

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERU

ESCUELA DE GRADUADOS

MAESTRÍA EN GERENCIA SOCIAL

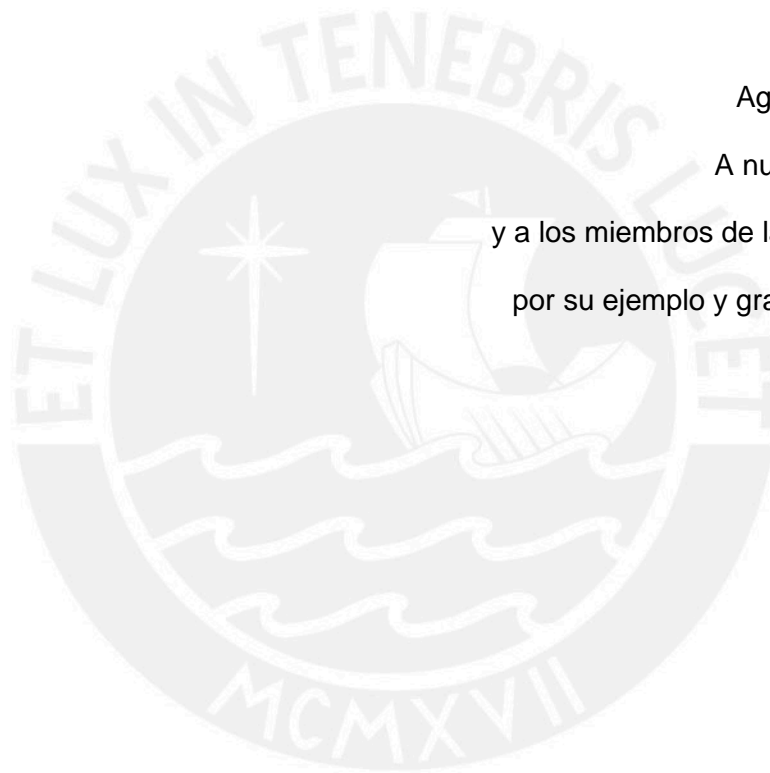


**“CONTRIBUCIONES DE LA COORDINADORA NACIONAL  
MULTISECTORIAL EN SALUD: CONAMUSA A LA POLÍTICA SOCIAL  
DE RESPUESTA AL VIH Y SIDA EN EL PERÚ”**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAGISTER EN GERENCIA  
SOCIAL

**ALLAÍN SANTISTEVAN, ENDER  
MÉNDEZ NINA, CARMEN  
PORTUGAL BERNEDO, JORGE**

Lima, Perú 2013



Agradecimientos:

A nuestras familias  
y a los miembros de la CONAMUSA  
por su ejemplo y gran compromiso

## Contenido

<b>CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
1.1 PLANTEAMIENTO DEL TEMA.....	1
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	2
1.3 OBJETIVOS.....	3
1.3.1. Objetivo General .....	3
1.3.2. Objetivos Específicos .....	3
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>5</b>
2.1. CONTEXTO DEL VIH Y SIDA EN EL PERÚ Y EL MUNDO.....	5
2.1.1. VIH y SIDA .....	5
2.1.2. Epidemiología del VIH y SIDA en el Mundo .....	6
2.1.3. Epidemiología del VIH y SIDA en América Latina .....	8
2.1.4 Epidemiología del VIH y Sida en el Perú.....	8
2.1.5. El contexto socioeconómico en que se desarrolla la respuesta al VIH y SIDA.....	12
2.2. POLÍTICAS SOBRE VIH Y SIDA EN EL PERÚ Y EL MUNDO .....	15
2.2.1. Políticas y Planes en VIH y SIDA en el Perú.....	19
2.2.2. Acceso a Tratamiento .....	24
2.2.3 Prevención .....	25
2.2.4 Derechos Humanos.....	27
2.3. LA CONAMUSA Y LA RESPUESTA AL VIH Y SIDA EN EL PERÚ... 35	
2.3.1. El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria.....	35
2.3.2. Conformación de la CONAMUSA.....	38
2.3.3. Marco Legal de la CONAMUSA .....	40
2.3.4. Organización de la CONAMUSA.....	41

2.3.5. Funciones de la CONAMUSA .....	43
2.3.6. Programas de respuesta al VIH y SIDA financiados por el Fondo Mundial .....	44
Programas de respuesta al VIH y SIDA financiados por el Fondo Mundial.....	44
2.3.7. La participación de la población afectada en la CONAMUSA	44
2.3.8. Multisectorialidad y Respuesta al VIH .....	47
2.3.9. CONAMUSA y Respuesta al VIH en Regiones .....	48
<b>CAPÍTULO III: DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>49</b>
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	49
3.2. MÉTODOS Y TÉCNICAS .....	49
3.2.1. Universo, Muestra y Unidad de Análisis .....	49
3.2.2. Fuentes Primarias .....	52
3.2.3. Fuentes Secundarias .....	52
3.2.4. Instrumentos para el recojo de información.....	55
3.2.5. Procedimientos para el recojo de información.....	56
3.2.6. Procesamiento para recoger información.....	57
3.3. VARIABLES E INDICADORES .....	59
3.4. CRONOGRAMA DE TRABAJO.....	60
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS .....</b>	<b>61</b>
4.1. RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN .....	61
4.1.1. Variable Gestión.....	61
4.1.1.1. Sub Variable I: Conocimiento de las Herramientas de Gestión de la CONAMUSA.....	61
4.1.1.2. Sub Variable II: Importancia de las Herramientas de Gestión de la CONAMUSA.....	63

4.1.1.3. Sub Variable III: Nivel de Participación de los Miembros de la CONAMUSA .....	66
4.1.1.4. Sub Variable IV: Competencia Gerencial .....	72
4.1.1.5. Sub Variable V: Transparencia y Comunicación .....	73
4.1.1.6. Sub Variable VI: Rendición de cuentas .....	74
4.1.2. Variable Logros y Limitaciones.....	76
4.1.2.1. Sub Variable I: Logros, Factores y Actores asociados .....	76
4.1.2.2. Sub Variable II: Limitaciones .....	105
4.1.3. Variable Institucionalidad .....	106
4.1.3.1. Sub Variable I: Existencia de Acuerdo Político y Social .....	106
4.1.3.2. Sub Variable II: Establecimiento de Obligaciones y Derechos específicos de los Actores relevantes .....	109
4.1.3.3. Sub Variable III: Definición de Normas y Reglas .....	110
<b>CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES .....</b>	<b>113</b>
5.1 CONCLUSIONES.....	113
<b>CAPÍTULO 6: PROPUESTAS.....</b>	<b>116</b>
6.1. LINEAMIENTOS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DE LA CONAMUSA .....	116
6.1.1. Objetivos.....	116
6.1.2. Marco Normativo .....	117
6.1.3. Indicadores .....	118
BIBLIOGRAFÍA.....	120
ANEXOS .....	124
Anexo 1: Relación de entrevistados .....	124
Anexo 2: Guía de Entrevista .....	127
Anexo 3: Ficha Documental para Fuentes Secundarias .....	134

Anexo 4: Vaciado Información de Fuentes Secundarias.....	137
Anexo 5: Lista de Acrónimos/Abreviaturas.....	142



## RESUMEN

La presente investigación busca describir la experiencia de la Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud-CONAMUSA, en el periodo 2004-2011, con el fin de identificar las características de su funcionamiento que le han permitido contribuir con la política social de respuesta al VIH y SIDA en el Perú, en su rol de mecanismo de coordinación multisectorial país.

Se llevó a cabo una investigación aplicada de carácter cualitativo. El recojo de información se hizo a través de tres instrumentos: entrevistas a informantes clave, validación con expertos y revisión de fuentes secundarias. Esta información fue recopilada y analizada desde la percepción de los actores clave. Se contó con una muestra de representantes del sector público, sociedad civil y agencias de cooperación. Las variables investigadas fueron: gestión, institucionalidad y, logros y limitaciones de la CONAMUSA.

Se concluye que la CONAMUSA constituyó un colectivo multisectorial, de diálogo horizontal, y de discusión y análisis, que ha promovido la participación, el fortalecimiento de capacidades y el empoderamiento de las poblaciones afectadas y vulnerables. Asimismo, contribuyó al desarrollo de políticas sectoriales de respuesta al VIH y SIDA, posicionando el tema en la agenda de sectores diferentes al Ministerio de Salud, tales como Trabajo y Promoción del Empleo, Educación, Justicia y, Mujer y Desarrollo Social.

De acuerdo a los logros mostrados, la CONAMUSA evidenció ser una organización con capacidad de generar valor social en el marco de un enfoque de calidad, logrando una adecuada correlación entre la política y

las necesidades y expectativas de la población vulnerable y afectada por el VIH y SIDA.

El ejercicio de la representación de los miembros de la CONAMUSA y la definición de reglas básicas, explícitamente establecidas, y acordadas mediante consenso, expresadas en sus instrumentos normativos y de gestión, constituyeron el sustento fundamental de la institucionalidad de la CONAMUSA.





## CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

### 1.1 PLANTEAMIENTO DEL TEMA

El Fondo Mundial para la lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria fue creado en el año 2002 con el fin de incrementar los recursos destinados a luchar contra estas tres de las enfermedades más devastadoras del mundo y focalizar dichos recursos hacia las zonas más afectadas por estas enfermedades y con necesidad de dichos recursos.

El Fondo Mundial funciona como una asociación entre el sector público, la sociedad civil, el sector privado y las comunidades afectadas, y para acceder a su financiamiento, las propuestas de los países deben ser presentadas a través de los Mecanismos de Coordinación de País (MCP) que deben funcionar como asociaciones entre el sector público, privado, la sociedad civil y la población directamente afectada por los daños en cada país.

Según lo solicitado por el Fondo Mundial en el Perú se constituyó la Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud - CONAMUSA, como el mecanismo de coordinación de país, para acceder al financiamiento del Fondo Mundial. La CONAMUSA funciona como un foro para promover la participación de los distintos sectores que la componen, para coordinar la presentación de propuestas país al Fondo Mundial y monitorear estratégicamente la implementación de los programas aprobados por esta instancia. A través de las propuestas país presentadas por la CONAMUSA, el Perú ha contado con el financiamiento del Fondo Mundial para programas en VIH, SIDA y tuberculosis por un monto de más de US\$ 135 millones de dólares, que se han traducido en planes y programas alineados con la política social de respuesta al VIH y SIDA en el Perú.

En ese sentido, y dada la importancia del rol que la CONAMUSA ha tenido en la política y la gerencia social de la respuesta nacional al VIH y SIDA, la pregunta que guió la presente investigación fue:

¿Cuáles son las características de la gestión de la  
CONAMUSA que le han permitido contribuir con  
la política social de respuesta al VIH y Sida en el  
Perú?

## 1.2 JUSTIFICACIÓN

El análisis de la contribución de la CONAMUSA a la política social como respuesta al VIH y SIDA, ha permitido, desde la perspectiva de la gerencia social, optimizar el rendimiento de los esfuerzos del Estado y los actores sociales, en el ciclo de una política social. En ese sentido, consideramos que este análisis constituye un elemento sumamente importante para reflexionar acerca de cómo se puede diseñar y gestionar una política social en la que puedan tener un rol protagónico los diversos actores involucrados en un tema determinado.

Asimismo, esta investigación apunta a contribuir a la discusión y a construir consensos, en este caso específico de un problema que por su naturaleza tiene expresiones en diferentes esferas, como es el caso del VIH y SIDA, y cuyo abordaje requiere de la intervención de diferentes sectores.

Esta investigación permitirá a los actores de la CONAMUSA identificar aquellos aspectos a reforzar o a revisar los que deban ser replanteados. En este propósito y dado que esos procesos están aún en curso, la presente investigación apuntó también a contar con un balance que permita a sus propios protagonistas, analizar reflexivamente la experiencia que se ha desarrollado en la gestión de la política social de respuesta al VIH y SIDA.

Uno de los aspectos de particular abordaje en esta investigación fue el referido a la participación de la población afectada o vulnerable, a quienes los objetivos de la política social de respuesta al VIH y SIDA pretenden beneficiar.

En tal sentido, la presente investigación identificó y describió los aspectos relacionados con la gestión de la CONAMUSA, sus logros y limitaciones, así como los referidos a la institucionalidad de esta instancia, en el marco de sus aportes a la política social de respuesta al VIH y SIDA. Con lo mencionado se espera contribuir con la elaboración de instrumentos metodológicos para el análisis de estos aspectos, desde la perspectiva de los actores.

