

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA EN EL PERÚ - Bases Epidemiológicas para la Prevención y Control

*" Son las caídas hondas de los Cristos del alma,
de alguna fé adorable que el destino blasfema.
Esos golpes sangrientos son las crepitaciones
de algún pan que en la puerta del horno se nos quema."*

César Vallejo

Poeta Peruano
(Fragmento de los Heraldos Negros)

PERÚ - 2006

Serie Análisis de la Situación y Tendencias N°19

©Ministerio de Salud del Perú

Dirección General de Epidemiología

Camilo Carrillo 402, Jesús María, Lima 11

Teléfonos: 433-6140 / 330-3403

Telefax: 433-5428 / 433-0081 / 330-1534

Hecho el depósito legal N°:

ISBN

URL: www.oge.sld.pe

postmaster@oge.sld.pe

ISBN 9972-820-71-8



Perú. Ministerio de Salud
Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú.
Lima: Dirección General de Epidemiología 2006.

N° de páginas 93; gráficos, tablas.

PERÚ/ DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN DE SALUD / VIH-SIDA

MINISTERIO DE SALUD

Dr. Carlos Vallejos Sologuren
Ministro de Salud

Sr. Diego Blas Fernández Espinosa
Viceministro de Salud

DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

Dr. Luis Antonio Nicolás Suárez Ognio
Director General

EDITORES:

Dra. Mónica Pun Chinarro

Dr. Luís Suárez Ognio

DIRECCIÓN RESPONSABLE DE LA PUBLICACIÓN:

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE INTELIGENCIA SANITARIA

Dra. Gladys Ramírez Prada

Directora Ejecutiva

Dr. Edwin Omar Napanga Saldaña

Director Sectorial

EQUIPO DE ANÁLISIS Y REDACCIÓN

Dra. Mónica Pun Chinarro

Dr. Luís Suarez Ognio

Dr. Edwin Omar Napanga Saldaña

Dr. William Valdez Huarcaya

Dr. César Munayco

Dr. Juan Carlos Tirado

GRUPO TEMÁTICO DE ETS/VIH/SIDA

Dra. Mónica Pun Chinarro

Sr. Richard Alvarado Chirinos

PRESENTACIÓN

Este documento ha sido preparado por la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud, en un esfuerzo para brindar al país, información que nos permita conocer y comprender la magnitud y tendencia de la Epidemia del VIH/SIDA en nuestro país; como parte de la serie "Análisis de Situación de Salud en el Perú", que publica esta Dirección General.

La publicación del Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú - 2005, describe la evolución de la Epidemia en el Perú, a través de la información producida por la Vigilancia Epidemiológica, desde que se conocieron los primeros casos en 1985 hasta el inicio del acceso universal al tratamiento antiretroviral de gran actividad (TARGA) en los últimos años.

La Epidemia del VIH/SIDA se convirtió en uno de los problemas de Salud Pública más importantes del siglo XX y continuará siéndolo el siglo XXI, no sólo por la carga de enfermedad que representa para las personas, sino por su trascendencia social, económica, cultural y por la complejidad de su epidemiología frente al reto que representa su prevención y control.

A lo largo de 25 años de identificada esta epidemia, se han realizado notables avances que han permitido conocer mejor la magnitud del problema, tanto en el diagnóstico de laboratorio, en el tratamiento antiretroviral, en brindar atención y cuidados a las personas viviendo con VIH; pero sin embargo, aún todo lo realizado no ha sido suficiente para cambiar significativamente el curso de esta epidemia.

Es importante se consolide el esfuerzo, desde los diferentes sectores para que la respuesta social sea articulada y sostenible; basada en evidencia epidemiológica y en las lecciones aprendidas durante estos años, sólo así podremos ser eficientes en la lucha para disminuir el avance de una de las epidemias más devastadoras de los últimos siglos.

Estoy seguro que esta publicación que ponemos a disposición del sector salud y de la población peruana, contribuirá al desarrollo de una mejor respuesta de prevención y control frente a este gran problema de salud pública.

Dr. Carlos Vallejos Sologuren
Ministro de Salud

AGRADECIMIENTOS

Un agradecimiento especial a todos los trabajadores de salud que conforman de la Red Nacional de Epidemiología y a los responsables de la Vigilancia Epidemiológica de las ITS, el VIH y el SIDA, a los coordinadores de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS-VIH-SIDA de la Direcciones Regionales de Salud y a los responsables de los Laboratorios Regionales por su valioso trabajo y dedicación realizada en beneficio de los peruanos, ya que sin la información que mes a mes envían a nivel nacional, sería imposible realizar este análisis; a ustedes nuestro agradecimiento y reconocimiento por su trabajo que estamos seguros servirá para contribuir al control de estas enfermedades en nuestro país.

Los Editores.

INDICE	Pag
Introducción	
1. Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Mundo.	15
2. Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en las Américas.	21
3. Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú.	25
3.1 Primeros casos de SIDA en el Perú.	25
3.2 Vigilancia Epidemiológica. Notificación de Casos. (Vigilancia de Primera Generación)	27
3.3 Análisis Epidemiológico de los casos notificados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica y de los primeros estudios de Seroprevalencia de VIH.	27
3.3.1 Evolución de la Epidemia. Distribución en el Tiempo. Curva Epidémica.	27
3.3.2 Diseminación de la Epidemia. Distribución Geográfica.	29
3.3.3 Distribución por edad y sexo. Razón hombre/mujer.	32
3.3.4 Transmisión Sexual.	34
3.3.5 Categoría de Exposición.	34
3.3.6 Evolución de la Curva Epidémica según la vía de transmisión y la categoría de exposición.	34
3.3.7 Transmisión Vertical.	36
3.3.8 Transmisión Sanguínea.	39
3.4. Análisis Epidemiológico de la Mortalidad por SIDA en el Perú.	42
3.4.1 Análisis de los Certificados de defunción.	43
3.4.2 Estratificación de Riesgo para SIDA en los departamentos del Perú basado en indicadores de Mortalidad Absoluta y Relativa.	47
3.4.3 Matriz Intercuartílica de la Razón Estandarizada de Mortalidad (REM) y la Razón de Años de Vida Potencialmente Perdidos (RAVPP)	49
3.5 Vigilancia Centinela. Vigilancia de Segunda Generación del VIH/SIDA.	52
3.5.1 Clasificación del Nivel Epidémico.	52
3.5.2 Vigilancia de la Prevalencia del VIH en población de baja prevalencia	54
3.5.3 Vigilancia de la Prevalencia del VIH en población de alta prevalencia.	62
3.5.4 Estimaciones y Proyecciones de la Curva Epidémica (Spectrum).	68
4. Análisis de la Respuesta Social frente a la epidemia del VIH/SIDA en el Perú	71
4.1 Las Primeras Respuestas: La Comisión Nacional, El PECOS, Vía Libre.	71
4.2 El PROCETSS y la RED SIDA Perú.	71
4.3 La Estrategia Nacional, CONAMUSA, IMPACTA y el Global Found.	75
5. Conclusiones Finales.	77
6. Referencias Bibliográficas	79
7. Anexos	83

INTRODUCCIÓN

La Epidemia del VIH/SIDA ha evolucionado de manera distinta en los países, debido a los diferentes niveles de desarrollo, oportunidades de atención, diagnóstico, tratamiento, prevención y control de esta enfermedad.

El Análisis de la Situación de la Epidemia del VIH/SIDA, tiene como objetivo comprender la magnitud y tendencia de esta enfermedad en nuestro país; para apoyar de manera objetiva el proceso de toma de decisiones basadas en evidencia epidemiológica.

Este estudio descriptivo, recopila y describe de forma más específica el proceso de implementación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú desde sus inicios hasta la llegada de la era de los antiretrovirales.

En los capítulos I y II se hace una breve reseña de la situación del VIH/SIDA en el Mundo y las Américas. Luego en el capítulo III, se hace un análisis epidemiológico descriptivo de las características de los casos de SIDA notificados según su distribución poblacional, formas de transmisión, análisis de la mortalidad, la clasificación del nivel epidémico y la experiencia del país en la implementación de la Vigilancia de la generación del VIH/SIDA.

En el capítulo IV se analiza la respuesta social frente a este daño, la misma que trata de disminuir el avance de una de las más devastadoras epidemias de este milenio, para finalmente culminar en el capítulo V presentando algunas conclusiones finales basadas en la información que brinda el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA en el país; con el propósito de contribuir a un mejor conocimiento de la magnitud del problema y diseñar las intervenciones de salud que permitan brindar una mejor oportunidad de acceso a los servicios de salud para los más vulnerables.

1. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA EN EL MUNDO

Según estimaciones recientes del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), a finales del 2005 el número de personas que viven con el VIH alcanzó a 40.3 millones (36.79 -45.3 millones) de personas, de los cuales 38.0 millones son adultos, 17.5 millones son mujeres y 2.3 millones (2.1-2.8 millones) son menores de 15 años. Se estima que la epidemia del VIH/SIDA ha causado 3.1 millones (2.8 - 3.6 millones) de personas fallecidas por esta enfermedad, de las cuales 570,000 (510,000 - 670,000) eran niños¹. Las nuevas infecciones por el VIH adquiridas durante el año 2005 fueron 4.9 millones (4.3 -6.6 millones).(Tabla N° 1)

La Epidemia del VIH/SIDA ha evolucionado desde la década de los años 80 hasta la actualidad de diversas formas en las diferentes regiones del mundo. A pesar de los esfuerzos globales que se están haciendo por brindar acceso universal a tratamiento antiretroviral, aún la mayor parte de los afectados en muchos países subdesarrollados no tienen acceso a él. Si en tratamiento hay un avance parcial, en prevención aún es muy poco lo realizado y la epidemia sigue su curso ascendente en los países afectados en especial en los más pobres.

Tabla N° 1 Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA, diciembre de 2005

Personas que vivían con el VIH/SIDA en 2005	Total	40.3 millones (36.7 - 45.3 millones)
	Adultos	38.0 millones (34.5 - 42.6 millones)
	Mujeres	17.5 millones (16.2 - 19.3 millones)
	Menores de 15 años	2.3 millones (2.1 - 2.8 millones)
Nuevas infecciones por VIH en 2005	Total	4.9 millones (4.3 - 6.6 millones)
	Adultos	4.2 millones (3.6 - 5.8 millones)
	Menores de 15 años	700,000 (630,000 - 820,000)
Defunciones causadas por el SIDA en 2005	Total	3.1 millones (2.8 - 3.6 millones)
	Adultos	2.6 millones (2.3 - 2.9 millones)
	Menores de 15 años	570,000 (510,000 - 670,000)

Fuente: "Situación de la Epidemia de SIDA". Informe Especial Sobre la prevención del VIH. Diciembre 2005
ONUSIDA/OMS

Las prevalencia de VIH en los países de África es bastante diversa, sin embargo, África Subsahariana continúa siendo la región más afectada, donde se concentra el 66% del total de personas que viven con el VIH en el mundo y de estas el 77% son mujeres seropositivas¹.

Tabla N° 2 Estadísticas y características regionales del VIH y el SIDA, 2003 y 2005

Región	Adultos y niños que vivían con el VIH	Nuevas Infecciones por el VIH en adultos y niños	Prevalencia del VIH en adultos (%)	Defunciones de adultos y niños por SIDA
África subsahariana				
2005	25.8 millones (23.8 - 28.9 millones)	3.2 millones (2.8 - 3.9 millones)	7.2 (6.6 - 8.0)	2.4 millones (2.1 - 2.7 millones)
2003	24,9 millones (23.0 - 27.9 millones)	3.0 millones (2.7 - 3.7 millones)	7.3 (6.7 - 8.1)	2.1 millones (1.9 - 2.4 millones)
África del Norte y Oriente Medio				
2005	510,000 (230,000 - 1.4)	67,000 (35,000 - 200,000)	0.2 (0.1 - 0.7)	58,000 (25,000 - 145,000)
2003	500,000 (200,000 - 1.4)	62,000 (31,000 - 200,000)	0.2 (0.1 - 0.7)	55,000 (22,000 - 140,000)
Asia del Meridional y sudoriental				
2005	7.4 millones (4.5 - 11.0 millones)	900,000 (480,000 - 2.4 millones)	0.7 (0.4 - 1.0)	480,000 (290,000 - 740,000)
2003	6.5 millones (4.0 - 9.7 millones)	840,000 (410,000 - 2.0 millones)	0.6 (0.4 - 0.9)	390,000 (240,000 - 590,000)
Asia Oriental				
2005	870,000 (440,000 - 1.4)	140,000 (42,000 - 390,000)	0.1 (0.05 - 0.2)	41,000 (11,000 - 37,000)
2003	690,000 (350,000 - 1.1)	100,000 (33,000 - 300,000)	0.1 (0.04 - 0.1)	3,600 (1,700 - 8,200)
Oceanía				
2005	74,000 (45,000 - 120,000)	8,200 (2,400 - 25,000)	0.5 (0.2 - 0.7)	3,600 (1,700 - 8,200)
2003	63,000 (38,000 - 99,000)	8,900 (2,600 - 27,000)	0.4 (0.2 - 0.6)	2,000 (910 - 4,900)
América Latina				
2005	1.8 millones (1.4 - 2.4 millones)	200,000 (130,000 - 360,000)	0.6 (0.5 - 0.8)	66,000 (52,000 - 86,000)
2003	1.6 millones (1.2 - 2.1 millones)	170,000 (120,000 - 310,000)	0.6 (0.4 - 0.8)	59,000 (46,000 - 77,000)

Fuente: "Situación de la Epidemia de SIDA". Informe Especial Sobre la prevención del VIH. Diciembre 2005
ONUSIDA/OMS

En China los consumidores de drogas endovenosas representan el 44% de todas las infecciones por VIH². En Tailandia, la prevalencia de VIH en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) en la ciudad Bangkok aumento de 17% en el 2003 a 28% en el 2005² habiendo tenido experiencias muy exitosas anteriormente.

En Oriente Medio también la epidemia del VIH está creciendo en países como

Tabla N° 3

Estadísticas y características regionales del VIH y el SIDA, 2003 y 2005 (Continuación)

Región	Adultos y niños que vivían con el VIH	Nuevas Infecciones por el VIH en adultos y niños	Prevalencia del VIH en adultos (%)	Defunciones de adultos y niños por SIDA
Caribe				
2005	300,000 (200,000 - 510,000)	30,000 (17,000 - 71,000)	1.6 (1.1 - 2.7)	24,000 (16,000 - 40,000)
2003	300,000 (200,000 - 510,000)	29,000 (17,000 - 68,000)	1.6 (1.1 - 2.7)	24,000 (16,000 - 40,000)
Europa Oriental y Asia Central				
2005	1.6 millones (990,000 - 2.3 millones)	270,000 (140,000 - 610,000)	0.9 (0.6 - 1.3)	62,000 (39,000 - 91,000)
2003	1.2 millones (740,000 - 1.8 millones)	270,000 (120,000 - 680,000)	0.7 (0.4 - 1.0)	36,000 (24,000 - 52,000)
Europa Occidental y Central				
2005	720,000 (570,000 - 890,000)	22,000 (15,000 - 39,000)	0.3 (0.2 - 0.4)	12,000 (<15,000)
2003	700,000 (550,000 - 870,000)	20,000 (13,000 - 37,000)	0.3 (0.2 - 0.4)	12,000 (<15,000)
América del Norte				
2005	1.2 millones (650,000 - 1.8 millones)	43,000 (15,000 - 120,000)	0.7 (0.4 - 1.1)	18,000 (9,000 - 30,000)
2003	1.1 millones (570,000 - 1.8 millones)	43,000 (15,000 - 120,000)	0.7 (0.4 - 1.1)	18,000 (9,000 - 30,000)
TOTAL				
2005	40.3 millones (36.7 - 45.3 millones)	4.9 millones (4.3 - 6.6 millones)	1.1 (1.0 - 1.3)	3.1 millones (2.8 - 3.6 millones)
2003	37.5 millones (34.0 - 41.9 millones)	4.6 millones (4.0 - 6.0 millones)	1.1 (1.0 - 1.2)	2.8 millones (2.5 - 3.1 millones)

Fuente: "Situación de la Epidemia de SIDA". Informe Especial Sobre la prevención del VIH. Diciembre 2005
ONUSIDA/OMS

Argelia, la Jamahiriya Árabe Libia, Marruecos y la República Islámica de Irán², que tienen prevalencias de VIH bastante bajas comparadas con países de África del Norte como Sudán.

En Europa Oriental y Asia Central siguen mostrando una epidemia de crecimiento rápido cuyo patrón de transmisión más importante son los usuarios de drogas endovenosas, a diferencia de Europa Occidental, los Países Bajos y España donde las relaciones sexuales entre varones, son la principal vía de transmisión.

Algunos países de Oceanía, como Papua Nueva Guinea y Australia también muestran un incremento de la prevalencia de VIH, lo cual sugiere un cambio en los comportamientos de riesgo. (Tabla N° 2)

En América del Norte, como Estados Unidos la prevalencia de VIH en adultos es de 0.6% según los Centros de Control de Enfermedades- CDC- 2005 y el 50% de la

Tabla N° 4

Estadísticas y características regionales del VIH para las mujeres 2003 y 2005

Región	Año	Nuevas Infecciones por el VIH en adultos y niños	Defunciones de adultos y niños por SIDA
África subsahariana	2005	13.5 millones (12.5 - 15.1 millones)	57
	2003	13.1 millones (12.1- 14.6 millones)	57
África del norte y oriente medio	2005	220,000 (83,000 - 660,000)	47
	2003	230,000 (78,000 - 700,000)	57
Asia del Meridional y sudoriental	2005	1.9 millones (1.1 - 2.8 millones)	26
	2003	1.6 millones (950,000 - 2.4 millones)	25
Asia oriental	2005	160,000 (82,000 - 260,000)	18
	2003	120,000 (59,000 - 190,000)	17
Oceanía	2005	39,000 (20,000 - 62,000)	55
	2003	27,000 (14,000 - 43,000)	54
América Latina	2005	580,000 (420,000 - 770,000)	32
	2003	510,000 (370,000 - 680,000)	32
Caribe	2005	140,000 (88,000 - 250,000)	50
	2003	140,000 (87,000 - 250,000)	50
Europa oriental y Asia central	2005	440,000 (300,000 - 620,000)	28
	2003	310,000 (210,000 - 430,000)	26
Europa occidental y central	2005	190,000 (140,000 - 240,000)	27
	2003	180,000 (150,000 - 220,000)	27
América del Norte	2005	300,000 (150,000 - 440,000)	25
	2003	270,000 (130,000 - 400,000)	25
TOTAL	2005	17.5 millones (16.2 - 19.3 millones)	46
	2003	16.5 millones (15.2 - 18.2 millones)	47

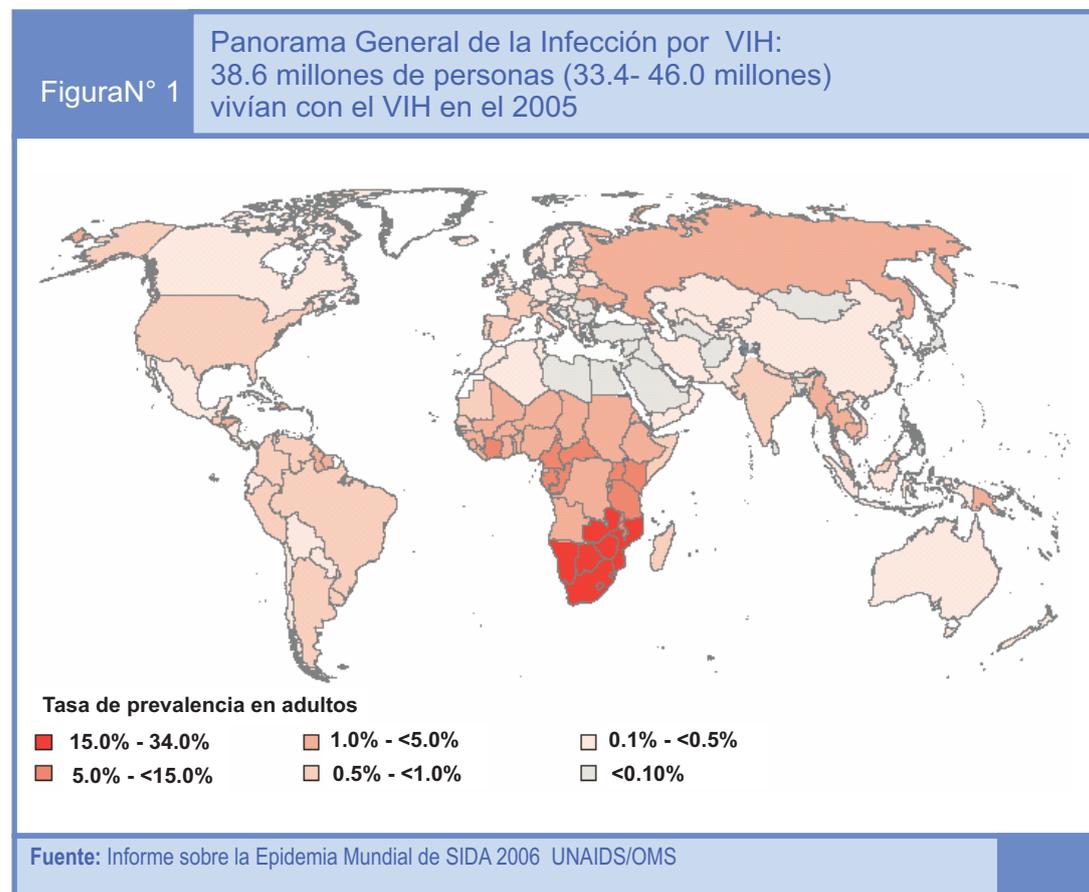
Fuente: "Situación de la Epidemia de SIDA". Informe Especial Sobre la prevención del VIH. Diciembre 2005 ONUSIDA/OMS

infección por VIH correspondieron a varones, donde la población Afroamericana e Hispana es la más afectada. (Tabla N° 3)

Las mayores tasas de prevalencia de VIH en Adultos continúan registrándose en el continente Africano entre 15% y 34%. (ver Figura 1). A nivel mundial se observa que la proporción de mujeres afectadas esta en aumento (Tabla N° 4). Los países europeos receptores de población migrante de África, han observado un incremento del número de infecciones por VIH.

En las Américas, el Caribe es la segunda región más afectada por la epidemia del VIH, donde la transmisión heterosexual se viene incrementado y la población afectada cada vez incluye a más jóvenes adolescentes.

La epidemia del VIH/SIDA en el mundo presenta un panorama todavía desalentador, es necesario reforzar las respuestas nacionales para combatir la epidemia por diferentes aristas, desde la prevención en jóvenes, como en la disminución del consumo de drogas endovenosas, brindando acceso a terapia Antiretroviral y prevención secundaria, así como las intervenciones para disminuir los comportamientos de riesgo tanto en grupos de alto riesgo y en población de jóvenes, sólo así podemos lograr un cambio significativo en el curso de la epidemia.



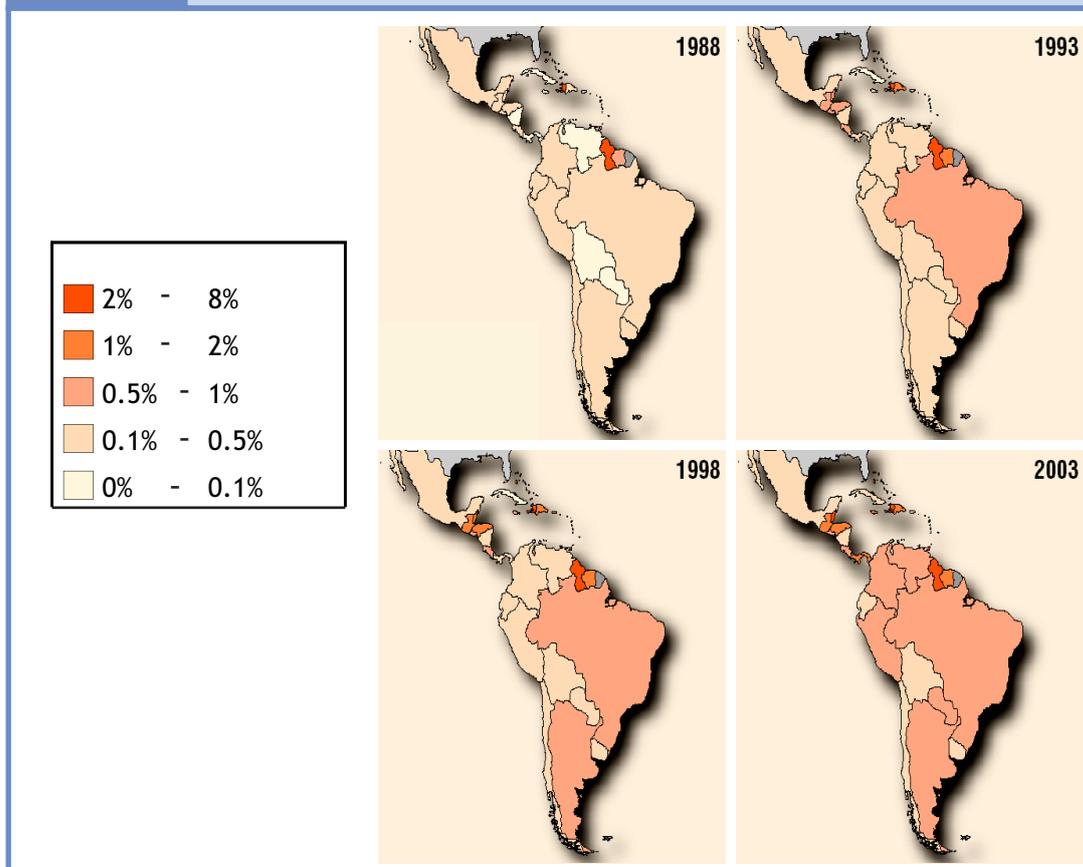
2. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Primeros casos de SIDA en el Mundo y Latinoamérica

Los primeros casos del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana en el mundo fueron reconocidos entre los años 1980 y 1981. En los Estados Unidos, los primeros casos reportados fueron 5 hombres jóvenes, homosexuales con diagnóstico de Neumonía por *Pneumocistis carinni* en tres hospitales de la ciudad de Los Ángeles California^{3,4}. Poco tiempo después la infección por VIH aparece en Latinoamérica y los países más afectados fueron inicialmente Brasil y México^{5,6}. La prevalencia de VIH en América Latina y el Caribe ha evolucionado paulatinamente

Figura N° 2

Prevalencia del VIH en adultos en América Latina y el Caribe, 1988 - 2003



Fuente: Informe sobre la Epidemia Mundial de SIDA 2006 UNAIDS/OMS

1 Clasificación de los Niveles de las Epidemias de VIH/SIDA. OMS.2000

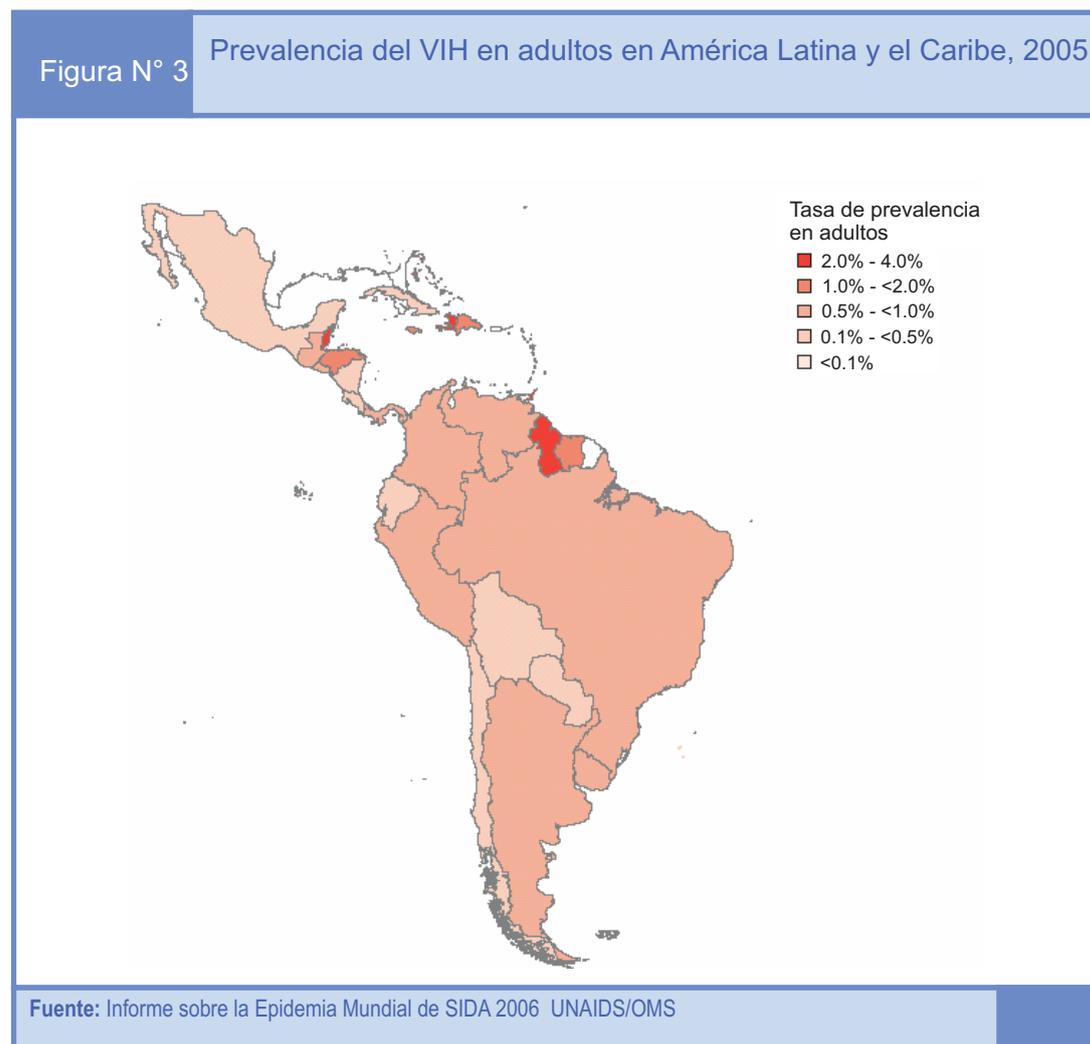
Incipiente: Prevalencia de VIH < 1 % en población gestante y < de 5% en GEPETS

