	X	x
Hospital MINSA	X	x	x	x	X	x
Hospital ESSALUD	x	x				x
CERITS UAMP	CERITS CS Olaya	x	x	x	X	x
Sub-receptores FM	X	x				
ONG	X	x	x	x	X	x
Densidad de RRHH del sector salud						
Tratamiento						
Entrevistados	Dr. Julio Lamadrid Figueroa Enfermera Lita Alarcon Enfermera Reyna Mayta Hospital Las Mercedes	Dr. Ramal infectólogo  Enfermera Lizbeth Hospital regional	Dr. Ricardo Muñante		Eusebia Poma Encargada del TARGA Hospital El Carmen Lic. Hermelinda Lara Coordinadora de VIH-SIDA/TARGA del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión Lic. Elsa Solano Enfermera de VIH-SIDA/TARGA del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión	
Lugares de atención tratamiento antirretroviral	Hospital Las Mercedes Hospital ESSALUD	Hospital Regional de Loreto Hospital Apoyo Iquitos Hospital Apoyo Santa Gema -Yurimaguas Asociación Civil Selva Amazónica (ACSA). Hospital ESSALUD	Hospital Regional de Pucallpa  Hospital ESSALUD	Hospital Regional de Ica  Hospital ESSALUD	Hospital Daniel Alcides Carrión (Huancayo) Hospital El Carmen (Huancayo)  Hospital Tarma  Hospital Chanchamayo Hospital ESSALUD	Hospital Víctor Rangel Guardia Hospital La Caleta (Chimbote) Hospital ESSALUD
Pacientes enrolados	432	1025	246	334	265	218
En Tratamiento	301	752	179	263	179	156
Fallecidos	77	167	32	0	43	44
Espera Inicio ARV	101 (150 según enfermera)	24	2	4	8	9
Proceso de Evaluación	0	529	132	4	14	66
Equipo TARGA	2 enfermeras 1 psicología 1 trabajadora social	2 enfermeras 1 obstetrix consultorio 1 obstetrix hospitalización	1 enfermera  1 medico	1 enfermera 1 sicóloga 2 médico	Hospital Carrión: 2 enfermeras 1 interna de enfermería	En Chimbote 1 obstetrix 1 técnica

	Lambayeque	Loreto	Ucayali	Ica	Junín	Ancash
	1 infectólogos 1 nutricionista 1 laboratorista 1 químico farmacéutico 1 odontólogo 2 serumistas Atiende el médico solo 10 días y otros días son para evaluación, 3 enfermeras que se turnan (hacen consejería y registro) y 2 internas	1 interno de psicología 1 trabajadora social 4 infectólogos que se turnan 1 consejero de par 1 nutricionista 1 laboratorista 1 químico farmacéutico 1 odontólogo  La consejería es realizada por dos enfermeras (Una ve HSH, población general y las otra ve niños) y una obstetriz que atiende a población general.	1 sicóloga 1 laboratorista (del hospital) Funciona el CERITS y TARGA juntos	1 técnica No hay equipo multidisciplinario	3 Promotores educadores de pares 1 infectólogo 1 psicología 1 Trabajadora social 1 nutricionista Hospital El Carmen: 2 enfermeras 1 trabajadora social 1 psicología 1 médico No hay PEPS	1 sicóloga No hay equipo multidisciplinario Funciona el UAMP juntos
Se inscribe a pacientes al SIS?	Si. No se oferta el SIS semicontributivo.	Si	Si	Si	Si	Si
Financiado por el SIS	Casi todos los análisis	Tamizaje, hematocrito, batería pre TARGA.	Lo incluidos LPIS	Lo incluidos LPIS	Hospital Carrión: 8 pacientes Hospital El Carmen: 15 pacientes	Lo incluidos LPIS
Gastos asumidos por los pacientes en tratamiento						
Pago de consulta	Si al inicio, después no. Interconsulta es 10 soles sino están en el SIS.	Si	Es asumido por el paciente el pago de la consulta, el pago de los exámenes de laboratorio basales S/.20 y el pago de algún otro examen auxiliar que necesitaran.	Si, al inicio	Hospital Carrión: consulta 3 soles.La primera vez pagan 3 soles de apertura de historia clínica Hospital El Carmen:primera consulta 10 soles, consultas posteriores 7 soles	Si, al inicio
Prueba rápida	Si, si no es afiliado al SIS	Si, si no es afiliado al SIS	Si, si no es afiliado al SIS	Si, si no es afiliado al SIS	10 soles	Si, si no es afiliado al SIS
Prueba Elisa	Prueba Elisa de inicio, si es indígena la asistente social, le mandamos un documentos, a laboratorio y los exonerado.	Si, al inicio	Si, al inicio	Si, al inicio	20 soles, si es positivo incluye el Wester blot	Si, al inicio
Confirmatoria	Lo envían al laboratorio referencial	Lo envían al laboratorio referencial	Lo envían a Lima	Lo envían a Lima	Lo envían a Lima	Lo envían a Lima
Pruebas y análisis más comunes	Las pruebas de rigor son Batería de bioquímica, examen de orinas, heces, radiografía de pulmones, hepatitis (desde mayo no gratis) esto todo es 70 soles , sin la hepatitis.	De acuerdo al tarifario	De acuerdo al tarifario	De acuerdo al tarifario	<b>Hospital Carrión:</b> *Paquete de batería bioquímica, hemograma, orina, heces, perfil hepático 110 soles *Para CV y CD4 pagan guantes, tubos y agujas: 5	De acuerdo al tarifario

	Lambayeque	Loreto	Ucayali	Ica	Junín	Ancash
					soles <b>Hospital El Carmen:</b> *Paquete de batería bioquímica, hemograma, orina heces, perfil hepático: 80 soles *Para CV y CD4 guantes, aguja y tubos: 5 soles	
Radiografía de tórax	Si, al inicio y cada 6 meses. 15 soles en el hospital y De 15 a 30 soles en privado.	No cubre	No cubre	No cubre	Hospital Carrión: 25 soles Hospital El Carmen: 20 soles	No cubre
Paquete los exámenes hemograma completo glucosa, creatinina, TGP, fosfatasa alcalina, RPR. El SIS no reconoce, uno de ellos fosfatasa y prefieren darle el paquete como oferta	Costo 10 soles. Hemograma cada 3 meses. Esto es solo 5 soles, pero se le ofrece todo el paquete. En el mismo día se hace todo y al día siguiente el resultado. Todo los análisis será como 40 o 50 soles. En el privado seria más, el hemograma 15 soles glucosa 10 creatinina 20, fosfatasa 20, el RPR 10.	Según tarifario	Los costos asumidos por los pacientes son los análisis de laboratorio basales pre TARGA, RX u otros exámenes adicionales	Según tarifario	Los costos asumidos por los pacientes son los análisis de laboratorio basales pre TARGA, RX , perfil hepático u otros exámenes adicionales	Según tarifario
Hepatitis B y hepatitis C. más carga viral y CD4.	Todo gratuito. Hepatitis en el privado 50 soles.	Según tarifario	Según tarifario	Según tarifario	Hepatitis 35 soles, lo hace el laboratorio referencial	Según tarifario
Quimioprofilaxis (tuberculosis)	Para quimioprofilaxis, tienen que tomar sus pastillas durante un año le dan receta para que compren, porque el hospital no compra. Cotrimozal antes se daba ahora no. En farmacia las 30 tabletas 4.5 y son 12 meses. Depende del criterio médico, descarte de TB, eso es por año isoniazida.	Gratuito		Gratuito	Para quimioprofilaxis es gratuito, lo da el programa de TB	No es gratuito
Tratamiento y diagnóstico de	Lo asumen los pacientes. Si hay infecciones	Tratamiento de algunas Infecciones oportunistas.	Lo asumen los pacientes.	Lo asumen los pacientes.	Lo asumen los pacientes.	Lo asumen los paci

	Lambayeque	Loreto	Ucayali	Ica	Junín	Ancash
Infecciones oportunistas.	oportunistas neumonía toxoplasmosis, una vez que se afilia al SIS disminuye sus costos.	Las transaminasas (en laboratorio particular) Exámenes para algunas IO				
	Nota: El tratamiento de IO ha estado siendo asumido por los sub-receptores (FM) pero ahora ya han pasado al Ministerio y no tienen la seguridad si van a tener disponibilidad de tratamientos.					
Reacciones adversas	Lo asume el paciente. Los que inician deben evaluarse en la semana, por que el medicamento es muy toxico. Si no le da, le dan la consulta al mes, en la consejería se le dice, solo se informa las severas, el notificante no solo es el médico, al comienzo, debe ser la semana, luego a la quincena al mes.	Lo asume el paciente	Lo asume el paciente	Lo asume el paciente	Lo asume el paciente	Lo asume el paciente
Vitaminas (Son indicadas por el médico durante el seguimiento del TARGA )	El AZT produce anemia, por eso las recetan. Tienen que manejar su anemia.	De todos los PVV a quienes se les receta vitaminas, sólo el 20% lo compra. (es asumido por el paciente, pues eso no está comprendido en el SIS)	Lo asumen los pacientes.	Lo asumen los pacientes.	Lo asumen los pacientes.	Lo asumen los pacientes.
Otros						
Disponibilidad de insumos y medicamentos (El TARGA es gratis y usualmente continuo, pues reciben los medicamentos del nivel central y cuando hay desabastecimiento lo sacan a través del SIS (de lo que recuperan por el SIS).	Nunca ha habido desabastecimiento la encargada es muy preocupada químico farmacéutica.	Sólo durante el año 2010 ha habido desabastecimiento de condones por lo cual ya casi no estaban entregando condones. Actualmente entregan 20 condones a cada PVV cuando viene a la visita de control. El año 2010 ha habido desabastecimiento de EFV y DDI que se cambió por Abacavir	Es permanente durante todo el año, sólo que en Ucayali se maneja a través de stocks o solicita a otras ESN.			
Observaciones	Costo ELISA 20 soles. Parejas discordantes 3 de 104 casos en años. En una muestra de 23 pacientes	Hacen compra conjunta de ARV pediátricos entre Ucayali, Loreto y San Martín a fin de bajar costos.				