Los resultados de esta investigación contribuirán con la mejora en la gestión de las políticas públicas de salud y en los programas especializados que tiene el Estado de respuesta al VIH y SIDA, en virtud de la información clave que se generará al analizar las percepciones de los actores que forman parte de la experiencia de la CONAMUSA.

### **1.3 OBJETIVOS**

#### **1.3.1. Objetivo General**

Identificar y describir las características del funcionamiento de la CONAMUSA que le han permitido contribuir con la política social de respuesta al VIH y SIDA en el Perú, en su rol de mecanismo de coordinación multisectorial país, durante el período 2004 – 2011.

#### **1.3.2. Objetivos Específicos**

- Identificar los logros de la CONAMUSA desde el punto de vista de sus actores.

- Identificar los aspectos relacionados con la gestión de la CONAMUSA, en el marco de su contribución a la política social de respuesta al VIH y SIDA en el Perú.
- Determinar los aspectos relacionados con la institucionalidad de la CONAMUSA, en el marco de su contribución a la política social de respuesta al VIH y SIDA en el Perú.
- Proponer recomendaciones para el fortalecimiento de la CONAMUSA, como mecanismo de coordinación multisectorial país en el marco de la respuesta al VIH y SIDA en el Perú.



## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. CONTEXTO DEL VIH Y SIDA EN EL PERÚ Y EL MUNDO

La temática trabajada desde la gestión de la CONAMUSA, tiene como uno de sus ámbitos de acción más importantes el problema del VIH y SIDA, por ello vamos a señalar algunas definiciones importantes sobre aspectos clínicos de este problema de salud pública, incluyendo datos sobre la epidemiología de la enfermedad a nivel mundial y en el Perú. Esta información ha sido publicada por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y SIDA – ONUSIDA y por el Ministerio de Salud del Perú.

#### 2.1.1. VIH y SIDA

VIH es la sigla correspondiente a “virus de la inmunodeficiencia humana”. Es un retrovirus que infecta las células del sistema inmunitario (principalmente las células T CD4 positivas y los macrófagos, componentes clave del sistema inmunitario celular) y destruye o daña su funcionamiento.

La infección por este virus provoca un deterioro progresivo del sistema inmunitario, lo que deriva en "inmunodeficiencia".

Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando no puede cumplir su función de combatir las infecciones y las enfermedades.

Las personas inmunodeficientes son más vulnerables a diversas infecciones. SIDA es un término que corresponde a “síndrome de inmunodeficiencia adquirida” y constituye una definición de vigilancia basada en indicios, síntomas, infecciones y cánceres asociados con la deficiencia del sistema inmunitario que resulta de la infección por el VIH.

El VIH o Virus de la Inmunodeficiencia Humana es un microorganismo que ataca al sistema de defensas del organismo. Al debilitarlas contra la enfermedad, el VIH hace que el organismo sea vulnerable a una serie de infecciones y cánceres, algunas de las cuáles ponen en peligro la vida. Puede transmitirse de una persona a otra a través de tres vías: relaciones sexuales sin condón con una persona infectada, exposición a sangre infectada y de la madre infectada al hijo(a).

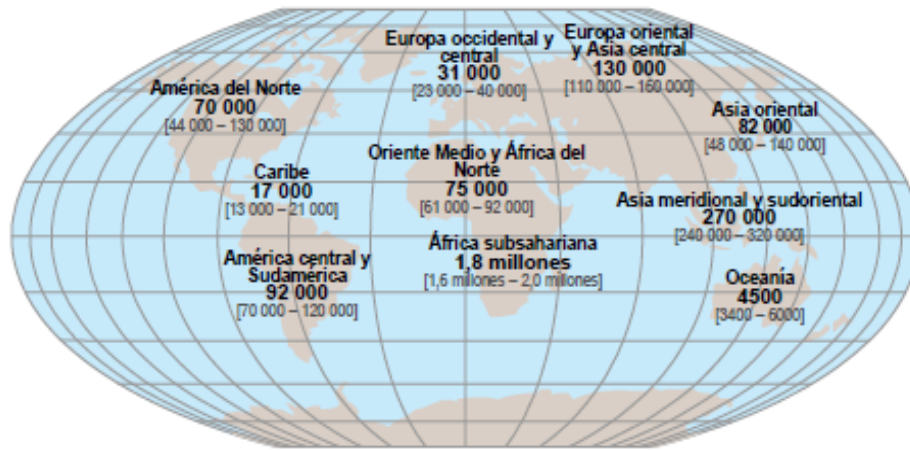
### **2.1.2. Epidemiología del VIH y SIDA en el Mundo**

De acuerdo al Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2010 de ONUSIDA, desde 1999 año considerado como el pico de la epidemia, el número de infecciones a nivel mundial ha disminuido en un 19%. En tal sentido, del estimado de 15 millones de PVV que necesitan tratamiento en los países de ingresos medios y bajos, actualmente 5.2 millones tienen acceso al tratamiento, con la consecuente reducción en el número de muertes por causa del SIDA.

Sólo en el 2009, 1.2 millones de PVV recibieron terapia antirretroviral por primera vez, y en general el número de personas que reciben terapia antirretroviral se ha incrementado en 13 veces. En el mismo año, más de 5 millones de personas de los países de ingresos bajos y medios accedieron a este tratamiento, cifra significativamente mayor a las 700 000 que accedieron al mismo, en el 2004. La expansión en el acceso al tratamiento ha contribuido a reducir en un 19% las muertes de las Personas viviendo con VIH (PVV) entre los años 2004 al 2009.



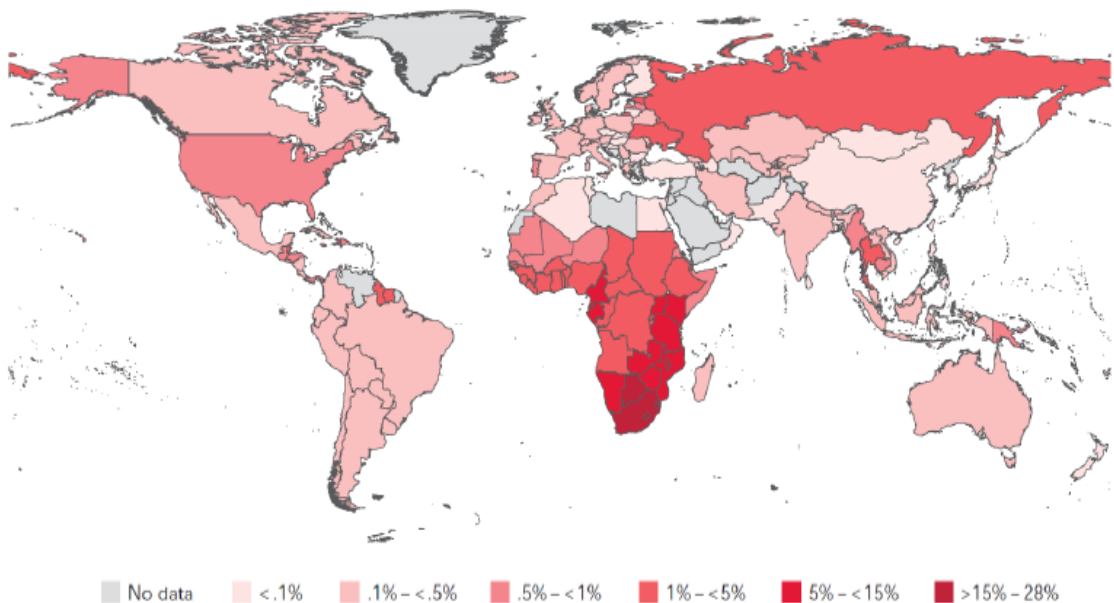
**Gráfico N° 2.1**  
**Número estimado de nuevas infecciones por el VIH - 2009**



**Total: 2,6 millones [2,3 millones - 2,8 millones]**

Fuente: Informe Mundial 2010 sobre el SIDA, ONUSIDA.

**Gráfico N° 2.2**  
**Prevalencia mundial del VIH y SIDA - 2009**



Fuente: Informe Mundial 2010 sobre el SIDA, ONUSIDA.

### 2.1.3. Epidemiología del VIH y SIDA en América Latina

Según datos de ONUSIDA, en América Latina, el total estimado de nuevas infecciones por el VIH en 2008 fue de 170 000 y en consecuencia, el número de personas que viven con el VIH ascendía a 2 millones en el 2009. Según las estimaciones, aproximadamente 77 000 personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA durante el 2008.

La prevalencia regional del VIH es del 0,6%, por lo tanto, la región se caracteriza principalmente por una epidemia de bajo nivel y concentrada. En la región, el número de infecciones por el VIH entre hombres es significativamente más elevado que entre mujeres, debido en gran parte a la predominancia de la transmisión sexual entre hombres. En Perú, el número notificado de casos de SIDA entre varones en 2008 fue casi tres veces más alto que el número registrado entre mujeres.

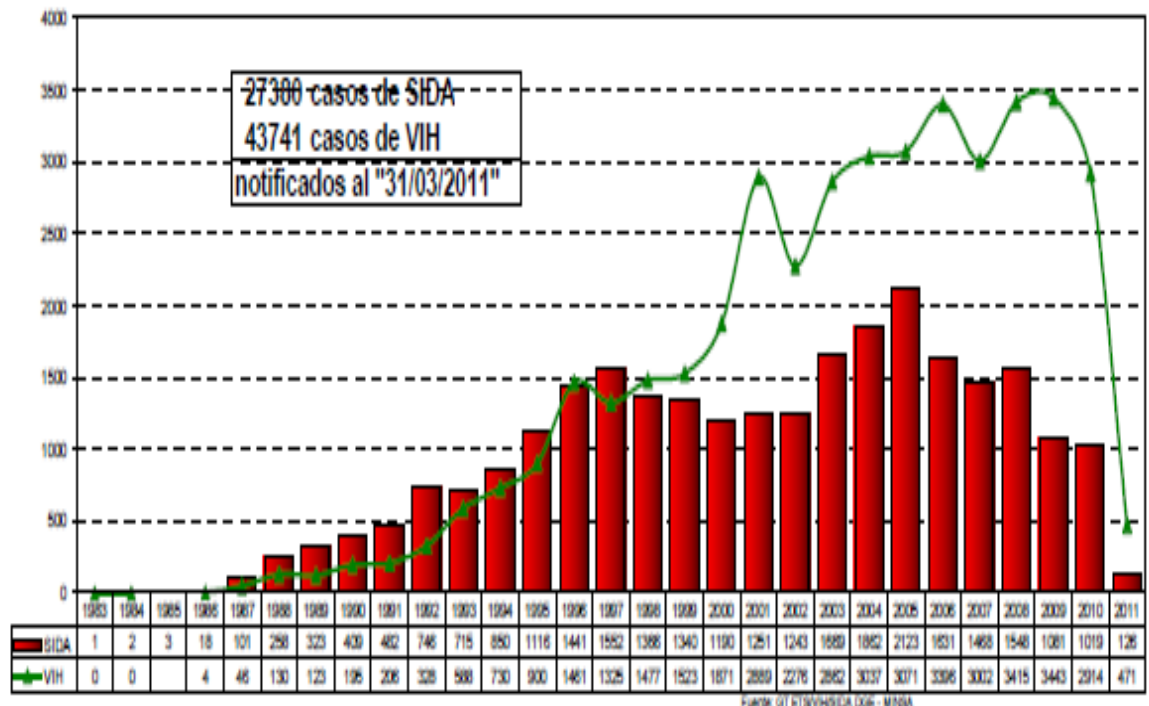
Aun cuando la epidemia de VIH en toda la región se concentra fuertemente entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), profesionales del sexo y usuarios de drogas, sólo una pequeña fracción de los programas de prevención del VIH están orientados a estas poblaciones. La cobertura del tratamiento antirretrovírico en América Latina es superior al promedio mundial (del 54% en 2008) y, en general, es más alto en América del Sur que en América Central.

### 2.1.4 Epidemiología del VIH y Sida en el Perú

El Perú es un país de epidemia concentrada en hombres que tienen sexo con hombres, personas transexuales, trabajadores y trabajadoras sexuales. A marzo del 2011, el Ministerio de Salud - MINSA reporta en sus estadísticas 27.300 casos de SIDA y 43.741 de VIH en Perú.