Concentrada: Prevalencia de VIH < 1 % en población gestante y > de 5% en GEPETS

Generalizada: Prevalencia de VIH > 1 % en población gestante y > de 5% en GEPETS

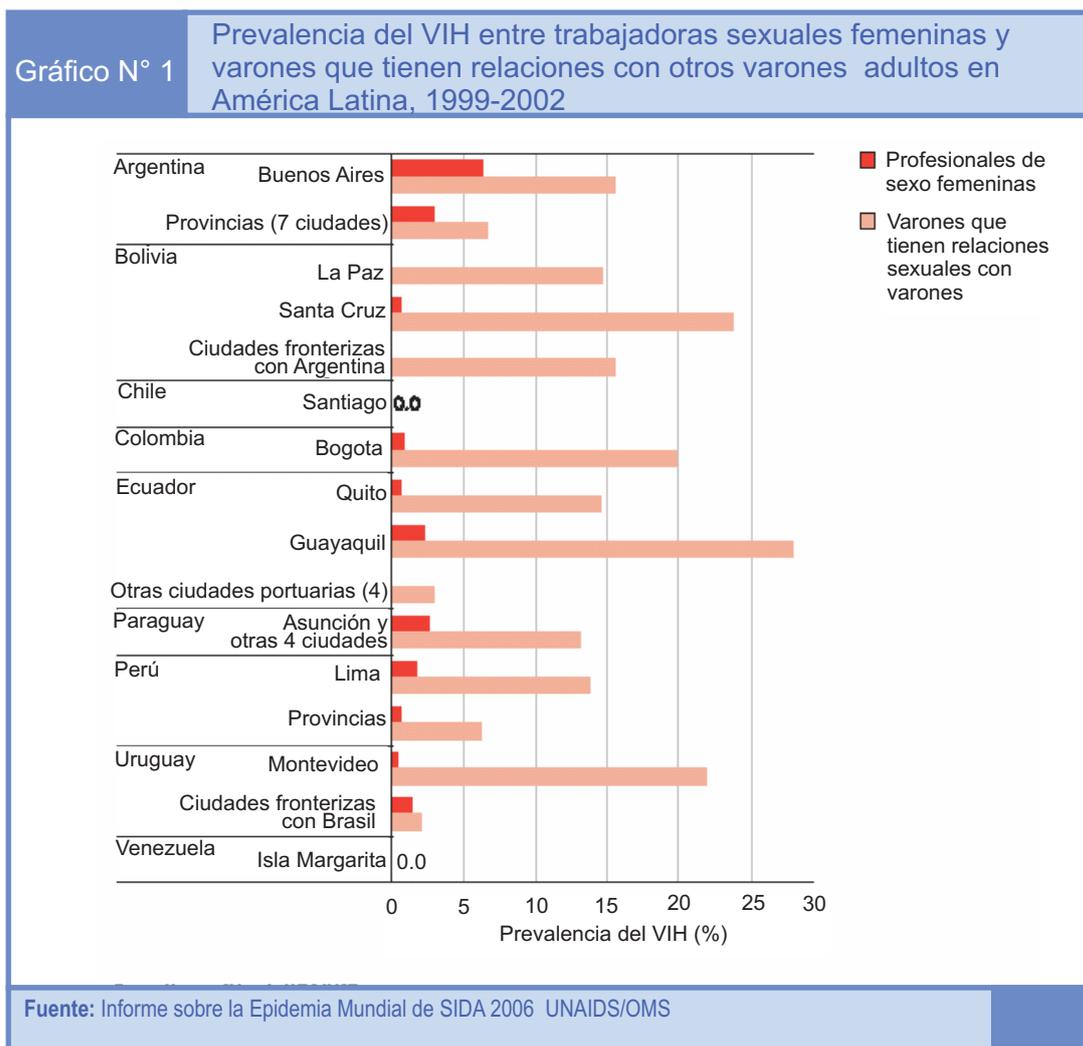
concentrandose más en los países de Centro América y el Caribe. (Figura N° 2)
 Los primeros casos de SIDA en Latinoamérica fueron diagnosticados en inmigrantes haitianos hasta 1985, los países del Caribe y Brasil reportaban el mayor número de casos procedentes de Latinoamérica. Desde entonces la epidemia del VIH en América Latina y el Caribe ha progresado para el año 1988 sólo Guyana Francesa y Belice presentaban un patrón de epidemia generalizada. Diez años después en 1998 los países del Caribe como República Dominicana, Haití, Honduras y Jamaica llegaron a prevalencias que fluctuaron entre 1% y 12%. Hasta el año 2003 México, Panamá, Brasil, Perú, Colombia, Venezuela, Argentina, Uruguay mantenían todavía una prevalencia de VIH en adultos menor del 1% lo cual los clasificaba como países con nivel de epidemia concentrada. ONUSIDA considera que en América Latina hasta finales del 2005 se infectaron por VIH entre 100,000 y 420,000 personas, lo que eleva a 1.6 millones el número de personas que viven con el virus en esta región.

Brasil alberga más de un tercio de las personas que viven con VIH en América Latina, sin embargo, la epidemia del VIH es más intensa en países pequeños como Belice y Honduras donde el 1.5% de los adultos vivían con VIH en el 2005.²



Argentina, Bolivia, Colombia, Uruguay, Ecuador y Perú registran prevalencia de VIH en varones que tienen sexo con varones entre 15% y 30%, según el país. Asimismo, la prevalencia en profesionales del sexo femeninas es más baja (0.1% y 5%) en comparación con los varones que tienen sexo con varones. En Brasil la respuesta contra el SIDA ha sido encomiable. La prevalencia de VIH en adultos era de 0.5% (0.3%-1.6%) en el año 2005 y datos últimos registran que la transmisión de VIH por usuarios de drogas endovenosas esta disminuyendo, sin embargo, los niveles máximos de infección por VIH corresponden a este grupo de alto riesgo². En Argentina la prevalencia nacional de VIH en adultos se mantuvo en 0.6% (0.3%-1%) en el 2005. Las personas privadas de la libertad en prisiones urbanas, los usuarios de drogas endovenosas y las relaciones sexuales no protegidas entre hombres que tienen sexo con otros hombres constituyen importantes potencializadores de la epidemia del VIH². (Figura N° 3)

En diversos países de América Latina se están detectando altos niveles de infección (entre 2% y 28%) en varones que tienen relaciones sexuales con varones.



Asimismo, la prevalencia de VIH en las profesionales del sexo femeninas y sus clientes es otro factor agregado, pero menos prominente (Gráfico N°1). Conforme evoluciona la epidemia aumenta la proporción de mujeres infectadas y las que viven en condición de pobreza serían más vulnerables.

La prevalencia del VIH en adultos en América Latina y el Caribe ha progresado de tal forma que durante el año 1988 sólo algunos países como Guyana Francesa y Belice presentaban un patrón de epidemia generalizada (Prevalencia de VIH entre 1% y 8%). En el año 1998 los países del Caribe como República Dominicana, Haití, Honduras y Jamaica mostraron un crecimiento progresivo y sus prevalencias fluctuaron entre 1% y 12%. Hasta el año 2003 México, Panamá, Brasil, Perú, Colombia, Venezuela, Argentina, Uruguay registraban todavía una prevalencia de VIH en adultos menor del 1% lo cual los clasificaba como países con nivel de epidemia concentrada. (Figura N° 2)

En América Latina a finales del 2005 se infectaron por el virus del VIH 140,000 (100,00- 420,000) personas, lo que eleva a 1.6 millones el número de personas que viven con el virus.

Brasil alberga más de un tercio de las personas que viven con VIH en América Latina, sin embargo, la epidemia del VIH es más intensa países pequeños como Belice y Honduras donde el 1.5% de los adultos vivían con VIH en el 2005.²

En diversos países de América Latina se están detectando altos niveles de infección (entre 2% y 28%) en varones que tienen relaciones sexuales con varones. Asimismo, la prevalencia de VIH en las profesionales del sexo femeninas y sus clientes es otro factor agregado, pero menos prominente. Conforme evoluciona la epidemia aumenta la proporción de mujeres infectadas y las que viven en condición de pobreza serían más vulnerables.

La epidemia del VIH/SIDA en 25 años de evolución ha adquirido dimensiones catastróficas que podrían poner en riesgo la sobrevivencia de algunas poblaciones del continente africano que tienen una epidemia generalizada; es por ello, que no basta dar una sola mirada al tratamiento antiretroviral como la única solución, por el contrario, los niveles de prevalencia de VIH que se observan en la actual epidemia del VIH, exigen de manera urgente la consecución de diversos esfuerzos de manera sostenida, tanto en las estrategias de intervención en la parte de la prevención, tratamiento, atención integral de los pacientes y la disminución del impacto económico, social y cultural que lleva consigo la epidemia como en los determinantes de salud.

3. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA EN EL PERÚ

3.1 Primeros casos de SIDA en el Perú

En el Perú el primer caso de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) fue identificado el año 1983, por el Dr. Raúl Patrucco quien en el año 1985 publica en la Revista Diagnóstico Volúmen 16 Número 5, una serie de 9 casos de SIDA (8 homosexuales y un paciente hemofílico). El primero de ellos fue un paciente de 37 años residente en EEUU (New York), homosexual, usuario de drogas, con múltiples compañeros sexuales que manifiesta la enfermedad en enero del año 1982 en los EEUU y regresa al Perú donde fue hospitalizado en mayo del año 1983. Entre los pacientes homosexuales 7 fueron peruanos, 4 de ellos residentes durante mucho tiempo en el extranjero y 3 que nunca salieron fuera del país, pero que tuvieron frecuentes contactos con homosexuales extranjeros⁷. En estas circunstancias se confirmó la presencia de casos de SIDA en el país; sin embargo, hasta ese momento no se tenía evidencia de transmisión del VIH entre peruanos que no habían salido del país.

Durante el año 1985 el Dr. Peralta T. y colaboradores, publican en la Revista de Gastroenterología del Perú, el reporte de un caso de un paciente de 41 años, soltero, de ocupación peluquero, de nacionalidad peruana, que vivió entre los años 1969 y 1981 en la ciudad de New York y que regresa al Perú en el año 1981 aparentemente sano. Este paciente tenía antecedentes de sífilis en el año 1972, consumo ocasional de marihuana y pasta básica de cocaína, no usuario de drogas endovenosas. El cuadro clínico que presentó fue diarrea persistente, disfunción ponderal acentuada, luego candidiasis oral y fiebre 9 meses antes de su hospitalización⁶.

El primer caso femenino en el Perú

En el año 1987, en la Revista de Gastroenterología del Perú se publica el primer caso femenino de SIDA, dentro de una serie de 8 casos de SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Esta paciente tenía el antecedente de múltiples transfusiones en el año 1984, en un hospital de París, Francia⁸.

Los primeros casos asintomáticos en el Perú

En 1987, el Dr. Raúl Patrucco publica una serie de casos de 14 pacientes homosexuales asintomáticos y oligoasintomáticos seropositivos para anticuerpos anti HTLV-II/LAV (Técnica de ELISA). Todos los pacientes manifestaron haber tenido relaciones homosexuales con múltiples parejas conocidos y desconocidos,

en forma activa y pasiva, durante los últimos años. Cinco de ellos declararon ser bisexuales, incluyendo un paciente casado y los 9 pacientes restantes refirieron ser únicamente homosexuales, aunque algunos mantuvieron en el pasado algunas relaciones heterosexuales. Diez pacientes declararon haber usado una o varias drogas, pero negaron el uso de drogas intravenosas. Ocho pacientes habían viajado en los últimos 5 a 6 años al extranjero (USA, Europa, África del Norte), 2 pacientes tuvieron antecedentes precisos de convivencia con pacientes infectados de SIDA⁹.

Los primeros casos de transfusión sanguínea:

El primer caso de transfusión sanguínea fue publicado dentro de una serie de casos, fueron 9 casos de SIDA, en la Revista de Gastroenterología del Perú (Ago-Oct 1985) por Peralta t. Y colaboradores. Fue un paciente peruano, de sexo masculino, de 26 años de edad, diagnosticado desde la infancia como portador de un cuadro de Hemofilia A, requiriendo la administración de múltiples transfusiones y crioprecipitados. Sin antecedentes de homosexualidad y ni drogas. Este paciente probablemente se infectó en Río de Janeiro-Brasil en el año 1984, cuando recibió múltiples dosis de factor VIII de preparación local al ser sometido a una intervención quirúrgica⁶.

El primer caso de un hemodonador fue reportado por Páucar J. y colaboradores en la Revista del Servicio de Sanidad de las Fuerzas Policiales. Este paciente fue detectado cuando acude a la sección de Hemoterapia, para donar sangre para un amigo. Fue un varón de 29 años, conviviente, natural de Iquitos. Niega ser hemofílico y drogadicto, pero refiere contacto con homosexual y trabajadoras sexuales, y haber tenido enfermedades venéreas, niega haber viajado al extranjero en los últimos 10 años¹¹.

La transmisión del VIH/SIDA en el país evolucionó en 2 fases: la primera fase se manifestó al inicio de la epidemia, cuando los casos de SIDA que se diagnosticaron, fueron homosexuales o bisexuales peruanos que retornaron al país después de haber viajado o residido en áreas de alta incidencia donde adquirieron la infección (casos infectados probablemente en el extranjero) y luego, se presentaron casos en homosexuales que nunca habían salido del país pero que tuvieron relaciones sexuales ocasionales con turistas extranjeros o con personas que habían viajado al extranjero (casos infectados probablemente por contacto en el extranjero).

En una segunda fase, se detectaron casos en homosexuales, bisexuales y heterosexuales (varones y mujeres) que no han salido del país y que tampoco han tenido relaciones con extranjeros, lo cual evidencia que la infección del VIH/SIDA ha sido adquirida en nuestro territorio (casos autóctonos sin contacto en el extranjero).

3.2 Vigilancia Epidemiológica - Notificación de Casos. (Vigilancia de Primera Generación del VIH/SIDA.)

Desde la aparición de los primeros casos de VIH/SIDA hasta la actualidad el sistema de vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA ha ido evolucionando. Al inicio en 1986, se crea la Comisión Multisectorial de Lucha contra el SIDA, que fue la primera respuesta oficial frente a la epidemia de SIDA. Luego en el año 1989 se crea el Programa Especial de Control de SIDA (PECOS), más tarde en el año 1995 en un Reunión Nacional de todos los coordinadores departamentales del programa realizada en Ancón se plantean nuevas estrategias de intervención en ETS como el Manejo Sindrómico y se adopta la denominación de Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETSS), donde se establece que el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) sea de notificación obligatoria de los casos de VIH/SIDA de acuerdo a la definición de caso de SIDA y caso de VIH se aprueba y publica el "Manual de Normas y Doctrinas del PROCETSS". Posteriormente en el año 1996 se publica la Ley N° 26626 "Ley CONTRASIDA" y el Manual de Doctrina y Normas del PROCETSS y se establece las pautas del Plan CONTRASIDA 1996-2000.

Durante el año 2001 mediante resolución ministerial N°173-2001/SA se realiza la "Transferencia del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de ETS/VIH/SIDA del PROCETSS a la Oficina General de Epidemiología, quien se encarga a partir de la fecha de la consolidación de la vigilancia epidemiológica de II generación de la epidemia del VIH-SIDA.

A partir del enero del año 2006 se aprueba mediante Decreto Supremo N° 007-2006/SA El Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y de acuerdo a él la Oficina General de Epidemiología que era un ente asesor se convierte en un órgano de línea Dirección General de Epidemiología, lo cual implica la adecuación de los manuales de procedimientos a la nueva normatividad.

3.3 Análisis Epidemiológico de los casos Notificados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica y de los primeros Estudios de Seroprevalencia de VIH.

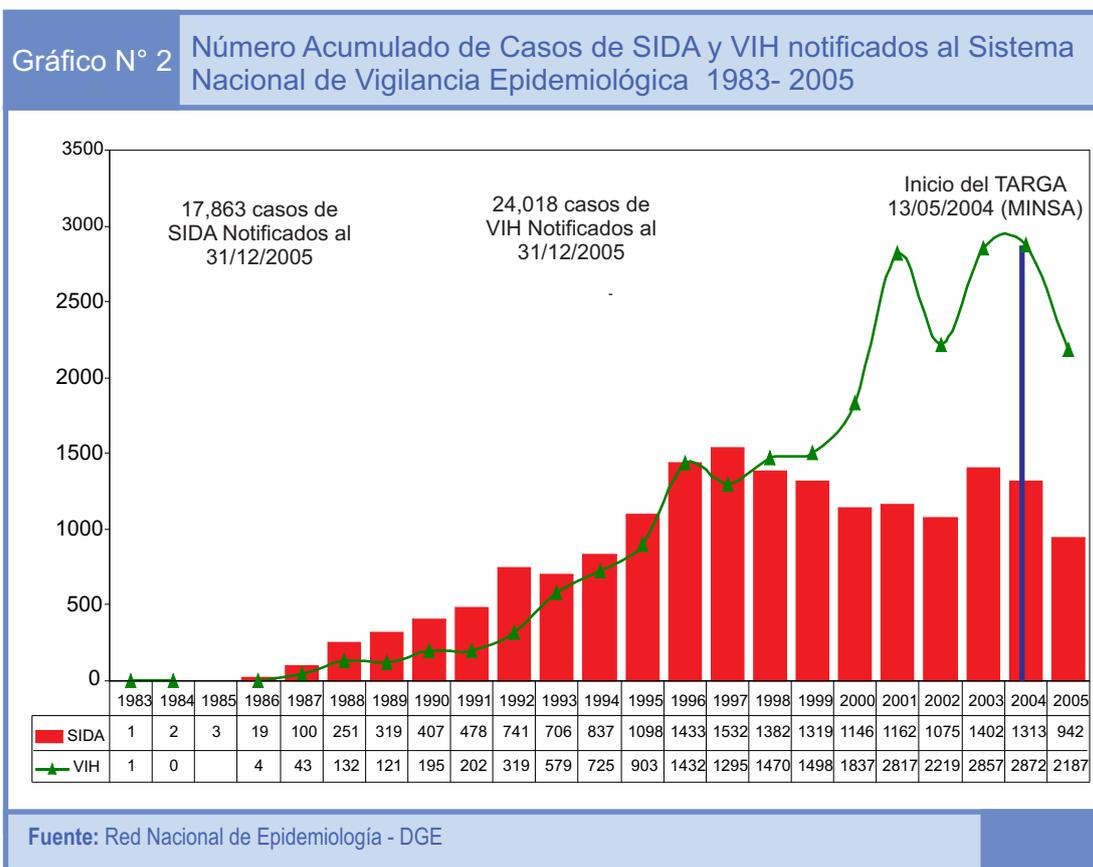
3.3.1 Evolución de la Epidemia - Distribución en el Tiempo - Curva Epidémica.

Los primeros estudios de prevalencia de VIH en población homo/bisexual fueron realizados en el año 1985 en la ciudad de Lima por Rojas G. *et al*¹² quien encontró una prevalencia de 11.2%, luego otro estudio en la misma población realizado en el año 1987 por Cáceres C. *et al.* encontró una prevalencia de VIH de 6.5%. Asimismo, el Dr. Mc Carthy *et al* realizó un estudio en población postulante a VISA

de EEUU entre los años 1986-1990, encontrando una prevalencia de VIH en varones homosexuales de 26%; estos estudios son la primera evidencia de la introducción y diseminación de la epidemia del VIH en el Perú antes de establecerse la notificación obligatoria de los casos de SIDA por el sistema de vigilancia epidemiológica.

Han transcurrido 22 años desde que se identificaron los primeros casos de SIDA en el país durante el año 1983. La Dirección General de Epidemiología (DGE) del Ministerio de Salud como responsable del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica del país, ha registrado la notificación de 17,863 casos de SIDA y 24,018 infecciones por VIH notificados hasta diciembre del año 2005.

La Epidemia del VIH/SIDA ha tenido dos fases claramente diferenciadas en estas dos décadas antes de que el Ministerio de Salud pudiera brindar tratamiento antiretroviral de manera universal*; la primera fase entre los años 80 y 90 cuando se inicio la epidemia, se observo que los casos de SIDA notificados mostraron una tendencia creciente hasta el año 1995 y la segunda fase a partir de año 1996 con la implementación del Programa Nacional de Control de ETS/VIH/SIDA, se observó que la tendencia del diagnóstico de casos de SIDA comienza a “estabilizarse” hasta aproximadamente el año 2003. Dado el largo tiempo que transcurre entre la



*Sólo ESSALUD y COPRECOS tenían acceso a Tratamiento Antiretroviral

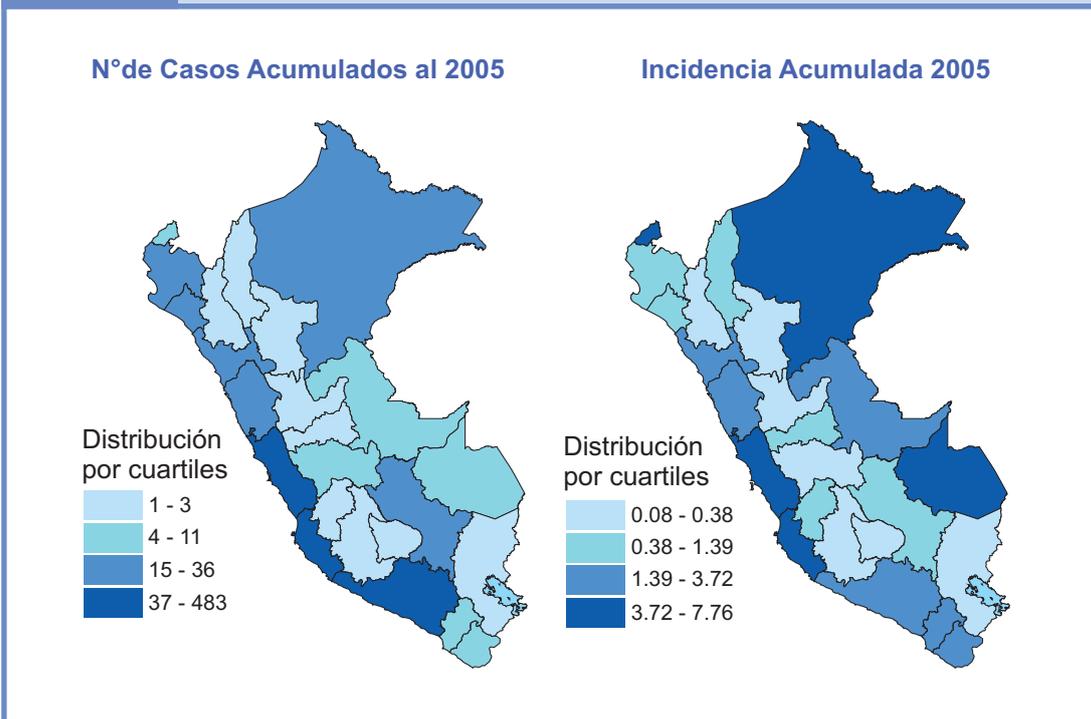
infección y el estado SIDA, "Curva Epidémica" basada en casos de SIDA diagnosticados cada año debe tomarse de modo referencial, ya que el año de diagnóstico no guarda relación con la progresión de las nuevas infecciones ese año.(Gráfico N° 2)

3.3.2.- Diseminación de la Epidemia - Distribución Geográfica.

Hasta 1987 solo 4 departamentos del Perú habían reportado casos, excepto Lima los demás Lambayeque, Arequipa y Tacna tenían menos de 10 casos identificados. Para 1992 la mayor parte de los departamentos del Perú había reportado casos solo Huancavelica y Cusco todavía no lo habían hecho. Para 1996 además de Lima y Callao los departamentos de La Libertad, Ancash, Ica, Arequipa y Loreto habían reportado ya más de 100 casos cada uno y para 1999 llegan a este número Piura, Lambayeque y Junín. Hasta el año 2005 Huancavelica, Apurímac y Puno sólo han reportado alrededor de 20 casos identificados. (Figura N° 4)

La Epidemia del VIH/SIDA ha afectado en el país a los departamentos más densamente poblados de la Costa y la Selva, siendo los de mayor incidencia en los últimos años: Lima, Callao, Ica, Moquegua, Tacna, Loreto, Tumbes, Ancash, Madre de Dios, Arequipa, y la Libertad. Estos departamentos tienen en común su urbanización, elevado comercio y facilidades de acceso por vías rápidas de comunicación, también es en estos departamentos donde se encuentran los núcleos de desarrollo comercial del país. Los departamentos de la Sierra del país

Figura N° 4 Número de casos de SIDA acumulados e incidencia acumulada en el Perú (distribución cuartílica)



Fuente: Dirección General de Epidemiología- GT ETS/VIH/SIDA

Figura N° 5

Distribución de casos acumulados de SIDA notificados 1983-2005 (Distribución cuartílica)

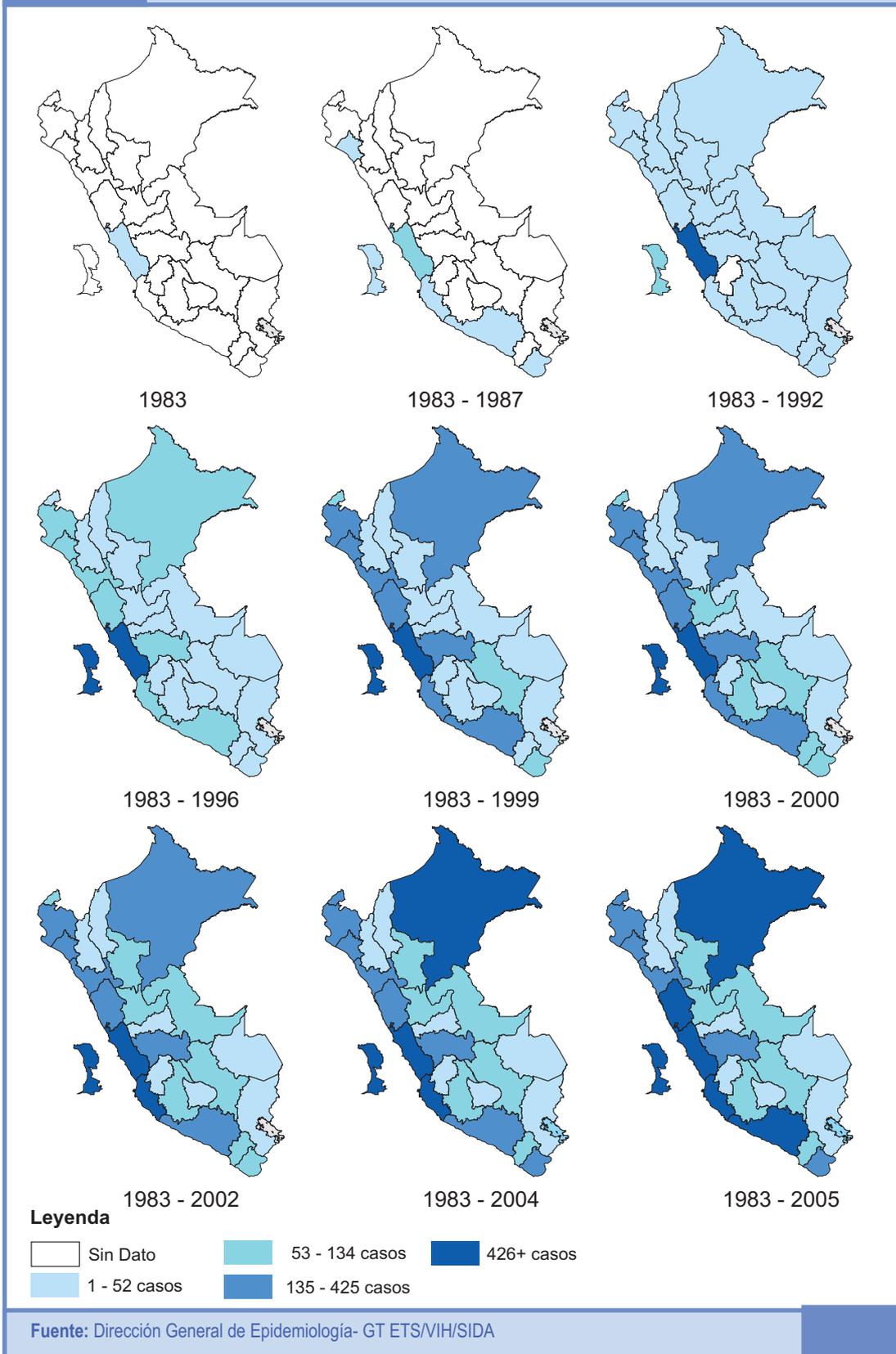


Tabla N° 5 Casos de SIDA notificados. Perú 2005
(Incidencia acumulada)

Departamento	1983 - 2004			2005		
	Casos	%	IA*	Casos	%	IA**
Amazonas	40	0.24	10.85	3	0.32	0.67
Ancash	388	2.30	38.70	47	4.99	4.07
Apurímac	20	0.12	4.94	0	0.00	0.00
Arequipa	404	2.39	41.33	43	4.56	3.77
Ayacucho	72	0.43	14.13	1	0.11	0.17
Cajamarca	49	0.29	3.66	3	0.32	0.19
Callao	1246	7.38	182.64	76	8.07	9.22
Cusco	113	0.67	10.23	21	2.23	1.68
Huancavelica	25	0.15	6.17	2	0.21	0.43
Huánuco	83	0.49	11.49	2	0.21	0.24
Ica	530	3.14	87.92	42	4.46	5.83
Junín	260	1.54	23.06	4	0.42	0.31
La Libertad	392	2.32	30.93	30	3.18	1.91
Lambayeque	269	1.59	26.85	17	1.80	1.48
Lima	11103	65.74	164.80	538	57.11	6.61
Loreto	432	2.56	53.79	43	4.56	4.56
Madre de Dios	29	0.17	27.99	5	0.53	4.64
Moquegua	69	0.41	51.21	6	0.64	3.59
Pasco	42	0.25	17.46	3	0.32	1.06
Piura	408	2.42	28.10	17	1.80	0.99
Puno	23	0.14	2.02	1	0.11	0.08
San Martín	64	0.38	10.23	3	0.32	0.38
Tacna	143	0.85	60.21	7	0.74	2.20
Tumbes	165	0.98	98.41	14	1.49	6.49
Ucayali	114	0.68	31.52	8	0.85	1.71
Desconocido	405	2.40		6	0.64	
PERÚ	16888	100.00	71.81	942	100.00	3.37

* Para su cálculo se tomó como referencia la población de 1994 (tasa por 100,000 hab)

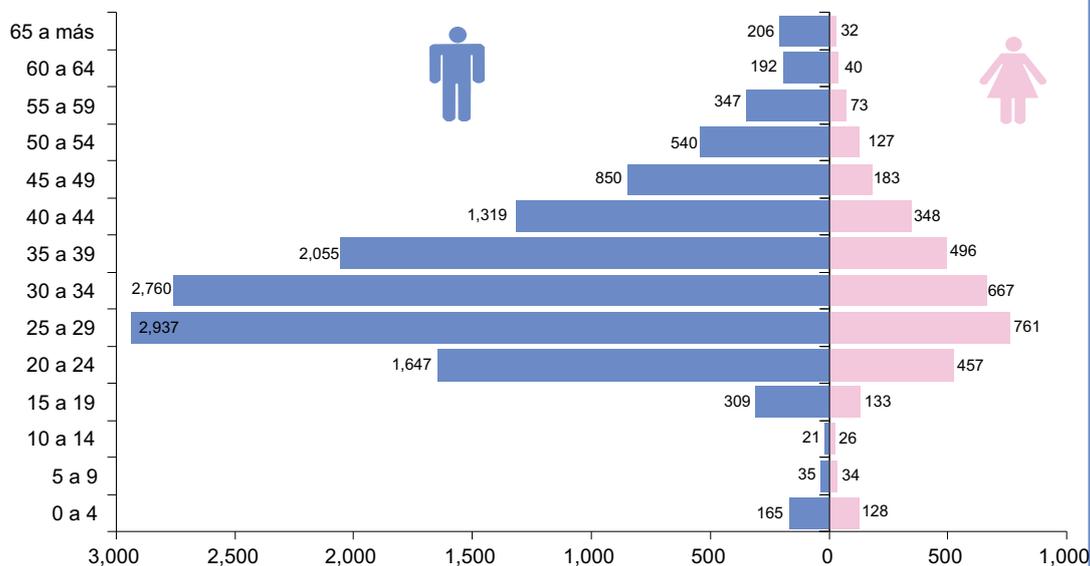
** Para su cálculo se tomó como referencia la población de 2005 (tasa por 100,000 hab)

Fuente: Dirección General de Epidemiología- GT ETS/VIH/SIDA

tienen una menor incidencia, siendo el departamento con mayor número de casos y mayor incidencia Junín donde los casos proceden en gran mayoría de su capital Huancayo, la cual se encuentra muy estrechamente ligada comercialmente con la capital del país. (Figura N° 5 y Tabla N° 5)

Como en otros países, el SIDA en el Perú es una enfermedad urbana, especialmente en las grandes ciudades que pertenecen a los departamentos de la Costa y de la Selva, habiéndose desplazado en los últimos años a los grupos poblacionales más pobres. El 71.5% de todos los casos de SIDA notificados en 22 años de epidemia, pertenecen al departamento de Lima y la Provincia Constitucional del Callao y el 29% al resto del país.