	Lambayeque	Loreto	Ucayali	Ica	Junín	Ancash
	son 3 bisexuales y 1 es homosexual	SMEII no ayuda para estadística				
Prevención						
Entrevistados	Bióloga Carola Cuzquen	Carmina Pena- Obstetriz	Obstetriz Golda	Enf. Irene Mori Mendoza Javier Urbie Godoy		
Lugares de atención ITS	CERITS CS Jose Olaya	CERITS Centro de Salud San Juan  UAMP  Hospital Santa Gema de Yurimaguas San Antonio – C.S. San Antonio Nauta – C.S. Nauta Requena – C.S. Requena Caballococha – C.S. Caballococha	CERITS  Hospital Regional de Pucallpa  UAMP Hospital de Apoyo Yarinacocha	CERITS  Hospital Regional de Ica  UAMP Hospital San Juan de Dios Pisco Hospital San José de Chincha C.S. La Palma C.S. Sunampe C.S. Marcona Hosp. Nazca	CERITS  Hospital Daniel A. Carrión  UAMP Hospital El Carmen - Huancayo C.S. Pichanaki Hospital Jauja Hospital Olabegoya - Tarma Hospital La Merced - Chanchamayo Hospital Higaraki - Satipo CS. Oroya Hospital El Carmen (Funciona como tal pero no está reconocido)	CERITS Hospital Apoyo La Chimbote  UAMP Hospital Víctor Ran Guardia – Huaraz
PEPS HSH	11	25	11	25	10	9
PEPS TS	4	9	7	5	3	4
Atención en el servicio	En las mañanas hombres lunes a viernes y en la tarde mujeres, sábado Hombres y mujeres. Los resultados de las pruebas se las entregan de 30 a 45 minutos. La prueba IFI es en el INS.		En el hospital regional, Médico Atiende lunes, martes, jueves y sábado y no toda la mañana Enfermera atiende todos los días Psicóloga atiende todos los días en horario completo Laboratorista está en el CERITSS de lunes a viernes, toma las muestras para RPR, para VIH, lee las muestras en fresco de las TS UAMP Yarinacocha Atiende alrededor de 14 HSH por día, de lunes a sábado Tiene 12 PEPS, 6 MINSA, 6 FM	Para la AMP , trabaja con AMP con TS y HSH, el hospital atiende los l y miércoles con TS y jueves con HSH por la tarde	Lunes a sábado de 7 am a 1 am	

	Lambayeque	Loreto	Ucayali	Ica	Junín	Ancash
			Atención por Obstetra que está todos los días en forma permanente; la enfermera y el médico atienden de acuerdo a la disponibilidad de tiempo que tengan			
Costos asumidos por los pacientes						
Consultas, apertura de Historia clínica	1 sol por apertura de la historia para 1.5 como multa por haber olvidado el número de historia.	El paciente asume la apertura de HC que son 3.00 por única vez.	Hospital regional. Usualmente las pacientes no pagan nada, sólo el carné que es por una sola vez S/. 2.00. Sólo se controlan a TS mujeres en AMP (7-10 por día), gestantes y su RN. Tienen 6 PEPs (5 MINSA, 1 FM)	Apertura de HC	Hospital Carrión: 3 soles por apertura de historia clínica Consulta: 3 soles Hospital El Carmen: Primera consulta: 10 soles Consultas posteriores: 7 soles	Apertura de
Tamizaje	Gratuita	Gratuita	HSH y TS Tamizaje gratis, VIH cada 6 meses y RPR cada 3 meses. En caso de AMP las pacientes no asumen ningún costo. Un buen número están en el SIS	Prueba rápida es gratuita y RPR pagan 5.20 soles, las TS compran una constancia de AMP que cuesta 4.4 a la 1 pm pasan a triaje con la evaluación clínica que realiza el médico y toma de muestra, luego que se termina se llevan al laboratorio y los resultados salen en una hora y luego pasan por consejería post test en PR y la consejería de cambio de comportamiento a la sanas se le da constancia firmada por el médico y se da nueva cita, se le entrega folletería de ITS, PR, en AMP para TS y HSH.	En CERITs pagan la prueba rápida 10 soles, más guantes y aguja 2 soles	Prueba rápida g
Condomes	Gratuito	Gratuito Durante este año han estado recibiendo 5 condones por visita y recién están entregando 50 condones.	Gratuito	Gratuito	Gratuito Actualmente se entrega 50 condones	Gratuito

	Lambayeque	Loreto	Ucayali	Ica	Junín	Ancash
Disponibilidad de insumos y medicamentos	A veces faltan insumos	Si tienen insumos, excepto KOH, Elisa para Clamydia, y actualmente que ya tienen condones (2010 intermitente)	Usualmente tienen un pequeño stock de todo. En marzo de este año cuando faltaba RPR, se les indicaba a las TS para que paguen y se hagan la prueba, la mayoría no pagaba por lo tanto no se hacían.	A veces faltan insumos	Si cuentan con insumos, tienen problemas con el SIS para el reconocimiento de la leche maternizada	A veces faltan in
Prevención en sector privado		La población HSH además de atenderse en el CERITS también lo hace en la UAMP que es del Ministerio y en la Asociación Civil Selva Amazónica y desconoce los costos de la atención asumidos por la Institución y los asumidos por los pacientes.		No conocen	Laboratorios privados para diagnóstico: -Clínica San Pablo -Clínica Ortega -Clínica Municipal	No conoce
Prevención transmisión vertical						
Prueba rápida para VIH y RPR en gestantes y MEF	Gratuito	Gratuito	Gratuito. Población general paga tamizaje para VIH, excepto gestante y pareja de gestante VIH+ Gestantes también gratis el tamizaje y confirmación CD4 y CV asumido por el MINSA En el caso del RN le hacen PCR a los 3 y 6 meses (estas pruebas son enviadas a Lima por la DIRESA); a los 18 meses se les hace ELISA. Todos los RN hijo de madre VIH + son seguidos por los promotores de pares de PVV que son voluntarios y son 7.	Gratuito	Gratuito	Gratuito
Medicamentos	Reciben del nivel central	Reciben del nivel central	Reciben del nivel central. Pediátricos compra el hospital	Reciben del nivel central	Reciben del nivel central	Reciben del nivel c
Atención en ESSALUD						

[illegible]

	Lambayeque	Loreto	Ucayali	Ica	Junín	Ancash
Exámenes pre TARGA	Gratuito	Gratuitos Exámenes pre TARGA se hacen en ESSALUD cada 6 meses. El diagnóstico de VIH le hacen con dos ELISAS y la confirmación la hacen en el laboratorio referencial del MINSA.			Gratuitos, los pacientes viajan cada 3 o 6 meses a Lima para hacerse las pruebas para ingreso a TARGA y de monitoreo	
Condomes		Gratuito Los PVV reciben 20 condones en la consulta				
Medicamentos para tratamiento	Gratuito	Gratuito En caso el paciente necesitara Anfotericin B, asume el paciente PCR no tienen disponible para los RN expuestos perinatalmente, por lo que el Dx le hacen recién al año y medio			Gratuito	
Gestantes		Gestantes tienen paquete gratis que incluye Prueba rápida para VIH y RPR. RN recibe AZT al nacimiento.				
Disponibilidad de medicamentos		ESSALUD cuenta con Tratamiento e insumos en forma permanente pues cuando al paciente le falta un medicamento del esquema que está recibiendo le reemplazan por un equivalente, lo cual implica que el paciente no deja de tomar pastillas.			ESSALUD entrega los medicamentos en Lima, cuando el paciente viene a realizar las pruebas de monitoreo	
CD4 Y Carga viral	Los realizan en el laboratorio referencial del MINSA	El paciente asume CD4 y CV, algunos se realizan en el MINSA y la mayoría no se hacen estas pruebas iniciándose el TARGA con solo cuadro clínico.			Los realizan en Lima el Hospital de referencia para Huancayo es el Hospital Almenara	
Sector privado						
Diagnóstico sector	Los laboratorios privados	Solo en ACSA.	No.	No	Sector privado solo realiza	No

	Lambayeque	Loreto	Ucayali	Ica	Junín	Ancash
privado	están obligados a comunicar a la estrategia (pero no se sabe si cumplen).	El tamizaje para las personas de población general que acuden en forma voluntaria es S/ 15.00 y la consulta es S/40.00. Pero son muy pocos, 263. Cuando el tamizaje es reactivo, para la confirmación envían la muestra al laboratorio referencial del MINSA. Cuando son personas que son enroladas para los estudios, el tamizaje no les cuesta. Los exámenes de laboratorio pre TARGA o los de seguimiento la Asociación se hace cargo. Sólo CD4 y CV es asumido por el MINSA. Al comienzo (2008) la Asociación realizaba los CD4 y la CV, pero todo este año lo envían al MINSA.			diagnóstico	
Tratamiento ARV en la práctica privada	Si	Si.	No.	No	No	No
	Se conoce 3 médicos que atienden en el sector privado. Pero los pacientes no son muchos. Otros pacientes tienen para unos meses y después no continúan y tiene que entrar al TARGA. Tienen un paciente que recibe ARV en AIDS for AIDS, pero no la carga viral, cada vez se tiene que hacer una coordinación especial para que autoricen	Sólo en ACSA. Tamizaje (S/ 15) y consulta (S/40.00) cuando no es integrante de algún protocolo de la institución. Recibe la provisión de medicamentos ARV para los pacientes que se controlan en su Institución, además como unidad notificante de ITS/VIH recibe medicamentos para ITS y condones. El RPR se hace en ACSA y si es positivo también le dan tratamiento que es enviado por el MINSA	En Ucayali, sólo se da prestación en el MINSA. Gestante asegurada tiene cesárea en el MINSA. TARGA sólo entrega el MINSA. El RN hijo de madre VIH recibe fórmula láctea por sólo 2 meses			
ONG locales						
Instituciones locales	Asociación viviendo en	"Algo bello de Dios"			Casa de acogida San Juan	