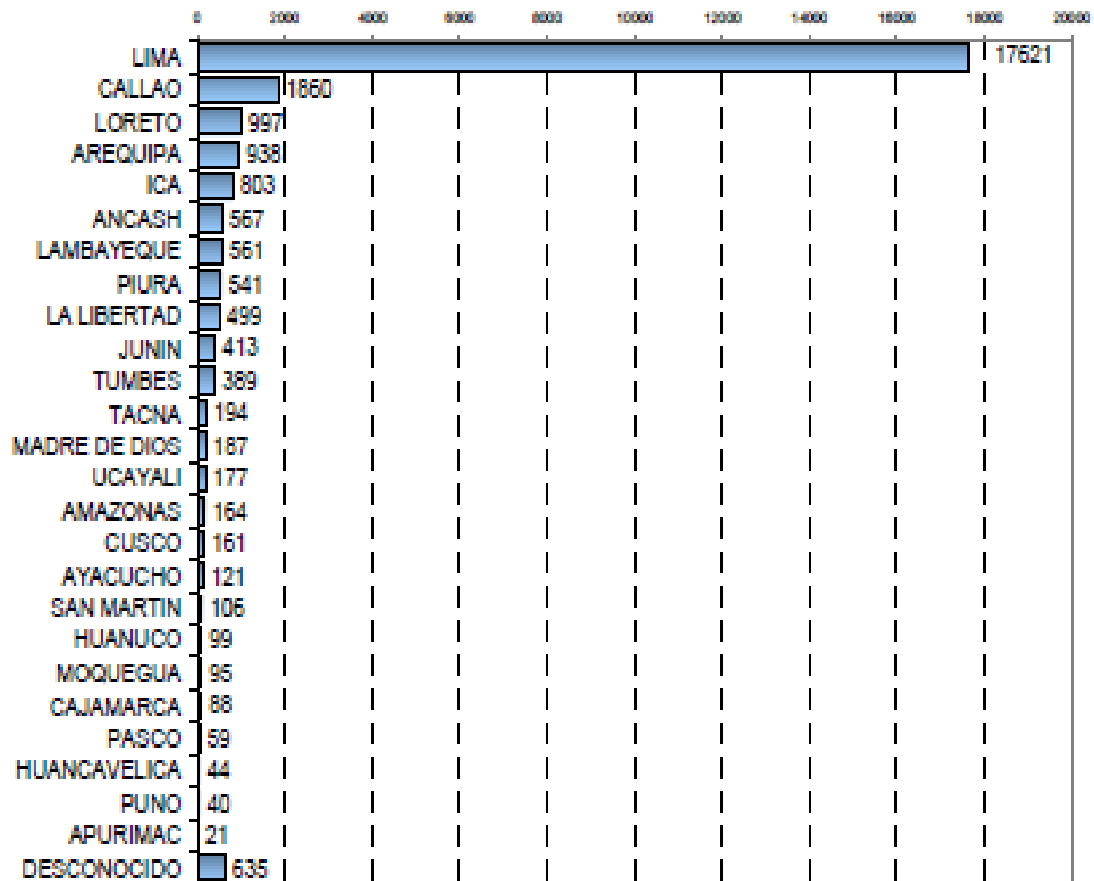
**Gráfico N° 2.3**  
**Casos de VIH y SIDA según año de diagnóstico en Perú**  
**1983 -2011**



Fuente: Ministerio de Salud, Perú - 2011.

La mayoría de los casos con estas enfermedades proceden de las ciudades y departamentos con mayor concentración urbana de la costa y selva peruanas. Lima y Callao concentran el 71% de todos los casos registrados. De todos los casos notificados de SIDA desde el año 1983 a la fecha, el 80% pertenece al sexo masculino y el 20% al sexo femenino. La mayoría de casos de SIDA se concentra entre jóvenes y adultos jóvenes en edad productiva (25 y 35 años). Pese a ello, se ha estimado que solamente el 55% por ciento de ellos cuentan con el acceso al conocimiento, información y educación sobre el VIH y sobre cómo protegerse del riesgo de contraerlo.

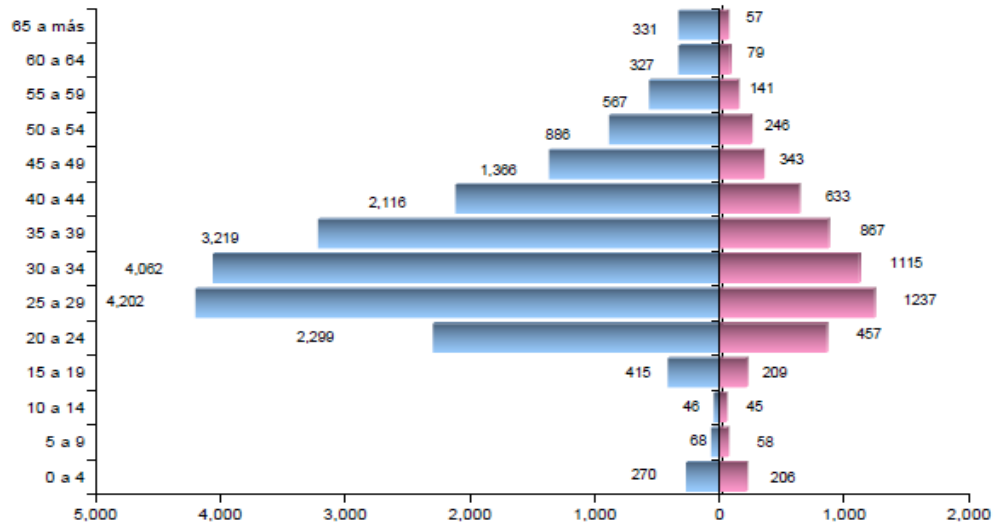
**Gráfico N° 2.4**  
**Distribución de casos de SIDA según regiones del Perú**  
**1983 -2011**



Fuente: Ministerio de Salud, Perú - 2011.

En el año 1986, por cada mujer con la infección había nueve varones infectados, situación que en los años subsiguientes varió significativamente. Actualmente, la razón de infecciones mujer hombre se mantiene estable en el rango de una mujer infectada por cada tres varones con la infección.

**Gráfico N° 2.5**  
**Distribución de casos de SIDA según edad y sexo en el Perú**  
**1983 -2011**



Fuente: Ministerio de Salud, Perú - 2011.

Según el Ministerio de Salud del Perú (año 2011) la prevalencia de VIH entre las mujeres embarazadas es de 0.23%. La cobertura de tratamiento antirretroviral (ARV) en gestantes, según el Informe del MINSA para UNGASS (*United Nations General Assembly Special Session*), era de 64.86% en el año 2007. La forma de transmisión predominante es la transmisión sexual, pues un 97% de los casos registrados se infectan por vía sexual.

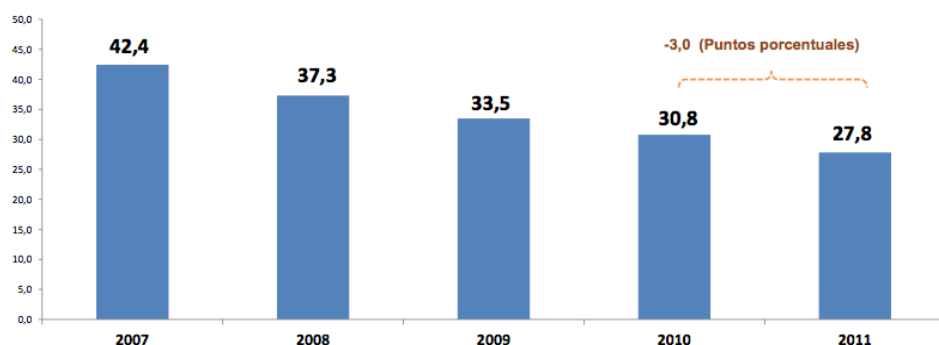
La prevalencia de VIH llega a 10.8% en el grupo de hombres que tienen sexo con otros hombres. La población transexual es la más afectada (diferentes estudios estiman una prevalencia de VIH del 32%). Los y las trabajadores sexuales y sus clientes son también grupos afectados por la epidemia.

### 2.1.5. El contexto socioeconómico en que se desarrolla la respuesta al VIH y SIDA

En los últimos años el país viene mostrando importantes logros a nivel de sus indicadores macroeconómicos, esto es, un significativo crecimiento expresado en una tasa anual promedio entre 6 y 8% cuyo ritmo se mantendrá con pocas variaciones pese al escenario de crisis financiera internacional. No obstante estos logros, lamentablemente en el Perú todavía persisten problemas muy importantes a nivel de la exclusión, pobreza y sus determinantes.

De acuerdo al INEI, se calcula que a nivel nacional existen cerca de 10 millones de personas viviendo en condiciones de pobreza. En el gráfico 2.6 se observa que si bien la tendencia de la incidencia de la pobreza sigue un patrón de reducción, ésta todavía tiene una representación importante, siendo al año 2010 de 30,8% y alcanzando en el 2008 y 2009 37,3% y 33,5% respectivamente.

**Gráfico N° 2.6**  
**Perú: Incidencia de la Pobreza Total, 2007 – 2011**  
(Porcentaje)



**Intervalo de Confianza**

L.I.	41,3	36,1	32,4	29,7	26,8
L.S.	43,6	38,5	34,6	31,9	28,8

Fuente: INEI – Encuesta Nacional de Hogares, 2007 - 2011

La permanencia de la pobreza obedece a que el crecimiento económico ha estado concentrado geográficamente en la costa y en algunas capitales de regiones y en ciertas actividades económico-productivas como las industrias extractivas, infraestructura en general y actividades vinculadas a la agro exportación. De esta forma, hay sectores que todavía no se ven beneficiados con el crecimiento en general experimentado por el país.

Por el contrario, ello ha llevado a acentuar la desigualdad y exclusión entre quienes están menos favorecidos por el desarrollo en el Perú, lo que puede evidenciarse en el Coeficiente de Gini<sup>1</sup> que en el año 2009 fue de 0,434 en el ámbito urbano y 0,409 en el ámbito rural, en tanto que para el año 2010 tuvo una pequeña reducción estableciéndose en 0,42 y 0,41 para los mismos ámbitos, respectivamente. Las diferencias entre las zonas urbana y rural pueden apreciarse también en el gráfico 2.7, que muestra la incidencia de la pobreza extrema según el área de residencia.

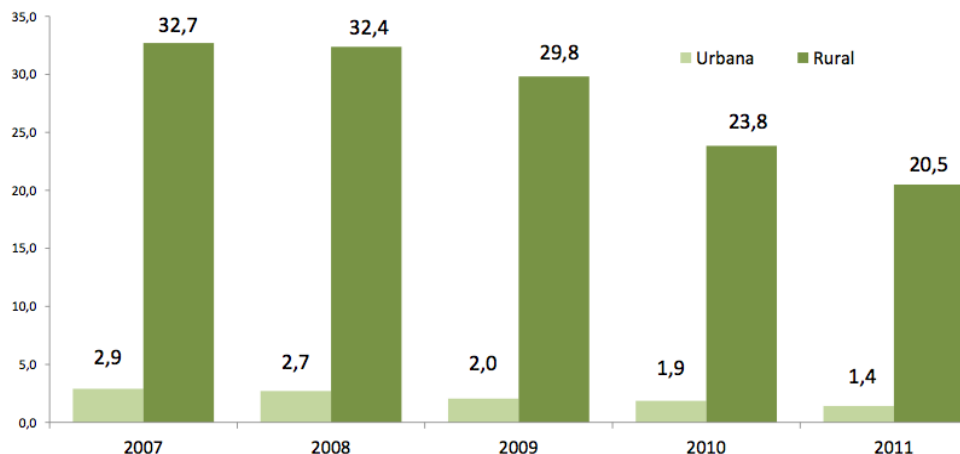
---

<sup>1</sup> El índice de Gini mide el grado en que la distribución de los ingresos (o, en algunos casos, los gastos de consumo) entre individuos u hogares de un sistema económico se desvía con respecto a una distribución en condiciones de perfecta igualdad. El coeficiente va desde el valor 0, que representa igualdad absoluta, hasta el 100, que representa desigualdad absoluta.