Gráfico N° 3 Casos de SIDA acumulados. Perú 1983-2005
(Distribución por grupos de edad y sexo)

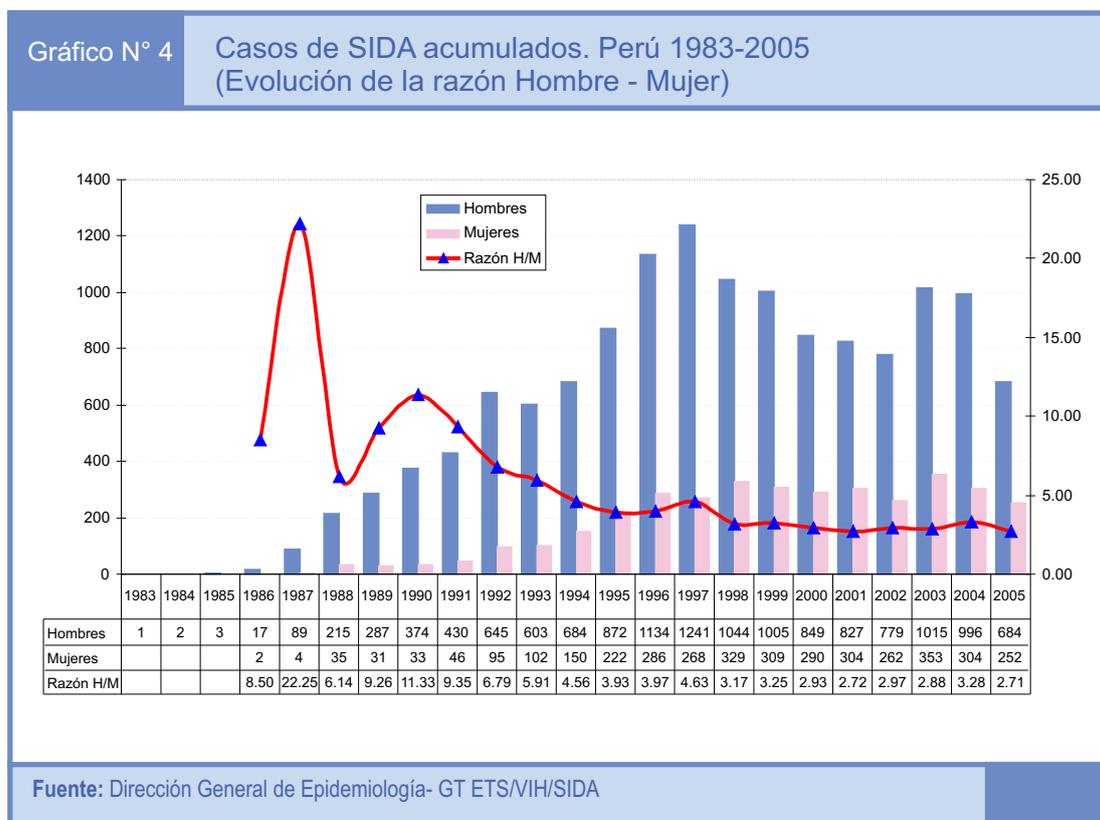


Fuente: Dirección General de Epidemiología- GT ETS/VIH/SIDA

3.3.3 Distribución por Edad y Sexo:

De todos los casos notificados de SIDA desde el año 1983-2005 el 80% pertenece al sexo masculino y el 20% al sexo femenino. Al inicio de la Epidemia, los grupos etáreos más afectados fueron los mayores de 30 años, sin embargo, en la última década se observó que la mediana de los casos de SIDA fue de 31 años, eso significa que el 50% de todos los casos diagnosticados como SIDA han sido menores de 30 años, lo cual sugiere que la mediana probable de infección por VIH estaría alrededor de los 20 años. El grupo de los hombres y mujeres jóvenes entre 25 y 29 años constituye el 21.9% de todos los casos de SIDA notificados, es decir, que los jóvenes están infectándose con el VIH tempranamente antes de los 25 años. (Gráfico N° 3)

La relación hombre/mujer de los casos de SIDA en nuestro país continua disminuyendo paulatinamente, llegando a finales del 2005 a 2.7/1; es decir, que por cada tres hombres diagnosticados de SIDA, se diagnostica una mujer, sugiriendo que se está produciendo una “evolución” de la epidemia que esta avanzando progresivamente hacia la población heterosexual a través de los Hombres que tienen Sexo con otros Hombres, con comportamiento bisexual que están infectando a mujeres y ellas al salir embarazadas a sus hijos. (Gráfico N° 4)



3.3.4 Transmisión Sexual:

El 96% de los casos de SIDA notificados se han transmitido por la vía sexual. El 3% de los casos se produjo por transmisión de la madre a su hijo, mientras que el 1% de casos corresponde a transmisión por transfusiones sanguíneas. (Gráfico N°5).

3.3.5 Categoría de Exposición

La categoría de exposición en la transmisión sexual se basa en la referencia hecha por los mismos pacientes y que se encuentra en las fichas de notificación de casos. Del total de los casos de SIDA reportados según el sexo y la categoría de exposición en hombres correspondió en un 28% a contacto homosexual, 22% bisexual, el 47% heterosexuales, 2% por infección perinatal (transmisión madre-hijo) y 1% por contacto con sangre ó fluidos contaminados. (Ver Gráfico N°5).

Los casos de SIDA reportados según el sexo y la categoría de exposición en mujeres correspondió a un 28% a contacto heterosexual, 91% bisexual. 1% homosexual, 5% por infección perinatal (transmisión madre a hijo) y el 1% por contacto con sangre y fluidos contaminados.

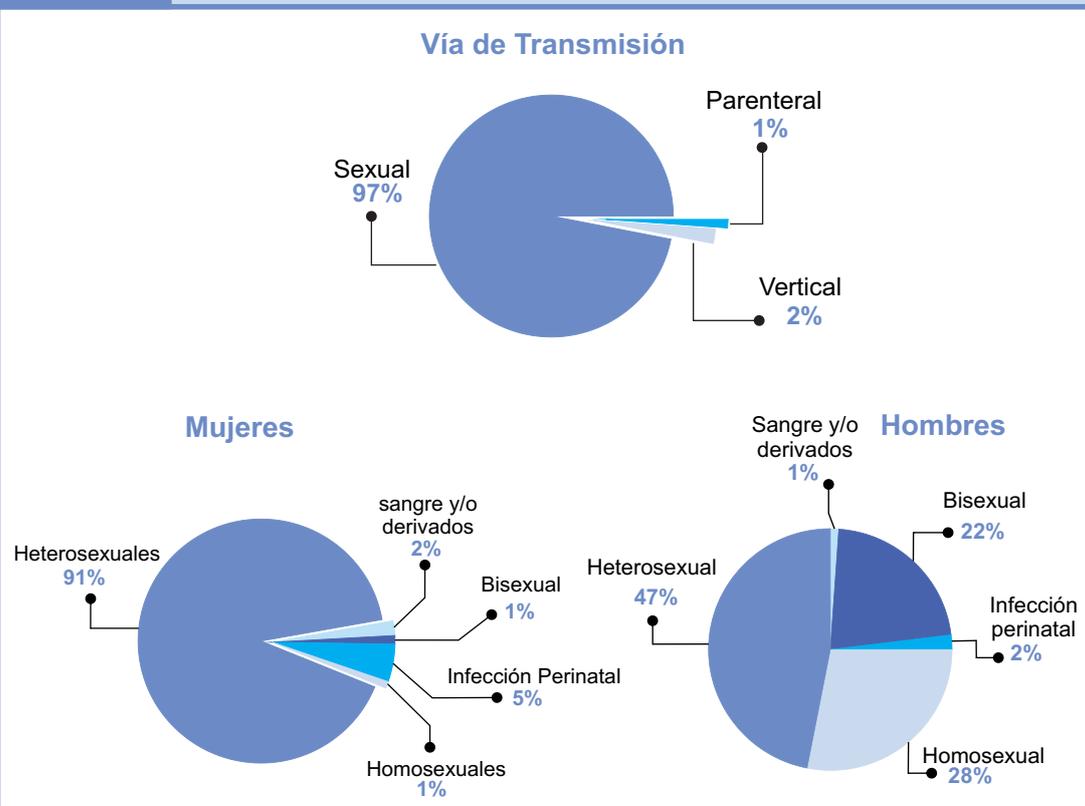
Es posible que muchos de los casos clasificados como categoría de exposición "Heterosexual", sean en realidad varones que se infectan por relaciones homosexuales y actualmente tienen una conducta heterosexual.

3.3.6 Evolución de la Curva Epidémica según la categoría de Exposición

La tendencia de la curva de casos de SIDA notificados según la categoría de exposición, se puede describir en cinco fases: 1) al inicio de la epidemia en el país durante los años 1983 y 1990 los casos de SIDA en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) se incrementaron vertiginosamente a diferencia de los casos de SIDA en hombres y mujeres heterosexuales cuya velocidad de diseminación fue más lenta; 2) más tarde entre 1991 y 1996 los casos de SIDA en varones heterosexuales y mujeres heterosexuales aumentaron rápidamente y se mantuvo ese crecimiento de casos de SIDA en HSH. 3) Posteriormente entre 1996 y el 2000, los casos de SIDA en HSH (Homosexuales y Bisexuales) disminuyeron dramáticamente a diferencia de los casos de SIDA en hombres y mujeres heterosexuales que se incrementó significativamente llegando a sobrepasar el número de casos de SIDA en HSH. 4) Durante los años 2001 y 2002 se observó una tendencia decreciente coincidente con la desactivación del Programa Nacional de Control de SIDA y ETS (PROCETSS). 5) Para el año 2003 se observó un incremento de casos de SIDA debido a una mejora en la capacidad diagnóstica de los servicios de salud y por el inicio del TARGA produciéndose una mejor recuperación de la información y se espera observar el efecto del inicio en el año 2004 del acceso universal al TARGA. . (Ver Gráfico N°6)

Gráfico N° 5

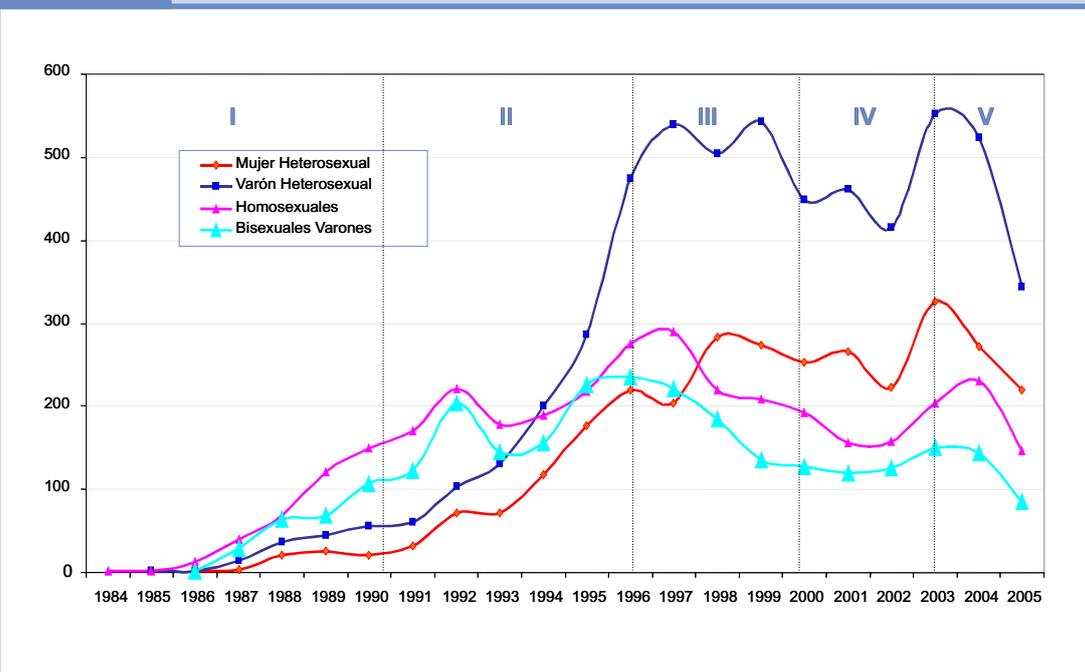
Casos de SIDA acumulados. Perú 1983-2005 según Vía de Transmisión y Categoría de Exposición por Género



Fuente: Dirección General de Epidemiología- GT ETS/VIH/SIDA

Gráfico N° 6

Casos de SIDA notificados. Perú 1983-2005 (Categoría de exposición: Evolución de la Transmisión en Heterosexuales y HSH)



Fuente: Dirección General de Epidemiología- GT ETS/VIH/SIDA

3.3.7 Transmisión Vertical:

El Ministerio de Salud a través de sus establecimientos de salud brinda acceso a la prueba de ELISA para VIH, a todas aquellas personas que voluntariamente acepten la realización de la misma según la Ley 26626; si son gestantes (según la modificatoria de la Ley 26626 en junio 2004) están obligadas a realizarse el tamizaje de VIH y para el caso de los niños se requiere la aceptación del padre o tutor. Los resultados son informados de manera confidencial a través de la Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención del VIH/SIDA del MINSA y posteriormente los casos de VIH/SIDA confirmados por IFI o Western Blot, son notificados en la Ficha de Notificación Individual de VIH/SIDA a las Oficinas de Epidemiología de las Direcciones de Salud de todo el país. Los casos por transmisión de madre a niño (transmisión vertical) probablemente sea mayor, al encontrarse aún coberturas de tamizaje de VIH menores del 50% en gestantes y un importante subregistro de casos de SIDA en niños. (Gráfico N° 7, Tablas N° 6 y 7)

Para el caso de los niños infectados por el VIH, la gran mayoría (90%) adquieren la infección por transmisión vertical (madre-niño); es decir, intraútero o perinatalmente (al momento del pasaje a través del canal del parto o a través de la lactancia materna). De acuerdo a la Guía Nacional de Manejo del Niño Infectado por el VIH, todo niño hijo de madre VIH positiva con ELISA positivo se le debe realizar el estudio de PCR (reacción en cadena de la polimerasa) para determinar estado de infección. Este estudio es costoso y sólo es ofrecido por el MINSA y el Instituto Nacional de Salud. Es justamente este problema para identificar tempranamente los casos de VIH/SIDA pediátrico lo que condiciona el subregistro de casos de VIH/SIDA que se tiene hasta el momento en la población infantil.

Desde el año 1988 se han reportado casos de SIDA de niños menores de 14 años, llegando hasta octubre del 2004 a reportarse 358 casos de SIDA. Desde esa fecha se notificaron los niños menores de 2 años como casos de transmisión vertical. Recién a partir del año 2001 al hacerse la Transferencia del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de ETS/VIH/SIDA del PROCETSS a la OGE se consideran como motivo de notificación de caso de VIH, la exposición perinatal y la infección perinatal en los niños menores de 18 meses según la nueva ficha de notificación individual de VIH/SIDA.

Los niños expuestos perinatalmente tienen una tendencia en ascenso debido al mayor número de mujeres tamizadas para VIH cada año. Este grupo debe ser objeto de estrecha vigilancia para identificar aquellos que pasarán a ser infectados perinatalmente (al comprobarse a los 18 meses la desaparición de los anticuerpos maternos transplacentarios y la persistencia de un ELISA reactivo o al realizarse un estudio de identificación del VIH en sangre antes de los 18 meses como PCR-DNA).

La prevalencia del VIH en gestantes encontrada en los estudios de vigilancia epidemiológica centinela realizado por la Dirección General de Epidemiología muestran valores que fluctúan entre el 0.2 y el 0.3% del total de gestantes evaluadas¹. Si sabemos que la probabilidad de transmisión de la infección por VIH perinatal sin ninguna intervención es alrededor de 30% podemos estimar que alrededor de 450 niños nacen infectados por el VIH cada año en nuestro país. De ellos el 30% fallecerán antes del primer año de vida por procesos infecciosos asociados a la inmunosupresión provocada por el virus. Los “sobrevivientes” fallecerán en su mayoría antes de los 5 años de vida de no recibir terapia antiretroviral.

En nuestro país lamentablemente no todos los niños sobrevivientes son diagnosticados de VIH/SIDA, si la infección por VIH no fue diagnosticada en la madre, es poco probable que a un niño asintomático se le realice una prueba de tamizaje para VIH cuando empieza a presentar síntomas pocas veces se sospecha el diagnóstico de SIDA por lo que existe aún un subregistro de notificación de casos de SIDA.

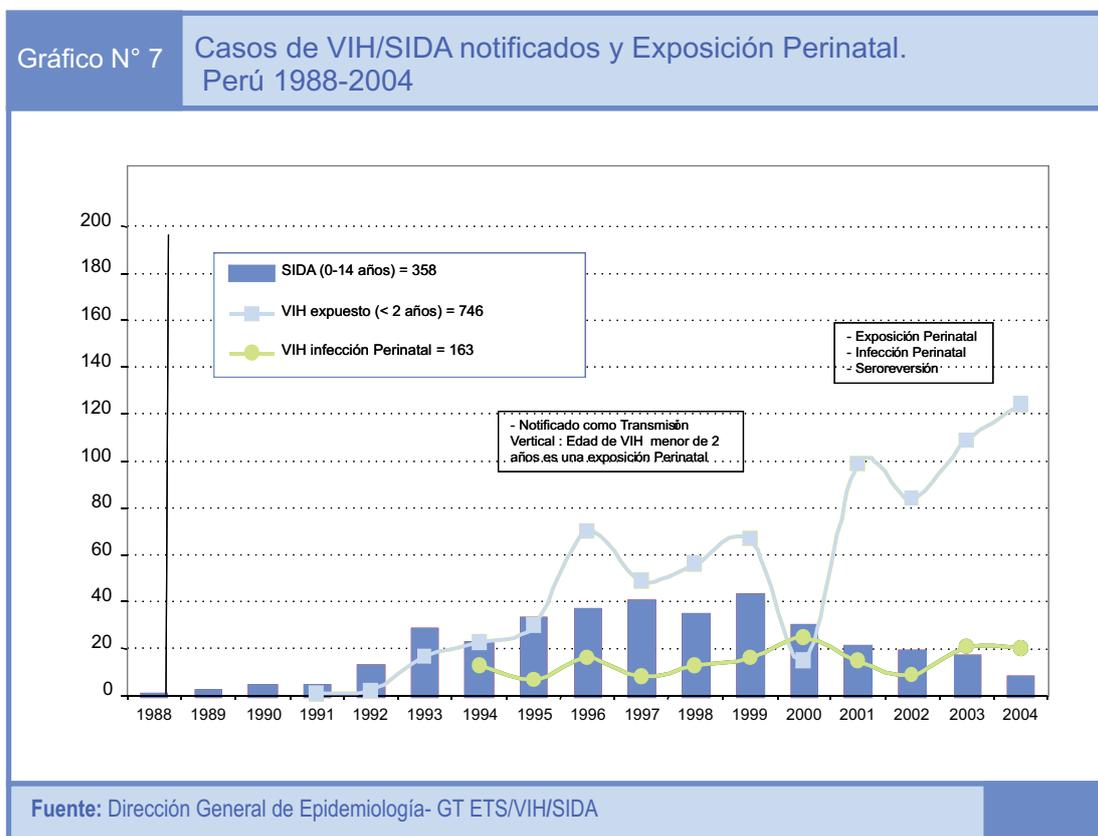


Tabla N° 6 Casos de SIDA y VIH en niños y adolescentes en Lima notificados a la Oficina General de Epidemiología. Periodo 1987- Diciembre 2005

Año	Menores 1 año				2 a 5 años				6 a 14 años				15 a 17 años				Total (menores 18 años)			
	SIDA		VIH		SIDA		VIH		SIDA		VIH		SIDA		VIH		SIDA		VIH	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
1986																	0	0	0	1
1987											1	1			1	1	0	1	1	2
1988	1									1	1			4	1	2	1	0	2	
1989	1				1					2	1				1	2	6	0	2	
1990	1	1	1	1	1					6	3			6	1	5	2	13	2	9
1991	2	1	1	3	1					1	3			3	1		3	5	1	7
1992	3	7	2	3	1									1	7	3	4	15	2	6
1993	7	9	12	7	4					1		2		1	6	1	13	15	13	14
1994	7	5	8	15	1	4	2	6		1	3	2	5	4	11	1	13	23	13	38
1995	5	15	10	18	5	1	2	4		4	2	2	3	4	8	3	18	26	17	36
1996	8	9	23	30	2	3	8	6		5	1		6	5	4	9	20	17	40	50
1997	4	6	21	15	3	4	1	8		1	4	1	4	2	3	10	10	17	34	34
1998	6	7	15	28		1	5	3		1		3	4	2	4	11	9	12	34	41
1999	5	7	28	19	4	8	1	4		1		2	2	3	1	7	13	16	38	34
2000	4	6	4	6	4	5	7	11		3	1	6	1	3	2	9	14	14	25	22
2001	2	5	2		1	1	16	22		6	2	14	4	2	2	8	11	10	26	32
2002	2		3	2		1	18	8		3		9	5	3		4	8	1	22	18
2003		3	8	3		2	16	14		3	1	8	4	1		15	4	6	38	33
2004		2	6	7		1	11	4		2	2	5	11	3	4	6	5	9	22	27
2005		4	6	8			3	7		2	2	6	5	2	1	4	4	7	6	22
TOTAL	58	87	150	165	27	32	90	98		34	28	59	65	36	67	89	155	214	334	430
	145		315		59		188			59		124		103		191	369		818	

Fuente: Dirección General de Epidemiología- GT ETS/VIH/SIDA

Tabla N° 7 Casos de SIDA y VIH en niños y adolescentes en provincias del país (excepto Lima) notificados a la Oficina General de Epidemiología. Periodo 1987- Diciembre 2005.

Año	Menores 1 año				2 a 5 años				6 a 14 años				15 a 17 años				Total (menores 18 años)			
	SIDA		VIH		SIDA		VIH		SIDA		VIH		SIDA		VIH		SIDA		VIH	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
1986																				
1987																				
1988																				
1989																				
1990					2												2			
1991																				
1992		1		1	1											2	1	1	0	3
1993	3	3		3							1			1	2	2	4	5	1	6
1994	4		2	1	1		1				2			1		3	5	1	5	4
1995	1	2		4		1	1							1	2	1	3	5	2	7
1996	3	5	6	11	4		2			1	2		1	2	5	8	10	12	16	19
1997	6	8	5	9	3	3		2		1	4	1		2	4	6	12	19	12	16
1998	3	9	4	10	7	2		2		2	1			1	2	6	11	15	11	14
1999	3	6	13	11		4	4	4		3	4	4			5	8	6	19	29	26
2000	2	3	5	1	1	4	4	1		3		2	2	3	9	4	6	10	20	8
2001	2	3	4	7	2	3	7	6		1	2	6	5	1	1	13	6	9	30	20
2002	2	1	3	3	6	2	4	5		1	4	1		1	2	19	9	6	30	17
2003	1	2		6	1		6	4		3	1		2	3	1	13	8	4	19	19
2004	1	1	8	4		3	6	4		2	1	1	6	1	2	5	4	7	20	21
2005	3	3	11	8	2	1	4	5		1	3	4	3	1	1	7	7	8	26	20
TOTAL	34	47	61	79	29	25	39	34		15	20	26	20	14	31	95	92	123	221	200
	81		140		54		73			35		46		45		162	215		421	

Fuente: Dirección General de Epidemiología- GT ETS/VIH/SIDA

3.3.8 Transmisión Sanguínea:

Como es conocido la infección por el VIH/SIDA se transmite también por transfusiones sanguíneas, en 1987 se registraron los primeros casos SIDA atribuidos a esta vía de infección y siempre fueron una pequeña fracción del número total de casos, el reporte de casos de infección adquiridos por sangre es cada año menor gracias al tamizaje obligatorio de las bolsas de sangre iniciado en 1989 y que en la actualidad se encuentra supervisado por un programa de control del Ministerio de Salud, el Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre (PRONAHEBAS) Riesgo de Transfusión Sanguínea en el Perú.

Del total de estos casos 226 (0.8%) han sido atribuidos a transmisión por vía sanguínea y hemoderivados (TVSHD). La mayor parte de estos casos de TVSHD ocurrieron en la primera década desde que se conoció la epidemia del VIH, se incluyen aquí los casos presentados en hemofílicos contagiados por factor 8 contaminado, que fue distribuido en varios países.

El implicar a una transfusión sanguínea como la fuente de infección por el VIH no siempre es muy claro, muchos casos de infectados por VIH niegan comportamiento sexual de riesgo y refieren a una transfusión recibida años atrás como la “probable fuente”, esto además podría sobreestimar los casos registrados atribuidos a la transfusión sanguínea .

A raíz de la infección de una madre a través de una transfusión sanguínea contaminada con VIH, el Congreso de la República promulgó la Ley 26454, que declaraba actividad de orden público e interés nacional , la donación, obtención, procesamiento, transfusión y distribución de la sangre; estableció los lineamientos generales para el funcionamiento de los bancos de sangre; y creó en el Ministerio de Salud, el Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre (PRONAHEBAS) como entidad encargada de regular y supervisar el funcionamiento de estos servicios.

En la medida que fue implementándose en el país el tamizaje para VIH pre-transfusional, el riesgo fue disminuyendo. Actualmente los epidemiólogos de la OGE y la Red Nacional de Epidemiología investigan cualquier caso reportado, atribuido a transfusión sanguínea como fuente de infección. En los últimos 2 años hasta fines de octubre del 2005 no se había confirmado ningún caso reportado por transfusión sanguínea.

En el Perú se realizan entre 150,000 y 200,000 pruebas de tamizaje para VIH a donantes por año, la positividad al VIH observada en el 2003 fue de 0.27%, es decir aproximadamente 3 de cada 1,000 donantes fue positivo al ELISA para VIH, considerando esta baja prevalencia el valor predictivo positivo (VPP), es decir la

tasa de confirmación con el Western Blot se encuentra entre 20 y 30% de los ELISAS positivos, lo que significa en la práctica que cada año aproximadamente 1 de cada mil donantes positivos al ELISA, es un verdadero infectado VIH.

La sensibilidad de las pruebas de ELISA de IV Generación se encuentra sobre el 99%, por lo tanto de cada 100 VIH positivos a los que se les hace la prueba no se detectara a 1, por lo tanto se requieren 100,000 tamizajes para que 1 donación de sangre infectada por el VIH no sea detectada.

La probabilidad de **Riesgo Residual**, es decir, que un donante sea falso negativo además de la sensibilidad y especificidad de las pruebas de tamizaje, dependerá de la prevalencia de VIH en los donantes. Antes de que se conociera el riesgo de transmisión del VIH por transfusión sanguínea, el perfil de los donantes era

Figura N° 6

Escenarios Hipotéticos de riesgo residual en el Perú según la prevalencia de VIH en diferentes poblaciones

Escenario Perú 2003 - Prevalencia 0.3% población general mayor de 15 años

ELISA	Positivo VIH	Negativo VIH	VPP / VPN	
Positivo	597.6	1,994	2591.6	23.0591
Negativo	2.4	197,406	197,408.4	99.9988
	600	199,400	200,000	
Sensibilidad / Especificidad	0.996	0.99	Riesgo Residual en 100,000 donantes	1.2

Escenario Perú 2003 - Prevalencia 3% población con ETS

ELISA	Positivo VIH	Negativo VIH	VPP / VPN	
Positivo	5940	3,880	9820	60.4888
Negativo	60	190,120	190,180	99.9885
	600	194,000	200,000	
Sensibilidad / Especificidad	0.99	0.98	Riesgo Residual en 100,000 donantes	30

Escenario Perú 2003 - Prevalencia 10% población HSH

ELISA	Positivo VIH	Negativo VIH	VPP / VPN	
Positivo	597.6	1,994	23,400	84,6154
Negativo	2.4	197,406	176,600	99.8867
	600	199,400	200,000	
Sensibilidad / Especificidad	0.996	0.99	Riesgo Residual en 100,000 donantes	100

Fuente: Dirección General de Epidemiología- GT ETS/VIH/SIDA

Hombres, entre 18 y 40 años, generalmente de nivel socioeconómico bajo y donde frecuentemente se encontraban reclutas militares, ex presidiarios, drogadictos o gente sin trabajo de vida marginal que vendía su sangre como un medio de subsistencia. Actualmente la gran mayoría de los donantes son altruistas familiares de los pacientes quienes requieren la transfusión, se consideran 4 pasos para reducir la probabilidad de riesgo de transmisión sanguínea del VIH:

1. Reducir las indicaciones de transfusión a lo estrictamente necesario (indicación correcta).
2. Seleccionar a un donante altruista y no un “vendedor profesional” de sangre.
3. Realizar una entrevista y encuesta al donante que permita identificar condiciones que incrementan el riesgo de estar infectado con el VIH. (múltiples parejas sexuales, antecedentes de ETS, tatuajes, piercing etc.)
4. Realizar pruebas de tamizaje con el mejor reactivo que se disponga (ELISA de IV Generación).