	Lambayeque	Loreto	Ucayali	Ica	Junín	Ancash
que son apoyadas por diferentes fuentes de financiamiento	positivo por Vía libre - ONUSIDA, LGTB Lambayeque por Impares, Alma Chiclayo por FMSTM y Grupo homosexual Leonardino.	(Proyecto de la Parroquia San Martin de Porres), “Lazos de vida” y Asociación La restinga” apoyados por Gobierno Regional Loreto			Diego que atiende a 20 niños VIH + con donaciones a las parroquias y en el Arzobispado de Huancayo. El Gobierno Regional se ha comprometido a construir la nueva casa.	
Que se les financia	Sólo para las fechas claves, para actividades, conferencias, afiches, trípticos					
En que temán trabajan	Derechos humanos					
Con quienes coordinan	DIRESA Defensoría del Pueblo				DIRESA Arzobispado de Huancayo	
Principales actores en VIH	FM: SR de objetivos 1,2 y 3 de VI Ronda	Asociación Civil Selva Amazónica: Estudios de vacuna, TARGA y a prevención Estudios de vacuna financiados por el HVTN, TARGA entrega ARV del MINSA y prevención con financiamiento del FMSTM Trabaja a nivel de población HSH, TS, TRANS; en el fortalecimiento de UAMP, material de escritorio, kit de prevención. ADAR: Fortalecimiento de las competencias del profesional médico y técnico, sobre todo relacionado con las ITS CEPESJU Con la V Ronda del FMSTM y va a los lugares más alejados: San Lorenzo, Caballococha CEPCO De Tarapoto y es el consorcio de la VI ronda del FMSTM COREMUSA : Equipos que están revisando los temas del centro de formación ONUSIDA capacitaciones del personal. Para el año	FM: 1 y 2 objetivo V Ronda1,2,3 y 4 objetivo VI Ronda: Medicamentos, pruebas rápidas para VIH y Sífilis, equipo de laboratorio (Microscopio) UNFPA: capacitación UNICEF: niños, indígenas MINEDU: prevención Gobierno Regional: prevención MIMDES: adolescentes y vulnerabilidad	FM: SR de objetivos 1,2 y 3 de VI Ronda	-Casa de Acogida Juan Diego, regentada por el Arzobispado -Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán: Trasmisión vertical- Objetivo 3 de la 6ta Ronda -Vía Libre -Inppares – Objetivo 4 &ta Ronda	FM: SR de objetivo de VI Ronda

	Lambayeque	Loreto	Ucayali	Ica	Junín	Ancash
		201 1 van a fortalecer las 5 UAMP de la Región, van a trabajar más la parte preventiva, con familia, adolescentes y escuelas; un carro móvil para equipo itinerante				

## Anexo 9 - Resultados de la revisión de historias clínicas en CERITS

### PREVENCIÓN

La siguiente información se presenta ordenada según fecha de asistencia y nos permite ver el número de visitas que realizan los usuarios.

Cumplimiento en la asistencia

#### Casos por año

Casos	Año								
Año caso	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
2003	7	0	0	0	0	0	0	0	7
2004		32	0	0	0	0	0	0	32
2005			31	0	0	0	0	0	31
2006				53	0	0	0	0	53
2007				1	57	0	0	0	58
2008						118	0	0	118
2009							107	1	108
2010								57	57
Total	7	32	31	54	57	118	107	58	464

#### Atendidos por año

Atendidos	Año								
Año caso	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
2003	7	3	1	3	5	6	6	6	37
2004		32	10	11	4	8	12	12	89
2005			31	15	11	8	11	14	90
2006				53	14	16	14	8	105
2007				1	58	17	17	17	110
2008						118	61	48	227
2009							107	42	149
2010								57	57
Total	7	35	42	83	92	173	228	204	864

#### Visitas por año

Visitas	Año								
Año caso	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
2003	10	5	5	20	30	24	21	13	128
2004		61	44	44	32	53	61	55	350
2005			102	74	54	49	83	56	418
2006				122	61	67	65	26	341
2007				1	156	98	96	86	437
2008						350	314	225	889
2009							328	168	496
2010								169	169
Total	10	66	151	261	333	641	968	798	3228

#### AMP completas

AMP	Año atención								
Año caso	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
2003	4	3	1	10	16	15	16	8	73
2004		6	24	16	15	30	36	31	158
2005			38	30	34	37	65	42	246
2006				40	27	28	50	19	164
2007				0	44	55	62	61	222
2008						254	262	203	719
2009							196	125	321
2010								121	121
Total	4	9	63	96	136	419	687	610	2024

#### Con evaluación clínica

Evaluación	Año atención								
Año caso	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total

2003	7	5	5	19	29	23	21	11	120
2004		51	41	42	32	53	58	50	327
2005			91	64	53	48	80	55	391
2006				102	48	58	61	25	294
2007				1	128	94	94	85	402
2008						325	308	221	854
2009							305	158	463
2010								154	154
Total	7	56	137	228	290	601	927	759	3005
Consejería									
Consejería	Año atención								
Año caso	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
2003	9	5	3	18	28	24	21	13	121
2004		39	42	39	32	49	54	52	307
2005			69	58	51	48	77	51	354
2006				101	53	55	60	23	292
2007					126	93	89	77	385
2008						306	297	217	820
2009							273	153	426
2010								134	134
Total	9	44	114	216	290	575	871	720	2839
Con laboratorio									
Laboratorio	Año atención								
Año caso	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
2003	4	3	1	10	16	15	16	8	73
2004		11	25	16	15	33	38	31	169
2005			53	39	34	37	67	42	272
2006				50	35	36	55	22	198
2007				1	55	57	65	64	242
2008						279	273	208	760
2009							222	136	358
2010								139	139
Total	4	14	79	116	155	457	736	650	2211

La siguiente información se presenta ordenada según el primer año que acudieron al CERITS o UAMP.

Casos según número de años asistiendo al CERITS									
Casos	Años								
Año caso	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
2003	7	0	0	0	0	0		0	7
2004	32	0	0	0	0	0		0	32
2005	31	0	0	0	0	0			31
2006	53	0	0	0	0				53
2007	58	0	0	0	0				58
2008	118	0	0						118
2009	108	0							108
2010	57								57
Total	464	0	0	0	0	0		0	464
Atendidos según número de años asistiendo al CERITS									
Atendidos	Años								
Año caso	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
2003	7	3	1	3	5	6		6	37
2004	32	10	11	4	8	12		12	89
2005	31	15	11	8	11	14			90
2006	53	14	16	14	8				105
2007	58	17	17	17	1				110
2008	118	61	48						227
2009	108	41							149
2010	57								57
Total	464	161	104	46	33	32		18	864

## Visitas según número de años asistiendo al CERITS

Visitas	Años								
Año caso	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
2003	10	5	5	20	30	24	21	13	128
2004	61	44	44	32	53	61	55		350
2005	102	74	54	49	83	56			418
2006	122	61	67	65	26				341
2007	155	97	96	80	9				437
2008	350	314	225						889
2009	334	162							496
2010	169								169
Total	1303	757	491	246	201	141	76	13	3228

### AMP completas

AMP	Antigüedad								
Año caso	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
2003	4	3	1	10	16	15	16	8	73
2004	6	24	16	15	30	36	31		158
2005	38	30	34	37	65	42			246
2006	40	27	28	50	19				164
2007	43	53	62	55	9				222
2008	254	262	203						719
2009	202	119							321
2010	121								121
Total	708	518	344	167	139	93	47	8	2024

### Con evaluación clínica

Evaluación	Antigüedad								
Año caso	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
2003	7	5	5	19	29	23	21	11	120
2004	51	41	42	32	53	58	50		327
2005	91	64	53	48	80	55			391
2006	102	48	58	61	25				294
2007	127	93	94	79	9				402
2008	325	308	221						854
2009	311	152							463
2010	154								154
Total	1168	711	473	239	196	136	71	11	3005

### Consejería

Consejería	Antigüedad								
Año caso	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
2003	9	5	3	18	28	24	21	13	121
2004	39	42	39	32	49	54	52		307
2005	69	58	51	48	77	51			354
2006	101	53	55	60	23				292
2007	125	91	89	71	9				385
2008	306	297	217						820
2009	279	147							426
2010	134								134
Total	1062	693	454	229	186	129	73	13	2839

### Con laboratorio

Laboratorio	Antigüedad								
Año caso	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
2003	4	3	1	10	16	15	16	8	73
2004	11	25	16	15	33	38	31		169
2005	53	39	34	37	67	42			272
2006	50	35	36	55	22				198
2007	54	56	65	58	9				242
2008	279	273	208						760

2009	228	130							358
2010	139								139
Total	818	561	360	175	147	95	47	8	2211

## Anexo 10 - Resultados encuesta aplicada en CERITS y UAMP

De las encuestas realizadas el mayor número (60%) se realizó en mujeres y el 30% en hombres. El 36% de los encuestados estaban recibiendo TARGA entre 1 y 2 años.; y más de 10 años el 18%. El 32% luego de haber iniciado tratamiento acuden también a otros establecimientos públicos o privados.