Gráfico N° 2.7

### Perú: Incidencia de la Pobreza Extrema por Área de Residencia, 2007 - 2011

(Porcentaje)



Fuente: INEI – Encuesta Nacional de Hogares 2007 - 2011

10

Esta desigualdad se expresa, también, en las barreras para el ejercicio de los derechos relacionados al acceso y la provisión de los servicios públicos como salud, educación, registro de identidad y protección de derechos fundamentales en general, debido a la débil institucionalidad de los gobiernos regionales y locales a cargo de dichos servicios y de la articulación de éstos con el nivel central. Todo esto se traduce en limitaciones para diseñar e implementar políticas públicas efectivas.

Si bien no hay una correlación directa entre pobreza y VIH, los datos de incidencia de la pobreza y desigualdad son motivo de preocupación en términos de la respuesta al VIH, porque expone a quienes viven con el VIH, así como a poblaciones vulnerables a la epidemia, a barreras en el acceso a los servicios y bienes públicos que son necesarios para su control y reversión<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Regiones con ámbitos rurales amazónicas y andinas tienen menos servicios que otras con concentración urbanas más significativas. Son escenarios de inequidad y en consecuencia incrementarán la vulnerabilidad de las personas que viven con VIH o de poblaciones clave en dichos territorios.



Si bien la pobreza no es un factor causal del VIH, este si acentúa las condiciones de pobreza, debido a las condiciones precarias, tanto alimentarias, sanitarias, habitacionales, falta de información, condiciones ambientales negativas, insuficientes medicinas, infraestructura y capacidad resolutive de los establecimientos de salud. Todo lo mencionado configura en la práctica barreras de acceso a servicios de calidad de salud. En territorios donde hay pobreza hay mayor vulnerabilidad y existen también mayores factores de riesgo para contraer el VIH”<sup>3</sup>.

En consecuencia, las condiciones de pobreza e inequidad deben ser atendidas como parte de la política pública de respuesta al VIH y SIDA a fin de reducir las condiciones de vulnerabilidad<sup>4</sup>. Sin embargo, el Informe Nacional de Progresos 2010 (UNGASS) señala que “hasta ahora se ha tomado en cuenta solo aspectos epidemiológicos en la respuesta al VIH y SIDA. Es necesario tomar en cuenta, además, aspectos de vulnerabilidad social como son la exclusión social, el estigma y la discriminación, la violencia y la pobreza y la falta de educación en materia de sexualidad” (pp.122).

## 2.2. POLÍTICAS SOBRE VIH Y SIDA EN EL PERÚ Y EL MUNDO

Los primeros casos del VIH y SIDA en el mundo se notificaron en mayo de 1981, a través del *Center for Disease Control* (CDC), el máximo organismo de vigilancia epidemiológica de los Estados Unidos. Al CDC se reportaron casos de pacientes tratados en hospitales de Los Ángeles, San Francisco y Nueva York por complicaciones poco frecuentes asociadas a deficiencias severas en el sistema inmunológico. Por ello, inicialmente el

<sup>3</sup> OIT. Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. DFID. ONUSIDA. Resultados de la encuesta a personas que viven con el VIH sobre su condición laboral en Lima y Callao

<sup>4</sup> OIT. Oficina Subregional para los países andinos. Resultados de la encuesta a personas que viven con el VIH sobre su condición laboral el Lima y Callao. 2009

gobierno norteamericano la definió como una “epidemia de inmunosupresión”. Como la mayoría de estos casos tenía en común la homosexualidad de los pacientes, se empezó a relacionar la enfermedad y “el estilo de vida” de quienes la adquirían.

No es sino hasta septiembre de 1982 que el CDC de los Estados Unidos empieza a utilizar la denominación *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) que fue traducida al español como SIDA, término que buscaba evitar el estigma y más bien enfatizaba la pérdida de la defensa inmunológica de los enfermos.

A nivel mundial, de los 408 casos que inicialmente se registraron en 1982, se pasó a más de 5,000 en 1983 y a 12,174 en 1984, según datos de la OMS. Para 1987 la OMS había recibido información sobre 44,652 casos de Sida en 99 países de todos los continentes y aunque la mayoría provenía de los Estados Unidos, en poco tiempo el panorama cambió y África pasó a liderar la epidemia.

Al final de los años noventa, los nuevos datos sobre el impacto de la epidemia y un mayor conocimiento de los complejos vínculos causales entre la pobreza, el desarrollo y la enfermedad situaron la problemática del VIH y SIDA en el centro de las cuestiones internacionales de salud pública.

Al mismo tiempo, la comunidad global comenzó a apreciar más en su totalidad la devastación causada por el VIH y SIDA en algunas partes de África, el Caribe y Asia, así como el potencial de dicha enfermedad para generar aún peores consecuencias en caso de arraigarse en las naciones más pobladas del mundo. El precio de los nuevos fármacos, necesarios para salvar la vida de las personas infectadas por el VIH, estaba fuera del alcance del 90% de la población que más los necesitaba. Esto impulsó un movimiento mundial para reducir el coste de los medicamentos básicos,



respaldado por una apelación para que esos artículos fueran considerados bienes públicos y no productos comerciales. Líderes de todo el mundo -en el ámbito del desarrollo, la economía, la salud pública y la comunidad de organizaciones no gubernamentales, representantes de las personas viviendo con VIH, la Organización Mundial de la Salud, el Banco Mundial, ONUSIDA y donantes bilaterales- buscaron la forma de aumentar la inversión global en salud pública para cambiar el curso de esta enfermedad.

El 8 de setiembre del año 2000, en la Cumbre del Milenio llevada a cabo en la Asamblea General de las Naciones Unidas, 189 representantes de igual número de países (entre ellos el Perú), firmaron la Declaración del Milenio, en la que se comprometieron a alcanzar una serie de metas que conforman la agenda integral para el desarrollo hacia el año 2015. Entre los ocho objetivos de desarrollo establecidos se encuentra el objetivo 6 "Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades" al que corresponde la meta 7 "Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA".

En junio de 2001, los países que conforman la Asamblea de las Naciones Unidas se reunieron en el vigésimo sexto período extraordinario y firmaron la Declaración de Compromisos sobre el VIH/SIDA, conocido como UNGASS.

El periodo extraordinario de sesiones sobre el SIDA de la Asamblea General de las Naciones Unidas, celebrado en junio de 2001, concluyó con un compromiso para crear un fondo especial para apoyar esta respuesta, que el G-8 apoyó y ayudó a financiar en su reunión de Génova, en julio de 2001.

Posteriormente, se estableció un grupo de trabajo de transición para desarrollar un marco de trabajo con miras a determinar cómo debería

estructurarse y funcionar el Fondo Mundial de Lucha Contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, de forma ininterrumpida. En enero de 2002 se creó un Secretariado permanente y tan sólo tres meses después, la junta directiva del Fondo Mundial aprobó la primera ronda de subvenciones para 36 países.

Los Instrumentos Internacionales que regulan y protegen el ejercicio de derechos aplicables a las consecuencias de la epidemia del VIH son los siguientes:

- Resolución N° 48/141 de 20 de diciembre 1993 de la Asamblea General de la ONU
- Convención Internacional para la eliminación de la discriminación racial (ICERD 1965-174 EP)
- Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (ICESCR 1966-160 EP)
- Pacto Internacional Derechos Civiles y Políticos (ICCPR 1966-167 EP)
- Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW 1979-187 EP)
- Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes (CAT 1984-149 EP)
- Convención sobre los Derechos del Niño (CRC 1989-193 EP)
- Convención Internacional sobre la protección de todos los trabajadores migratorios y sus familiares (ICRMW 1990-44 EP)
- Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD 2006-103 EP)
- Convención Internacional para la protección de todas las personas contra la desaparición forzada (ICPPED 2006-29 EP)
- El Pacto Internacional para los Derechos Económicos y Sociales (PIDESC), cuya obligación básica es la de adoptar medidas

apropiadas con miras a lograr progresivamente la plena efectividad de los DESC hasta lo máximo de recursos disponibles

- El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP)

### 2.2.1. Políticas y Planes en VIH y SIDA en el Perú

En la Constitución Política del Perú de 1993, en el título I De la Persona y la Sociedad, el capítulo II De los Derechos Sociales y Económicos, artículo 7º, se destaca el derecho de todo ciudadano a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa.

En los artículos subsiguientes 9º, 10º y 11º se reconoce que el Estado protege el derecho a la salud del medio familiar y la comunidad, y también reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, para su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida. En estos artículos se garantiza además el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento

El derecho a la salud está refrendado por la Ley General de Salud (Ley N° 26842), el Título I, Derechos, Deberes y Responsabilidades concernientes a la salud individual y sus respectivos artículos contemplan el derecho de las personas a la salud. Por otro lado, el Perú también ha suscrito a Tratados Internacionales que, de acuerdo al artículo N° 55 de la Constitución Política del Perú, son normas para el país. Esta precisión también concuerda con la Cuarta Disposición final del mismo cuerpo legal que precisa "las normas relativas a los derechos y a las libertades que la constitución reconoce se interpretan de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y con los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por el Perú".

Los Tratados Internacionales que el Perú ha suscrito son:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos, aprobada por Resolución Legislativa N° 13282.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, aprobado por Decreto Ley N° 22129.
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Aprobado por Decreto Ley N° 22128.
- Convención Americana sobre los Derechos Humanos, "Pacto de San José de Costa Rica", aprobado por Decreto Ley N° 22231.
- Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- "Protocolo de San Salvador", aprobado por Resolución Legislativa N° 26448.

Desde el año 1983, en que apareció el primer caso de VIH en el Perú, se han desarrollado una serie de políticas y programas públicos dirigidos a estudiar, diagnosticar, controlar y prevenir el VIH y SIDA en nuestro país. A lo largo de la historia estas políticas enfrentaron desde el desconocimiento total del comportamiento de la enfermedad y sus factores asociados, en sus inicios, hasta el estigma y discriminación hacia los grupos más vulnerables a la enfermedad.

Las primeras políticas y acciones en respuesta al VIH y SIDA estuvieron marcadas, en sus primeros años, por los retos derivados de los misterios biológicos y médicos y del estigma social a grupos e individuos marginalizados de la sociedad.

Al respecto, Marcos Cueto señala que "las políticas sobre el VIH y SIDA, así como la elaboración y el impacto de las mismas, nunca se redujeron a asuntos técnicos sino que implicaron dimensiones humanas como la

resistencia a la adversidad, la enfermedad y la muerte, y un trabajo voluntario muchas veces heroico<sup>5</sup>, producto también de la interacción entre el sector público, las agencias de salud internacionales, las ONG, las universidades y la comunidad en general.

Desde los primeros años de la epidemia, en 1983, hasta 1987, en la primera etapa de la historia de las políticas del VIH y SIDA se crearon hasta dos comisiones y un programa del Estado para abordar el problema. En aquella época el estigma y la discriminación asociados a la epidemia se reflejaban en el abordaje de los medios de comunicación respecto al tema. Asimismo, en la comunidad científica prevalecía un enfoque biomédico de la epidemia. Adicionalmente, se percibía cierta "minimización" del impacto del problema debido a los bajos niveles de incidencia.

En una siguiente etapa, se creó el Programa Especial de Control del SIDA (PECOS), el que se inició en 1988 y culminó en 1996. En dicho periodo se da la aparición de los primeros activistas y voluntarios, así como de los funcionarios especialistas y dedicados al tema, incluyendo el rol activo de la cooperación internacional a través de la OPS. No obstante, el PECOS tuvo una débil respuesta sanitaria, y sus limitaciones respondieron al contexto de crisis económica que vivió nuestro país en dichos años. En 1996 se inició otra etapa con la creación del Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida (PROCETSS), el que contó con mayores recursos, que permitieron la formulación de documentos, normas y procedimientos desde el ente rector. Asimismo, en esta etapa hubo una mayor participación de los investigadores y de las ONG.

De otro lado, si bien en esta etapa se mantuvo el maltrato a las personas que viven con VIH en los establecimientos de salud, cabe resaltar que se

---

5 Cueto, Marcos. "Culpa y Coraje: Historia de las Políticas sobre el VIH/SIDA en el Perú". Lima, Perú. Consorcio de Investigación Económica y Universidad Peruana Cayetano Heredia. Página 11.



incluyeron en las intervenciones “la capacitación de profesionales especializados en Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), la comprensión de las percepciones y prácticas sexuales de los adolescentes, los riesgos físicos y culturales que exponían a las mujeres pobres a la infección, y la elaboración de propuestas que buscaban modificar las conductas de una manera más inteligente y persuasiva”<sup>6</sup>.