Todas estas medidas reducen significativamente el riesgo pero no lo eliminan totalmente. (Figura N° 6)

Si los donantes tienen antecedentes de ETS el riesgo se incrementa 10 veces, y el riesgo residual se eleva a 30 en 100,000 donantes. Si el donante es un HSH (Homosexual o Bisexual), el riesgo se eleva mas de 300 veces, y el riesgo residual se eleva a 100 por cada 100,000 donantes.

La prevalencia de VIH en población General mayor de 15 años en el Perú se encuentra entre 0,2% a 0,5% (García P. Estudio PREVEN UPCH 2003, Estudio Vigilancia Centinela Ministerio de Salud 2002, Jorge Alarcón 1995), es decir la probabilidad que tiene un peruano o peruana de encontrar una pareja sexual infectada se encuentra entre 2 a 5 en cada 1000.

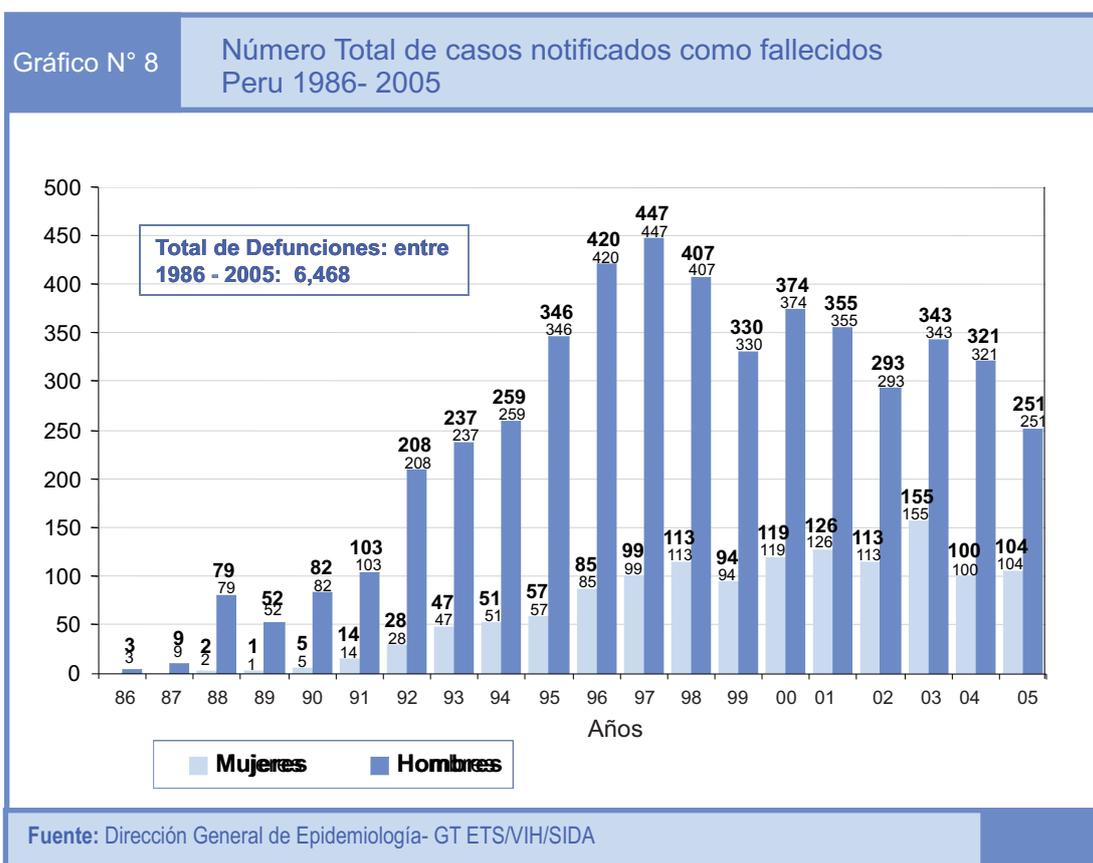
Esto quiere decir que es 200 a 500 veces más probable que alguien se pueda contagiar por relaciones sexuales que por sangre infectada que no fue detectada por encontrarse el donante en periodo de ventana. Si las relaciones sexuales son con una trabajadora sexual el riesgo es de 1 a 3 en 100 y si la relación es con un travestí en Lima puede llegar a ser de 4 en 10. (Vigilancia Centinela Ministerio de Salud 2002, Campos Pablo, *et al*/UPCH 1996, Sánchez Sixto *et al*/ 2003).

4.4. Análisis Epidemiológico de la Mortalidad por SIDA en el Perú.

Según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA de la DGE, el número de casos de SIDA notificados como fallecidos desde 1986-2005 fueron 6,468 personas. (Gráfico N° 8). El total de fallecidos durante el año 2005 fue de 356. La curva de casos de SIDA fallecidos muestra una gran similitud con la curva de casos reportados el 78% de hombres y el 22% de mujeres, lo cual podría deberse hasta antes del año 2004 el acceso a tratamiento Antiretroviral (TARGA) no estaba disponible de manera universal, lo cual significa que muchas de las personas diagnosticadas con SIDA morían prematuramente (según nuestros registros el 80% de casos de SIDA fallecían antes de los 2 años de diagnosticados). Asimismo, es posible que exista un equilibrio entre la incidencia de nuevos casos y las defunciones. Actualmente con el inicio de la era de los antiretrovirales es probable que se produzca una disminución de la mortalidad por SIDA, pero los casos de VIH seguirán incrementándose lo cual se traduce en un incremento de la prevalencia de casos en los próximos años.

Los Años de Vida Potencial Perdida (AVPP) ocasionados por el SIDA son un indicador de muerte prematura y nos dice cuantos años se deja de vivir por esta enfermedad.

En el Perú los AVPP por causa del SIDA llegaron a más de 181,325 años de vida potencialmente perdidos a finales del 2005.



4.4.1 Análisis de los Certificados de defunción.

Para determinar la magnitud de la mortalidad por causa del SIDA según el análisis de los certificados de defunción, se ha considerado las muertes por SIDA registradas y estimadas de los años 2000 y 2001.

En la Tabla N° 8 se observa que en el año 2003 fueron registradas en certificados de defunción en el Perú, 1,128 muertes y el año 2004, fueron 1,218 muertes; corrigiendo el sub-registro se estimaron 1907 y 1,968 muertes respectivamente. Asimismo se incluyen las Tasas Brutas de Mortalidad (TBM) correspondientes fueron de 7.0 y 7.1 por 100,000 habitantes respectivamente.

Tabla N° 8		Número Total de casos Certificados y Estimados como fallecidos por SIDA. Peru 1986- 2005						
Sistema de Defunciones								
AÑO	Certificado	Estimado	% Subregistro	% SIDA / Tot_Transm	% SIDA / Tot_defun	TBM x 100 mil hab	AVPP	RAVPP x 100 mil hab.
2004	1218	1968	38.1	5.6	1.2	7.1	66073.8	239.9
2003	1128	1907	40.8	5.5	1.1	7.0	67209.2	247.6
2002	1224	2068	40.8	6.0	1.2	7.7	73881.3	276.2
2001	1126	1916	41.2	5.3	1.1	7.3	66850.9	253.7
2000	1139	1724	33.9	5.1	1.1	6.6	60717.4	234.1

Fuente: Dirección General de Epidemiología- GT ETS/VIH/SIDA

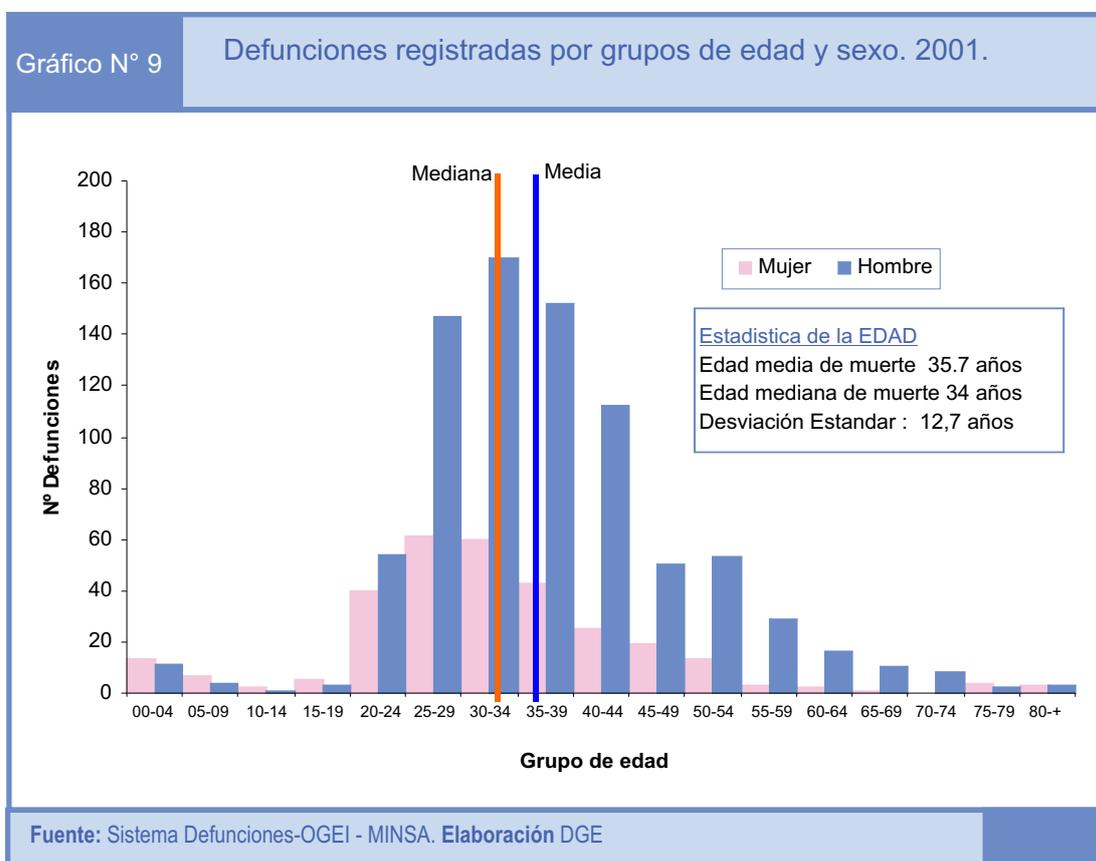
Hasta el año 2002 el acceso a TARGA era de forma muy limitada; por lo tanto, es probable que la epidemia de SIDA en el Perú ha seguido su "evolución natural" y las tasas de mortalidad presentadas podrían ser indicadoras de la incidencia de la epidemia 8 a 12 años atrás; es decir, que al inicio de los años 90, la incidencia presentada fue de 1,500 a 2,000 casos nuevos por año (Incidencia Acumulada anual de 7/100,000 habts).

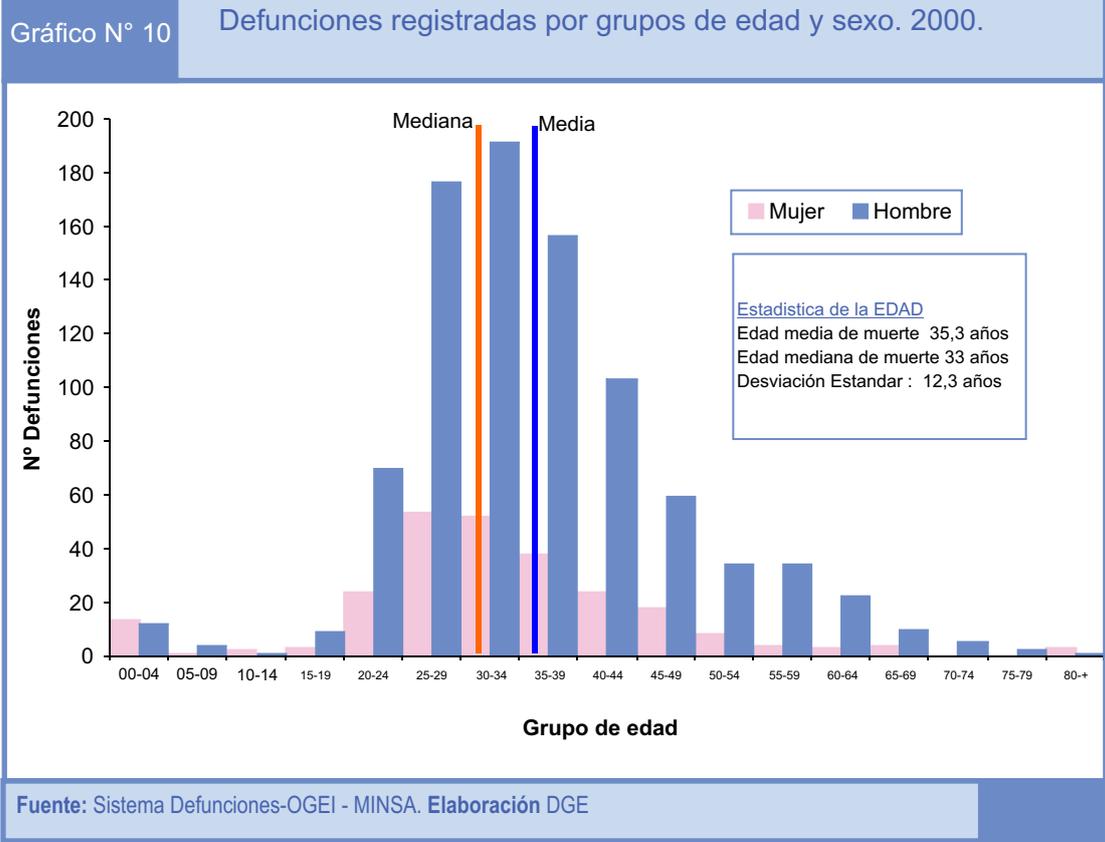
Para determinar el impacto en mortalidad prematura se calculó los Años de Vida Potencial Perdidos (AVPP) considerando una expectativa de vida al nacer de 70 años (7) y se encontró que la edad promedio de la muerte para los años de estudio fue de 35.3 y 35.7 respectivamente (Gráfico N° 9 y 10). Esto significa que en promedio se perdieron en el Perú entre 34.3 y 34.7 años de Vida Potencial por cada muerte por SIDA; multiplicados por el número de muertes corregidas para cada año obtenemos para el año 2000, la cifra de 59,113 AVPP, y para el año 2001 estimamos 66,485 AVPP. En resumen, se perdieron 125,618 años de vida en 2 años, que expresado poblacionalmente como Razón de AVPP (RAVPP), significan entre 220 a 250 AVPP por cada 100,000 habitantes.

Esta mortalidad prematura estaría reduciendo la expectativa de vida de la población peruana en especial de la población de adultos jóvenes en cifras aun no determinadas, similar a lo descrito en Estados Unidos²⁹.

La epidemia en el Perú esta teniendo el impacto más importante en términos de mortalidad en las edades comprendidas entre 25 y 45 años de ambos sexos, a semejanza de lo reportado en países europeos, se observó que la distribución de las muertes por sexo y edad es muy similar a la distribución la media de la edad de los casos de SIDA reportados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud³⁰, correspondiendo a la edad de mayor actividad sexual y a los 2 primeros años de vida que correspondería a los casos adquiridos por transmisión vertical de madre a hijo. La media de edad del fallecimiento por SIDA el año 2000 fue de 35.3 y 35.7 para el 2001 respectivamente las medianas se encontraban en 33 y 34 años y siendo la desviación estándar de 12.3 y 12.7 años.

Si consideramos el tiempo que transcurre desde que se produce la infección hasta la muerte, la infección inicial podría haber ocurrido en la mitad de los casos antes de los 25 años y la cuarta parte de los casos antes de los 18 años. El severo impacto de la epidemia del SIDA en jóvenes ha sido señalado en estudios realizados en Estados Unidos y Europa donde la epidemia ha afectado a población comparativamente mas joven que en el África^{31,32}.





En la Tabla N° 9 confrontamos la notificación de casos con las Tasas Brutas de Mortalidad (TBM) para cada departamento del Perú una vez corregido el subregistro, la variación de mínimas y máximas TBM observadas fue de 0.4 en Apurímac y el Cuzco en el 2001, a 26.8 en Tumbes el mismo año. Los departamentos con más altas tasas de mortalidad son: Callao, Ica, Lima, Loreto, Tumbes, Lambayeque, Piura y Tacna. Lima y Callao tienen el 61.3% del total de muertes registradas, mientras que el 86% proceden de los departamentos de la costa.

Tabla N° 9

Tasa Bruta de Mortalidad.
Perú 2000- 2002

Departamento	2000		2001	
	TBM	% Sub Registro	TBM	% Sub Registro
Amazonas	5.6	78.3	3.3	71.4
Ancash	4.2	64.4	3.4	81.1
Apurímac	0.7	66.7	0.4	50.0
Arequipa	2.8	46.7	4.9	43.4
Ayacucho	2.4	76.9	2.2	66.7
Cajamarca	1.0	71.4	0.9	69.2
Callao	14.4	2.7	11.2	12.6
Cusco	1.3	53.3	0.4	60.0
Huancavelica	3.3	78.6	1.8	75.0
Huánuco	2.4	52.6	3.7	50.0
Ica	5.9	28.2	12.4	32.1
Junín	2.6	40.6	4.8	47.5
La Libertad	3.5	35.3	2.9	37.2
Lambayeque	6.2	45.6	6.0	41.8
Lima	11.8	19.7	13.5	32.9
Loreto	14.1	76.6	14.8	80.3
Madre de Dios	8.5	50.0	4.1	50.0
Moquegua	2.0	33.3	5.2	50.0
Pasco	3.9	60.0	2.7	57.1
Piura	6.9	58.2	4.9	58.2
Puno	0.6	57.1	0.7	55.6
San Martín	3.1	69.6	5.1	68.4
Tacna	3.2	33.3	5.2	26.7
Tumbes	25.9	46.0	26.8	41.5
Ucayali	5.0	59.1	6.4	62.1
PERÚ	6.6	33.9	7.3	41.2

Fuente: Dirección General de Epidemiología- GT ETS/VIH/SIDA

4.4.2 Estratificación de Riesgo para SIDA en los departamentos del Perú basado en indicadores de Mortalidad Absoluta y Relativa

Una forma de priorización de los departamentos para intervención de VIH/SIDA es a través de, la estratificación de riesgo basada en la tasa de mortalidad por 100,000 habitantes, la mortalidad absoluta en cada región y la proporción de muertes debido al SIDA en relación al total de las muertes de cada departamento. Para cada indicador se realizó un ordenamiento y se otorgó un puntaje de 4,3,2 ó 1 según el cuartil que ocuparon, luego se sumo los puntajes obtenidos para los 3 indicadores y se ordenaron los departamentos por el puntaje final permitiendo estratificar en 3 escenarios de riesgo. En la Figura N° 7 se presenta los departamentos prioritarios basados en la estratificación; encontramos al Callao, Ica, Lima, Loreto, Tumbes,

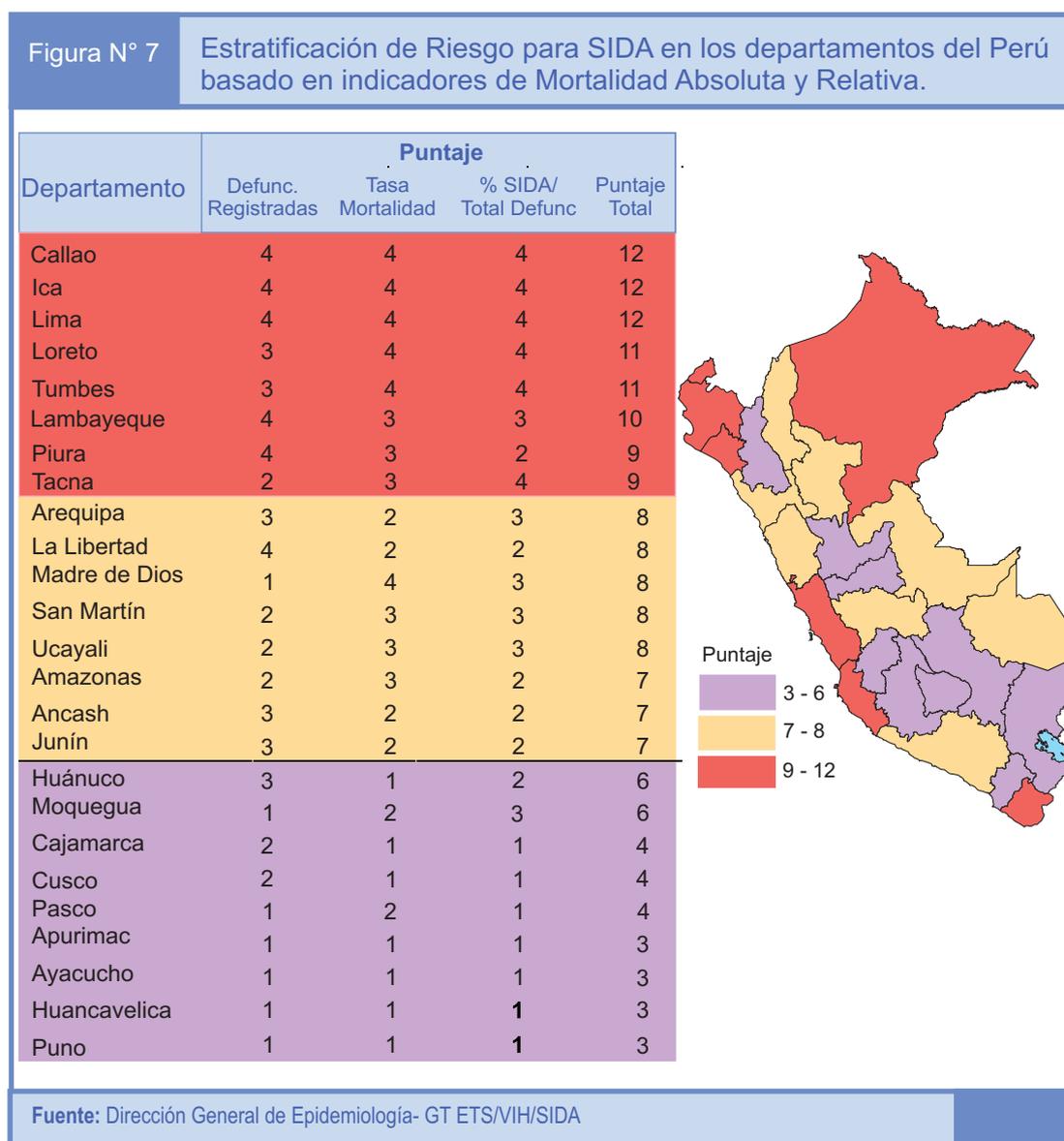
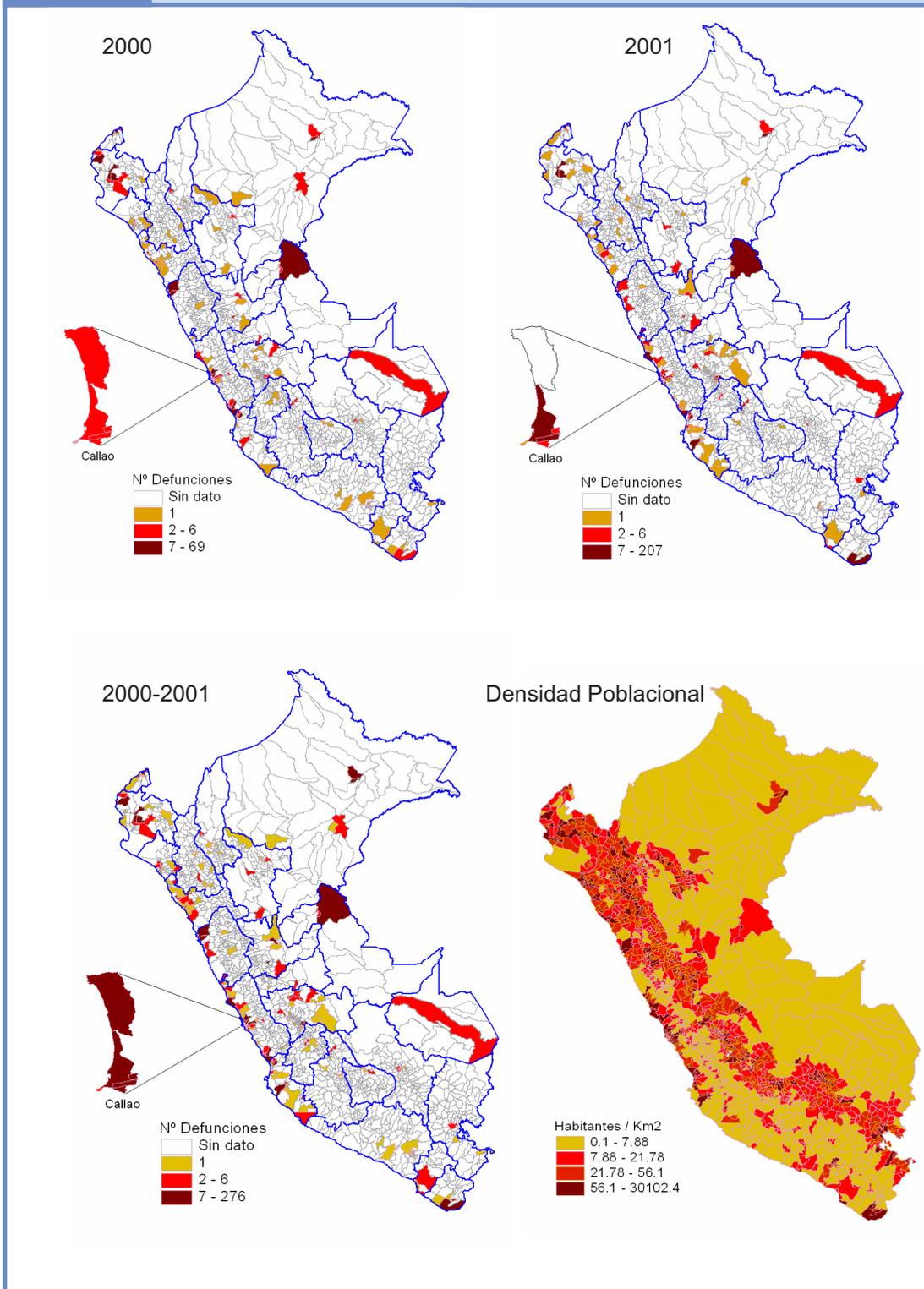


Figura N° 8

Muertes por SIDA en distritos del Perú en el 2000 y 2001 y Densidad Poblacional (INEI)



Fuente: Dirección General de Epidemiología- GT ETS/VIH/SIDA

Lambayeque, Piura y Tacna como los departamentos con más alto puntaje (Entre 9 y 12 de los 12 puntos posibles). Asimismo, se muestran los departamentos que presentan puntajes intermedios y los más bajos. En la Figura N° 8, se presentan los distritos de residencia de las muertes registradas. En la costa son las ciudades de Tumbes, Sullana, Piura, Chiclayo, Trujillo, Chimbote, Lima, Chincha Alta, Ica y Tacna quienes concentran la mayor parte de las muertes, en la región andina destacan la ciudad de Huancayo y Huamanga, mientras que en la Selva son las ciudades de Iquitos, Tarapoto, Madre de Dios, Huanuco, Oxapampa y Tocache. En resumen, las TBM pueden ser trazadoras de la incidencia de la epidemia y por lo tanto servir de indicador geográfico de priorización departamental para las acciones de prevención y control en VIH/SIDA.

4.4.3 Matriz Intercuartílica de la Razón Estandarizada de Mortalidad (REM) y la Razón de Años de Vida Potencialmente Perdidos (RAVPP)

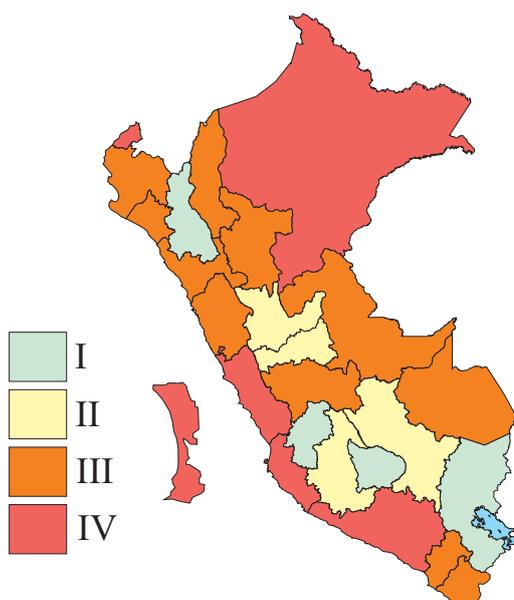
Otra forma de estratificación de riesgo fue realizado en base a la distribución cuartílica de los RAVPP y REM lo que permitió identificar los departamentos del Perú donde se encuentran asociados la muerte prematura y con las mayores tasas relativas de mortalidad. Las razones supuestas de una mayor mortalidad podrían deberse a un diagnóstico tardío de la enfermedad, un manejo inadecuado de las infecciones oportunistas y la difícil accesibilidad económica al tratamiento antiretroviral y otros tratamientos necesarios, por esta razón la unidad de análisis empleada fue el ámbito geográfico de las Direcciones de Salud, y No el departamento, tratando se darle una Priorización operativa. Este proceso nos permitió determinar los siguientes departamentos donde se deben priorizar intervenciones de mejoramiento de la capacidad diagnóstica para captación de pacientes para tratamiento antiretroviral: Callao, Lima, Ica, Loreto, Tumbes y Arequipa como los departamentos altamente prioritarios, en la tabla y figura 6 se observan las otras Direcciones de Salud con prioridad intermedia y baja. El Perú ha sido considerado por OMS en la Estratificación de Mortalidad, en el estrato D, el cual agrupa a los países con alta mortalidad en los niños y en los adultos³³.