### Datos de la muestra

Tiempo tratamiento	Hombre	Mujer	Total general
Menos de 1 año	6	4	10
Entre 1 y 2 años	3	17	20
Entre 3 y 5 años	7	10	17
Mas de 6 años	3	7	10
Total general	19	38	57

Edad de los encuestados	Hombre	Mujer	Total general
Menos de 20 años		2	2
De 20 a 30 años	8	19	27
De 30 a 40 años	8	11	19
De 40 a 50 años	2	4	6
De 50 a 60 años	1	1	2
Más de 60 años		1	1
Total general	19	38	57

### Desde que sigue tratamiento ¿Acude a otros servicios de salud públicos o privados?

Respuesta	Total
Si	18
No	38
No contesto	1
Total general	57

Se presentan en primer lugar según año en que se atendieron y según año en que iniciaron el TARGA. Si en el cuadro aparece (-1 ) significa que es el año anterior al que empezara el TARGA.

### Revisión de HC

149

2005			
2006	38	3	41
2007	35	6	41
2008	122	3	125
2009	36	28	64
2010	49	75	124
2011			
T	285	115	400

2005			
2006	4	1	5
2007	4	2	6
2008	11	1	12
2009	5	4	9
2010	6	12	18
2011			
T	31	20	51

9.5	3.0	8.2
8.8	3.0	6.8
11.1	3.0	10.4
7.2	7.0	7.1
8.2	6.3	6.9
9.2	5.8	7.8

Días hospitalización			
32	H	M	T
-8	5		5
-7			
-6			
-5			
-4		3	3
-3		3	3
-2			
-1	54	5	59
1	222	61	283
2	4	27	31
3		16	16
4			
5			
T	285	115	400

N° hospitalizaciones			
32	H	M	T
-8	1		1
-7			
-6			
-5			
-4		1	1
-3		1	1
-2			
-1	6	1	7
1	23	10	33
2	1	5	6
3		2	2
4			
5			
T	31	20	51

Promedio		
H	M	T
5.0		5.0
	3.0	3.0
	3.0	3.0
9.0	5.0	8.4
9.7	6.1	8.6
4.0	5.4	5.2
	8.0	8.0
9.2	5.8	7.8

Evaluación clínica				Consejería				Laboratorio				Enfermería			
R	H	M	T	R	H	M	T	R	H	M	T	R	H	M	T
2002	2		2	2002	6		6	2002				2002	1		1
2003	5		5	2003	5	4	9	2003	1		1	2003			
2004	1		1	2004	3		3	2004	1	1	2	2004			
2005	5		5	2005	5	1	6	2005	2	3	5	2005	1		1
2006	45	15	60	2006	16	13	29	2006	17	10	27	2006	4	2	6
2007	160	72	232	2007	37	18	55	2007	61	26	87	2007	30	18	48
2008	220	102	322	2008	198	60	258	2008	99	40	139	2008	147	50	197
2009	332	178	510	2009	312	154	466	2009	137	64	201	2009	233	107	340
2010	437	225	662	2010	482	251	733	2010	152	58	210	2010	157	100	257
2011	2	1	3	2011		1	1	2011				2011	1	1	2
T	1209	593	1802	T	1064	502	1566	T	470	202	672	T	574	278	852
2.9 3.2 3.0				2.6 2.7 2.6				1.1 1.1 1.1				1.4 1.5 1.4			
Evaluación clínica				Consejería				Laboratorio				Enfermería			
32	H	M	T	32	H	M	T	32	H	M	T	32	H	M	T
-8				-8				-8				-8			
-7	2		2	-7	6	4	10	-7				-7	1		1
-6	4		4	-6	4		4	-6				-6			
-5				-5	3		3	-5	1	1	2	-5			
-4	4		4	-4	5		5	-4	3	1	4	-4			
-3	7	2	9	-3	3	2	5	-3	2	3	5	-3	1		1
-2	28	10	38	-2	9	6	15	-2	7	9	16	-2	3	12	15
-1	88	40	128	-1	39	15	54	-1	30	25	55	-1	15	7	22
1	514	237	751	1	372	177	549	1	205	81	286	1	205	75	280
2	288	172	460	2	314	150	464	2	127	42	169	2	213	108	321
3	200	82	282	3	197	83	280	3	73	31	104	3	124	75	199
4	73	49	122	4	112	65	177	4	22	9	31	4	12	1	13
5	1	1	2	5				5				5			
T	1209	593	1802	T	1064	502	1566	T	470	202	672	T	574	278	852
2.9 3.2				2.6 2.7 2.6				1.1 1.1 1.1				1.4 1.5 1.4			

Trabajo social				Sicología				Nutrición				Total consultas			
R	H	M	T	R	H	M	T	R	H	M	T	R	H	M	T
2002				2002	2		2	2002				2002	6		6
2003				2003				2003				2003	7	4	11
2004	1		1	2004	3		3	2004				2004	8	1	9
2005	1		1	2005	3		3	2005	2		2	2005	14	4	18
2006	8	3	11	2006	7	7	14	2006	2		2	2006	84	36	120
2007	20	7	27	2007	22	8	30	2007	4	7	11	2007	277	130	407
2008	31	3	34	2008	35	19	54	2008	11	4	15	2008	592	219	811
2009	35	14	49	2009	60	25	85	2009	9	6	15	2009	862	428	1290
2010	33	11	44	2010	61	20	81	2010	12	9	21	2010	989	521	1510
2011				2011				2011				2011	3	3	6
T	129	38	167	T	193	79	272	T	40	26	66	T	2842	1346	4188
0.3 0.2 0.3				0.5 ## 0.5				0.1 0.1 0.1				6.9 7.3 7.0			
Trabajo social				Sicología				Nutrición				Total consultas			
32	H	M	T	32	H	M	T	32	H	M	T	32	H	M	T
-8				-8				-8				-8			
-7				-7	2		2	-7				-7	6	4	10
-6				-6				-6				-6	4		4
-5				-5				-5				-5	4	1	5
-4	1		1	-4	4		4	-4	2		2	-4	13	1	14
-3	2		2	-3	3	2	5	-3				-3	16	6	22
-2	1		1	-2	2		2	-2				-2	41	32	73
-1	11	9	20	-1	14	16	30	-1	2	2	4	-1	171	91	262
1	82	16	98	1	116	42	158	1	28	22	50	1	1143	496	1639
2	19	10	29	2	24	15	39	2	6		6	2	773	394	1167
3	12	2	14	3	26	2	28	3	2	1	3	3	495	223	718
4	1	1	2	4	2	2	4	4		1	1	4	175	97	272
5				5				5				5	1	1	2
T	129	38	167	T	193	79	272	T	40	26	66	T	2842	1346	4188
0.3 0.2 0.3				0.5 ## 0.5				0.1 0.1 0.1				6.9 7.3 7.0			

Otras instituciones				Interconsultas				Laboratorio privado			
R	H	M	T	R	H	M	T	R	H	M	T
2002				2002		1	1	2002			
2003				2003		3	4	2003			
2004				2004		9	3	2004	1		1
2005				2005		5	2	2005			
2006		1	1	2006		25	4	2006	10	1	11
2007			1	2007		25	19	2007	3	4	7
2008		3	2	2008		57	19	2008	18	1	19
2009			3	2009		73	41	2009	13	13	26
2010		3	2	2010		81	68	2010	24	14	38
2011				2011				2011			
T	7	9	16	T	279	160	439	T	69	33	102
0.0	0.0	0.0		0.7	0.9	0.7		0.2	0.2	0.2	
Otras instituciones				Interconsultas				Laboratorio privado			
32	H	M	T	32	H	M	T	32	H	M	T
-8				-8				-8			
-7				-7		1	3	-7			
-6				-6		3	2	-6	1		1
-5				-5		1	3	-5			
-4				-4		9	2	-4			
-3				-3		5	1	-3			
-2				-2		22	2	-2	1	3	4
-1		2	3	-1		29	8	-1	14	1	15
1	3	1	4	1	122	73	195	1	46	25	71
2	2		2	2	59	41	100	2	4	4	8
3		5	5	3	25	22	47	3	3		3
4				4	3	3	6	4			
5				5				5			
T	7	9	16	T	279	160	439	T	69	33	102
0.0	0.0	0.0		0.7	0.9	0.7		0.2	0.2	0.2	

Prueba rápida				Prueba Elisa				WB /IFI				CD4 y Carga viral			
R	H	M	T	R	H	M	T	R	H	M	T	R	H	M	T
2002				2002		2	2	2002		1	1	2002			
2003				2003		2	2	2003				2003			
2004				2004		1	2	2004		1	1	2004			
2005				2005		4	2	2005			1	2005		1	2
2006				2006		11	7	2006		1	4	2006		10	16
2007				2007		17	5	2007		3	2	2007		49	71
2008		1	2	2008		29	9	2008		12	3	2008		86	122
2009		1	1	2009		17	11	2009		12	5	2009		121	175
2010				2010		25	9	2010		4	2	2010		133	189
2011				2011				2011				2011			
T		2	3	T		108	45	T		34	17	T		400	575
0.0 0.0 0.0				0.3 0.2 0.3				0.1 0.1 0.1				1.0 0.9 1.0			
Prueba rápida				Prueba Elisa				WB /IFI				CD4 y Carga viral			
32	H	M	T	32	H	M	T	32	H	M	T	32	H	M	T
-8				-8				-8				-8			
-7				-7		2	2	-7				-7			
-6				-6		1	1	-6		1	1	-6			
-5				-5		1	1	-5				-5			
-4				-4		4	1	-4		1	1	-4		1	1
-3				-3		2	2	-3		1	1	-3		1	3
-2				-2		9	4	-2		2	2	-2		4	9
-1			2	-1		25	9	-1		9	4	-1		22	42
1		2	1	1		62	27	1		18	9	1		169	238
2				2		1	1	2		2		2		111	153
3				3			1	3				3		70	98
4				4		1	1	4				4		22	31
5				5				5				5			
T		2	3	T		108	45	T		34	17	T		400	575
0.0 0.0 0.0				0.3 0.2 0.3				0.1 0.1 0.1				1.0 0.9 1.0			