En el año 2001 algunas organizaciones de personas que vivían con el VIH habían interpuesto acciones de amparo ante el Poder Judicial ante el problema de la falta de los tratamientos antirretrovirales.

En este contexto y a la luz de la reforma del estado, el Ministerio de Salud inició en el año 2001 una serie de cambios estructurales y normativos orientados a lograr una mayor eficacia y a modificar dos aspectos que serían cruciales para la formulación e implementación de las políticas en la década pasada, la falta de articulación de las intervenciones y la falta de reconocimiento de la participación ciudadana.

En estos años el MINSA implementó una serie de cambios que contribuyeron con el surgimiento de la CONAMUSA, como son: el modelo de atención integral de salud, la participación ciudadana y el diálogo sectorial e intersectorial. Bajo este marco, en el 2001, se desactivó el Programa de Control de ETS y SIDA y sus funciones pasaron al Área de Control de Riesgos y Daños, con la denominación de Componente de ETS y SIDA (CETSS).

Estos cambios obedecieron a la reforma que vivía el Ministerio de Salud que buscaba mejorar las limitaciones que habían tenido los Programas incluido el PROCETSS, los que funcionaban con una lógica vertical.

---

6 Cueto, Marcos. “Culpa y Coraje: Historia de las Políticas sobre el VIH/SIDA en el Perú”. Lima, Perú. Consorcio de Investigación Económica y Universidad Peruana Cayetano Heredia. Página 21.

El diseño, planificación y programación se realizaba desde el nivel central y se impartía directivas a nivel nacional, trabajando de manera aislada de las demás dependencias del MINSA como promoción de la salud, epidemiología, comunicación e informática.

En el año 2004, el MINSA institucionaliza las Estrategias Sanitarias Nacionales<sup>7</sup> como un paso intermedio para su integración al MAIS, una de ellas fue la Estrategia Sanitaria Nacional (ESN) de prevención y control de infecciones de transmisión sexual y VIH y SIDA. En su norma de creación se estableció que las estrategias tendrían dos tipos de comités: un Comité Técnico Permanente, integrado por funcionarios del MINSA, y un Comité Consultivo, integrado por representantes de instituciones académicas, cooperación internacional, ONG y organizaciones de personas con VIH.

A partir del año 2002, con la creación del Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, se da impulso a la conformación de la Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud, cuya conformación atiende las necesidades de asocio público-privado planteadas desde el Fondo Mundial y dan forma a las iniciativas de diálogo social desde la sociedad civil.

Más adelante, en el año 2006 el Perú diseñó y consensuó el Plan Estratégico Multisectorial de Prevención y Control de ITS y VIH y SIDA 2007 – 2011 (PEM). Este Plan Estratégico fue diseñado por el Ministerio de Salud y la CONAMUSA, con la participación de diversos sectores del Estado, de la sociedad civil y de las personas afectadas por el VIH. Fue aprobado con el Decreto Supremo (Mayo 2007).

---

<sup>7</sup> Resolución Ministerial 771-2004/MINSA del 27 de julio del 2004.

### 2.2.2. Acceso a Tratamiento

En el periodo 2001-2005 se dio el mayor adelanto en la respuesta nacional contra el VIH y SIDA en el campo del acceso a tratamiento con antirretrovirales, universal y con medicamentos gratuitos.

Antes del 2004, como antecedente de entrega de tratamiento antirretroviral desde el MINSA, se puede citar los 35 tratamientos a recién nacidos de madres que vivían con VIH, dirigidos fundamentalmente a controlar la transmisión vertical.

Para el año 2002 se estimaba que 9 mil personas necesitaban tratamiento con ARV y que sólo el 25% accedía a él, tomando en cuenta los beneficiarios del Seguro Social, de las Fuerzas Armadas y Policiales y de la ONG *Aids for Aids* que brindaban tratamiento. Es en mayo del 2004 que la Estrategia Sanitaria Nacional inicia el Programa TARGA (Programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad) con el apoyo financiero del Fondo Mundial. Los tratamientos del MINSA se iniciaron en cinco hospitales de las ciudades de Lima y Callao que concentran la mayor prevalencia de VIH y SIDA.

La oferta se fue extendiendo en el espacio nacional, hasta llegar a 54 servicios de salud públicos y tres ONG: Vía Libre, Impacta y Hogar San Camilo. De otro lado, el reporte UNGASS elaborado por el país en el 2011, muestra las siguientes cifras en relación al tratamiento:



**Tabla N° 2.1**  
**Porcentaje de Personas que viven con VIH y reciben Terapia**  
**Perú – Años 2006, 2008 y 2010**

Indicador	Fuente	2006		2008		2010	
		N	%	N	%	N	%
Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe terapia antirretrovírica	Hoja de monitoreo ARV-ESNITSS-MINSA 2008 y 2009. En 2009 se han incluido datos de ESSALUD	6298	SD	10367/12080	85.8%	2008 10,232/ 12,970	2008 79%
Porcentaje de casos estimados de coinfección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH	Hoja de Monitoreo ARV ESNITSS –MINSA Enero-Diciembre 2009	-	SD	a.93/1209 b.93/839	a.7.7% b.11.0%	529/750	70%
Porcentaje de adultos y niños con el VIH que sigue con vida y se tiene constancia de que continúa en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia antirretrovírica	Hoja de Monitoreo ARV ESNITSS –MINSA Enero-Diciembre 2009	1069/1176	90.90%	(2014/2356)	85.4%	344/422 (Niños)	81.52%
						8,487/9,810 (adultos)	86.51%

Fuente: Peru 2010 Country Report, UNGASS

### 2.2.3 Prevención

Existe en la normatividad, desde 1997, el acceso a la prueba de ELISA en forma voluntaria en los servicios de salud del MINSA. Estableciéndose que debe estar acompañada por consejería pretest y postest.

Sin embargo, la voluntariedad de la prueba se cuestiona cotidianamente cuando se solicita pruebas como requisitos para ingresar a un trabajo o para continuar laborando.

Desde 1997 el PROCETSS (hoy Estrategia Sanitaria Nacional) estableció un sistema de Atención Médica Periódica-AMP sistemática para los y las

trabajadoras sexuales con el objetivo de realizar de manera precoz la detección, atención oportuna y tratamiento adecuado de las infecciones de Transmisión Sexual y VIH y SIDA. Durante el año 2005 la directiva de AMP se encontró en curso de aprobación, buscando institucionalizar una práctica desarrollada con anterioridad. La directiva contempla un ELISA cada seis meses con consejería y consentimiento firmado a población de trabajadoras y trabajadores sexuales.

La AMP debe realizarse en los Centros de Referencia de ETS (CERETS) o en las Unidades de Atención Médica Periódica (UAMP), contándose a nivel nacional con 34 establecimientos, ubicados en 22 Direcciones de Salud (DISAS), 24 CERETS y 10 UAMP. Esta estrategia se apoya en la Estrategia de Promotores Educadores de Pares y logra tener en su cobertura a HSH trabajadores sexuales y trabajadoras sexuales insertados en zonas de comercio.

Al año 2008 se reportó un incremento en 14.9% en la aplicación de los antirretrovirales (ARV) a las gestantes. Pese a ello, se señala que habría un 44% de gestantes infectadas que no tienen acceso a este tratamiento. Respecto a la prevención de la transmisión vertical, el último reporte UNGASS del año 2011 muestra lo siguiente:

**Tabla N° 2.2**  
**Prevención de la Transmisión Vertical del VIH Perú. Años 2006, 2008 y 2010**

Indicador	Fuente	2006		2008		2010	
		N	%	N	%	N	%
Porcentaje de embarazadas seropositivas que recibe fármacos antirretroviricos para reducir el riesgo de transmisión materno infantil	ESNITSS – Enero-Diciembre 2009. Estimaciones SPECTRUM	161/339	47.7%	365/872	Proxy: 41.8%	550/982	56.0%

Fuente: *Peru 2010 Country Report, UNGASS*

Respecto a la población más expuesta al VIH (Personas privadas de su libertad, hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores sexuales, etc.) las cifras del último Reporte UNGASS señalan que las trabajadoras sexuales tendrían una práctica más difundida de realización de pruebas diagnósticas.

**Tabla N° 2.3**  
**Pruebas diagnósticas para detectar VIH en poblaciones más expuestas Perú – Años 2006, 2008 y 2010**

Indicador	Fuente	2006		2008		2010	
		N	%	N	%	N	%
Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	ENDES 2008 Mujeres, ENDES 2008 Varones (INEI)	HSH-1857/3228	HSH-57.5%	HSH-843/4090	HSH:20.6%	11/20 (Mujeres)	55.0%
		PPL-1483/8600	PPL-17.2%	25:494/1977	<25:16.5% >25:24.9% TS: 54.3%	3/49 (Varones)	6.1%
Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegaron los programas de prevención del VIH		HSH-2151/3280	HSH-65.5%	HSH – 2274/4168	HSH:44.5%	SD	SD
		TS-22051/56000	HSH-18% (condón) TS-39.3% TS-16.7%(condón)	<25:895/2170 >25:958/1998	<25:41.2% >25:47.5% TS 80.3% <25:77.3% >25:90.6% indicadores proxy		

Fuente: Perú 2010 Country Report, UNGASS

Sobre el manejo de información y los mensajes de prevención, los contenidos de la prevención masiva en medios y programas escolares dirigidos a población general se basan en dos ideas fuerza la abstinencia y el uso de condón.

### 2.2.4 Derechos Humanos

El país cuenta con un marco normativo amplio para la protección de los Derechos Humanos de las Personas Viviendo con VIH (PVV ) y es la Ley N° 26626 y la Ley modificatoria N° 28243, el marco normativo específico. Al incorporarse el acceso a tratamiento, la respuesta nacional avanza significativamente en la protección de los derechos humanos de las PVV

sin embargo podemos anotar como dificultades el que aún existan limitaciones para el acceso a la información científica, oportuna y adecuada sobre derechos, prevención, tratamientos; considerando un acceso a información no sentenciosa, ni parcial, que aborde toda la gama de comportamientos riesgo de reinfección, reproducción y sexualidad saludables.

Si bien el acceso a tratamiento ha sido el principal avance en los últimos 5 años, las barreras económicas, sociales y culturales a este acceso son aún preocupaciones actuales. El costo de los exámenes, los procesos de desabastecimiento, la persistencia del estigma y la discriminación hacia las poblaciones vulnerables y las PVV resultan los principales obstáculos.

La lucha contra la discriminación en los servicios de salud, la discriminación en el trabajo, la discriminación en la escuela, empiezan a ser parte de la agenda del gobierno, incluyendo a la Estrategia Sanitaria Nacional y a otros sectores comprometidos, como el Ministerio de Trabajo, el Ministerio de Justicia y el Ministerio de Educación.

Las normas y leyes que constituyen la base legal de derechos humanos en el país en el ámbito del VIH y SIDA son:

- La Constitución Política del Perú, Artículo 2, Inciso 2. Establece que Toda persona tiene derecho a la igualdad ante la ley y que además nadie debe ser discriminado por motivo de origen, raza, sexo, idioma, religión, opinión, Condición económica o de cualquier otra índole.
- La Ley N° 26626 CONTRASIDA.
- La Ley 28867, que modifica el Art. 323 del Código Penal 2006 en materia de discriminación, redefine y amplía el delito de discriminación, sancionando con pena privativa de libertad la comisión de este delito.