Asimismo, al hacer el análisis de la distribución de los distritos donde se han presentado las muertes se encontró una asociación entre el tamaño de las ciudades y su densidad poblacional. En la Figura N° 9, se observa que las muertes ocurren en su gran mayoría en las ciudades capitales de departamentos y provincias donde se encuentran las mas grandes ciudades del país, los que cuentan con mejores vías de comunicación y mayor densidad poblacional, este último aspecto se puede apreciar comparando los distritos señalados con el mapa de densidad poblacional del Instituto Nacional de Estadística e Informática. La distribución de las muertes en regiones naturales muestra a las ciudades de la costa y de la selva como las de mayor riesgo, mientras que las de región habrían tenido un menor impacto en la

Figura N° 9

Mortalidad de VIH/SIDA por Matriz Intercuartílica de la Razón Estandarizada de Mortalidad (REM) y Razón Años de Vida Potencialmente Perdidos (RAVPP).

		Razón de Años de Vida Potencialmente Perdidos (RAVPP)			
		1 Cuartil (0 - 25)	2 Cuartil (25 - 50)	3 Cuartil (50 - 75)	4 Cuartil (75 - 100)
Razón Estandarizada de Mortalidad (REM)	1 Cuartil (0 - 25)	Puno	Chota	Cutervo	Cajamarca
	2 Cuartil (25 - 50)	Chanka	Ayacucho	Bagua	Jaen
	3 Cuartil (50 - 75)	Apurimac	Pasco	San Martín Madre de Dios Cuzco Lambayeque	La Libertad Moquegua Junín Tacna Piura I Piura II Chachapoyas
	4 Cuartil (75 - 100)	Huancavelica	Huánuco	Ancash Ucayali	Callao Lima Ciudad Lima Este Lima Norte Lima Sur Loreto Ica Tumbes Arequipa



Fuente: Dirección General de Epidemiología- GT ETS/VIH/SIDA

incidencia y la mortalidad, excepto la ciudad de Huancayo en Junín, que a diferencia de las demás ciudades de la sierra Huancayo presenta una fluída comunicación por vía terrestre con la ciudad de Lima.

La importancia de los datos encontrados en el presente análisis demuestra que los certificados de defunción constituyen una fuente consistente y confiable para análisis y toma de dediciones en Salud Pública, y desde el punto de vista operacional, al precisar grupos etéreos y áreas geográficas priorizadas para ser intervenidas y una línea basal de indicadores, que permitan evaluar el impacto del TARGA en un futuro cercano.

Toda esta información puede ser tomada como una línea basal de referencia, al haberse iniciado el acceso universal a la Terapia Anti Retroviral de Gran Actividad (TARGA) en el año 2004, esperamos que la sobrevida de los pacientes se prolongue y por lo tanto se reduzca la mortalidad.

4.5 Vigilancia Centinela. Vigilancia de II Generación.

4.5.1 Clasificación del Nivel Epidémico

Para comprender la dinámica de la epidemia del VIH, tenemos que describir en primer lugar algunas de las características de los diferentes grupos de población que por su comportamiento sexual van a facilitar la transmisión del VIH y por consiguiente son los más vulnerables.

En los 22 años que han transcurrido desde el inicio la epidemia del VIH en nuestro país, se han realizado diversos estudios de seroprevalencia del VIH y estudios de comportamiento sexual los cuales han permitido determinar que la dinámica de la transmisión del VIH esta dada por las redes sexuales, es decir, el intercambio de parejas sexuales entre los diferentes grupos de población. Así tenemos :

- **Grupo de Elevada Prevalencia de Enfermedades de Transmisión Sexual (GEPETS)**, que es un grupo de población que tiene un elevado recambio de parejas sexuales, donde se incluyen a los Hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), las Trabajadoras Sexuales (TS), la población privada de la libertad (PPL), los usuarios de drogas endovenosas.
- **Grupo de Población General**, que es un grupo de población que tiene un bajo recambio de parejas sexuales, esta conformado por los hombres y mujeres heterosexuales.
- **Grupo de Población Puente**, que es un grupo que tiene un elevado recambio de parejas sexuales y además se interrelaciona tanto con la población GEPETS como con la población puente, donde se incluyen a los clientes de TS, varones bisexuales, jóvenes que se inician sexualmente con un HSH y la Población privada de la libertad.

El Banco Mundial en 1997 propuso una clasificación del estado de la epidemia en los países de acuerdo con la seroprevalencia, es decir, no dependiendo del número de casos presentados sino del porcentaje de personas con exámenes serológicos positivos a VIH.

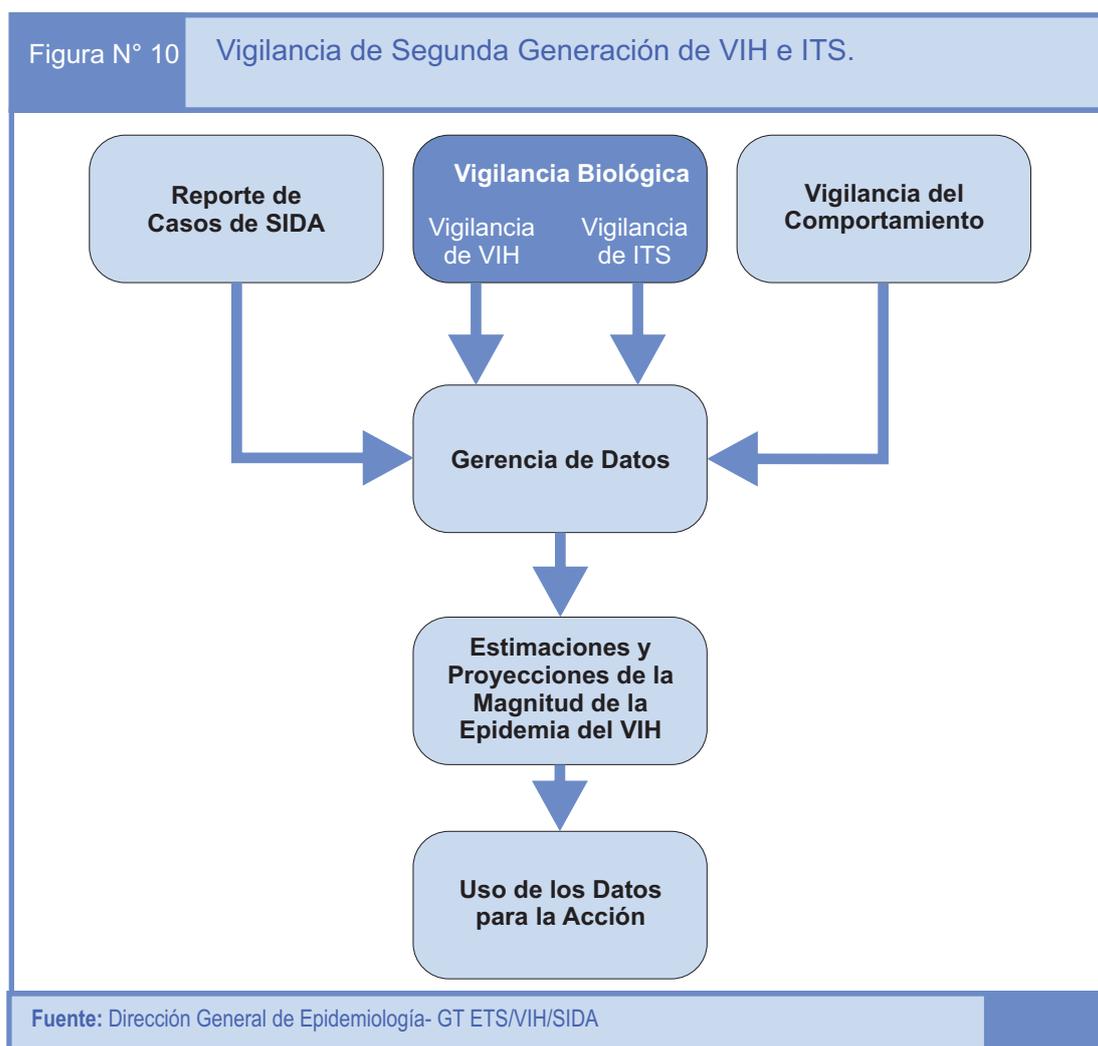
Esta clasificación propone tres estadios en la epidemia:

- **Epidemia incipiente:** Cuando la frecuencia de infección por VIH en grupos con comportamientos de alto riesgo es menor del 5%.
- **Epidemia concentrada:** Cuando la frecuencia de infección por VIH en grupos con comportamientos de alto riesgo es mayor del 5%, pero menos del 1 % de mujeres que se hacen el examen en su control prenatal son positivas.

- **Epidemia generalizada:** Cuando la frecuencia de infección por VIH en mujeres que se hacen el examen en su control prenatal es mayor del 1%.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas para la lucha contra el SIDA (ONUSIDA) han propuesto la implementación de la “Vigilancia Epidemiológica de Segunda Generación del VIH” la que considera tres componentes:

- 1° Vigilancia Biológica: con el objetivo de medir la prevalencia de la infección por VIH y ETS.
- 2° Vigilancia de Comportamientos; con el objetivo de realizar el seguimiento de las tendencias de las conductas de riesgo que contribuyen a la infección.
- 3° Vigilancia de otras fuentes de información; que consiste en aprovechar al máximo la información disponible de otras fuentes, como las notificaciones de casos y muertes por SIDA. (Figura N° 10)



La metodología utilizada es la vigilancia centinela, que son estudios transversales que nos permiten determinar la prevalencia de VIH y ETS, de esa forma realizar monitorear la tendencia de la epidemia del VIH, realizar estimaciones y proyecciones con el propósito de contribuir a la planificación y diseño de las estrategias de intervención basadas en evidencias epidemiológicas.

4.5.2 Vigilancia de la Prevalencia de VIH en población de Baja Prevalencia

La Vigilancia Biológica de VIH realizada en las gestantes menores de 25 años que acuden a su primer control prenatal, son una población más accesible para lograr un corte transversal de la población de mujeres sanas y sexualmente activas (convencionalmente representan a la población general). Para ello se eligen convencionalmente los establecimientos de salud que serán denominados puestos centinela y en los cuales se realiza la vigilancia. Asimismo, se realiza la Vigilancia Centinela en Grupos Vulnerables como los Hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), trabajadoras sexuales (TS) y población privada de la libertad (PPL).

Para conocer la prevalencia actual de la infección por VIH en el país, varios grupos de investigadores han realizado estudios transversales (Tabla N° 10), el PROCETSS ha realizado estudios de tamizaje poblacional (seroprevalencia) desde 1996. En 1992 J. Sánchez encontró en población general que acudió por certificado de salud en Lima 0.2% (n=490), Mc Carthy *et al* * en postulantes a visa entre 1987 y 1992 encuentra 0.3% (n=21,562). El estudio de Alarcón (1997), cuya muestra fue tomada entre 1996 y 1997 y comprendió 12,436 gestantes atendidas en forma consecutiva en el Instituto Materno Perinatal, en Lima, encontró 0.5 % de seropositividad. El PROCETSS ha realizado vigilancia centinela en gestantes de 15 a 24 años desde 1996 habiendo encontrado para el primer año de estudio 0.3% (n=3,500), en 1997 0.6% (n=3,450) y en 1998 0.2% (n=3,990). Siendo menor en provincias que en Lima.

Tabla N° 10

Prevalencia de Infección de VIH en poblaciones de bajo riesgo

Autor	Población	Año	Prevalencia
J. Sánchez	Población General	1992	0.2%
Mc. Carthy	Población General	1987-1992	0.3%
J. Alarcón	Gestantes	1996-1997	0.5%
PROCETSS	Gestantes (Lima)	1996	0.3%
PROCETSS	Gestantes (Lima)	1997	0.6%
PROCETSS	Gestantes (Lima)	1998	0.2%
PROCETSS-OGE-INS	Gestantes (Lima)	1999	0.3%
MINSA	Gestantes de 15 a 24 años	2000	0.26%
MINSA	Gestantes de 15 a 24 años	2002	0.21%
UPCH - PREVEN	Población General	2002	0.22%

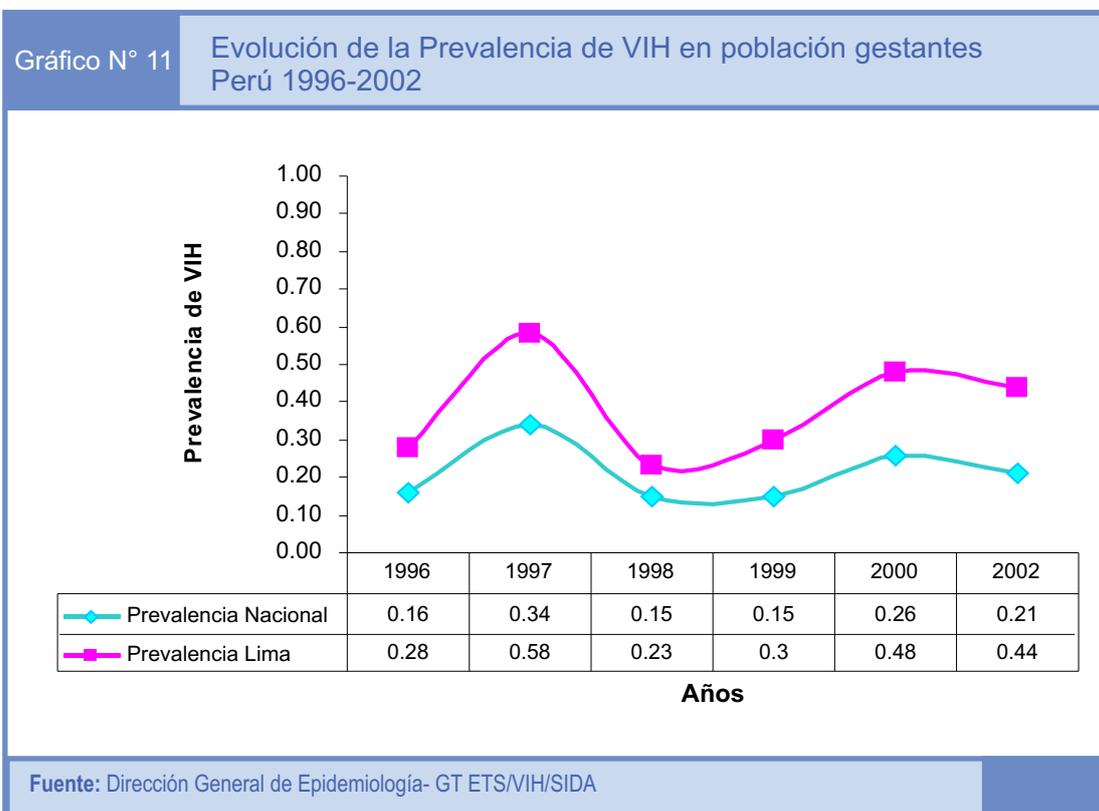
Fuente: Dirección General de Epidemiología- GT ETS/VIH/SIDA

La primera vigilancia centinela de VIH en población de baja prevalencia que acudían a establecimientos de control prenatal se realizó en el año 1996 y desde esa fecha se ha realizado anualmente, hasta el año 2002. A partir del año 2001 se transfiere el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de ETS/VIH/SIDA del PROCETSS a la Oficina General de Epidemiología.

La prevalencia nacional de VIH en puérperas y gestantes se ha mantenido en estos últimos 6 años en alrededor del 0.3% y la prevalencia del VIH en Lima continua siendo mayor que el promedio nacional con discretas variaciones, las cuales probablemente ocurren porque no son muestras de base poblacional, sino estimaciones muestrales que tratan de aproximarse al valor real de la prevalencia en la población total. (Gráfico N° 11)

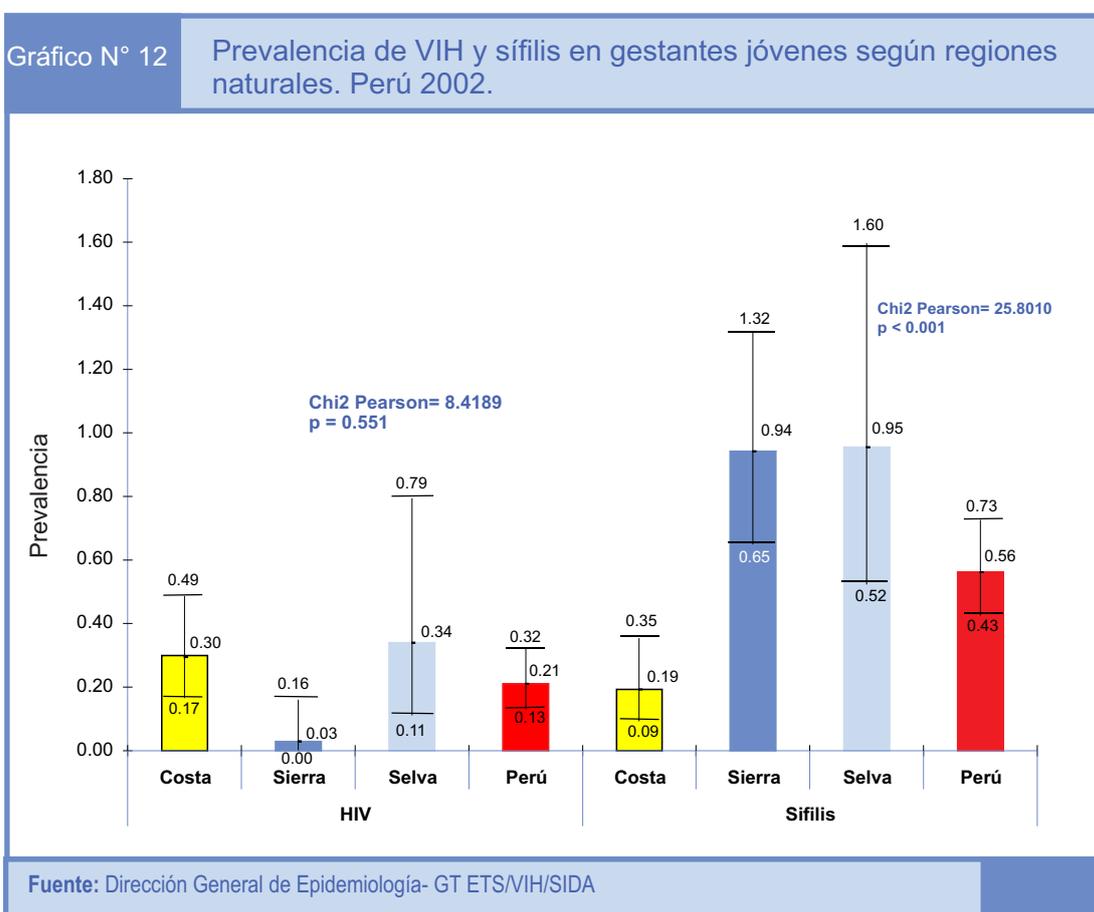
Los estudios de Vigilancia Biológica de los años 1996 hasta el 2000, son comparables porque se han realizado en puérperas en los hospitales. En cambio, el estudio vigilancia centinela de VIH en gestantes del 2002, además de los hospitales se ha incluyeron algunos centros de Salud. Esto posiblemente ha ocasionado la caída de la prevalencia en comparación a la vigilancia anterior.

En el año 2002 se estudiaron 10,212 gestantes, de las cuales a 10,022 se les realizó prueba de ELISA para VIH y a 10,155 se les realizó RPR para sífilis. La prevalencia del VIH encontrada fue de 0.21% (IC95%: 0.13%-0.32%) y la de sífilis



fue 0.56% (IC95%: 0.43%-0.73%). La prevalencia de VIH fue similar en la costa y selva pero 10 veces mayor que en la sierra ($p = 0.015$), mientras que la prevalencia de sífilis en la sierra y selva fue comparable entre sí, aunque casi cinco veces mayor que en la costa ($p < 0.001$) (Gráfico N° 12).

A partir de esta información podemos decir que la epidemia en el Perú es "concentrada" según la clasificación del Banco Mundial; sin embargo, esta información traduce el promedio nacional del país lo cual significa que todavía persisten diferencias en las tres regiones naturales (costa, sierra y selva) y probablemente en las ciudades más densamente pobladas de la costa y de la selva la epidemia del VIH este caracterizando el patrón de diseminación de la enfermedad.

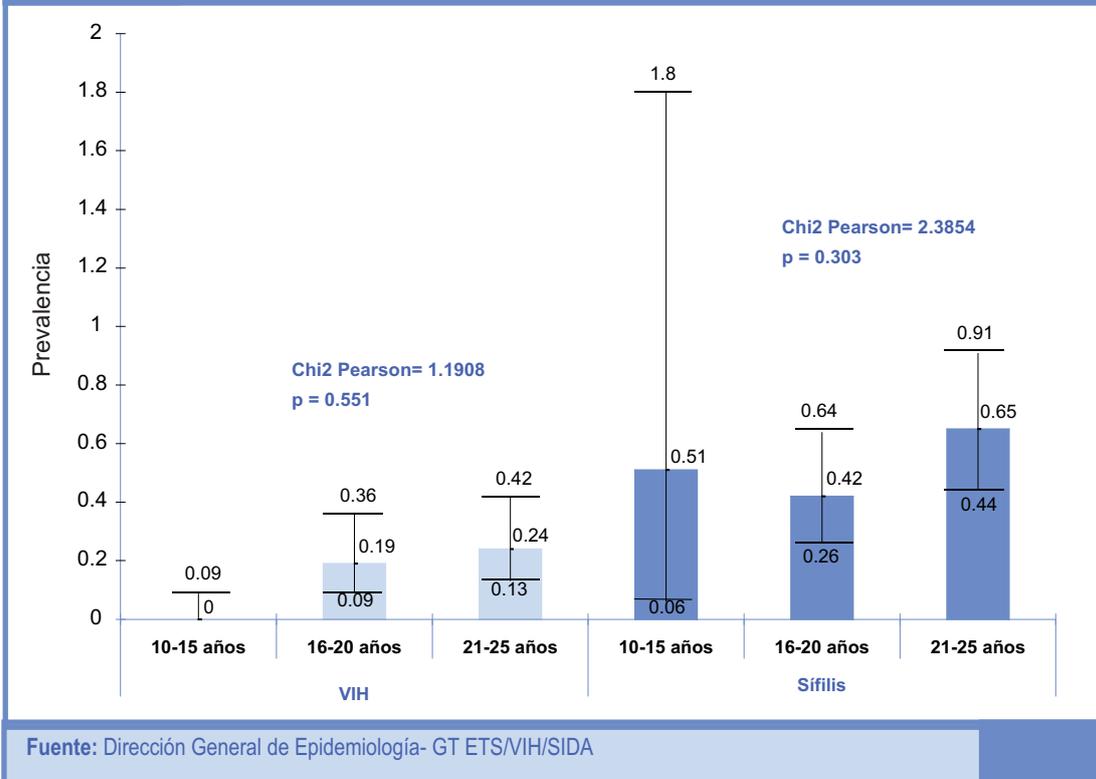


Prevalencia del VIH y Sífilis según grupos de edad

La prevalencia del VIH fue comparable entre los grupos etáreos de 15 a 20 y de 21 a 25 años, aunque la prevalencia fue cero en el grupo de 10 a 15 años ($p = 0.551$). En lo que respecta a la sífilis no se encontró diferencias significativas entre los grupos etáreos (0.303) (Ver gráfico N° 2).

Gráfico N° 13

Prevalencia de VIH y sífilis en gestantes jóvenes según grupos etáreos. Perú 2002.



Fuente: Dirección General de Epidemiología- GT ETS/VIH/SIDA

Prevalencia del VIH y Sífilis según zonas de mayor riesgo y nivel de atención

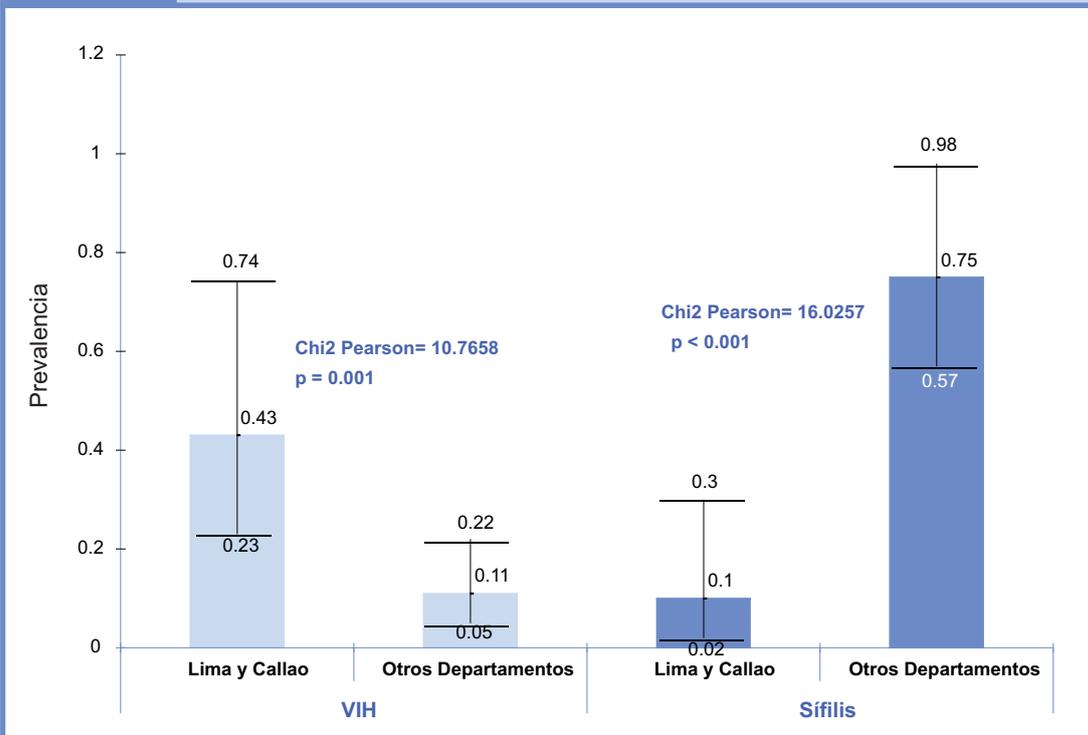
La prevalencia de VIH en Lima fue mayor al resto del país ($p = 0.001$), en sífilis este patrón fue completamente opuesto ($p < 0.001$) (Ver gráfico N° 14).

Las prevalencias de VIH y sífilis en gestantes atendidas en establecimientos de salud de mayor complejidad fueron ligeramente más altas, pero esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0.599$) (Ver gráfico N° 15).

La estimación de la prevalencia del VIH en la población general en el Perú, se basa en estudios de Vigilancia Centinela realizados en puérperas menores de 25 años (desde 1996 hasta el 2000), que acuden a su primer control prenatal de acuerdo a lo establecido por ONUSIDA en la vigilancia de segunda generación³⁴. Estas vigilancias fueron restringidas a Hospitales Nacionales de 25 departamentos del País, lo que no permitía generalizar los resultados a todo el nivel nacional.

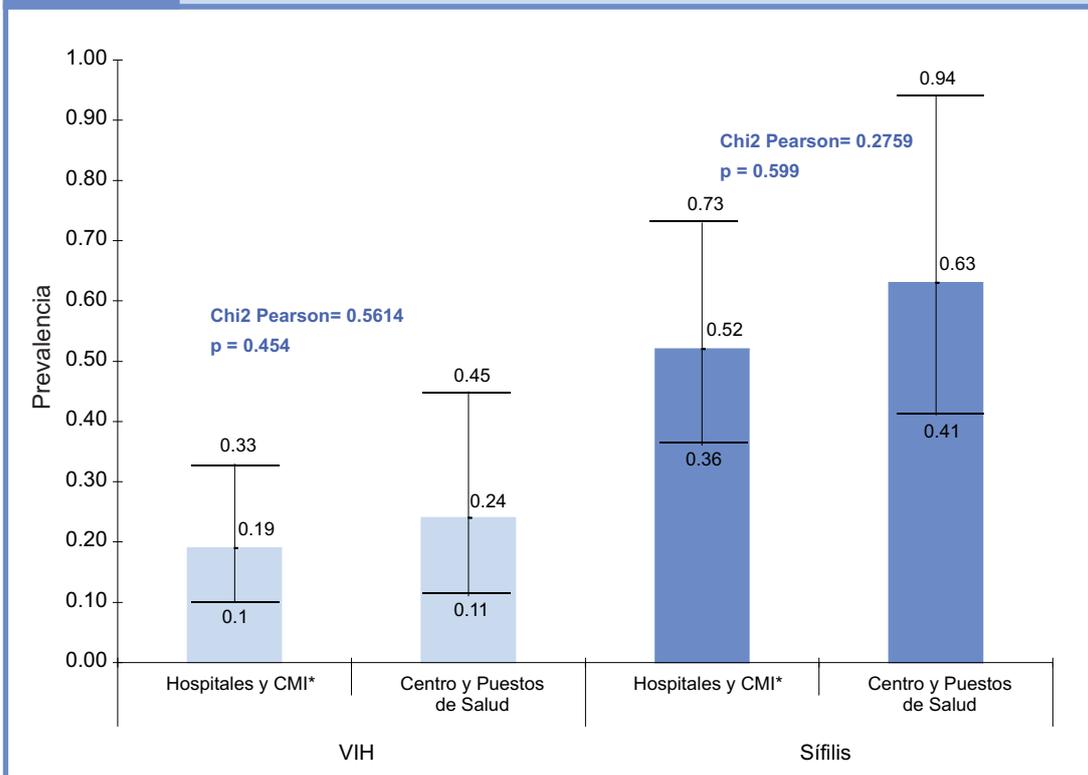
Durante el año 2002, hubo cambios metodológicos importantes a raíz del Seguro Integral de Salud, que promovió la descentralización del control prenatal a los establecimientos de primer nivel de atención, lo cual significó que se incluyeron además de hospitales a los centros y puestos de salud con mayor cobertura de atención prenatal de cada departamento

Gráfico N° 14 Prevalencia de VIH y sífilis en gestantes jóvenes según Lima y Resto del País.



Fuente: Dirección General de Epidemiología- GT ETS/VIH/SIDA

Gráfico N° 15 Prevalencia de VIH y sífilis en gestantes jóvenes según nivel de atención. Perú 2002.