Baciloscopías				Rayos X				RPR; Glucosa, Hemograma, Creatinina				Hematología			
R	H	M	T	R	H	M	T	R	H	M	T	R	H	M	T
2002				2002	1		1	2002				2002			
2003	1	1	2	2003				2003		1	1	2003			
2004		2	2	2004				2004	3	1	4	2004	2		2
2005	2		2	2005				2005	3		3	2005	2		2
2006	19	11	30	2006	5	3	8	2006	12	10	22	2006	6	3	9
2007	36	16	52	2007	13	5	18	2007	46	25	71	2007	10	10	20
2008	65	13	78	2008	20	14	34	2008	95	32	127	2008	35	17	52
2009	76	20	96	2009	21	9	30	2009	93	68	161	2009	47	23	70
2010	60	24	84	2010	15	10	25	2010	112	54	166	2010	75	23	98
2011				2011				2011		1	1	2011			
T	259	87	346	T	75	41	116	T	364	192	556	T	177	76	253

	0.6	0.1	0.6		0.2	0.2	0.2		0.9	1.0	0.9		0.4	0.4	0.4
Baciloscopías				Rayos X				RPR; Glucosa, Hemograma, Creatinina				Hematología			
32	H	M	T	32	H	M	T	32	H	M	T	32	H	M	T
-8				-8				-8				-8			
-7				-7	1		1	-7				-7			
-6	1		1	-6				-6	1		1	-6			
-5		1	1	-5				-5		1	1	-5			
-4		2	2	-4				-4	1	3	4	-4	1	1	2
-3	4	2	6	-3				-3	2		2	-3	1		1
-2	9	5	14	-2	3	1	4	-2	10	6	16	-2	7	3	10
-1	37	9	46	-1	7	5	12	-1	25	20	45	-1	11	7	18
1	136	45	181	1	38	18	56	1	193	95	288	1	94	45	139
2	47	14	61	2	19	14	33	2	68	41	109	2	36	15	51
3	19	3	22	3	5	2	7	3	47	23	70	3	21	2	23
4	6	6	12	4	2	1	3	4	17	3	20	4	6	3	9
5				5				5				5			
T	259	87	346	T	75	41	116	T	364	192	556	T	177	76	253

	0.6	##	0.6		0.2	0.2	0.2		0.9	1.0	0.9		0.4	0.4	0.4								
Bioquímico: creatinina, glucosa, Prueba función hepática				Orina												Heces				Hepatitis B			
R	H	M	T	R	H	M	T	R	H	M	T	R	H	M	T								
2002				2002				2002				2002											
2003				2003				2003				2003											
2004				2004	1		1	2004				2004	1		1								
2005	1		1	2005	1		1	2005				2005											
2006	3	1	4	2006	4	3	7	2006				2006	4	2	6								
2007	3	7	10	2007	4	4	8	2007	2	6	8	2007	4	3	7								
2008	12	8	20	2008	22	4	26	2008	5	2	7	2008	5	3	8								

2009	17	7	24	2009	17	5	22	2009	3	4	7	2009	4	1	5
2010	26	6	32	2010	32	12	44	2010	6		6	2010	4	2	6
2011				2011				2011				2011			
T	62	29	91	T	81	28	109	T	16	12	28	T	22	11	33
0.2 0.2 0.2				0.2 0.2 0.2				0.0 0.1 0.0				0.1 0.1 0.1			
Bioquímico: creatinina, glucosa, Prueba función hepática				Orina				Heces				Hepatitis B			
32	H	M	T	32	H	M	T	32	H	M	T	32	H	M	T
-8				-8				-8				-8			
-7				-7				-7				-7			
-6				-6	1		1	-6				-6			
-5				-5				-5				-5			
-4				-4		2	2	-4				-4			
-3				-3				-3				-3	1		1
-2	1		1	-2	2	4	6	-2				-2		1	1
-1	4	5	9	-1	9	2	11	-1		1	1	-1	4	3	7
1	31	14	45	1	41	11	52	1	14	11	25	1	13	6	19
2	15	9	24	2	15	3	18	2				2	2	1	3
3	10		10	3	10	4	14	3	1		1	3	2		2
4	1	1	2	4	3	2	5	4	1		1	4			
5				5				5				5			
T	62	29	91	T	81	28	109	T	16	12	28	T	22	11	33
0.2 0.2 0.2				0.2 0.2 0.2				0.0 0.1 0.0				0.1 0.1 0.1			

Examen parasitólogo				Aglutinaciones				Otros análisis			
R	H	M	T	R	H	M	T	R	H	M	T
2002				2002				2002			
2003				2003				2003			
2004				2004				2004	2		2
2005				2005	1		1	2005	1		1
2006	2	1	3	2006	1		1	2006	8		8
2007	7	1	8	2007	1		1	2007	13	4	17
2008	5	1	6	2008	1		1	2008	16	8	24
2009	7		7	2009		1	1	2009	20	11	31
2010	11	13	24	2010	8	2	10	2010	12	18	30
2011				2011				2011			
T	32	16	48	T	12	3	15	T	72	41	113
0.1	0.1	0.1		0.0	0.0	0.0		0.2	0.2	0.2	
Examen parasitólogo				Aglutinaciones				Otros análisis			
32	H	M	T	32	H	M	T	32	H	M	T
-8				-8				-8			
-7				-7				-7			
-6				-6				-6	1		1
-5				-5				-5			
-4				-4				-4			
-3				-3				-3	1		1
-2	1		1	-2	1		1	-2	4	2	6
-1	7	1	8	-1	2		2	-1	13	2	15
1	14	13	27	1	2	1	3	1	40	27	67
2	6	1	7	2	5		5	2	6	3	9
3	3		3	3	2	1	3	3	6	6	12
4	1	1	2	4		1	1	4	1	1	2
5				5				5			
T	32	16	48	T	12	3	15	T	72	41	113
0.1	0.1	0.1		0.0	0.0	0.0		0.2	0.2	0.2	

Otros análisis o exámenes	H	M	T
Anatomía patológica		2	2
Bilirrubina	2	1	3
Colesterol	6	1	7
control hormonal	2		2
Criptococcus	1		1
Ecografía	43	28	71
Endoscopia	2		2
Gota gruesa	2	1	3
Herpes		1	1
Papanicolao	1		1
Parasitologico		1	1
Patología clínica		1	1
PCR		1	1
PPD	1		1
Resonancia magnetica	1		1
Tomografía	6	1	7
Toxoplasmosis		1	1
Transaminasa	1		1
Urocultivo	4	2	6
T	72	41	113

## Anexo 12 - Matrices

### Por fuentes de financiamiento y Categoría de gasto

Categoría de gasto para el año 2008 (en miles US\$)

Categoría de gasto	Sector Público	Internacional	Sector Privado	Total
Prevención	2,892	11,038	4,781	18,711
Atención y Tratamiento	14,611	3,105	3,095	20,812
Contratación de Recursos Humanos e Incentivos de Retención		191		191
Huérfanos y niños más vulnerables		16		16
Gestión de Programa y fortalecimiento de la Administración	290	2,894		3,184
Protección social y servicios sociales (excluyendo huérfanos)		1,498		1,498
Desarrollo Comunitario y Ambiente mejorado		1,852		1,852
Investigación relacionada con VIH SIDA (excluye investigación operativa)	18	9,315		9,333
Total General	17,812	29,910	7,876	55,598

Categoría de gasto para el año 2009 (en miles US\$)

Categoría de gasto	Sector Público	Internacional	Sector Privado	Total
Prevención	2,486	12,800	4,714	20,000
Atención y Tratamiento	20,990	769	3,099	24,857
Contratación de Recursos Humanos e Incentivos de Retención		52		52
Huérfanos y niños más vulnerables		8		8
Gestión de Programa y fortalecimiento de la Administración	615	4,020		4,635
Protección social y servicios sociales (excluyendo huérfanos)		1,278		1,278
Desarrollo Comunitario y Ambiente mejorado	568	2,053		2,621
Investigación relacionada con VIH SIDA (excluye investigación operativa)	228	8,564		8,792
Total General	24,887	29,543	7,813	62,242

Categoría de gasto para el año 2010 (en miles US\$)

Categoría de gasto	Sector Público	Internacional	Sector Privado	Total
Prevención	4,301	6,714	5,110	16,125
Atención y Tratamiento	9,063	123	3,402	12,587
Contratación de Recursos Humanos e Incentivos de Retención		17		17
Huérfanos y niños más vulnerables		9		9
Gestión de Programa y fortalecimiento de la Administración	305	2,647		2,952
Protección social y servicios sociales (excluyendo huérfanos)		549		549
Desarrollo Comunitario y Ambiente mejorado	1,762	1,170		2,932
Investigación relacionada con VIH SIDA (excluye investigación operativa)	11	1,245		1,256

Total General	15,441	12,474	8,512	36,427
---------------	--------	--------	-------	--------

## Por fuentes de financiamiento y Beneficiarios

Beneficiarios para el año 2008 (en miles US\$)

Beneficiarios	Sector Público	Internacional	Sector Privado	Total
BP.01 Personas que viven con el VIH (independientemente de que tengan un diagnóstico médico/clínico del sida)	12,693	5,422	2,791	20,906
BP.02 Poblaciones más expuestas	315	9,950	467	10,733
BP.03 Otras poblaciones clave	593	1,980		2,573
BP.04 Poblaciones «accesibles» específicas	3,741	2,284	888	6,913
BP.05 Población general	253	6,948	3,730	10,931
BP.06 Intervenciones no dirigidas	216	3,002		3,219
BP.99 Poblaciones objetivo específicas sin clasificar en otras categorías		323		323
Total general	17,812	29,910	7,876	55,598