- Plan Nacional de Derechos Humanos 2005 que establece en su Lineamiento Estratégico 4to., la implementación de políticas afirmativas a favor de los derechos de la población con mayor vulnerabilidad, creando condiciones de trato igualitario y sin discriminación. En su 8vo Objetivo, determina la necesidad de “garantizar los derechos de personas con VIH y SIDA”.
- Decreto Legislativo 728. Ley de Productividad y Competitividad Laboral, Decreto Supremo 003-97-TR (1991). Garantiza el acceso a los puestos de trabajo en igualdad de oportunidades y protege a los trabajadores y trabajadoras contra los actos de discriminación que se configuren como hostigamiento o despido.
- Ley 28806. Decreto Supremo 019-2006-TR. Ley General de Inspección del Trabajo, que prohíbe las conductas discriminatorias en toda la relación laboral, señalando que constituyen una “infracción muy grave”.
- La Ley 26626 y su modificatoria 28243, que establecen la confidencialidad del diagnóstico y la gratuidad de la atención integral incluyendo el tratamiento antirretroviral.
- La Ley 27270, que define el concepto de discriminación como: “la anulación o alteración de la igualdad de oportunidades o trato (...) que impliquen un trato diferenciado basado en motivos de raza, sexo, religión, opinión, origen social, condición económica, estado civil, edad o de cualquier otra índole.
- Ley 28983 de Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres.
- Ley 29819 que modifica el artículo 107 del Código Penal incorporando la figura de feminicidio, aprobada por el Congreso (2011). Ley que precisa que el que, a sabiendas, mata a su ascendiente, descendiente, natural o adoptivo, o a quien es o ha sido su cónyuge o conviviente, o con quien esté sosteniendo o haya sostenido una relación análoga, será reprimido con pena



privativa de libertad no menor de 15 años, la norma agrega que la pena privativa de libertad será no menor de 25 años, cuando concurra cualquiera de las circunstancias agravantes previstas en el artículo 108, referido al homicidio.

No obstante estos avances notables aún existe una brecha por cubrir para evitar la discriminación y el estigma. Así, de acuerdo a la Defensoría del Pueblo durante los años 2009 y 2010 se atendieron un total de 125 y 247 casos relacionados al tema VIH, respectivamente, de los cuales 173 correspondieron a quejas por presunta vulneración de derechos<sup>8</sup>.

De esas quejas, 22 estuvieron dirigidas contra establecimientos de salud bajo la rectoría del MINSA, debido principalmente a incumplimiento de obligaciones por parte de profesionales de la salud (53 quejas), discriminación y malos tratos (40 quejas), deficiente o inadecuada prestación del servicio (26 quejas), y desabastecimiento de antirretrovirales (25 quejas).

En tal sentido, el informe de la Defensoría del Pueblo (2011) señala que "la incorporación de la perspectiva de derechos sigue siendo un tema pendiente y de gran importancia en la respuesta a la epidemia del VIH. Si no se toma en cuenta aquellos aspectos que actúan como determinantes de la vulnerabilidad frente al VIH, dentro de los cuales destacan el estigma y la discriminación, no será posible garantizar el ejercicio de los derechos de las personas con VIH y de las poblaciones más afectadas por la epidemia, lo cual, a su vez, tendrá repercusión en el avance de la epidemia"<sup>9</sup>.

---

<sup>8</sup> Defensoría del Pueblo. Fortaleciendo la respuesta frente a la epidemia del VIH/sida: Segunda supervisión de los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH/SIDA. Lima 2011. Pág. 17

<sup>9</sup> IDEM Pág. 100

## 2.2.5 Plan Estratégico Nacional Multisectorial de respuesta al VIH y SIDA 2007–2011

Como una manera de orientar y ordenar los esfuerzos de los actores, en torno a objetivos medibles, se diseñó un Plan Estratégico Nacional Multisectorial 2007–2011 (PEM), que fue aprobado por el Decreto Supremo No 005-2007-SA., este tuvo por finalidad orientar y articular acciones en el marco de la respuesta al VIH en el Perú.

Conforme se indica en el Informe Nacional Sobre los Progresos Realizados en el País (Informe Nacional de Progresos 2012), diversas entidades públicas, entre ellas los sectores y las entidades adscritas a ellos, como el Ministerio de Educación, el Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Justicia, entre otros, han mostrado distintos niveles de involucramiento en la respuesta en el marco de lo que les permite su rol, sus leyes orgánicas y lo que señalan sus instrumentos de gestión de más alta naturaleza.

Entre sus instrumentos de gestión estas sus Planes Estratégicos Sectoriales Multianuales (PESEM), Planes Estratégicos Institucionales (PEI), Planes Operativos Institucionales (POI) y Presupuestos Institucionales<sup>10</sup> y lo que determina la función de gobierno en la cual están insertos<sup>11</sup>.

---

<sup>10</sup> Según la Ley No 28411. Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto, Las Entidades, para la elaboración de sus Planes Operativos Institucionales y Presupuestos Institucionales, deben tomar en cuenta su Plan Estratégico Institucional (PEI) que debe ser concordante con el Plan Estratégico de Desarrollo Nacional (PEDN), los Planes Estratégicos Sectoriales Multianuales (PESEM), los Planes de Desarrollo Regional Concertados (PDRC), y los Planes de Desarrollo Local Concertados (PDLC), según sea el caso.

<sup>11</sup> En el Estado peruano las funciones de gobierno están organizadas de la siguiente manera: 01 Legislativa, 02 Relaciones exteriores, 03 Planeamiento, gestión y reserva de contingencia, 04 Defensa y Seguridad Nacional, 05 Orden Público y Seguridad, 06 Justicia, 07 Trabajo, 08 Comercio, 09 Turismo, 10 Agropecuaria, 11 Pesca, 12 Energía, 13 Minería, 14 Industria, 15 Transporte, 16 Comunicaciones, 17 Ambiente, 18 Saneamiento, 19 Vivienda y Desarrollo Urbano, 20 Salud, 21 Cultura y deporte, 22 Educación, 23 Protección social, 24 Previsión social, y 25 Deuda pública.

El Plan Estratégico Nacional Multisectorial 2007–2011 (PEM) se propuso lograr nueve objetivos estratégicos:

- Objetivo estratégico 1. Reducir en 50% el número de nuevos casos de VIH y en 50% la prevalencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) en poblaciones de Hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadores sexuales (TS), y personas privadas de su libertad (PPL) al año 2011.
- Objetivo estratégico 2. Reducir en 50% la prevalencia de ITS en la población general al 2011
- Objetivo estratégico 3. Promover la prevención de ITS/VIH, la educación sexual, estilos de vida y conductas sexuales saludables en adolescentes y jóvenes.
- Objetivo estratégico 4. Reducir la transmisión vertical a menos del 2% al 2011
- Objetivo estratégico 5. Garantizar 100% de tamizaje de paquetes sanguíneos al 2011
- Objetivo estratégico 6. Alcanzar un 90% de acceso de las personas viviendo con VIH y SIDA (PVVS), adultos y niños, a una atención integral y de calidad
- Objetivo estratégico 7. Promover un entorno político, social y legal favorable para el abordaje integral del VIH y SIDA y la diversidad sexual desde una perspectiva de derechos humanos, con la participación de las comunidades con mayor prevalencia (HSH, TS y PPL) y las Personas viviendo con VIH (PVV.)
- Objetivo estratégico 8. Asegurar una respuesta multisectorial amplia y articulada para el desarrollo intersectorial e interinstitucional de actividades conjuntas para la prevención y control de las ITS y el VIH/SIDA.
- Objetivo estratégico 9. Fortalecer los sistemas de información y establecer un sistema de monitoreo y evaluación para permitir la toma de decisiones oportuna y la medición de los logros obtenidos.



El Informe nacional sobre los progresos realizados en el país - Informe Nacional de Progresos 2012<sup>12</sup> así como también el Análisis y Lecciones del Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 (Alarcón, 2011) destacan como logros alcanzados lo siguiente:

La continuidad de la estrategia de Promotores Educadores de Pares (PEPs) de TGB/HSH y TS, el que se haya continuado también con la Atención Médica Periódica (AMP), y que los Centros de Referencia de ITS y VIH (CERITS) y Unidades de atención médica periódica (UAMP) estén activos en diversas zonas del país. Sobre estos elementos, Lobón, Alfaro y Flores<sup>13</sup>, (2011), en la evaluación que realizan al PEM 2007 – 2011, dan un gran aporte haciendo llegar varias sugerencias.

Estos autores agregan que es positivo que las Unidades de Atención Médica Periódica incluyan ahora servicios de consejería y despistaje y tratamiento de ITS de HSH y TS. Destacan también el incremento de la cobertura de tamizaje de VIH y sífilis en gestantes y disminución de la transmisión vertical.

Se destaca también que al cierre del PEM 2007 – 2011 se disponga de más acceso a nuevas tecnologías para el diagnóstico y monitoreo de la resistencia de los antirretrovirales (ARV), que se hayan implementado pruebas de monitoreo a personas con VIH y que se haya logrado normar el tratamiento antirretroviral gratuito en el Perú (cuya cobertura en el año 2009 alcanzaba el 73.1%), así como la universalización del tamizaje de las gestantes y el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA.)

---

<sup>12</sup> MINSA. Informe Nacional Sobre los Progresos Realizados en el País. UNGAS 2012.

<sup>13</sup> MINSA. Lobón Ramos, Irma. Alfaro Fernández, Paul. Flores Arroyo, Guiselly. Evaluación del Plan Estratégico Multisectorial VIH/SIDA 2007 – 2011.

Tanto el Informe Nacional Sobre los Progresos Realizados en el País, Informe Nacional de Progresos 2012<sup>14</sup> así como también el Análisis y Lecciones del Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011, consideran de manera positiva también que la Atención Médica Periódica (AMP) haya continuado ofreciéndose de manera sistemática y que los Centros de Referencia de ITS y VIH (CERITS) estén activos en diversas zonas del país.

En los ámbitos regionales se destaca que doce gobiernos regionales con el apoyo de las comunidades organizadas formularon Planes Estratégicos Regionales Multisectoriales (PERM) que orientan las respuestas a las ITS y VIH en sus espacios jurisdiccionales.

En este ámbito se han generado ordenanzas contra la discriminación que afecta a las poblaciones más vulnerables y revelan avances en una mejor comprensión del enfoque de derechos que debe estar a la base de las medidas para mitigar y revertir la epidemia. En esa perspectiva, incluso algunos gobiernos regionales y municipalidades han instalado a iniciativa propia nuevos CERITS y UAMP.

Es importante señalar que se ha contado con el importante apoyo de la cooperación externa, principalmente a través de los recursos captados por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.

Asimismo, se resalta la inclusión de las actividades de prevención y control de las ITS y VIH en el Programa estratégico Presupuesto Por Resultados TBC/VIH-SIDA del MINSa.

En el Informe Nacional de Progresos 2012, se señala que se debe afrontar el frecuente desabastecimiento de condones, lubricantes e

---

<sup>14</sup> MINSa. Informe Nacional Sobre los Progresos Realizados en el País. UNGAS 2012.

insumos para prevención en TGB/HSB y TS, pero también de medicamentos para las personas que reciben tratamiento.

De otro lado, los establecimientos de salud han continuado mostrando problemas de desabastecimiento durante el periodo 2009-2010 (Informe Defensoría del Pueblo 2011) incluyendo medicamentos empleados en la terapia triple a gestantes<sup>15</sup>. Adicionalmente, existen dificultades para atender a niños, niñas y adolescentes con VIH, y algunos episodios de discriminación y maltrato en los centros de salud, que no se ha logrado eliminar.

## **2.3. LA CONAMUSA Y LA RESPUESTA AL VIH Y SIDA EN EL PERÚ**

### **2.3.1. El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria**

El Fondo Mundial es una sociedad pública y privada dedicada a atraer y desembolsar recursos adicionales para la prevención y el tratamiento del VIH y SIDA, la tuberculosis y la malaria. Esta asociación entre gobiernos, la sociedad civil, el sector privado y las comunidades afectadas representa un nuevo enfoque al financiamiento de salud internacional. El Fondo Mundial trabaja en estrecha colaboración con otras organizaciones bilaterales y multilaterales para sumar esfuerzos contra las tres enfermedades.

El Fondo Mundial no sólo apoya intervenciones específicas a las enfermedades sino que también permite que los países fortalezcan sus sistemas de salud a través de la mejora de la infraestructura y del entrenamiento al personal que asiste en la entrega de servicios.

---

<sup>15</sup> El Informe de la segunda supervisión de los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH y SIDA señala que el 24% de los establecimientos visitados refirió haber registrado problemas de desabastecimiento de medicamentos empleados en la terapia triple a gestantes durante los años 2009 y 2010. Defensoría del Pueblo.

El Fondo Mundial estima que provee anualmente un 57% de todo el financiamiento internacional contra la tuberculosis, el 60% contra la malaria, y el 23% de todo el financiamiento contra el VIH. Otorga y administra subvenciones basándose en estrictos estándares y requiere que los programas cumplan con objetivos específicos durante el tiempo de su duración.