Fuente: Dirección General de Epidemiología- GT ETS/VIH/SIDA *CMI: Centro Materno Infantil

Entre las limitaciones que presentó la Vigilancia Centinela en gestantes del año 2002 fueron la representatividad y el sesgo de participación. Para disminuir este efecto se seleccionaron establecimientos centinelas con coberturas de atención prenatal por encima del 90%, y la tasa de rechazo fue mínima alrededor del 1%. Las únicas poblaciones no representadas fueron las gestantes atendidas en EsSalud, en los establecimientos de las fuerzas armadas y las clínicas privadas que sólo representan el 25% del total de gestantes. Otro grupo no representado son las mujeres que han tenido recientemente relaciones sexuales sin protección, aquellas que son vírgenes, las que se abstienen de las relaciones sexuales y las que usan condones u otros métodos anticonceptivos, constantemente.

En el año 2002, el grupo de investigadores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia realizaron el primer estudio de Vigilancia de VIH en Población General y la prevalencia de VIH encontrada fue de 0.22% (similar a la prevalencia encontrada en la Vigilancia Centinela de VIH en gestantes del año 2002); sin embargo, este estudio no incluyó Lima ni Callao, que en promedio representan el 70% de los casos notificados a la Dirección General de Epidemiología³⁰ y donde se concentra el 32% de la población nacional, por lo tanto la prevalencia podría ser mayor.

La prevalencia nacional de 0.21% (IC 95% : 0.13-0.32), es mayor que las de los años 1996, 1998 y 1999 (0.16%, 0.15%, 0.15% respectivamente) pero menor que la de los años 1997 y 2000 (0.34%, 0.26%). Estas diferencias podrían ser por el tipo de población investigada, por el incremento del número de establecimientos centinelas y por que se incluyeron establecimientos de zonas rurales y urbano marginales. Hasta el año 2002 la prevalencia de VIH se ha mantenido a nivel de la vigilancia del 2000 (Gráfico N° 11), aunque 0.04% menor; sin embargo, es más alta, en los años que precedieron a la vigilancia del 2000.

El Perú es un país con una gran diversidad cultural, lo que ocasiona variaciones en los comportamientos sexuales, que van desde los conservadores a los más liberales. En la costa y en la selva la prevalencia del VIH fueron mayores; probablemente por las características de estas regiones, por un lado las ciudades de la costa que cuentan con un buen sistema vial, interconectadas con Lima, que favorece, redes sexuales muy grandes; y las ciudades de la selva, con acceso restringido a la vía aérea, pero con un comercio sexual extendido a locales y extranjeros y con gran afluencia de estos últimos. En la Sierra las vías de acceso son más restringidas y las costumbres más conservadoras, sin embargo, los departamentos de la sierra, con vías de comunicación adecuadas, como Arequipa y Junín podrían contribuir con la prevalencia de VIH de la Sierra.

El diseño del estudio no permite extrapolar los resultados a nivel de provincias sólo hasta regiones naturales Costa, Sierra y Selva, sin embargo se observó que otros departamentos están incrementando sus casos de VIH.

Lima, constituye el departamento mas afectado por la epidemia del VIH, como lo demostraron las vigilancias anteriores en puérperas, donde la prevalencia del VIH duplicaba a la del nivel nacional.

Antes del 2002, las gestantes se controlaban en los hospitales de nivel III, pero a raíz de la implementación del Seguro Integral de Salud el control prenatal se descentralizo a los establecimientos de primer nivel (Puestos y Centros de Salud). Los hospitales y centros maternos infantiles se encuentran en las capitales de departamento o provincia, en cambio los centros y puestos de salud se encuentran en zonas rurales o urbano marginales, a excepción de algunos centros y puestos de salud de Lima, pero estos atienden a población de los distritos populosos.

La prevalencia en los centros y puestos de salud es mayor que en los hospitales y centros maternos infantiles. Esto probablemente sería por efecto de los centros de salud de Lima y Callao, ya que de 21 gestantes positivas a VIH, 13 corresponden a Lima y Callao.

La prevalencia nacional de sífilis observada en el año 2002, fue de 0.56%, que comparada con la encontrada por Cárcamo y col8 fue la casi la mitad de esta. La distribución de la sífilis por zona geográfica, tiene un patrón diferente a la del VIH, ya que las zonas mas afectadas son los departamentos de la Sierra y la Selva. Este hallazgo sugiere que no sea un buen trazador indirecto de la epidemia del VIH, ya que no se corresponde con la distribución de la prevalencia del VIH y además es más prevalente en otros departamentos diferentes a Lima y Callao. Asimismo, es mayor en los establecimientos de primer nivel, esto nos indica que la sífilis tiene un patrón eminentemente rural; y que esta extendido en casi todos los 24 departamentos del país, a diferencia del VIH.

Un hallazgo importante es que ningún caso de VIH estuvo infectado a la vez de sífilis. Esto se ha repetido en todas la vigilancias anteriores al 2002. La explicación podría atribuirse a los diferentes factores de exposición de cada grupo o al cuadro clínico de las gestantes infectadas con sífilis, pero esto amerita realizar más investigaciones para poder responder a esta interrogante.

Por otro lado, la extrapolación de la prevalencia de la sífilis a la población general es consistente con lo encontrado por Cárcamo C, et al8. en 24 ciudades del país (1.1%), aunque pareciera más alta que la encontrada en este estudio (0.56%. IC:0.43%-0.73%), esto se debe a que en su estudio no consideraron a Lima ni el Callao, donde la prevalencia de sífilis en Lima siempre ha sido menor que en las otras ciudades de la selva y sierra.

El VIH y la sífilis afectan tanto a las gestantes adolescentes (12 a 19 años) como a las jóvenes (20 a 25 años), pero las prevalencias mas altas, tanto de VIH como sífilis, se

observan en las mujeres jóvenes. Comparando los resultados con la vigilancia del 2000, se observa que en esta vigilancia la prevalencia del VIH, así como de la sífilis se han incrementado en los adolescentes y jóvenes. Pero este incremento es más evidente en los adolescentes principalmente en VIH. Esto nos indicaría que el VIH afecta cada vez más a los adolescentes. Lo que se debe tomar en cuenta para las intervenciones.

La epidemia del VIH/SIDA en Perú continúa en condición de epidemia concentrada y la prevalencia nacional sigue en niveles comparables a resultados de vigilancias previas. Esta vigilancia epidemiológica sugiere que la prevalencia puede estar incrementando en la región andina y en las zonas de influencia de los establecimientos de primer nivel, requiriendo re-orientar esfuerzos de investigación, control y prevención. La epidemiología de la sífilis muestra un patrón de riesgo marcadamente diferente al del VIH, siendo poco probable utilizarlo como un marcador indirecto de la epidemia del VIH, al menos en este grupo centinela.

4.5.3 Vigilancia de la Prevalencia del VIH en población de alta prevalencia.

En poblaciones de elevada prevalencia de ETS las prevalencias encontradas son mayores, J. Sánchez en 1992 y 1994 en trabajadoras sexuales encuentra 0,6% y 0,8% respectivamente, en 1998 el PROCETSS encontró en este mismo grupo 1,6% de prevalencia de infección por VIH. En el puerto de Pisco Patricia Garrido en 1993 encontró en 4.9 % en varones homosexuales, La frecuencia de infección por VIH entre trabajadoras sexuales está entre 1% y 2% en todo el país, una de las cifras más bajas en toda América Latina, aunque se han encontrado tasas mucho más altas en algunos distritos.^{17,18,19,20,21}

Nora Reyes en el Callao en 1992 encontró en drogadictos no endovenosos una prevalencia de 6%, Pablo Campos encontró en 1996 una prevalencia en HSH de 18.2% y el PROCETSS en 1998 también en HSH encontró 16%. En una Encuesta seroepidemiológica realizada por el Ministerio de Salud con apoyo del US NAMRID entre 1987 y 1989 en más de 89,000 donantes de sangre de diferentes hospitales del país se encontraron tasas que iban de 0.4% a 0.15%, estas tasas inusualmente altas para este grupo se atribuyeron a que entre los donantes examinados se encontraban los llamados donantes "Profesionales" que incluyen a personas con historia de relaciones sexuales riesgosas, drogadictos y personas que habían dejado recientemente el presidio.^{17,18,19,20,21}

En la Tabla N° 11, observamos los resultados de los estudios de prevalencia de VIH (vigilancia biológica) realizados por el MINSa y otros autores en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) a nivel nacional y en el departamento de Lima

desde el año 1985 hasta el 2002, donde se muestra la tendencia creciente a partir del año 2000 y que la prevalencia de VIH en la ciudad de Lima es siempre mayor que la prevalencia a nivel nacional.

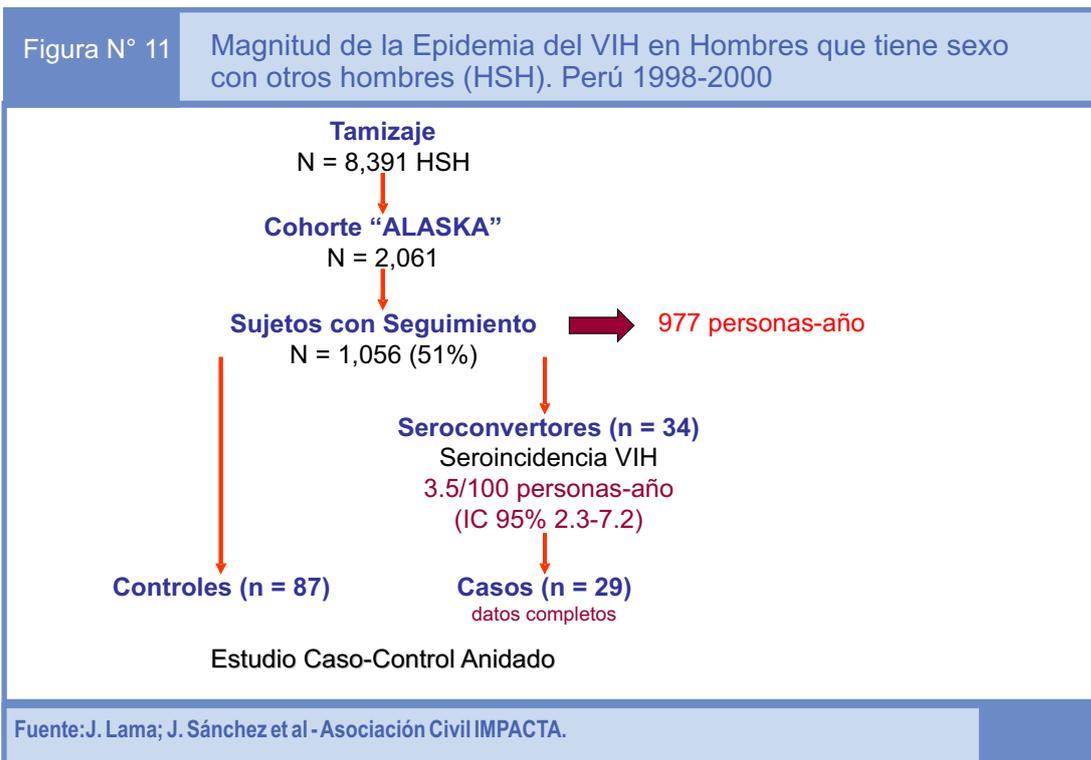
Tabla N° 11 Prevalencia de Infección de VIH en poblaciones de Alto Riesgo

Autor	Lugar	Población	Año	Prevalencia
Rojas, E. Gotuzzo	Lima/ IMTAVH	HSH	1985	11%
C. Cáceres, E. Gotuzzo	Lima	HSH	1988	6.5%
P. Garrido et al.	Pisco	HSH	1993	4.9%
S. Zurita et al.	Cuzco	HSH	1993	2.1%
C. Revatta et al.	Ica	HSH	1995	1.1%
P. Campos et al.	Lima	HSH	1996	18.2%
PROCETSS et al.	Perú	HSH	1998	16%
PROCETSS/NMRCD	Perú	HSH	2000	18%
IMPACTA	Lima	HSH	2002	22%
J. Sánchez et al.	Lima	Trabajadoras sexuales	1992	0.6%
S. Zurita et al.	Cuzco	Trabajadoras sexuales	1993	0%
J. Sánchez et al.	Lima	Trabajadoras sexuales	1994	0.8%
J. Moya et al.	Chimbote	Trabajadoras sexuales	1995	1.2%
C. Revatta et al.	Ica	Trabajadoras sexuales	1995	1.9%
PROCETSS	Perú	Trabajadoras sexuales	1998	1.6%
PROCETSS	Perú	Trabajadoras Sexuales	2000	0.7%
UPCH/MINSA*	Perú	Trabajadoras Sexuales	2002	0.49%
MINSA/NAMRID	Perú	Donantes de Sangre	1987-1989	0.4% - 0.15%
J. Vidal et al.	Lima	Drogadictos no EV	1992	2.04%
N. Reyes et al.	Callao	Drogadictos no EV	1992	6%
UPCH/MINSA*	Perú	Clientes de TS	2002	0.43%
UPCH/MINSA*	Perú	Parejas - Puente	2004	0.6%

Fuente: Dirección General de Epidemiología- GT ETS/VIH/SIDA *Dato Preliminar No incluye Lima

Durante los años 1998 y 2000 el Ministerio de Salud - PROCETSS realizó un estudio prospectivo longitudinal en población de Hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), identificada como la cohorte "ALASKA" con el objetivo de determinar la incidencia de VIH en esta población de alto riesgo, asimismo, determinar el correlato biológico y de comportamiento para adquisición reciente de VIH a través de un estudio caso – control anidado. Los criterios de inclusión para el ingreso a la cohorte fueron:

- Ser HSH mayor de 18 años VIH negativo, con alto riesgo.
- Tener una ETS en los últimos 6 meses ó ETS al tamizaje.
- Ser Trabajador sexual.



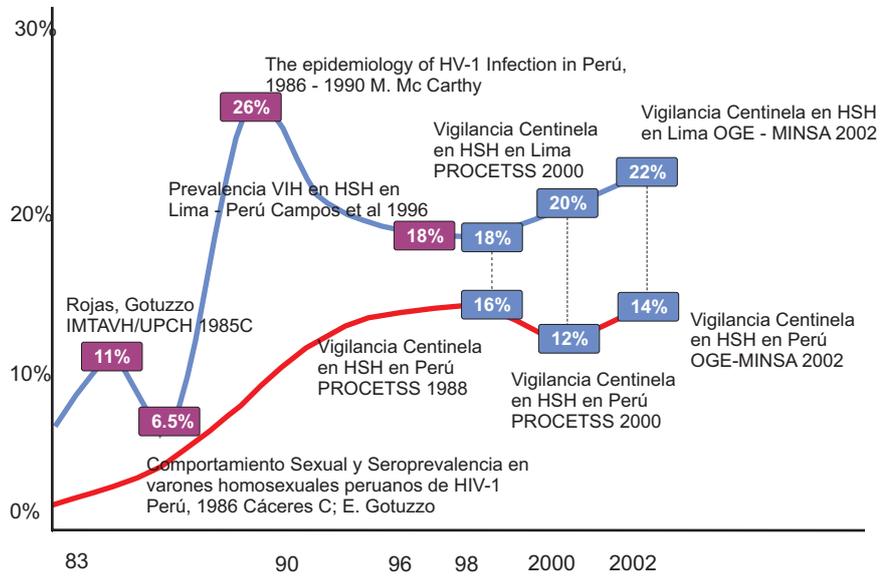
- Haber tenido la última relación sexual receptiva anal, sin uso de preservativo.
- Tener 5 parejas sexuales en últimos 6 meses.
- Tener pareja sexual con infección VIH.

Los resultados de la cohorte "Alaska" de 2,061 mostraron que la incidencia de VIH en HSH en Lima fue de 3.5 /100 personas- año (IC 95% 2.3 -7.2). Asimismo, a través de la encuesta de comportamiento se determinó que el uso de condón con parejas eventuales que tuvieron sexo anal receptivo fue de 29.9% y con parejas que tuvieron sexo anal insertivo fue de 33.6%. También se encontró que el 41.7% tuvo relaciones sexuales con una mujer alguna vez. (Figura N° 11)

En el gráfico N°16, observamos los resultados de los estudios de prevalencia de VIH (vigilancia biológica) realizados por el MINSA y otros autores en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) a nivel nacional y en el departamento de Lima desde el año 1985 hasta el 2002, donde se muestra la tendencia creciente a partir del año 2000 y que la prevalencia de VIH en la ciudad de Lima es siempre mayor que la prevalencia a nivel nacional.

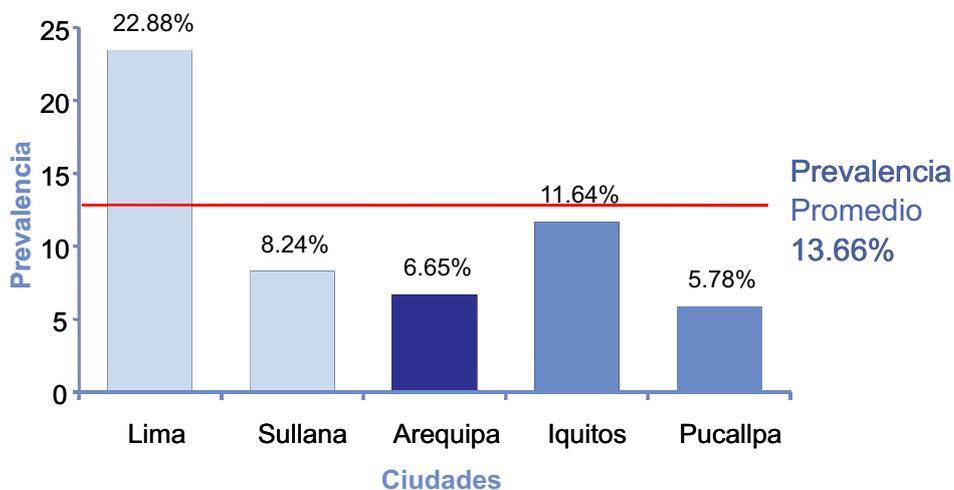
En el gráfico N°17, observamos los resultados de los estudios de vigilancia biológica de VIH realizados durante el año 2002 en algunas ciudades del país como Lima, Sullana, Arequipa, Iquitos y Pucallpa donde se observa que la ciudad de Lima tiene una prevalencia de VIH en población de Hombres que tienen sexo con otros hombres de 22.8%.

Gráfico N° 16 Magnitud Epidémica del VIH en HSH (Curvas Hipotéticas según Niveles de la Prevalencia).



Fuente: Vigilancia Centinela en HSH en Perú (Vig. II Generación) PROCETSS-MINSA 1986-1999 - OGE-INS-DGSP 2000-2002

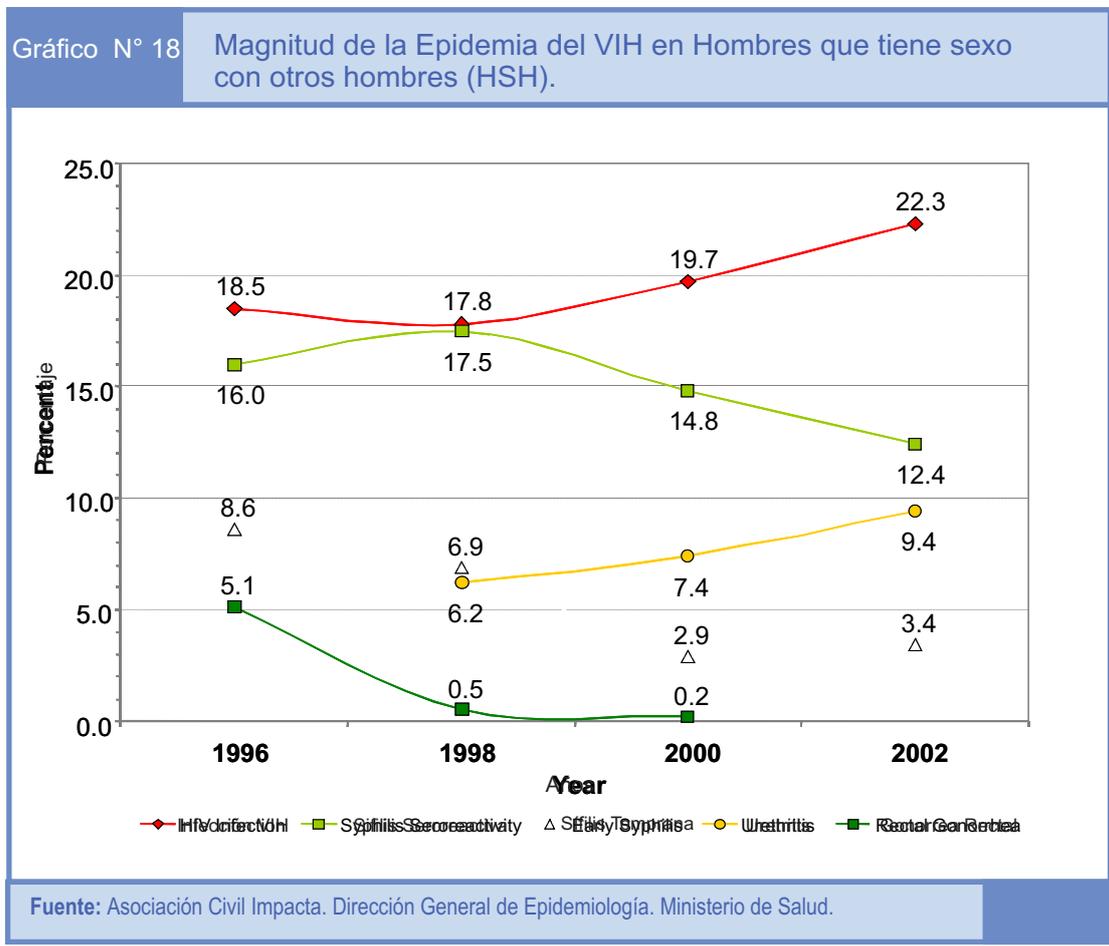
Gráfico N° 17 Magnitud de la Epidemia del VIH en Hombres que tiene sexo con otros hombres (HSH).



Fuente: Dirección General de Epidemiología- GT ETS/VIH/SIDA

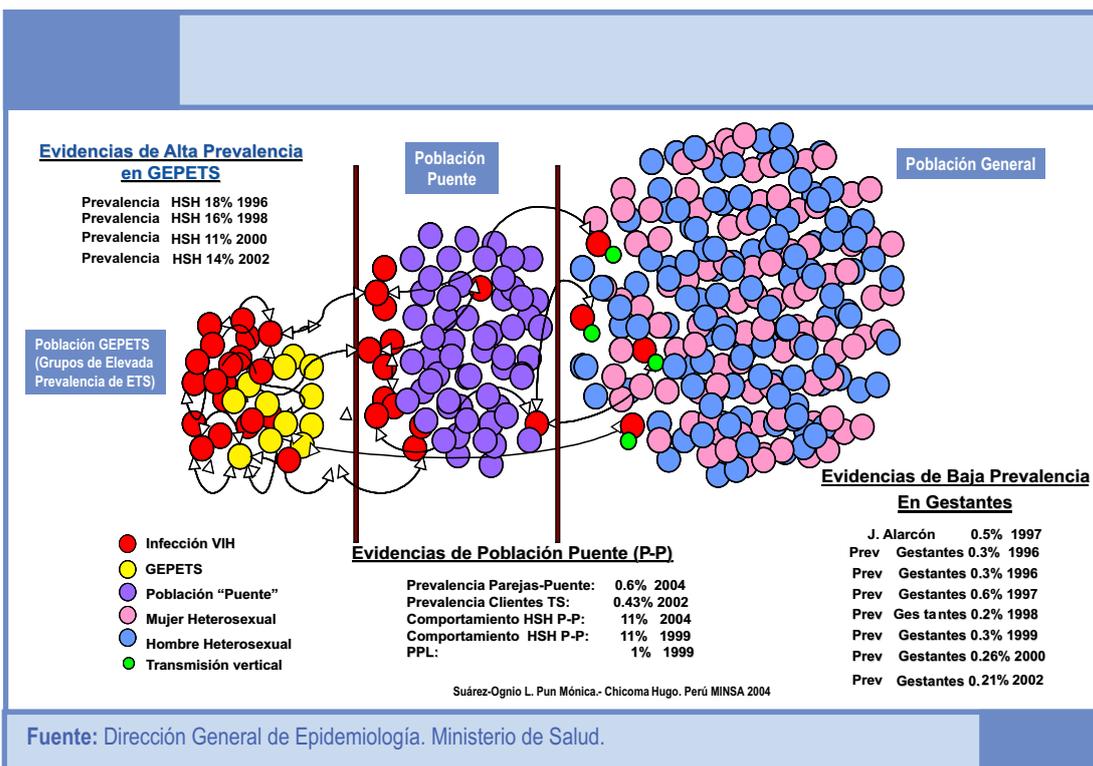
Durante los años 1996, 1998, 2000 y 2002 se han realizado los estudios de Vigilancia centinela en población de Hombres que tienen sexo con otros hombres en Lima y se ha observado una tendencia creciente de la prevalencia de VIH llegando al 2002 con 22.88%. Asimismo la prevalencia de Sífilis seroreactiva durante este periodo muestra una tendencia decreciente de 17.5%, 14.8% y 12.4% durante los años 1998, 2000 y 2002. Asimismo la prevalencia de uretritis muestra una tendencia creciente de 6.9%, 7.4% y 9.4% durante los años 1998, 2000 y 2002. La prevalencia de Sífilis Temprana fue de 2.9% en el año 2000 y de 3.4% en el 2002. (Gráfico N° 18)

Con el advenimiento de la Terapia Antiretroviral, la respuesta mundial frente al SIDA ha mejorado. A nivel mundial existen iniciativas bastantes alentadoras como el Fondo Global para la lucha contra el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis, la Estrategia Mundial 3 por 5 millones de tratamientos, la Declaración de Compromiso del UNGASS por mencionar algunas; las cuales deben de verse respaldadas dentro de los lineamientos de políticas de salud de los países en el marco de un Plan Estratégico Multisectorial con objetivos claros que permita sumar esfuerzos sin duplicar acciones, con recursos económicos que aseguren la sostenibilidad de una intervención a largo plazo.



Toda esta información revisada nos indica que la epidemia en el Perú es "concentrada" por tener una prevalencia en población general debajo del 1% (determinado a partir de los estudios en Gestantes) y prevalencia mayor del 5% en poblaciones de elevada prevalencia (determinado a partir de los estudios en HSH en el país) según la clasificación propuesta del Banco Mundial y ratificada por la OMS-ONUSIDA (ver 3.5.1). Asimismo, nos ha permitido plantear el modelo epidemiológico de la transmisión de la epidemia del VIH en el país, donde principalmente desde el grupo de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), se extiende a través de una población puente conformada por varones con comportamiento bisexual están llevando la epidemia del VIH hacia mujeres heterosexuales y ellas al salir embarazadas transmiten el VIH a sus hijos. (Fig. N° 12) Dentro del país existen diferencias en cuanto al riesgo de transmisión, siendo mucho mayor en los departamentos de la costa con elevada urbanización y con mayor comunicación con la ciudad de Lima y en algunas ciudades de la selva, siendo por otro lado mucho menor en los departamentos con población predominantemente rural y andina.

La Epidemia del VIH/SIDA en los últimos 20 años avanzó más rápido que nuestra capacidad como país de entenderla y de responder organizada y coordinadamente. Ahora que en estos últimos años empezamos a entenderla mejor, depende de nosotros que la epidemia no sea más rápida que nuestro egoísmo e indiferencia frente a ella.



4.5.4.- Estimaciones y Proyecciones de la Curva Epidémica. (Spectrum)

El Programa de Naciones Unidas para la lucha contra el SIDA (UNAIDS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde el año 2003 han venido brindando asesoría técnica a los países con el objetivo de que desarrollen modelamiento y estimaciones de la tendencia de la epidemia del VIH en sus países tratando de usar al máximo los datos nacionales obtenidos de los estudios de vigilancia centinela de VIH en población de alto riesgo y en las gestantes. La propuesta técnica permitía utilizar una hoja de M.S. Excel para el ingreso de datos y mediante el software Spectrum (ONUSIDA) realizar las estimaciones. (Tabla N° 12)

La Dirección General de Epidemiología realizó estas estimaciones utilizando los datos de la vigilancia del año 2002 según 4 escenarios epidemiológicos: Lima, Costa, Sierra y Selva. Al comparar nuestras estimaciones con las publicadas por UNAIDS en el año 2005, se observa que son bastante similares como se muestra en tabla N° 5; así mismo se presentan las estimaciones de la proyección de la curva epidémica según escenarios epidemiológicos mostrados en el gráfico N° 19.