Beneficiarios para el año 2009 (en miles US\$)

Beneficiarios	Sector Público	Internacional	Sector Privado	Total
BP.01 Personas que viven con el VIH (independientemente de que tengan un diagnóstico médico/clínico del sida)	20,327	2,460	2,804	25,590
BP.02 Poblaciones más expuestas	315	7,724	573	8,613
BP.03 Otras poblaciones clave	763	3,481		4,244
BP.04 Poblaciones «accesibles» específicas	2,383	4,607	877	7,867
BP.05 Población general	337	6,107	3,559	10,003
BP.06 Intervenciones no dirigidas	761	4,784		5,545
BP.99 Poblaciones objetivo específicas sin clasificar en otras categorías		380		380
Total general	24,887	29,543	7,813	62,242

Beneficiarios para el año 2010 (en miles US\$)

Beneficiarios	Sector Público	Internacional	Sector Privado	Total
BP.01 Personas que viven con el VIH (independientemente de que tengan un diagnóstico médico/clínico del sida)	7,208	1,605	3,087	11,900
BP.02 Poblaciones más expuestas	1,854	3,234	701	5,788
BP.03 Otras poblaciones clave	598	1,269		1,867
BP.04 Poblaciones «accesibles» específicas	2,963	2,037	964	5,963
BP.05 Población general	2,607	1,380	3,761	7,747
BP.06 Intervenciones no dirigidas	205	2,581		2,786
BP.99 Poblaciones objetivo específicas sin clasificar en otras categorías	5	369		374
Total general	15,441	12,474	8,512	36,427

## Por fuentes de financiamiento y Recursos

Recursos para el año 2008 (en miles US\$)

Recursos	Sector Público	Internacional	Sector Privado	Total
Antirretrovirales	8,920	937	144	10,001
Condomes	244	2,097	4,314	6,655
Gastos de capital	7	2,773	1,290	4,070
Ingresos laborales y no laborales	2,971	4,461		7,431
Otros gastos corrientes	410	17,788	1,824	20,002
Reactivos y materiales	5,260	1,854	304	7,418
Total general	17,812	29,910	7,876	55,598

Recursos para el año 2009 (en miles US\$)

Recursos	Sector Público	Internacional	Sector Privado	Total
Antirretrovirales	13,877	62	144	14,083
Condomes	526		4,141	4,667
Gastos de capital	56	3,109	1,253	4,418
Ingresos laborales y no laborales	3,284	7,298		10,581
Otros gastos corrientes	1,040	18,614	1,980	21,634
Reactivos y materiales	6,103	461	295	6,859
Total general	24,887	29,543	7,813	62,242

Recursos para el año 2010 (en miles US\$)

Recursos	Sector Público	Internacional	Sector Privado	Total
Antirretrovirales	3,529	4	144	3,677
Condomes	3,212		4,410	7,621
Gastos de capital	112	43	1,336	1,491
Ingresos laborales y no laborales	3,222	4,609		7,831
Otros gastos corrientes	911	7,818	2,308	11,038
Reactivos y materiales	4,455	-	314	4,770
Total general	15,441	12,474	8,512	36,427

## Por fuentes de financiamiento y Proveedor

Proveedores para el año 2008 (en miles US\$)

Proveedor	Sector Público	Internacional	Sector Privado	Total
Proveedores Públicos	16,797	14,940	2,360	34,097
Proveedores Privados		14,970	4,458	19,428
Laboratorios Públicos	983		1,058	2,041
Banco Público de sangre	32			32
Total general	17,812	29,910	7,876	55,598

Proveedores para el año 2009 (en miles US\$)

Proveedor	Sector Público	Internacional	Sector Privado	Total
Proveedores Públicos	19,907	15,616	2,500	38,023
Proveedores Privados		13,927	4,285	18,212
Laboratorios Públicos	4,951		1,028	5,979
Banco Público de sangre	29			29
Total general	24,887	29,543	7,813	62,242

Proveedores para el año 2010 (en miles US\$)

Proveedor	Sector Público	Internacional	Sector Privado	Total
Proveedores Públicos	13,164	8,520	2,862	24,546
Proveedores Privados		3,954	4,554	8,508
Laboratorios Públicos	2,129		1,096	3,225
Banco Público de sangre	148			148
Total general	15,441	12,474	8,512	36,427

## Por fuente de financiamiento y Agente

Agentes para el año 2008 (en miles US\$)

Agentes	Sector Público	Internacional	Sector Privado	Total
Seguridad Social	4,121			4,121
Sector Público	13,683	557		14,240
Sector Privado		27,488		27,488
Organizaciones Internacionales	7	1,864		1,872
Hogares			7,876	7,876
Total general	17,812	29,910	7,876	55,598

Agentes para el año 2009 (en miles US\$)

Agentes	Sector Público	Internacional	Sector Privado	Total
Seguridad Social	5,452			5,452
Sector Público	19,426	629		20,055
Sector Privado		26,641		26,641
Organizaciones Internacionales	8	2,273		2,281
Hogares			7,813	7,813
Total general	24,887	29,543	7,813	62,242

Agentes para el año 2010 (en miles US\$)

Agentes	Sector Público	Internacional	Sector Privado	Total
Seguridad Social	3,551			3,551
Sector Público	11,880	573		12,453
Sector Privado		11,130		11,130
Organizaciones Internacionales	10	771		781
Hogares			8,512	8,512
Total general	15,441	12,474	8,512	36,427

## Por agentes de financiamiento y Categoría de gasto

Categoría de gasto para el año 2008 (en miles US\$)

Categoría de gasto	Hogares	Organizaciones Internacionales	Sector Privado	Sector Público	Seguridad Social	Total
Prevención	4,781	294	10,212	3,144	280	18,711
Atención y Tratamiento	3,095	60	3,045	10,770	3,841	20,812
Contratación de Recursos Humanos e Incentivos de Retención			191			191
Huérfanos y niños más vulnerables		6	11			16
Gestión de Programa y fortalecimiento de la Administración		105	2,771	308		3,184
Protección social y servicios sociales (excluyendo huérfanos)		698	801			1,498
Desarrollo Comunitario y Ambiente mejorado			1,852			1,852
Investigación relacionada con VIH SIDA (excluye investigación operativa)		709	8,606	18		9,333
Total General	7,876	1,872	27,488	14,240	4,121	55,598

Categoría de gasto para el año 2009 (en miles US\$)

Categoría de gasto	Hogares	Organizaciones Internacionales	Sector Privado	Sector Público	Seguridad Social	Total
Prevención	4,714	370	11,812	2,673	431	20,000
Atención y Tratamiento	3,099	62	707	15,969	5,021	24,857
Contratación de Recursos Humanos e Incentivos de Retención			52			52
Huérfanos y niños más vulnerables	-	8				8
Gestión de Programa y fortalecimiento de la Administración		253	3,765	617		4,635
Protección social y servicios sociales (excluyendo huérfanos)		668	610			1,278
Desarrollo Comunitario y Ambiente mejorado			2,053	568		2,621
Investigación relacionada con VIH SIDA (excluye investigación operativa)		929	7,635	228		8,792
Total General	7,813	2,281	26,641	20,055	5,452	62,242

Categoría de gasto para el año 2010 (en miles US\$)

Categoría de gasto	Hogares	Organizaciones Internacionales	Sector Privado	Sector Público	Seguridad Social	Total
Prevención	5,110	57	6,108	4,723	127	16,125
Atención y Tratamiento	3,402	4	119	5,638	3,424	12,587
Contratación de Recursos Humanos e Incentivos de Retención			17			17
Huérfanos y niños más vulnerables			9			9
Gestión de Programa y fortalecimiento de la Administración		90	2,543	319		2,952
Protección social y servicios sociales (excluyendo huérfanos)		410	139			549
Desarrollo Comunitario y Ambiente mejorado			1,170	1,762		2,932
Investigación relacionada con VIH SIDA (excluye investigación operativa)		220	1,025	11		1,256

Total General	8,512	781	11,130	12,453	3,551	36,427
---------------	-------	-----	--------	--------	-------	--------

## Por agentes de financiamiento y Beneficiarios

Beneficiarios para el año 2008 (en miles US\$)

Beneficiarios	Hogares	Organizaciones Internacionales	Sector Privado	Sector Público	Seguridad Social	Total
BP.01 Personas que viven con el VIH (independientemente de que tengan un diagnóstico médico/clínico del sida)	2,791	763	4,623	10,746	1,982	20,906
BP.02 Poblaciones más expuestas	467	709	8,838	719		10,733
BP.03 Otras poblaciones clave		69	1,902	598	5	2,573
BP.04 Poblaciones «accesibles» específicas	888	170	2,071	1,649	2,135	6,913
BP.05 Población general	3,730	55	6,835	311		10,931
BP.06 Intervenciones no dirigidas			3,001	218		3,219
BP.99 Poblaciones objetivo específicas sin clasificar en otras categorías		105	218			323
Total general	7,876	1,872	27,488	14,240	4,121	55,598

Beneficiarios para el año 2009 (en miles US\$)

Beneficiarios	Hogares	Organizaciones Internacionales	Sector Privado	Sector Público	Seguridad Social	Total
BP.01 Personas que viven con el VIH (independientemente de que tengan un diagnóstico médico/clínico del sida)	2,804	729	1,698	16,231	4,130	25,590
BP.02 Poblaciones más expuestas	573	929	6,373	738		8,613
BP.03 Otras poblaciones clave		64	3,416	759	4	4,244
BP.04 Poblaciones «accesibles» específicas	877	193	4,325	1,153	1,319	7,867
BP.05 Población general	3,559	112	5,920	412		10,003
BP.06 Intervenciones no dirigidas		13	4,770	762		5,545
BP.99 Poblaciones objetivo específicas sin clasificar en otras categorías		240	140			380
Total general	7,813	2,281	26,641	20,055	5,452	62,242