El financiamiento está estrechamente vinculado a la obtención de resultados lo que le asegura fondos a los programas con un buen rendimiento. Asimismo se ha comprometido a trabajar en conjunto para ampliar la lucha contra estas enfermedades, cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y hacer realidad su visión de un mundo libre de las cargas del SIDA, la tuberculosis y la malaria. El Fondo Mundial adjudica subvenciones a través de un sistema basado en rondas. Por lo general una vez al año alrededor del primero de marzo se hace una convocatoria con fecha de cierre posterior de tres meses.

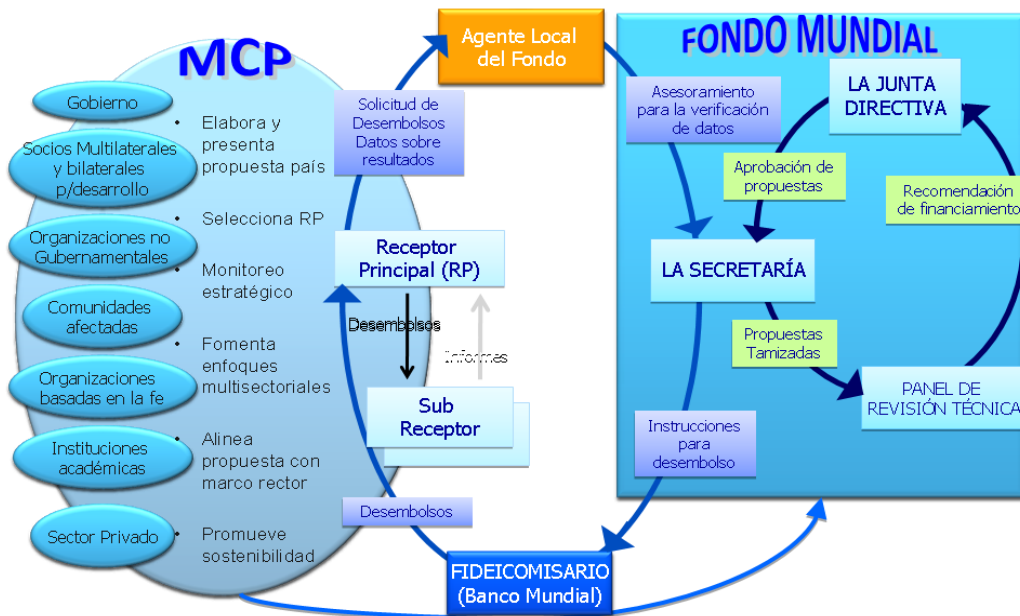
A octubre de 2012, el Fondo Mundial había emitido diez convocatorias para financiar propuestas en favor de la lucha contra el VIH y SIDA la tuberculosis y la malaria. Uno de los preceptos más importantes del Fondo Mundial es el concepto de propiedad nacional, en otras palabras, el rol del Fondo Mundial es apoyar a cada país para que este determine sus prioridades, estrategias y acciones a seguir.

Por esta razón, el Fondo Mundial trabaja únicamente a nivel nacional y gubernamental en lugar de asociarse directamente con caridades individuales, organizaciones o agencias.

En cada país el Fondo Mundial trabaja con un asociado nacional conocido como el Mecanismo de Coordinación del País (MCP) este asociado es una reunión de todas las partes interesadas, que incluye representantes de todos los sectores involucrados en la lucha contra las tres enfermedades, el gobierno, fundaciones, agencias bilaterales y multilaterales, organizaciones no gubernamentales, organizaciones religiosas, el sector académico y el sector privado.

El Mecanismo de Coordinación del País debe además, incluir un representante de las comunidades que viven con, o son afectados por las tres enfermedades. Este grupo asume la responsabilidad de enviar una propuesta nacional en la lucha contra una o más de las tres enfermedades al Fondo Mundial.

**Gráfico N° 2.8**  
**Estructuras del Fondo Mundial**



Fuente: Elaboración propia



### 2.3.2. Conformación de la CONAMUSA

El Ministerio de Salud respondió a la primera convocatoria de financiamiento del Fondo Mundial en el año 2001 enviando una propuesta, pero el proyecto fue rechazado porque no se cumplía con el requisito exigido por la entidad financiadora, de contar con un Mecanismo de Coordinación del País que agrupe a los diferentes actores públicos y privados. Paralelamente, las ONG que trabajaban el tema de SIDA evaluaron la posibilidad de elaborar una propuesta de manera conjunta con el MINSA, pero esta idea no se concretó porque el MINSA ya había elaborado una propuesta de manera individual.

Luego de ese fracaso, a inicios del año 2002, el Ministerio de Salud decide responder a la segunda convocatoria del Fondo Mundial (Ronda 2) para lo cual nombra una comisión, la cual recomienda la formulación de una propuesta con la participación de actores clave (públicos y privados) involucrados en la lucha contra el VIH y SIDA, tuberculosis y malaria. Además, se recomienda la formación del MCP, requisito del Fondo Mundial para la aprobación de los fondos. A fines de Julio del 2002, el Ministerio de Salud convocó a un grupo de organizaciones que trabajaban los temas de VIH y SIDA, tuberculosis y malaria, con el objeto de establecer el Mecanismo de Coordinación del País, exigido por el Fondo Mundial, a fin de aplicar a la segunda ronda de financiamiento.

Después de dicho evento, el MINSA convocó a una segunda reunión de instalación de la CONAMUSA, que se llevó a cabo el 8 de agosto del 2002 en ONUSIDA y fue presidida por el Viceministro de Salud. A esta reunión fueron invitados los representantes de seis sectores del Estado (salud, educación, mujer y desarrollo social, justicia, defensa y trabajo), organismos no gubernamentales que trabajaban el tema de VIH y SIDA, tuberculosis y malaria, personas viviendo con VIH y SIDA, personas



afectadas de tuberculosis, iglesias, agencias de cooperación multilateral y universidades.

Los participantes nombraron a 27 personas, representantes de los diferentes sectores, para integrar el MCP. Unos días después, el 12 de agosto del 2002 se realizó la primera Asamblea General de la CONAMUSA, en la que se estableció la Secretaría Ejecutiva integrada por el Coordinador del Programa de Tuberculosis, Socios En Salud, Red SIDA, Asociación de Enfermos de Tuberculosis, la Coordinadora Peruana de Personas Viviendo con VIH " Peruanos Positivos" y ONUSIDA, como representante de las agencias internacionales.

El nombre del MCP fue decidido posteriormente en la reunión del 26 de agosto, eligiendo el de Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud, inspirada en las ideas iniciales de la Red SIDA.

El nombre propuesto fue aceptado ampliamente por los representantes de las organizaciones que trabajan VIH y tuberculosis. Después de constituida la CONAMUSA, la primera tarea fue formular una nueva propuesta para ser presentada al Fondo Mundial en la Ronda 2, y desde esa fecha a la actualidad se viene desarrollando una dinámica muy interesante pero a la vez desafiante por la necesidad del trabajo coordinado y conjunto entre la sociedad civil y el Estado, para la formulación de intervenciones que respondan efectivamente a la epidemia del SIDA.

El año 2006, el Ministerio de Salud y CONAMUSA, con la participación de diversos sectores del Estado, de la sociedad civil y de las personas afectadas por el VIH, diseñaron y consensuaron el Plan Estratégico Multisectorial de Prevención y Control de ITS y VIH y SIDA 2007 – 2011.

La Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud (CONAMUSA) es el mecanismo de coordinación de país al que se refieren las estructuras

básicas del Fondo Mundial. De acuerdo con su Decreto Supremo de creación (DS 007-2004-SA), la CONAMUSA funciona como un foro para promover la participación de distintas entidades públicas, representantes de la cooperación internacional, de las organizaciones no gubernamentales, de las organizaciones religiosas, de las personas afectadas por esos daños, y de otros representantes del sector privado.

Desde su creación, el Perú ha logrado captar más de 59 millones de dólares otorgados mediante procesos competitivos por el Fondo Mundial para el SIDA, Tuberculosis y Malaria, destinados a apoyar la respuesta nacional al VIH y la implementación del Plan Estratégico Multisectorial.

El Ministerio de Salud y la CONAMUSA conducen la ejecución de estos recursos, cuyo logro más importante ha sido el escalamiento de la cobertura de tratamiento antirretroviral gratuito para más de 10,000 personas en fase avanzada de VIH. Así, la CONAMUSA se constituye en el mecanismo coordinador de las propuestas país, encargado además de monitorear la implementación de las actividades de los programas aprobados por el Fondo Mundial. La ejecución de dichos programas se hace a través del Receptor Principal, el que administra los fondos, bajo la supervisión de la CONAMUSA.

### **2.3.3. Marco Legal de la CONAMUSA**

Los documentos que dan el marco legal al funcionamiento de la CONAMUSA son:

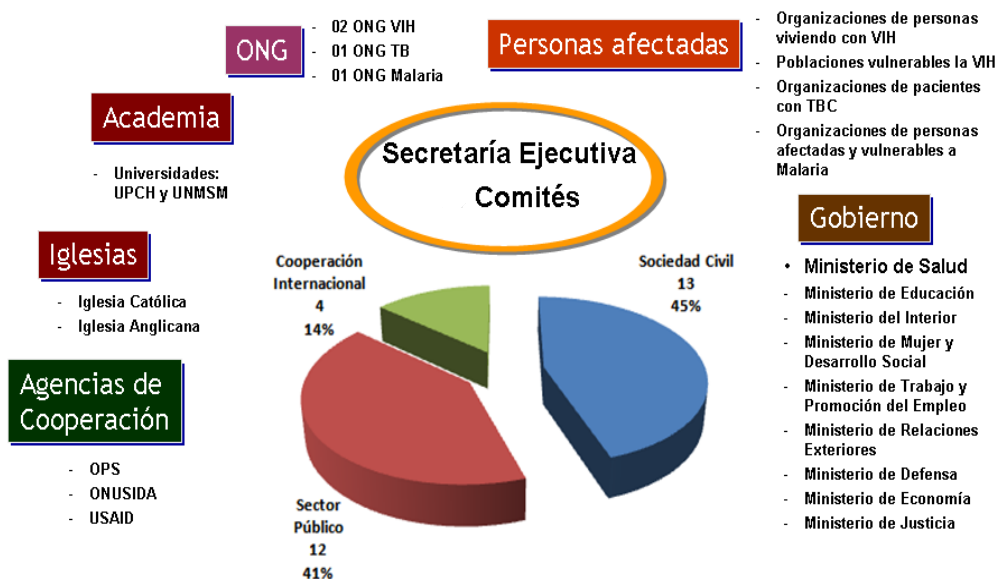
- Decreto Supremo 007-2004-SA Creación de la CONAMUSA
- Decreto Supremo 005-2005-SA Modificatoria del DS 007-2004-SA, para que la presidencia de la CONAMUSA pueda ser asumida por cualquiera de sus miembros.
- Resolución Ministerial 218-2005-MINSA Reglamento de funcionamiento de la CONAMUSA

- Decreto Supremo 005-2007-SA Aprobación del Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 para la prevención y control de las ITS y VIH Y SIDA en el Perú
- Documento del Fondo Mundial sobre la supervisión de los MCP, [http://www.theglobalfund.org/documents/ccm/GuidancePaperOnCCMOversight\\_es.pdf](http://www.theglobalfund.org/documents/ccm/GuidancePaperOnCCMOversight_es.pdf)
- Informe del Fondo Mundial sobre el modelo de MCPs [www.theglobalfund.org/documents/ccm/CCM\\_GlobalReport\\_2008\\_10\\_en.pdf](http://www.theglobalfund.org/documents/ccm/CCM_GlobalReport_2008_10_en.pdf)
- Directrices del Fondo Mundial sobre el propósito, la estructura, la composición y el financiamiento de los Mecanismos de Coordinación de País.(MCP)

### 2.3.4. Organización de la CONAMUSA

La CONAMUSA está constituida por las siguientes instancias:

**Gráfico N° 2.9  
Organización de la CONAMUSA**



Fuente: Elaboración propia

### Asamblea General

De acuerdo con el marco legal de la CONAMUSA son miembros de la Asamblea General de la CONAMUSA 29 representantes. Estos representantes se reúnen una vez al mes, para discutir y tratar temas relacionados a las funciones inherentes a la CONAMUSA. Son miembros de la Asamblea General de la CONAMUSA:

#### Relación de los representantes de la CONAMUSA

- 04 representantes del Ministerio de Salud.
- 01 representante del Ministerio de Defensa
- 01 representante del Ministerio de Justicia
- 01 representante del Ministerio de Educación
- 01 representante del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo
- 01 representante del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social
- 01 representante del Ministerio de Economía y Finanzas\*
- 01 representante del Ministerio de Relaciones Exteriores\*
- 01 representante del Ministerio del Interior\*
- 01 representante de las ONG que trabajan en malaria
- 01 representante de las organizaciones de personas afectadas por malaria
- 01 representante de las ONG que trabajan en tuberculosis
- 01 representante de las personas afectadas por tuberculosis
- 02 representantes de las ONG que trabajan en VIH/SIDA
- 02 representantes de las organizaciones de personas con VIH
- 01 representante de poblaciones vulnerables al VIH/SIDA\*
- 02 representantes de las organizaciones religiosas
- 02 representantes de las instituciones académicas
- 02 representantes de las Agencias Cooperantes Bilaterales
- 02 representantes de las Agencias Cooperantes Multilaterales

Actualmente para la presidencia de la CONAMUSA han elegido al Ministro de Salud y para la vicepresidencia, al representante de las Personas que Viven con VIH

### 2.3.5. Funciones de la CONAMUSA

De acuerdo con el marco legal de la CONAMUSA, son sus funciones:

- Presentación de propuestas del Perú ante el Fondo Mundial.
- Monitorear estratégicamente la implementación de actividades aprobadas por FM.
- Fomentar enfoques de programas multisectoriales.
- Asegurar los vínculos y la consistencia entre los programas del FM y el marco de rectoría nacional.
- Promover que sus actores garanticen la sostenibilidad de los programas.
- Asegurar un trabajo conjunto y participativo entre sus instancias: asamblea general, secretaría ejecutiva, comités y comisiones.