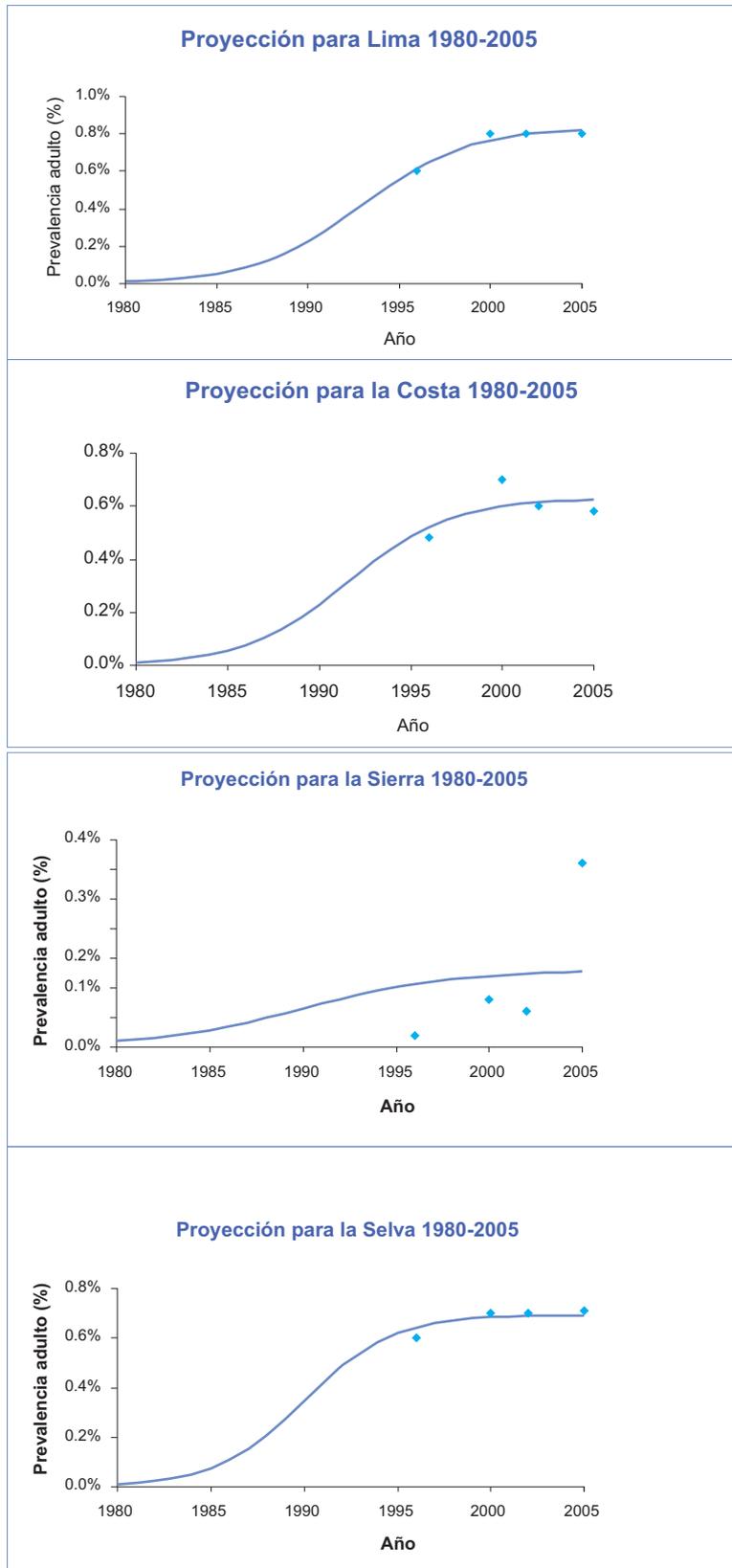
Tabla N° 12 Estimaciones y proyecciones de la curva epidémica (Spectrum)

Estimación Perú Número estimado de personas que viven con VIH			
UNAIDS	Adultos y Niños		Fuente
	Estimación	Intervalo	
Año 2003	84,000	52,000 - 120,000	Informe sobre Epidemia del VIH 2005 y 2003 - UNAIDS Julio 2006
Año 2005	93,000	56,000 - 150,000	Informe sobre Epidemia del VIH 2005 y 2003 - UNAIDS Julio 2006
Spectrum Junio 2005 - Taller de Guatemala (Datos de Vigilancia Centinela en Gestantes, HSH, TS y CTS 2002) estimación por 4 escenarios epidemiológicos año 2005.			GT ETS/VIH/SIDA - DGE
	Número de adultos de 15-49 años viviendo con VIH	Prevalencia estimada de VIH en adultos 15-49 años	Porcentaje de personas VIH que son mujer
Lima	43,464	0.83%	21.10%
Costa	21,476	0.58%	20.20%
Sierra	13,591	0.31%	20.30%
Selva	11,280	0.70%	19%
Total	89,811	0.70%	19%

Fuente: Dirección General de Epidemiología- GT ETS/VIH/SIDA

Gráfico N°19

Estimación de la prevalencia de VIH en adultos en Lima y Regiones Naturales (Spectrum).



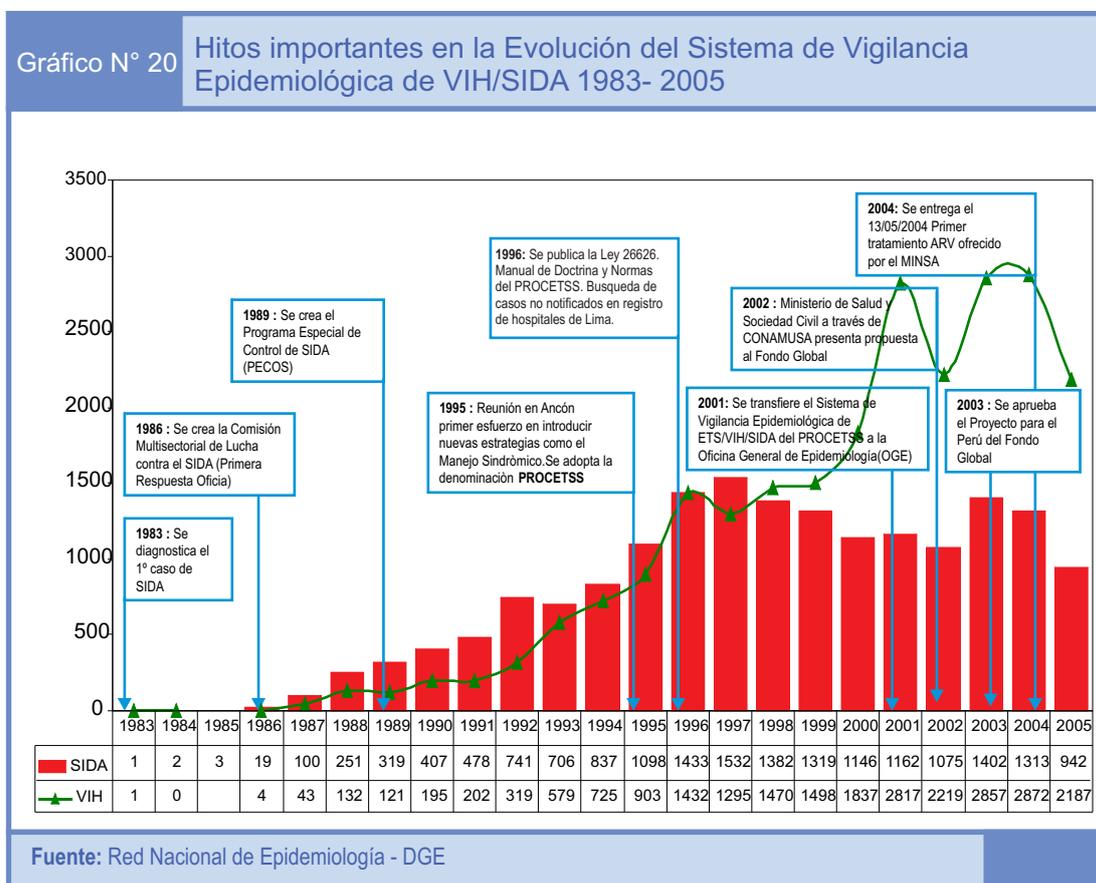
Fuente: Dirección General de Epidemiología- GT ETS/VIH/SIDA

4. ANÁLISIS DE LA RESPUESTA SOCIAL FRENTE A LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA EN EL PERÚ

4.1 Las Primeras Respuestas: La Comisión Nacional, El PECOS, Vía Libre.

4.2 El PROCETSS y la RED SIDA Perú.

En el Perú desde 1995 el PROCETSS reemplazo al Programa Especial de control de SIDA (PECOS), el cual fue el primer organismo designado para esta tarea. Mediante Resolución Ministerial 235-96-SA/DM, del 02 de abril de 1996, se oficializaron la Doctrina, Normas y Procedimientos para el Control del SIDA en el Perú, instrumento técnico normativo desarrollado por el Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETSS), del Ministerio de Salud, de aplicación obligatoria en todo el territorio nacional. (Gráfico N° 20) Asimismo, el entorno jurídico alrededor de este problema ha sido fortalecido con la promulgación por parte del Congreso de la República de la Ley 26626 sobre el Plan Nacional de Lucha contra el SIDA / CONTRASIDA, del 20 de junio de 1996; y su



Reglamento del 27 de junio de 1997 que establece las pautas de intervención que el país debe seguir y que el Ministerio de Salud conduce, las que corresponden a las siguientes estrategias:

- Fortalecimiento a nivel nacional del diagnóstico y tratamiento precoz de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).
- Comunicación para el cambio de comportamiento.
- Provisión de tratamientos anti-retrovirales gratuitos a gestantes infectadas con el VIH.
- Provisión de sangre segura y promoción de adecuadas prácticas de bioseguridad.
- Oferta de servicios de calidad para las personas afectadas por el VIH/SIDA y Promoción de los derechos humanos de las personas afectadas por el VIH/SIDA.

La misión del PROCETSS es liderar, fortalecer y evaluar la respuesta nacional para prevenir la transmisión de las ETS/VIH y reducir el impacto individual, social y económico de las ETS/VIH/SIDA. El PROCETSS se rige por los siguiente principios doctrinarios:

1. El reconocimiento de la prevención como propósito prioritario y objetivo fundamental en el control de las ETS /VIH/SIDA.
2. La priorización de escenarios de mayor riesgo y de las intervenciones con mayor impacto y mejor rendimiento costo-beneficio.
3. La reafirmación del control de la ETS como estrategia básica de prevención del VIH/SIDA.

Los objetivos planificados por el PROCETSS fueron:

1. Reducir la transmisión de las ETS/VIH. Reduciendo tanto la transmisión sexual sanguínea así como la transmisión vertical.
2. Reducir el impacto individual, social y económico de las ETS, en especial de la infección por el VIH y el SIDA. Promoviendo la atención de calidad para las personas afectadas por las ETS/VIH/SIDA, promoviendo el reconocimiento, respeto y ejercicio de los derechos humanos, civiles y laborales de los afectados, garantizando la no discriminación en los servicios de salud de las personas viviendo con VIH/SIDA y de los otros usuarios de los servicios de ETS/VIH.
3. Movilizar, unificar, canalizar y optimizar los esfuerzos en la lucha contra las ETS y el SIDA. Desarrollando la coordinación intrasectorial e intersectorial, identificando y fortaleciendo iniciativas locales, proporcionando asistencia técnica a los organismos públicos y no públicos involucrados en la lucha contra las ETS/VIH/SIDA, propiciando

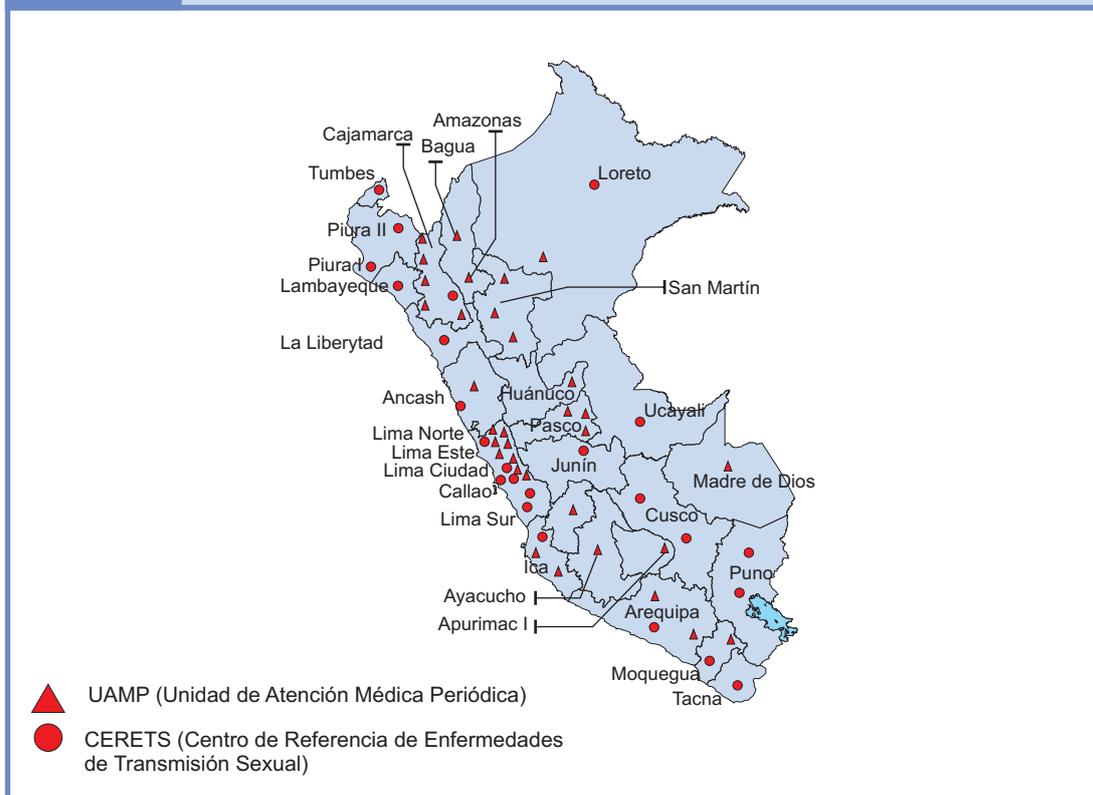
la participación de la comunidad organizada y coordinando la ayuda técnica y económica provenientes de todas las fuentes de cooperación extranjera.

Las poblaciones objetivo donde realizó sus acciones el PROCETSS fueron:

- Personas viviendo con VIH/SIDA. Segmento poblacional conformado por personas infectadas por el VIH.
- Grupos con elevada prevalencia de ETS/VIH o con conductas que los ponen en alto riesgo de adquirir y transmitir las ETS/VIH. Se incluye es este segmento poblacional a hombres y mujeres con múltiples parejas sexuales y/o contactos sexuales no protegidos.
- Población general. Incluye personas con bajo riesgo de adquirir o transmitir las ETS/VIH.

Entre 1996 y el 2000 se llevaron acciones de prevención y control dentro del denominado PLAN NACIONAL CONTRASIDA, el cual tiene como principales objetivos:

Figura N° 13 Mapa de ubicación de CERETS en el Perú.



Fuente: Ministerio de Salud.

1. La reducción de la transmisión sexual.
2. La reducción de la transmisión sanguínea.
3. La reducción de la transmisión vertical.
4. La reducción del impacto social y económico.
5. El fortalecimiento de la coordinación intra e intersectorial para el control de las ETS/VIH.

Durante los años 1996 al 2000 se han implementaron la mayoría de las estrategias del PLAN CONTRASIDA y se esta consolidando rápidamente, el Perú cuenta actualmente con equipos de trabajo especializados en las 34 DIRESAS, 35 Centros de Referencia de ETS (CERETS) y 34 Unidades de Atención Medica Periódica (UAMP), para la atención de los Grupos de Elevada Prevalencia (GEPETS). A partir de 1997 se esta implementando intervenciones preventiva a través de Promotores Educadores de Pares (PEPs) habiéndose iniciado con Trabajadoras y Trabajadores Sexuales (TS), luego con Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH), y actualmente dirigido a población joven a través del proyecto denominado "Gente Joven". (Figura N° 13)

Desde entonces se buscó los mecanismos por los que se pueda proveer a las personas viviendo con VIH el tratamiento anti-retroviral y en la medición de la carga viral, esencial para el adecuado manejo de estas personas. Sin embargo, cabe resaltar que el costo de estos tratamientos era de US \$1,000 por mes por paciente, lo que requeriría de un presupuesto de 120 millones de dólares americanos anuales para el tratamiento de 10,000 personas. Actualmente, el programa de atención de la persona que vive con VIH (Ministerio de Salud) proporciona medición del nivel de linfocitos CD4 y medicamentos para la prevención de infecciones oportunistas en forma gratuita desde 1996.

La defensa de los derechos de las personas que viven con VIH también ha sido una preocupación para el Ministerio de Salud, habiéndose incorporado en el reglamento de la Ley 26626 artículos que salvaguardan sus derechos laborales y sociales. En el país existe un Centro de Asesoría Legal y Derechos Humanos para las personas que viven con VIH que trabaja en coordinación con el PROCETSS.

Por otro lado el PROCETSS apoyó la formación y el fortalecimiento de Grupos de Ayuda Mutua -GAM- en diferentes ciudades de país. Estos grupos, conformados por personas que viven con VIH, dan soporte emocional a las personas recientemente diagnosticadas y a aquellas con diagnóstico antiguo pero que empiezan a experimentar un deterioro en su estado de salud.

Posteriormente en el año 2002 el Ministerio de Salud y la Sociedad Civil a través del CONAMUSA presentan una propuesta al Fondo Global de lucha contra la Malaria, la Tuberculosis y el SIDA. En el año 2003 se aprueba el Proyecto "Fortalecimiento de la respuesta para la prevención y control del VIH/SIDA en el

Perú” de alrededor de 23 millones de dólares. Finalmente, el 13 de mayo del año 2004 la Dra. Pilar Mazzetti, Ministra de Salud hace entrega del primer tratamiento antiretroviral (TARGA) a un representante de la personas viviendo con VIH en el Hospital Nacional “Cayetano Heredia”.

4.3 La Estrategia Nacional, CONAMUSA, IMPACTA y el Global Found.

A partir del año 2002 el Ministerio de Salud realiza una serie de cambios en su estructura organizacional y los programas nacionales fueron sustituidos por el nuevo Modelo de Atención Integral de Salud, debilitandose las intervenciones sanitarias específicas sobre enfermedades. Ese mismo año el Ministerio de Salud en colaboración con la Sociedad Civil conforman la Comisión Nacional Multisectorial de Salud (CONAMUSA), la cual esta presidida por el Ministro de Salud y cuyo propósito fundamental fue elaborar de manera conjunta un proyecto para financiar el Tratamiento antiretroviral para las personas viviendo con VIH y presentarlo al Fondo Mundial de ayuda para la lucha contra la Malaria, la Tuberculosis y el SIDA. En el año 2004 dada la necesidad que requiere el país de un programa de prevención y control de VIH/SIDA se crean las Estrategias Sanitarias Nacionales, una de ellas fue la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de ITS-VIH-SIDA, a la cual se le encargo el reto de brindar atención tratamiento con TARGA a las personas viviendo con VIH después de que se le adjudicara la donación de 23 millones de dólares de ayuda para la lucha contra la epidemia del SIDA.

5. CONCLUSIONES FINALES

1. Según la clasificación del nivel epidémico propuesto por OMS y ONUSIDA, el Perú se encuentra en el nivel de epidemia “concentrada” por tener una prevalencia en población general debajo del 1% (determinado a partir de los estudios en Gestantes) y prevalencia mayor del 5% en poblaciones de elevada prevalencia (determinado a partir de los estudios en HSH en el país).
2. El principal grupo poblacional afectado son los hombres que tienen sexo con otros hombres, parte de ellos con comportamiento bisexual están infectando a mujeres y ellas al salir embarazadas a sus hijos.
3. La mediana de la edad de todos los casos de SIDA desde 1983 al 2005 es de 31 años, lo cual significa que probablemente que la mitad de los casos se han infectado antes de los 25 años, considerando el tiempo que transcurre desde la infección al desarrollo del estadio SIDA
4. El 71.5% de todos los casos de SIDA notificados en 22 años de epidemia pertenecen al departamento de Lima y la Provincia Constitucional del Callao y el 29% al resto del país.
5. Los departamentos de la Costa y de la Selva son los más afectados. Entre las ciudades con mayor incidencia de casos de VIH/SIDA se encuentran: Lima, Callao, Ica, Loreto, La Libertad, Ancash, Piura, Arequipa, Junín y Lambayeque.
6. La principal forma de transmisión ha sido la vía sexual 96% del total de casos. Las relaciones sexuales no protegidas son la más importante forma de exposición en el Perú.
7. La probabilidad de que una persona este infectada con VIH en el Perú es:
 - Mujeres heterosexuales: 2 a 3 de cada 1000
 - Hombres Heterosexuales: 5 de cada 1000
 - Trabajadores sexuales mujeres: 1 a 3 de cada 100
 - Trabajadores sexuales hombres: 3 a 4 de cada 10
8. La vía perinatal esta en proceso de control habiéndose llegado al 2005 a una cobertura nacional alrededor del 50% de tamizaje de gestantes, la nueva legislación al respecto permitirá incrementar la cobertura de tamizaje y disminuir al máximo la probabilidad de infección de madre a hijo.

9. La transmisión por vía sanguínea se encuentra bajo control , alrededor del 1% del total de los casos peruanos ha sido por esta vía.
- 10 La Vigilancia Epidemiológica desde la I Generación y fundamentalmente la II Generación ha proporcionado información esencial para el diseño y evaluación de las acciones del Programa Nacional de Prevención y Control de ETS/VIH/SIDA.El nuevo contexto globalizado y la implementación del TARGA en el país, exige la adecuación de la Vigilancia Epidemiológica a las nuevas necesidades dentro del contexto de la Vigilancia en Salud Pública como parte de la propuesta de realizar una Vigilancia de III Generación que incluya continuar y fortalecer los vínculos de trabajo conjunto con otros grupos de investigación en el país.
- 11.Es necesario descentralizar la capacidad regional (interna) para el fortalecimiento de la Vigilancia en Salud Pública de la epidemia del VIH/SIDA en el interior del país.

Es probable que el número de fallecidos y su representación en los gráficos no permitan ver el dolor y sufrimiento de miles de familias en nuestro país que han tenido algún familiar que enfermó y murió de SIDA; sin embargo, esperamos que la información presentada sea útil a los decisores políticos en especial a los nuevos gobiernos regionales para que asuman con responsabilidad de la lucha contra la epidemia del VIH-SIDA, siendo un punto importante e ineludible de los planes de salud de los gobiernos regionales, del Ministerio de Salud y de todo programa de prevención en salud pública que desarrolle cualquier gobierno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ONUSIDA/OMS. "Situación de la Epidemia de SIDA". Diciembre de 2005 (Documento disponible en Internet <http://www.unaids.org>)
2. ONUSIDA/OMS. "Informe Mundial sobre al Epidemia de SIDA" Julio 2006 (Documento disponible en Internet <http://www.unaids.org>)
3. Center for Diseases Control (CDC). Pneumocystis Pneumonia- Los Angeles. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR). June 5, 1981, 30;250-2.
4. Center for Diseases Control (CDC). Kaposi´s Sarcoma and Pneumocystis carinii Pneumonia among homosexual men. New York city California. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR). June 5, 1981, 30;305.
5. Patrucco R. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en el Perú (SIDA), estudios inmunológicos. Diagnóstico 1985; 6: 122-124
6. Peralta T. Pichilingue O. Ruiz W et al. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida: Reporte de un caso. Rev. Gastroenterol. Perú. Ago-Oct 1985, 5(3):139-49.
7. Patrucco R. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida en el Perú (SIDA) Estudios inmunológicos. Diagnóstico Nov 1985, 16(5): 122-35.
8. Frisancho O, et al. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Predominancia de las manifestaciones digestivas en su perfil clínico de presentación en Lima. Rev. Gastroenterol. Perú. 1987, 7:23-49.
9. Patrucco R. Alteraciones inmunológicas en homosexuales asintomáticos y oligoasintomáticos seropositivos para anticuerpos Anti HTLV-III/LAV (ELISA). Diagnóstico 1987, 19(1):5-12.
10. Patrucco R. Situación actual de la epidemia en el Perú. Rev. Perú. Epidemiol. Mar 1987, 2(1):5-22.
11. Paucar J, Solano R, Uzquiano C. Banco de sangre y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA): a propósito de un caso. Rev, serv. Fuerzas polic. Jul-dic 1988. 49(2):168-179.

12. Rojas G, Gotuzzo E, Yi A, et al. Acquired immunodeficiency in Perú. *Annals Intern Med* 1986;105:465
13. Farfan G, Vidal J, Phillips I, Ilerena S. Serologic markers of viral hepatitis B in drug addicted patients at Hermilio Valdizan Hospital. *Rev. Gastroenterol. Perú.* 1989, 9(2):95-
14. PROCETSS/MINSA. Boletín estadístico el PROCETSS Diciembre 1999
15. Ministerio de Salud República del Perú. DOCTRINA, NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE LAS ETS Y EL SIDA EN EL PERU. Lima 1996
16. Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud. MANUAL PARA EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES. Pub. Científica N° 564. Decimosexta edición . 1997.
17. Jorge Sánchez, Guido Mazzotti, Luis Cuellar, Pablo Campos, Eduardo Gotuzzo. SIDA Epidemiología, Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Infección VIH/SIDA.
18. Vidal J, Valdéz H, Adachi R. Prevalencia de Prácticas de Riesgo y seropositividad para VIH en un grupo de dependientes de PBC en tratamiento. Resumen III-5. V Congreso Panamericano de Infectología. Lima Perú 1991
19. Consuelo Revata, Rolando Anicama, Luis Suárez. Seroprevalencia de Infección por VIH en Varones homosexuales de la provincia de Ica . IX Congreso Nacional de Medicina Interna Lima 1996 (A36)
20. Consuelo Revata, Rolando Anicama, Luis Suárez. Seroprevalencia de Infección por VIH en trabajadoras sexuales clandestinas de la provincia de Ica . IX Congreso Nacional de Medicina Interna Lima 1996 (A36)
21. J. Moya, L Suárez, L. Fernández. Prevalencia de Infección VIH y practicas de riesgo en trabajadoras sexuales en Chimbote , Perú. *Boletín Epidemiologico*, Vol 2 N°1 Agosto 1999, Oficina General de Epidemiología Ministerio de Salud.
22. Ministerio de Salud República del Perú. DOCTRINA, NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE LAS ETS Y EL SIDA EN EL PERU. Lima 1996.
23. Ministerio de Salud PROCETSS. Guía Nacional de Atención Integral del Paciente con Infección VIH/SIDA 1999.

24. Boletines Estadísticos del PROCETSS 1995,1996,1997,1998,1999.
25. Jorge Sánchez, Guido Mazzotti, Luis Cuellar, Pablo Campos, Eduardo Gotuzzo. SIDA Epidemiología, Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Infección VIH/SIDA. Sánchez J, Gotuzzo E, Escamilla J, et al. Gender differences in sexual practices and seroprevalence of sexually transmitted diseases. Sometido a publicación en Lancet, 1994.
26. J Med Virol. 2004 Jul;73(3):347-9. Failure and success of HIV tests for the prevention of HIV-1 transmission by blood and tissue donations. Najjoullah F, Barlet V, Renaudier P, Guitton C, Crova P, Guerin JC, Peyramond D, Trabaud MA, Coudurier N, Tardy JC, Andre P. Laboratory of Virology and Transplantation Unit, Hopital Edouard Herriot, Lyon, France. Najjou@rockefeller.edu.au.
27. Transfus Clin Biol. 2004 Apr;11(2):98-100. Evaluation of residual Infectious risk among blood donors in National Center of Blood Transfusion in Conakry, Loua A, Sow EM, Magassouba FB, Camara M, Balde MA. Centre National de Transfusion Sanguinea de Conakry, BP 2737 Conakry, Republique de Guinee. Louacnts@yahoo.fr
28. Transfus Clin Biol. 2004 Apr;11(2):81-6. Trends in residual risk of transfusion-transmitted viral infections (HIV, HCV,HBV) in France between 1992 and 2002 and impact of viral genome screening (Nucleic Acid Testing)] Pillonel J, Laperche S; Groupe "Agents Transmissibles par Transfusion" de la Societe francaise de transfusion sanguine; Etablissement francais du sang; Centre de Transfusion Sanguine des Armees. Institut de Veille Sanitaire, 12, rue du Val-d'Osne, 94415 Saint-Maurice cedex, France.
29. Dejian Lai, Shan P. Tsai, Robert j. Hardy. Impact of HIV/AIDS on life expectancy in the United State. AIDS 11:203207. 1997.
30. OGE-MINSA. Boletín epidemiológico trimestral sobre la situación de la epidemia de VIH/SIDA en el Perú. 2003-2004-2005. Www.oge.sld.pe.
31. Jesús Castilla, M. Martínez de Aragón, A. Gutierrez, A. Llacer, M. Belza, C. Ruis, J. Perez, I. Noguer. Impact of human inmunodeficiency virus infection on mortality among young men and women in Spain. International Journal of Epidemiology 26:1346-1351. 1997.
32. Selik R., Chu S., Buehler J., HIV infection as leading cause of death Among young adults in US cities and states. JAMA 1993; 269: 2991-2994.
33. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud del Mundo

2004, "Cambiemos el rumbo de la Historia" Ginebra 2004.

34. WHO/CDS/CSR/EDC and UNAIDS. Guidelines for second generation HIV surveillance. Génova: UNAIDS/WHO, 2000. [Www.unaids.org](http://www.unaids.org).

LEY N° 26626 - Año 1996**EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA****POR CUANTO:**

El Congreso de la República ha dado la Ley siguiente:

EL CONGRESO DE LA REPUBLICA;

Ha dado la ley siguiente:

Artículo 1.- Encárguese al Ministerio de Salud la elaboración del Plan Nacional de Lucha contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS); el que se denominará CONTRASIDA.

CONTRASIDA será aprobado por Resolución Suprema con el voto aprobatorio del Consejo de Ministros.

El Ministerio de Salud presentará trimestralmente a las Comisiones Permanentes de Coordinación Interministerial (las CIAS) los avances y metas alcanzadas en la ejecución de CONTRASIDA.

Artículo 2.- CONTRASIDA tiene los siguientes objetivos:

- a) Coordinar y facilitar la implementación de las estrategias nacionales de control del VIH/SIDA y las ETS;
- b) Promover la cooperación técnica y económica nacional y extranjera destinada a la prevención, control y asistencia del VIH/SIDA y las ETS; y,
- c) Proponer los cambios legislativos que faciliten y garanticen el adecuado desarrollo de la lucha contra el VIH/SIDA y las ETS en el país.

Artículo 3.- El Ministerio de Salud designará, mediante Resolución Ministerial, a la entidad competente para elaborar CONTRASIDA.

Dicha entidad tendrá además las siguientes funciones:

- a) Coordinar las acciones de prevención, control y asistencia del VIH/SIDA y las ETS con las instituciones públicas y privadas;
- b) Promover y desarrollar investigaciones técnicas e intervenciones apropiadas para la prevención y control del VIH/SIDA y las ETS; y,
- c) Mantener estadísticas actualizadas de la situación del VIH/SIDA y las ETS.

Artículo 4.- Las pruebas para diagnosticar el VIH/SIDA son voluntarias y se realizan previa consejería. Se consideran casos de excepción:

- a) El de los donantes de sangre y órganos; y,
- b) Los demás contemplados en el Reglamento de la presente Ley.

El Reglamento establecerá las sanciones para las personas o instituciones que contravengan lo dispuesto en este artículo.

Artículo 5.- Los resultados de las pruebas diagnosticadas con VIH/SIDA y la información sobre la causa cierta o probable de contagio son de carácter confidencial.

Dichos resultados e información sólo podrán ser solicitados por el Ministerio Público o el Poder Judicial, siempre que las circunstancias lo justifiquen y únicamente para fines de investigación delictiva.

Los profesionales de la salud están obligados a notificar al Ministerio de Salud los casos diagnosticados, aún cuando el enfermo hubiese fallecido.

Artículo 6.- Las personas con VIH/SIDA pueden seguir laborando mientras esén aptas para desempeñar sus obligaciones.