Beneficiarios para el año 2010 (en miles US\$)

Beneficiarios	Hogares	Organizaciones Internacionales	Sector Privado	Sector Público	Seguridad Social	Total
BP.01 Personas que viven con el VIH (independientemente de que tengan un diagnóstico médico/clínico del sida)	3,087	414	1,158	5,655	1,586	11,900
BP.02 Poblaciones más expuestas	701	220	2,596	2,272		5,788
BP.03 Otras poblaciones clave		47	1,222	528	70	1,867
BP.04 Poblaciones «accesibles» específicas	964		2,034	1,071	1,895	5,963
BP.05 Población general	3,761	10	1,262	2,715		7,747
BP.06 Intervenciones no dirigidas			2,580	207		2,786
BP.99 Poblaciones objetivo específicas sin clasificar en otras categorías		90	279	5		374
Total general	8,512	781	11,130	12,453	3,551	36,427

## Por agentes de financiamiento y Recursos

Recursos para el año 2008 (en miles US\$)

Recursos	Hogares	Organizaciones Internacionales	Sector Privado	Sector Público	Seguridad Social	Total
Antirretrovirales	144	60	877	6,939	1,981	10,001
Condomes	4,314		2,097	11	233	6,655
Gastos de capital	1,290		2,773	7		4,070
Ingresos laborales y no laborales		55	3,930	3,441	5	7,431
Otros gastos corrientes	1,824	1,757	15,956	485	0	20,022
Reactivos y materiales	304		1,854	3,358	1,902	7,418
Total general	7,876	1,872	27,488	14,240	4,121	55,598

Recursos para el año 2009 (en miles US\$)

Recursos	Hogares	Organizaciones Internacionales	Sector Privado	Sector Público	Seguridad Social	Total
Antirretrovirales	144	62		9,759	4,118	14,083
Condomes	4,141			156	369	4,667
Gastos de capital	1,253		3,109	45	11	4,418
Ingresos laborales y no laborales		136	6,614	3,828	4	10,581
Otros gastos corrientes	1,980	2,084	16,459	1,112		21,634
Reactivos y materiales	295		461	5,154	950	6,859
Total general	7,813	2,281	26,641	20,055	5,452	62,242

Recursos para el año 2010 (en miles US\$)

Recursos	Hogares	Organizaciones Internacionales	Sector Privado	Sector Público	Seguridad Social	Total
Antirretrovirales	144	4		1,943	1,586	3,677
Condomes	4,410			3,212		7,621
Gastos de capital	1,336		43	108	4	1,491
Ingresos laborales y no laborales		10	4,069	3,750	2	7,831
Otros gastos corrientes	2,308	767	7,018	876	68	11,038
Reactivos y materiales	314		-	2,564	1,891	4,770
Total general	8,512	781	11,130	12,453	3,551	36,427

## Por agentes de financiamiento y Proveedor

Proveedores para el año 2008 (en miles US\$)

Proveedor	Hogares	Organizaciones Internacionales	Sector Privado	Sector Público	Seguridad Social	Total
Proveedores Públicos	2,360	359	14,030	13,226	4,121	34,097
Proveedores Privados	4,458	1,512	13,458			19,428
Laboratorios Públicos	1,058			983		2,041
Banco Público de sangre				32		32
Total general	7,876	1,872	27,488	14,240	4,121	55,598

Proveedores para el año 2009 (en miles US\$)

Proveedor	Hogares	Organizaciones Internacionales	Sector Privado	Sector Público	Seguridad Social	Total
Proveedores Públicos	2,500	444	14,551	15,075	5,452	38,023
Proveedores Privados	4,285	1,837	12,090			18,212
Laboratorios Públicos	1,028			4,951		5,979
Banco Público de sangre				29		29
Total general	7,813	2,281	26,641	20,055	5,452	62,242

Proveedores para el año 2010 (en miles US\$)

Proveedor	Hogares	Organizaciones Internacionales	Sector Privado	Sector Público	Seguridad Social	Total
Proveedores Públicos	2,862	61	7,896	10,175	3,551	24,546
Proveedores Privados	4,554	720	3,234			8,508
Laboratorios Públicos	1,096			2,129		3,225
Banco Público de sangre				148		148
Total general	8,512	781	11,130	12,453	3,551	36,427

## Por proveedor y Categoría de gasto

Categoría de gasto para el año 2008 (en miles US\$)

Categoría de gasto	Banco Público de Sangre	Laboratorios Públicos	Proveedores Privados	Proveedores Públicos	Total
Prevención		0	6,094	12,618	18,711
Atención y Tratamiento	32	2,033	144	18,603	20,812
Contratación de Recursos Humanos e Incentivos de Retención			82	109	191
Huérfanos y niños más vulnerables				16	16
Gestión de Programa y fortalecimiento de la Administración			1,379	1,805	3,184
Protección social y servicios sociales (excluyendo huérfanos)			921	577	1,498
Desarrollo Comunitario y Ambiente mejorado			1,493	359	1,852
Investigación relacionada con VIH SIDA (excluye investigación operativa)		8	9,315	10	9,333
Total General	32	2,041	19,428	34,097	55,598

Categoría de gasto para el año 2009 (en miles US\$)

Categoría de gasto	Banco Público de Sangre	Laboratorios Públicos	Proveedores Privados	Proveedores Públicos	Total
Prevención	29		5,137	14,835	20,000
Atención y Tratamiento		5,702	162	18,994	24,857
Contratación de Recursos Humanos e Incentivos de Retención			18	34	52
Huérfanos y niños más vulnerables				8	8
Gestión de Programa y fortalecimiento de la Administración		49	1,662	2,924	4,635
Protección social y servicios sociales (excluyendo huérfanos)			1,063	215	1,278
Desarrollo Comunitario y Ambiente mejorado			1,607	1,014	2,621
Investigación relacionada con VIH SIDA (excluye investigación operativa)		228	8,564		8,792
Total General	29	5,979	18,212	38,023	62,242

Categoría de gasto para el año 2010 (en miles US\$)

Categoría de gasto	Banco Público de Sangre	Laboratorios Públicos	Proveedores Privados	Proveedores Públicos	Total
Prevención	123		5,431	10,571	16,125
Atención y Tratamiento	26	3,159	144	9,258	12,587
Contratación de Recursos Humanos e Incentivos de Retención			17		17
Huérfanos y niños más vulnerables				9	9
Gestión de Programa y fortalecimiento de la Administración		55	754	2,134	2,952
Protección social y servicios sociales (excluyendo huérfanos)			410	139	549
Desarrollo Comunitario y Ambiente mejorado			506	2,426	2,932
Investigación relacionada con VIH SIDA (excluye investigación operativa)		11	1,245		1,256

Total General	148	3,225	8,508	24,546	36,427
---------------	-----	-------	-------	--------	--------

## Por proveedor y Beneficiarios

Beneficiarios para el año 2008 (en miles US\$)

Beneficiarios	Banco Público de Sangre	Laboratorios Públicos	Proveedores Privados	Proveedores Públicos	Total
BP.01 Personas que viven con el VIH (independientemente de que tengan un diagnóstico médico/clínico del sida)	32	1,721	1,802	17,351	20,906
BP.02 Poblaciones más expuestas			5,011	5,721	10,733
BP.03 Otras poblaciones clave		4	52	2,517	2,573
BP.04 Poblaciones «accesibles» específicas		308	1,445	5,160	6,913
BP.05 Población general			8,980	1,951	10,931
BP.06 Intervenciones no dirigidas		7	1,937	1,275	3,219
BP.99 Poblaciones objetivo específicas sin clasificar en otras categorías	32	2,041	19,428	34,097	55,598
Total general					

Beneficiarios para el año 2009 (en miles US\$)

Beneficiarios	Banco Público de Sangre	Laboratorios Públicos	Proveedores Privados	Proveedores Públicos	Total
BP.01 Personas que viven con el VIH (independientemente de que tengan un diagnóstico médico/clínico del sida)		5,680	1,295	18,615	25,590
BP.02 Poblaciones más expuestas			4,210	4,403	8,613
BP.03 Otras poblaciones clave				4,244	4,244
BP.04 Poblaciones «accesibles» específicas		299	582	6,986	7,867
BP.05 Población general	29		9,401	574	10,003
BP.06 Intervenciones no dirigidas			2,346	3,198	5,545
BP.99 Poblaciones objetivo específicas sin clasificar en otras categorías			377	3	380
Total general	29	5,979	18,212	38,023	62,242

Beneficiarios para el año 2010 (en miles US\$)

Beneficiarios	Banco Público de Sangre	Laboratorios Públicos	Proveedores Privados	Proveedores Públicos	Total
BP.01 Personas que viven con el VIH (independientemente de que tengan un diagnóstico médico/clínico del sida)	26	2,905	782	8,188	11,900
BP.02 Poblaciones más expuestas			1,550	4,239	5,788
BP.03 Otras poblaciones clave				1,867	1,867
BP.04 Poblaciones «accesibles» específicas	90	314	649	4,909	5,963
BP.05 Población general	32		4,529	3,186	7,747
BP.06 Intervenciones no dirigidas			629	2,158	2,786
BP.99 Poblaciones objetivo específicas sin clasificar en otras categorías		5	369		374
Total general	148	3,225	8,508	24,546	36,427

## Por proveedor y Recursos

Recursos para el año 2008 (en miles US\$)

Recursos	Banco Público de Sangre	Laboratorios Públicos	Proveedores Privados	Proveedores Públicos	Total
Antirretrovirales			144	9,857	10,001
Condomes			4,314	2,341	6,655
Gastos de capital		5	2,626	1,440	4,070
Ingresos laborales y no laborales		20	2,066	5,345	7,431
Otros gastos corrientes		762	10,278	8,983	20,022
Reactivos y materiales	32	1,254		6,132	7,418
Total general	32	2,041	19,428	34,097	55,598

Recursos para el año 2009 (en miles US\$)

Recursos	Banco Público de Sangre	Laboratorios Públicos	Proveedores Privados	Proveedores Públicos	Total
Antirretrovirales			144	13,939	14,083
Condomes			4,141	526	4,667
Gastos de capital		4	2,854	1,560	4,418
Ingresos laborales y no laborales		91	2,178	8,311	10,581
Otros gastos corrientes	29	801	8,894	11,910	21,634
Reactivos y materiales		5,082		1,777	6,859
Total general	29	5,979	18,212	38,023	62,242

Recursos para el año 2010 (en miles US\$)

Recursos	Banco Público de Sangre	Laboratorios Públicos	Proveedores Privados	Proveedores Públicos	Total
Antirretrovirales			144	3,533	3,677
Condomes			4,410	3,212	7,621
Gastos de capital			57	1,434	1,491
Ingresos laborales y no laborales		11	868	6,952	7,831
Otros gastos corrientes	123	781	3,029	7,104	11,038
Reactivos y materiales	26	2,433	-	2,311	4,770
Total general	148	3,225	8,508	24,546	36,427

## Por recursos y Categoría de gasto

Categoría de gasto para el año 2008 (en miles US\$)

Categoría de gasto	Anti rretrovirales	Condonos	Gastos de Capital	Ingresos laborales y no laborales	Otros gastos corrientes	Reactivos y materiales	Total
Prevención	268	6,655	47	3,059	6,424	2,258	18,711
Atención y Tratamiento	9,733		1,372	1,950	2,626	5,129	20,812
Contratación de Recursos Humanos e Incentivos de Retención					191		191
Huérfanos y niños más vulnerables					16		16
Gestión de Programa y fortalecimiento de la Administración			228	410	2,516	31	3,184
Protección social y servicios sociales (excluyendo huérfanos)				65	1,434		1,498
Desarrollo Comunitario y Ambiente mejorado			42	54	1,756		1,852
Investigación relacionada con VIH SIDA (excluye investigación operativa)			2,381	1,893	5,059		9,333
Total General	10,001	6,655	4,070	7,431	20,022	7,418	55,598

Categoría de gasto para el año 2009 (en miles US\$)

Categoría de gasto	Anti rretrovirales	Condonos	Gastos de Capital	Ingresos laborales y no laborales	Otros gastos corrientes	Reactivos y materiales	Total
Prevención	16	4,667	5	4,642	10,148	522	20,000
Atención y Tratamiento	14,067		1,319	1,264	1,988	6,219	24,857
Contratación de Recursos Humanos e Incentivos de Retención					52		52
Huérfanos y niños más vulnerables					8		8
Gestión de Programa y fortalecimiento de la Administración			236	2,619	1,730	49	4,635
Protección social y servicios sociales (excluyendo huérfanos)				-	1,278		1,278
Desarrollo Comunitario y Ambiente mejorado			299	40	2,281		2,621
Investigación relacionada con VIH SIDA (excluye investigación operativa)			2,560	2,016	4,149	68	8,792
Total General	14,083	4,667	4,418	10,518	21,634	6,859	62,242

Categoría de gasto para el año 2010 (en miles US\$)

Categoría de gasto	Anti rretrovirales	Condonos	Gastos de Capital	Ingresos laborales y no laborales	Otros gastos corrientes	Reactivos y materiales	Total
Prevención	21	5,859	6	5,213	4,867	159	16,125
Atención y Tratamiento	3,656		1,398	1,290	1,687	4,556	12,587
Contratación de Recursos Humanos e Incentivos de Retención					17		17
Huérfanos y niños más vulnerables					9		9
Gestión de Programa y fortalecimiento de la Administración			83	607	2,207	55	2,952
Protección social y servicios sociales (excluyendo huérfanos)				4	545		549
Desarrollo Comunitario y Ambiente mejorado		1,762	3	667	500		2,932
Investigación relacionada con VIH SIDA				51	1,205		1,256

(excluye investigación operativa)							
Total General	3,677	7,621	1,491	7,831	11,038	4,770	36,427

## Por recursos y Beneficiarios

Beneficiarios para el año 2008 (en miles US\$)

Beneficiarios	Anti rretrovirales	Condonos	Gastos de Capital	Ingresos laborales y no laborales	Otros gastos corrientes	Reactivos y materiales	Total
BP.01 Personas que viven con el VIH (independientemente de que tengan un diagnóstico médico/clínico del sida)	9,733		1,332	1,890	5,005	2,946	20,906
BP.02 Poblaciones más expuestas		2,108	969	1,877	5,407	372	10,733
BP.03 Otras poblaciones clave	268			702	1,563	40	2,573
BP.04 Poblaciones «accesibles» específicas		818	15	870	2,297	2,914	6,913
BP.05 Población general		3,730	1,518	1,490	3,059	1,135	10,931
BP.06 Intervenciones no dirigidas			228	639	2,340	11	3,219
BP.99 Poblaciones objetivo específicas sin clasificar en otras categorías			9	(38)	352		323
Total general	10,001	6,655	4,070	7,431	20,022	7,418	55,598

Beneficiarios para el año 2009 (en miles US\$)

Beneficiarios	Anti rretrovirales	Condonos	Gastos de Capital	Ingresos laborales y no laborales	Otros gastos corrientes	Reactivos y materiales	Total
BP.01 Personas que viven con el VIH (independientemente de que tengan un diagnóstico médico/clínico del sida)	14,067		1,374	1,395	3,625	5,129	25,590
BP.02 Poblaciones más expuestas			825	1,809	5,979		8,613
BP.03 Otras poblaciones clave	16	127		1,438	2,642	22	4,244
BP.04 Poblaciones «accesibles» específicas		981	5	1,918	3,255	1,708	7,867
BP.05 Población general		3,559	1,763	1,740	2,941		10,003
BP.06 Intervenciones no dirigidas			451	2,278	2,815		5,545
BP.99 Poblaciones objetivo específicas sin clasificar en otras categorías				3	377		380
Total general	14,083	4,667	4,418	10,581	21,634	6,859	62,242

Beneficiarios para el año 2010 (en miles US\$)

Beneficiarios	Anti rretrovirales	Condonos	Gastos de Capital	Ingresos laborales y no laborales	Otros gastos corrientes	Reactivos y materiales	Total
BP.01 Personas que viven con el VIH (independientemente de que tengan un diagnóstico médico/clínico del sida)	3,656		1,347	1,458	3,002	2,438	11,900
BP.02 Poblaciones más expuestas		1,449	89	1,395	2,846	8	5,788
BP.03 Otras poblaciones clave	21			974	809	63	1,867
BP.04 Poblaciones «accesibles» específicas		649	4	2,851	199	2,261	5,963
BP.05 Población general		5,523	11	605	1,609		7,747

BP.06 Intervenciones no dirigidas			40	542	2,204		2,786
BP.99 Poblaciones objetivo específicas sin clasificar en otras categorías				5	369	-	374
Total general	3,677	7,621	1,491	7,831	11,038	4,770	36,427

## Por beneficiario y Categoría de gasto

Categoría de gasto para el año 2008 (en miles US\$)

Categoría de gasto	BP.01	BP.02	BP.03	BP.04	BP.05	BP.06	BP.99	Total
Prevención	148	4,777	2,338	4,599	6,448	184	218	18,711
Atención y Tratamiento	18,381	96	131	2,186		18		20,812
Contratación de Recursos Humanos e Incentivos de Retención				6		185		191
Huérfanos y niños más vulnerables	16							16
Gestión de Programa y fortalecimiento de la Administración	(126)	849	101		73	2,182	105	3,184
Protección social y servicios sociales (excluyendo huérfanos)	1,275				224			1,498
Desarrollo Comunitario y Ambiente mejorado	547	139		123	393	650		1,852
Investigación relacionada con VIH SIDA (excluye investigación operativa)	664	4,872	4		3,793			9,333
Total General	20,906	10,733	2,573	6,913	10,931	3,219	323	55,598

Categoría de gasto para el año 2009 (en miles US\$)

Categoría de gasto	BP.01	BP.02	BP.03	BP.04	BP.05	BP.06	BP.99	Total
Prevención	162	4,378	3,846	6,649	4,785	40	140	20,000
Atención y Tratamiento	23,481	25	138	1,213				24,857
Contratación de Recursos Humanos e Incentivos de Retención						52		52
Huérfanos y niños más vulnerables	8							8
Gestión de Programa y fortalecimiento de la Administración	62	-	260		175	3,898	240	4,635
Protección social y servicios sociales (excluyendo huérfanos)	877			5	396			1,278
Desarrollo Comunitario y Ambiente mejorado	622	195			248	1,556		2,621
Investigación relacionada con VIH SIDA (excluye investigación operativa)	378	4,015			4,399			8,792
Total General	25,590	8,613	4,244	7,867	10,003	5,545	380	62,242

Categoría de gasto para el año 2010 (en miles US\$)

Categoría de gasto	BP.01	BP.02	BP.03	BP.04	BP.05	BP.06	BP.99	Total
Prevención	154	4,391	1,861	3,786	5,581	72	279	16,125
Atención y Tratamiento	10,357	48	6	2,177				12,587
Contratación de Recursos Humanos e Incentivos de Retención						17		17
Huérfanos y niños más vulnerables	9							9
Gestión de Programa y fortalecimiento de la Administración	57	32			76	2,697	90	2,952
Protección social y servicios sociales (excluyendo huérfanos)	549							549
Desarrollo Comunitario y Ambiente mejorado	664	502			1,766			2,932
Investigación relacionada con VIH	110	816			324		5	1,256

SIDA (excluye investigación operativa)								
Total General	11,900	5,788	1,867	5,963	7,747	2,786	374	36,427