Es nulo el despido laboral cuando la causa es la discriminación por ser portador del VIH/SIDA.

Artículo 7.- Toda persona con VIH/SIDA tiene derecho a la atención médica integral y a la prestación previsional que el caso requiera. Para el cumplimiento de esta disposición se prevé que:

- a) El Estado debe brindar dichos servicios a través de las instituciones de salud donde tenga administración, gestión o participación directa o indirecta; y,
- b) Dentro del régimen privado los derechos de atención médica integral y de seguros se harán efectivos cuando se trate de obligaciones contraídas en una relación contractual.

El Reglamento establecerá las sanciones para los profesionales y las instituciones vinculadas a

la salud que impidan el ejercicio de los derechos a que se refiere este artículo.

Artículo 8.- La Ley de Presupuesto considerará como gasto prioritario dentro de la partida del sector salud el presupuesto para la ejecución de CONTRASIDA.

DISPOSICIONES FINALES

Primera.- El Ministerio de Salud reglamentará la presente Ley dentro de los sesenta (60) días de su promulgación. Asimismo, dictará las normas sanitarias preventivas, ejecutará de manera permanente las acciones de vigilancia epidemiológica y las complementarias a que haya lugar.

Segunda.- El Artículo 8 de la presente Ley entrará en vigencia con el presupuesto de 1997.

Tercera.- Derógase la Ley N 25275 y déjense sin efecto las demás disposiciones que se opongan a la presente Ley, la misma que entra en vigencia al día siguiente de su publicación.

Comuníquese al Señor Presidente de la República para su promulgación.

En Lima, a los quince días del mes de junio de mil novecientos noventa y seis.

MARTHA CHAVEZ COSSIO DE OCAMPO

Presidenta del Congreso de la República

VICTOR JOY WAY ROJAS

Primer Vicepresidente del Congreso de la República

AL SEÑOR PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPUBLICA

POR TANTO:

Mando se publique y cumpla.

Dada en la Casa de Gobierno, en Lima, a los diecinueve días del mes de junio de mil novecientos noventa y seis.

ALBERTO FUJIMORI FUJIMORI

Presidente Constitucional de la República

ALBERTO PANDOLFI ARBULU

Presidente del Consejo de Ministros

MARINO COSTA BAUER

Ministro de Salud

REGLAMENTO DE LEY N° 26626

DECRETO SUPREMO N° 004-97-SA

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

CONSIDERANDO:

Que las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), especialmente la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), constituyen un grave problema de salud pública;

Que estimados conservadores de la Organización Mundial de la Salud, señalan que a la fecha existen en el mundo no menos de ocho millones cuatrocientos mil casos de SIDA y que para el año 2000, existirán cuarenta millones de personas infectadas por el VIH;

Que el Perú presenta un crecimiento continuo y acelerado en el número de casos reportados al Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETSS), estimándose que en la actualidad han ocurrido no menos de ocho mil casos de SIDA y que existen de cincuenta mil a setenta mil personas infectadas por el VIH;

Que la información científica actual señala claramente que el diagnóstico y tratamiento precoz de las ETS y las intervenciones para el cambio hacia conductas de menor riesgo de adquirir ETS/VIH, constituyen las estrategias principales para controlar la expansión de la epidemia a través de las relaciones sexuales;

Que es necesario aprobar el correspondiente Reglamento que contenga disposiciones que permitan dotar al país de un instrumento normativo que facilite la ejecución de las acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual;

De conformidad con lo establecido en el inciso 8 del Artículo 118 de la Constitución Política del Perú y en la Primera Disposición Final de la Ley N 26626;

DECRETA:

Artículo 1.- Apruébase el Reglamento de la Ley N 26626, que consta de veintiocho (28) artículos, el que forma parte integrante del presente Decreto Supremo.

Artículo 2 .- El presente Decreto Supremo será refrendado por el Presidente del Consejo de Ministros y el Ministro de Salud.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los diecisiete días del mes de Junio de mil novecientos noventa y siete.

ALBERTO FUJIMORI FUJIMORI
Presidente Constitucional de la República

ALBERTO PANDOLFI ARBULU
Presidente del Consejo de Ministros

MARINO COSTA BAUER
Ministro de Salud

REGLAMENTO DE LA LEY N 26626

Artículo 1.- Toda mención que se haga en el presente Reglamento a la Ley debe entenderse que se trata de la Ley N 26626.

Artículo 2.- El presente Reglamento contiene normas que permiten el logro de los objetivos del Plan Nacional de Lucha Contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), denominado CONTRASIDA; y normas que garanticen la consejería pre y postpruebas diagnósticas de infección por VIH, la voluntariedad y confidencialidad de las mismas, el reporte de casos de infección VIH/SIDA, el acceso de salud a las personas infectadas por el VIH y sus derechos laborales y sociales.

Artículo 3.- Las disposiciones establecidas en la Ley y el presente Reglamento son la aplicación obligatoria en los establecimientos públicos y privados.

Artículo 4.- La supervisión del cumplimiento de las normas establecidas por la Ley, el presente Reglamento y sus disposiciones conexas y en CONTRASIDA, corresponde al Ministerio de Salud (MINSA), a través de la Dirección General de Salud de las Personas.

Artículo 5.- Con la finalidad de lograr los objetivos señalados para CONTRASIDA, éste deberá contemplar actividades en las siguientes líneas de acción:

- a) Comunicación para el cambio hacia comportamientos de menor riesgo para adquirir ETS/VIH;
- b) Diagnóstico y tratamiento precoz de ETS
- c) Provisión de sangre, hemoderivados, tejidos y órganos, libres de infección por VIH;
- d) Intervenciones para disminuir la transmisión vertical de las ETS/VIH;
- e) Reducción del impacto individual, social y económico de las ETS, en especial de la infección por VIH y el SIDA; y,
- f) Movilización de recursos humanos, técnicos y financieros, optimizando los esfuerzos en la lucha contra las ETS y el SIDA.

Artículo 6.- Para el diagnóstico y tratamiento precoz de las ETS, los establecimientos de salud crearán las condiciones necesarias para integrar los servicios de ETS en su funcionamiento. Los servicios a brindarse deberán incluir diagnóstico, tratamiento, información y consejería preventiva para ETS y su implementación deberá iniciarse a partir de la vigencia del presente Reglamento.

Artículo 7.- En el ámbito de cada una de las Direcciones Regionales y Subregionales de Salud del país, se crearán las condiciones necesarias para incrementar la oferta de servicios especializados para el examen médico periódico de los miembros de grupos con alta frecuencia de ETS, de acuerdo a actividades que deberán ser señalados en CONTRASIDA.

Artículo 8.- El Ministerio de Salud será la única institución autorizada a señalar las pautas de intervención en salud, orientadas a la atención médica periódica y de prevención de las

ETS/VIH en miembros de grupos con alta frecuencia de ETS. Ninguna autoridad administrativa, policial, municipal o política tiene competencia sobre esta materia, bajo responsabilidad funcional.

Artículo 9.- Todo donante de sangre o sus componentes, de células, de tejidos o de órganos, debe ser sometido a tamizaje de infección por VIH, bajo responsabilidad civil, penal o administrativa según fuere el caso, de los profesionales de salud responsables de la omisión de dichos actos, así como de su realización en forma negligente, imprudente e imperita.

Artículo 10.- El Ministerio de Salud gestionará la provisión de recursos presupuestarios para que:

a) Las gestantes infectadas por el VIH reciban tratamiento antiviral proveído gratuitamente, en el esquema y por el tiempo recomendado por el Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETSS); y

b) Todo niño nacido de madre infectada por el VIH, reciba tratamiento antiviral y lactancia artificial proveído gratuitamente, en el esquema y por el tiempo recomendado por el PROCETSS.

Artículo 11.- Las pruebas diagnósticas de infección por VIH sólo podrán realizarse luego de consejería y autorización escrita de la persona.

Artículo 12.- Exceptúase de la obligación de obtener consentimiento para realizar la prueba diagnóstica de infección por VIH en los casos siguientes:

a) Donantes de sangre o sus componentes, de células, de tejidos o de órganos.

b) Fuentes de sangre potencialmente contaminada involucradas en accidentes por exposición percutánea durante la atención de salud; y

c) Otros casos que se aprobarán por Resolución Ministerial.

Artículo 13.- La consejería preventiva para ETS y para infección por VIH y SIDA es requisito obligatorio para quienes pretendan contraer matrimonio civil. La consejería podrá ser proveída por la Municipalidad respectiva o por el Establecimiento de Salud más cercano.

Artículo 14.- No podrá condicionarse ningún tipo de atención médica o quirúrgica a la realización previa de exámenes diagnósticos de infección por el VIH.

Artículo 15.- La prueba de diagnóstico de VIH no debe ser requerida como condición para iniciar o mantener una relación laboral, educativa o social. El presente artículo no modifica el Decreto Supremo N. 011-73-CCFFA, adicionado por los Decretos Supremos N 005-85-CCFFAA y N 072-94-DE/CCFFAA.

Artículo 16.- Los resultados de las pruebas diagnósticas de infección VIH/SIDA y la información sobre la causa cierta o probable de contagio, son de carácter confidencial con las siguientes excepciones:

a) Cuando sean usados por el personal de salud tratante, exclusivamente para brindar atención a la persona infectada;

b) Cuando sean solicitados por el Ministerio Público o el poder judicial si fueren indispensables para la denuncia o acusación fiscal o para el proceso penal por delito contra la salud pública en cualquiera de sus etapas

Artículo 17.- El reporte de casos de infección por VIH, a los que se refiere el artículo 5 de la Ley y de otras ETS se hará garantizando la confidencialidad y usando las definiciones para cada caso, establecidas en el documento normativo Doctrina, Normas y Procedimientos para el Control de las ETS y el SIDA en el Perú, aprobado por Resolución Ministerial N 235-96-SA/DM, empleando los formatos de reporte establecidos para este fin.

Deberán reportarse los casos de infección por VIH y los casos de SIDA al momento de hacerse el diagnóstico así como la primera vez que sean atendidos en un establecimiento de salud. También deberá reportarse la evolución a SIDA de los infectados reportados anteriormente y el fallecimiento de los mismos.

Artículo 18.- Tendrán la responsabilidad de realizar el reporte de los casos contemplados en el artículo anterior, los profesionales de la salud que soliciten las pruebas diagnóstica de infección por VIH, los que realicen la primera atención en los establecimientos de salud de aquellos pacientes con diagnóstico previo, los que diagnostiquen la evolución al estadio SIDA y los que certifiquen el fallecimiento.

Artículo 19.- Los profesionales de la salud del Ministerio de Salud están obligados a reportar la información respectiva al Coordinador del Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETSS) del establecimiento de salud, quien elevará el reporte por los canales establecidos.

En el caso de los profesionales de la salud que laboren en el Instituto Peruano de Seguridad Social, en los Servicios de Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, en los establecimientos penitenciarios y en el sector privado, están obligados bajo responsabilidad a reportar directamente a través de sus superiores, al coordinador del PROCTESS de la Dirección Regional y Subregional de Salud, cuyo ámbito pertenezca el establecimiento.

Artículo 20.- Los Jefes o Directores de los establecimientos de Salud serán corresponsables del reporte, de los casos de ETS/VIH/SIDA, de conformidad con lo establecido en los artículos 18 y 19 del presente Reglamento.

Artículo 21.- La nulidad del despido a que se refiere al Artículo 6 de la Ley, se sujetará a las normas y procedimientos establecidos en las disposiciones laborales vigentes.

Artículo 22.- Las Oficinas responsables de la formulación del Presupuesto Público deben prever anualmente los recursos presupuestarios correspondientes que garanticen el cumplimiento de las actividades consideradas en CONTRASIDA.

Artículo 23.- Los fármacos necesarios para el tratamiento de las ETS curables más comunes de acuerdo a lo recomendado por el PROCETSS deberán estar disponibles en su presentación de medicamento genérico, en todos los establecimientos de salud del Ministerio de Salud de las áreas de mayor riesgo epidemiológico para ETS y SIDA.

Artículo 24.- Las instituciones dedicadas a la formación de personal de salud, profesional y no profesional, deberán incluir en la currícula académica, contenidos preventivos y de control de ETS/VIH/SIDA y de Bioseguridad.

Artículo 25.- Dentro de los treinta días de la publicación del presente reglamento, los establecimientos donde de conformidad a las disposiciones legales vigentes, se realice actividad sexual, así como los establecimientos de hospedaje tales como Hoteles, Apart-Hoteles, Hostales, Albergues y similares, tienen la obligación de establecer puntos de venta de condones.

Artículo 26.- En el Marco de las actividades orientadas al cambio hacia conductas de menor riesgo, la Autoridad de Salud en coordinación con las Autoridades Regionales, Subregionales y Locales, promoverá el expendio de condones en Centros Nocturnos, Cabarets, Boites, Discotecas y similares.

Cualquier establecimiento de venta de bienes o servicios podrá expender condones que cuenten con Registro Sanitario, sin que ninguna autoridad Nacional, Regional o Local pueda exigir requisito adicional para su promoción y expendio.

Artículo 27.- El incumplimiento de las obligaciones contempladas en los artículos 4 y 7 de la Ley y los artículos 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 y 20 del presente Reglamento se considera como falta grave pasible de las sanciones dispuestas en la Legislación que los comprenda.

Los establecimientos del Subsector No Público que incumplan las obligaciones establecidas en la Ley y el presente Reglamento, son sujetos de las sanciones de multa, suspensión temporal o cancelación de la licencia de funcionamiento, dependiendo de la falta cometida, de conformidad a la normatividad vigente del Sector Salud.

Artículo 28.- Las Municipalidades aplicarán a los establecimientos que incumplan con lo dispuesto por el artículo 25 del presente Reglamento, las sanciones siguientes, según corresponda:

- a) Multa no menor de 1 UIT ni mayor de 5 UIT;
- b) Cierre temporal de 30 días en caso de reincidencia; y
- c) Cierre definitivo del establecimiento, de continuar el incumplimiento.

El producto de las multas será destinado exclusivamente para actividades de prevención de ETS, VIH y SIDA las cuales deberán ser coordinadas con el PROCETSS de la Dirección Regional y Subregional de Salud de la jurisdicción

Definiciones de Caso de VIH y SIDA

1. DEFINICIÓN DE CASO DE LA INFECCIÓN POR VIH

1. En adultos y niños mayores de 18 meses, se considerará como persona infectada con el VIH a toda persona que:
 - Tenga una prueba confirmatoria (IFI o Western Blot); o
 - Cumpla con los criterios de caso de SIDA.
2. En niños menores de 18 meses, una prueba positiva para anticuerpos contra el VIH no será definitiva debido a la posibilidad de que los anticuerpos presentes sean de origen materno. Se considerará que un niño menor de 18 meses está infectado por el VIH si es ELISA positivo (seropositivo), o su madre está infectada con el VIH y además:
 - Tiene resultados positivos, en dos momentos diferentes (no incluir muestras de cordón umbilical), en el cultivo de VIH, PCR para VIH, o antígeno p24; o
 - Cumple con los criterios de caso de SIDA.
3. Los niños menores de 18 meses que no cumplen los criterios especificados en 4.1.2. pero que son VIH positivos con pruebas confirmatorias, y los niños con estado serológico desconocido nacidos de madres infectadas con el VIH, serán considerados NIÑOS EXPUESTOS PERINATALMENTE.
4. Los NIÑOS EXPUESTOS PERINATALMENTE serán considerados SEROREVERTORES cuando:
 - Tienen 2 o más pruebas de ELISA negativas realizadas entre 6 a 18 meses de edad o 1 prueba de ELISA negativa después de los 18 meses.
 - No han tenido otra evidencia de laboratorio de infección (no ha tenido 2 pruebas de laboratorio de infección viral), y
 - No ha tenido ninguna condición indicadora de SIDA.

2. DEFINICIONES DE CASO DEL SIDA.

2.1 Casos de SIDA.

Se considerará que una persona es un caso de SIDA cuando:

i) Tenga un diagnóstico confirmado, de cualquiera de las siguientes enfermedades INDICADORAS, en ausencia de otra causa de inmunosupresión o inmunodeficiencia, aún cuando las pruebas para infección por VIH no hayan sido realizadas o sus resultados no sean concluyentes:

- Neumonía por *Pneumocystis carinii*;
- Criptococosis extrapulmonar;
- Criptosporidiosis con diarrea de más de un mes de duración;

- Infección por Herpes simplex, causante de úlcera muco-cutánea de más de un mes de duración, o bronquitis, esofagitis o neumonitis que afecte a personas mayores de un mes de edad;
- Candidiasis esofágica, traqueal, bronquial o pulmonar;
- Sarcoma de Kaposi en menores de 60 años;
- Toxoplasmosis cerebral en pacientes mayores de un mes de edad;
- Infección por Citomegalovirus de un órgano diferente a hígado, bazo o ganglios linfáticos, en pacientes con más de un mes de edad;
- Estrongiloidosis extraintestinal;
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva;
- Linfoma primario cerebral en menores de 60 años;
- Hiperplasia pulmonar linfoide o neumonitis intersticial linfoide en menores de 13 años;
- Infección diseminada por *Mycobacterium kansasii* o complejo *Mycobacterium avium - intracelulare* (en un sitio distinto o en asociación a pulmón, piel o nódulo linfático hilar o cervical);

ii) Teniendo diagnóstico confirmado de infección por VIH, tenga además un diagnóstico confirmado de:

- Síndrome de consumo;
- Tuberculosis pulmonar y/o extrapulmonar;
- Isosporiasis con diarrea de más de un mes de duración;
- Sarcoma de Kaposi a cualquier edad;
- Complejo demencial o encefalopatía por VIH;
- Linfoma no Hodgkin de células B o fenotipo inmunológico no determinado y de cualquiera de los siguientes tipos: linfocitos pequeños no hendidos (tipo Burkitt o no Burkitt), o sarcoma inmunoblástico (linfoma de células grandes), linfoma histiocítico difuso, linfoma indiferenciado, sarcoma de células reticulares o linfoma de alto grado de malignidad;
- Histoplasmosis extrapulmonar o diseminada;
- Septicemia por salmonella no tífica recurrente;
- Dos o más infecciones bacterianas en los dos años anteriores, en menores de 13 años sin factores predisponentes. Las infecciones pueden ser: septicemia, neumonía, artritis, meningitis o absceso visceral o cavitario (excluyendo otitis media o abscesos superficiales de piel o mucosas), causadas por *Legionella*, *Haemophilus*, *Streptococo* (incluyendo neumococo) o alguna otra bacteria piógena;
- Episodios recurrentes de neumonía bacteriana;
- Cáncer cérvico-uterino;
- Linfoma primario cerebral a cualquier edad;
- Diseminación extrapulmonar por *Mycobacterium avium* o *Mycobacterium kansasii*;
- Infección extrapulmonar o diseminada por micobacterias diferentes a *Mycobacterium leprae*;

- Coccidioidomicosis diseminada.
- Linfocitos CD4 < 200.

iii) **Teniendo diagnóstico confirmado de infección por VIH, tenga además un diagnóstico presuntivo de:**

- Neumonía por *Pneumocistis carinii*;
- Toxoplasmosis cerebral en mayores de un mes de edad;
- Infección extrapulmonar o diseminada por micobacterias (bacilos ácido-alcohol resistentes, de especie indeterminada);
- Rinitis por Citomegalovirus, con pérdida de la visión;
- Candidiasis esofágica;
- Sarcoma de Kaposi;
- Hiperplasia pulmonar linfoide o neumonitis intersticial linfoide en menores de 13 años;
- Episodios recurrentes de neumonía.

Definición de Síndrome de Consumo

En ausencia de alguna otra enfermedad o condición, síndrome de consumo se define de la siguiente manera:

Adultos:

- Pérdida mayor del 10% del peso corporal;

Más:

- Diarrea (más de dos cámaras por día, durante 30 días), o
- Debilidad crónica y fiebre (30 días, intermitente o constante).

Niños:

- Pérdida mayor del 10% del peso corporal; o
- Más de dos percentiles (95%, 75%, 50%, 25%, 5%) de pérdida del peso corporal en la gráfica de peso para la edad, niños de 1 o más años de edad; o
- Por debajo del 5to percentil en dos mediciones consecutivas, con 30 días de diferencia, en la gráfica de peso para la talla;

Más:

- Diarrea (tres o más cámaras por día, durante 30 días), o
- Fiebre documentada (30 días, intermitente o constante).

2.2. CASO DE SIDA FALLECIDO

- Paciente con diagnóstico de SIDA que fallece por cualquier causa.
- Persona que fallece sin diagnóstico previo de SIDA y que en la necropsia se evidencia alguna enfermedad indicadora considerada en el inciso 4.2.1

3. NOTIFICACIÓN DE CASOS Y DEFUNCIONES DE VIH/SIDA

- 3.1 La infección por **el VIH y el SIDA** son objeto de notificación obligatoria (anónima y codificada para proteger la honorabilidad, dignidad y privacidad de las personas).
- 3.2 Los responsables de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de VIH/SIDA (ESN-PC-ITS-VIH-SIDA) locales y regionales

promoverán y velarán para que se cumplan estas disposiciones; siendo los responsables de epidemiología de la DISA los encargados de remitir **mensualmente** la información a la Dirección General de Epidemiología y promover el análisis local.

- 3.3 El llenado de los formatos de notificación de VIH/SIDA y planillas será de responsabilidad del encargado de la ESN-PC-ITS-VIH-SIDA del nivel operativo (establecimiento de salud), y notificará al responsable del ESN-PC-ITS-VIH-SIDA de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) para su consolidación y envío de los formatos (fichas de notificación individual de VIH/SIDA) al responsable de epidemiología de la Dirección de Salud (DISA) para el ingreso de datos en el Software NOTI-VIH/SIDA, desde donde se envía en formato electrónico (DBF) a la Dirección General de Epidemiología.
- 3.4 Los Programas de Control de ETS/VIH/SIDA de ESSALUD, así como los establecimientos del sector privado, notificarán a las niveles de Direcciones de Salud correspondiente, utilizando las definiciones caso y formatos estandarizado.
- 3.5 Las instituciones integrantes del Comité de Prevención de VIH/SIDA (COPRECOS) notificarán a la Dirección General de Epidemiología



FICHA DE NOTIFICACION INDIVIDUAL DE CASO DE INFECCION VIH/SIDA - OGE 2001

1. DIRECCION DE SALUD											
2. NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD											
3. INSTITUCION		4. NIVEL DE ESTABLECIMIENTO									
3.1	MINSA	4.1	HOSPITAL								
3.2	SFP Y SFA	4.2	CENTRO DE SALUD								
3.3	ESSALUD	4.3	PUESTO DE SALUD								
3.4	PRIVADO	4.4	OTRO								
3.5	OTRO										
		5. FECHA DE NOTIFICACION									
		<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">MES</td> <td colspan="2">AÑO</td> </tr> </table>						MES		AÑO	
MES		AÑO									
6. CODIGO DEL PACIENTE		7. MOTIVO DE NOTIFICACION									
6.1 INICIALES	6.2 FECHA DE NACIMIENTO	7.1	INFECCION VIH								
		7.2	CASO DE SIDA								
AP AM N1 N2	DIA MES AÑO	7.3	FALLECIMIENTO								
		7.4	EXPOSICION PERINATAL								
6.3. SEXO	8.1 MASCULINO	7.5	SEROREVERSION								
	8.2 FEMENINO										
		8. GRADO DE INSTRUCCION									
		8.1	ANALFABETA								
		8.2	PRIMARIA								
		8.3	SECUNDARIA								
		8.4	TÉCNICA								
		8.5	SUPERIOR								
9. RESIDENCIA HABITUAL											
9.1 DEPARTAMENTO											
9.2 PROVINCIA											
9.3 DISTRITO											
10. VIA DE TRANSMISION											
0.0 DESCONOCIDA											
SEXUAL		PARENTERAL									
1.0	NO DETERMINADO	2.0	NO DETERMINADO								
1.1	HETEROSEXUAL	2.1	SANGRE Y/O DERIVADOS								
1.2	HOMOSEXUAL	2.2	COMPARTIR AGUJAS								
1.3	BISEXUAL	2.3	ACCIDENTAL, MATERIAL CONTAMINADO								
		2.4	TRANSPLANTE DE ORGANOS								
		VERTICAL									
		3.0	EXPOSICION PERINATAL								
		3.1	INFECCION PERINATAL								
11. LABORATORIO TAMIZAJE		12. LABORATORIO CONFIRMACION									
TAMIZAJE REACTIVO		12.1 PRUEBA CONFIRMATORIA									
FECHA		FECHA	IFI								
MES	AÑO	MES	AÑO								
		WESTERN BLOT									
		PCR									
13. ESTADIO SIDA		12.2 SEROREVERSION									
SI	NO	FECHA									
		MES									
FECHA DE DIAGNOSTICO SIDA		MES									
MES		AÑO									
13.1 CRITERIO DE DIAGNOSTICO SIDA		ELISA									
TUBERCULOSIS	SI	NO	IFI								
CD4 MENOR DE 200	SI	NO	WESTERN BLOT								
13.2 CONDICIONES INDICADORAS DE SIDA											
1		CONFIRMACION									
		SI	NO								
2		SI	NO								
3		SI	NO								
14. DEFUNCION		RELACIONADA A SIDA									
FECHA DE DEFUNCION		SI									
MES	AÑO	NO									
15. RESPONSABLE DE LA NOTIFICACION											
NOMBRE		FIRMA									

LEY N° 28243 - Junio 2004

EL PRESIDENTE DEL CONGRESO DE LA REPUBLICA.

POR CUANTO:

EL CONGRESO DE LA REPUBLICA:

Ha dado la Ley siguiente:

LEY QUE AMPLIA Y MODIFICA LA LEY N° 26626 SOBRE EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) Y LAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL

Artículo 1°.- Incorpora primer parrafo al artículo 1° de la ley N° 26626

Incorporase como primer párrafo del artículo 1° de la ley 26626 el siguiente texto:

“Artículo 1°.- Objeto de la Ley

Declarase de necesidad nacional e interés publico la lucha contra la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y las infecciones de Transmisión sexual (ITS)”

Artículo 2°.- Modifica el Artículo 4° de la Ley N° 26626

Modificarse el artículo 4° de la Ley N° 26626 con el siguiente texto:

“Artículo 4°.- De las pruebas de diagnósticos de VIH y SIDA

Las para diagnosticar el VIH y SIDA son voluntarias y se realizan previa consejería. Se consideran casos de excepción a la voluntad:

- a) El de los donantes de sangre y órganos.
- b) El de la madre gestante, a fin de proteger la vida y la salud de los niños por nacer, cuando exista riesgo previsible de contagio o infección y para disponer las medidas o tratamientos pertinentes. En este caso, es obligatoria la consejería previa.
- c) Los demás casos establecidos por leyes específicas”

Artículo 3°.- Modifica el Artículo 7° de la Ley n° 26626

Modificarse el artículo 7° de la ley N° 26626 con el Siguiente Texto:

Artículo 7°.- De la atención integral de salud

7.1 La intervención de las personas que viven con VIH y SIDA (PVVS) debe responder de manera integral a sus componentes biológicos, psicológicos y espiritual, comprendiendo de dicho proceso a su familia y la sociedad.

7.2 Toda persona que se encuentra viviendo con VIH y SIDA, tiene derecho a recibir atención integral de salud continua y permanente por parte del Estado, a través de todos los establecimientos de salud donde tenga administración, gestión o participación directa o indirecta y la prestación provisional que el caso requiera. La atención integral de salud comprende las siguientes intervenciones en salud:

- a. Acciones de prevención. Diagnostico, tratamiento, monitoreo, consejería pre y post diagnostico, rehabilitación y reinserción social;
- b. Atención ambulatoria, hospitalaria, domiciliaria y /o comunitaria;
- c. El suministro de medicamentos requeridos para el tratamiento adecuado e integral de la infección de VIH y SIDA, que en el momento se consideren eficaces para prolongar y mejorar la calidad de vida de las PVVS. estableciendo la gratuidad progresiva

en el tratamiento antirretroviral, con prioridad en las personas en situaciones de vulnerabilidad y pobreza extrema;

- d. La provisión de recursos humanos, logísticos e infraestructura necesarios para mantener, recuperar y habilitar el estado de salud de las PVVS; y,
- e. Otras, que por la naturaleza de la atención sean necesarias para el logro de la intención integral de la salud.

7.3 El Reglamento establecerá las sanciones para los profesionales, trabajadores e instituciones vinculados a la salud que impidan el ejercicio de los derechos a que se refiere el presente artículo.

7.4 Dentro del régimen privado, los derechos de atención integral de salud y de seguros se harán efectivos cuando se trate de obligaciones contraídas en una relación contractual.”

Artículo 4°.- Del Comité Técnico de Especialistas

El Ministerio de Salud designara un comité técnico de especialistas sobre la materia, encargado de efectuar la actualización anual de las terapias, medicamentos, protocolos y demás procedimientos necesarios de acuerdo con los avances científicos y tecnológicos relacionados a la lucha contra la infección por VIH y SIDA y el pleno respeto de los derechos humanos, para efectos del pleno cumplimiento de lo impuesto por la Ley.

Artículo 5°.- Del cambio de dominación

A Partir de la vigencia de la presente Ley, entiéndese que toca referencia a VIH /SIDA e enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) en cualquier norma legal, es sustituida por la referencia a “VIH y SIDA” e “Infecciones de transmisión sexual (ITS)”, respectivamente.

Artículo 6° Del Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales

El Peritorio Nacional de medicamentos Esenciales incorporara los medicamentos y/o insumos necesarios para el tratamiento farmacológico de las PVVS.

Artículo 7° De la Prevención

El Ministerio de Salud, en coordinación con el Ministerio de Educación, realizara las actividades de información y educación dirigidas a la población general, teniendo en cuenta los valores éticos y culturales que promuevan conductas saludables y una sexualidad responsable, incluyendo la postergación del inicio sexual y la disminución de las relaciones sexuales de riesgo.

Artículo 8°.- De las normas reglamentarias

El Ministerio de Salud, en un plazo de sesenta (60) días a partir de las vigencias de la presente Ley. Dictara las normas reglamentarias pertinentes.

POR TANTO:

Habiendo sido reconsiderada la Ley por el Congreso de la República, insistiendo en el texto aprobado en la sesión del pleno realizada el día veintiocho de enero de dos mil cuatro, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 108° de la constitución Política del Estado, ordeno que se publique y cumpla.

En Lima a los treintun días del mes de mayo de dos mil cuatro.

HENRY PEASE GARCIA
Presidente del Congreso de la Republica

MARCIANO RENGIFO RUIZ
Primer Vicepresidente del Congreso de la Republica