La función de monitoreo estratégico se cumple en las siguientes áreas:

- Desarrollo de propuestas
- Negociación de las subvenciones
- Ejecución de la subvención: se cuenta con un instrumento para este fin, llamado Tablero de Control o *Dashboard*.
- Mecanismo de Continuación del Financiamiento en la Fase 2
- Coordinación de donantes y alineamiento con los sistemas de salud
- Cierre de la subvención

### 2.3.6. Programas de respuesta al VIH y SIDA financiados por el Fondo Mundial

A través de las propuestas país, preparadas por la CONAMUSA, el Perú cuenta con el financiamiento del Fondo Mundial para los siguientes programas:

**Tabla N° 2.4**  
**Programas de respuesta al VIH y SIDA financiados por el Fondo Mundial**

Ronda	Programa	Área	Receptor Principal	Periodo	Etapa
2	Fortalecimiento para la prevención y control de la TBC VIH/ SIDA en el Perú	TB	Care Perú	2003-2009	Cierre y transferencia
		VIH			
5	Cerrando Brechas hacia el Logro de los Objetivos del Milenio en tuberculosis y VIH en el Perú	TB	Care Perú	2006-2011	Fase 2
		VIH			Fase 2
6	Planes Nacionales Multisectoriales integrando recursos para la lucha contra el VIH y SIDA	VIH	Care Perú	2007-2012	Negociación de la fase 2
8	Haciendo la diferencia. Consolidando la respuesta a la tuberculosis	TB	<i>Pathfinder</i>	2009-2011	Inicio de la fase 1
			Internacional		
			ParSalud		

Fuente: Elaboración propia

### 2.3.7. La participación de la población afectada en la CONAMUSA

De acuerdo a los lineamientos del Fondo Mundial existen tres razones principales por las cuales es importante mantener y fortalecer las relaciones y contactar con las organizaciones de la sociedad civil que trabajan a escala nacional y regional.



La primera, es la función fundamental de participación que desempeña la sociedad civil en el aumento de la respuesta a las tres enfermedades. Con el fin de lograr la respuesta y alcance previstos originalmente cuando se diseñó el Fondo Mundial, la sociedad civil debe ser un agente integral en el proceso. Las organizaciones de la sociedad civil desempeñan una función esencial de difusión, prevención y promoción en la ejecución y prestación de servicios a los destinatarios principales de las subvenciones del Fondo Mundial, es decir, las personas infectadas y afectadas por las tres enfermedades.

La segunda razón es que la sociedad civil puede controlar, y en muchos lugares lo hace, la ejecución de los recursos del Fondo Mundial para garantizar que se gasten razonablemente y se utilicen eficientemente. Debido a sus fuertes raíces comunitarias, las organizaciones de la sociedad civil constituyen un capital social de gran importancia, junto con los gobiernos, instituciones multilaterales, bilaterales y del sector privado, pueden expresar y ofrecer una imagen más matizada y exacta de lo que sucede a escala regional y nacional. Con el fin de lograr una comprensión suficiente del contexto de país, es fundamental comprometerse con estos grupos de actores clave.

En tercer lugar, el trabajo con la sociedad civil es fundamental para crear y sostener una base de apoyo eficiente para las tres enfermedades.

La sociedad civil ha sido en gran parte responsable de la sostenibilidad e impulso que subyace al apoyo del Fondo Mundial.

Si estos grupos no estuvieran convencidos de que el Fondo Mundial está cumpliendo sus obligaciones, el compromiso internacional con el Fondo Mundial se vería perjudicado.

El aporte de las organizaciones de la sociedad civil a la formación de la CONAMUSA es fundamental, porque tanto las ONGs como las organizaciones de afectados tienen una larga experiencia en procesos organizativos, de movilización y reivindicación para defender el derecho a la salud y para la construcción de ciudadanía en salud.

En el año 2001, las ONG que trabajan en VIH y SIDA estaban organizadas en una red denominada Red SIDA. Allí se agrupaban alrededor de 14 ONG cuyas acciones principales alrededor del VIH/ SIDA, era la vigilancia e incidencia política.

En ese año, la Red SIDA se encontraba trabajando un plan multisectorial en forma conjunta con el Ministerio de Salud para ofrecer respuestas nacionales al problema del VIH. En esos momentos la mayor preocupación de la Red SIDA era el elevado costo de los tratamientos antiretrovirales que los hacía inaccesibles a la mayoría de afectados.

En cuanto a las organizaciones de personas afectadas de VIH, en el 2001 existían dos movimientos de personas afectadas de VIH que habían agrupado a varios Grupos de Ayuda Mutua (GAM), como la Coordinadora Peruana de Personas Viviendo con VIH "Peruanos Positivos" y la Red Peruana de Mujeres viviendo con VIH y SIDA – ICW – Perú.

Ambos grupos provenían de una larga experiencia iniciada en la década de los años 90, cuando se generaron los GAM en algunos hospitales y el surgimiento del Programa de Soporte a la Autoayuda de Personas Viviendo con el VIH y SIDA, una institución de personas que viven con VIH que dan soporte a sus pares para mejorar su calidad de vida. Con una dinámica similar se incorporaron las organizaciones con trabajo en la temática de tuberculosis.

En la actualidad, en el Perú, los representantes de las personas que viven con VIH y SIDA son elegidos en una plataforma de organizaciones de PVV, grupos de ayuda mutua y asociaciones, para garantizar y fortalecer la participación comunitaria en los procesos de toma de decisiones en materia de VIH y SIDA en los diferentes niveles a través de la CONAMUSA.

Las organizaciones de PVV que forman parte del movimiento están debidamente acreditadas y representadas, siendo en la actualidad más de 60 organizaciones a nivel nacional. Estas organizaciones participan de manera conjunta en los lineamientos, la agenda y las acciones a seguir en la temática del VIH y SIDA, así como en la elección de los representantes ante la CONAMUSA, considerado esta como un espacio multisectorial y de toma de decisión a nivel nacional.

### **2.3.8. Multisectorialidad y Respuesta al VIH**

La experiencia del trabajo multisectorial para la respuesta al VIH ha incluido escenarios diversos y desafiantes e implica el abordaje de grupos de la población en mayor riesgo de adquirir la enfermedad. En este sentido, en el año 2001, Médicos Sin Fronteras (MSF) desarrolló, conjuntamente con el INPE, un proyecto de control de ITS y VIH y SIDA en el penal de Lurigancho. El enfoque multidisciplinario de trabajo conjunto con el entonces Programa Control de Enfermedades de Transmisión Sexual, VIH y SIDA (PROCETSS) del penal, mejoró el trato y la calidad de la atención médica a las PVV capacitar a profesionales de la salud y las áreas de psicología, social, educativa, apoyar a grupos vulnerables y demostrar que el manejo oportuno y adecuado de las ITS y la atención médica integral a las PVV es posible en Contextos tan complejos como los penales<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> Médicos Sin Fronteras. Lecciones Aprendidas de una experiencia de trabajo multidisciplinario en ITS y VIH/SIDA en el penal de Lurigancho en Lima, Perú. Diciembre, 2005.

### 2.3.9. CONAMUSA y Respuesta al VIH en Regiones

A fin de incrementar las acciones para la promoción de la salud y prevención del VIH y SIDA a nivel regional, se crearon las Coordinadoras Regionales Multisectoriales en Salud (COREMUSA) como instancias que lideran las actividades de prevención y control del VIH y SIDA a nivel local, regional y nacional. Las COREMUSAS en su concepto, promoción, instalación y seguimiento para el desarrollo surgen como parte del primer proyecto aprobado por el Fondo Mundial a la CONAMUSA, denominado "Fortalecimiento de la Prevención y Control del VIH/SIDA y la tuberculosis en el Perú en el año 2003."

En el año 2005 se instala la primera COREMUSA. Las COREMUSA son órganos descentralizados que existen en 12 Regiones: Tumbes, Piura, Lambayeque, La Libertad, Ancash, Lima Metropolitana, Callao, Ica, Junín, Arequipa, Loreto y Ucayali. Es recién en el año 2007 que se reconoce a las COREMUSA como instancias que lideran las actividades de prevención y control del VIH y SIDA a nivel local, regional y nacional, junto con la CONAMUSA, los gobiernos regionales y locales (Decreto Supremo 005-2007.SA, Objetivo 8, inciso 8.4).

El Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 (DS 005-2007.SA) apoya el fortalecimiento de la CONAMUSA y las COREMUSA en su objetivo estratégico 8 : "Asegurar una respuesta multisectorial amplia y articulada para el desarrollo intersectorial e interinstitucional de actividades conjuntas para la prevención y control de las ITS y el VIH y SIDA."

## **CAPÍTULO III: DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

### **3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Este estudio tiene la naturaleza de ser una investigación aplicada, que a través de una metodología descriptiva, nos ha permitido analizar de manera crítica la experiencia de la CONAMUSA, a partir de sus contribuciones a la política social de respuesta al VIH y SIDA en el Perú.

Este estudio describe el funcionamiento de la CONAMUSA, entre los años 2004 y 2011, basado en fuentes primarias y secundarias. Esta investigación nos ha permitido conocer y analizar el funcionamiento de la CONAMUSA sus aspectos y procesos relevantes, el modelo de gestión que ha involucrado a los diferentes actores de manera de asegurar riqueza, calidad, y un apropiado nivel de detalle resaltando su contribución a la política social de respuesta al VIH y SIDA.

### **3.2. MÉTODOS Y TÉCNICAS**

#### **3.2.1. Universo, Muestra y Unidad de Análisis**

El universo de investigación han sido todos los miembros de la CONAMUSA y los actores involucrados en su dinámica de gestión, con ellos se estableció una categorización que permitió identificar grupos diferenciados según el interés o el nivel de injerencia en la experiencia de CONAMUSA, y por tanto caracterizar a quienes se constituyeron en nuestra unidad de análisis.

Dado que se trata de una investigación cualitativa hemos trabajado en base a un muestreo no probabilístico, puesto que no pretendemos generalizar los resultados del estudio, sino dar cuenta de un conjunto de aspectos que caracterizan esta experiencia. Por lo tanto, se hizo un



muestreo dirigido que permitió recabar información desde diversas perspectivas, mediante la técnica de la entrevista.

Hemos optado por la técnica de la entrevista en consideración a que el propósito de nuestra investigación ha sido el de recabar información de quienes en momentos diversos han cumplido una actuación en el funcionamiento y gestión de la CONAMUSA. Se ha tratado por tanto de recabar información en relación a diversos aspectos y temas que habíamos previamente identificado como relevantes, pero desde diversos puntos de vista y perspectivas, dado que las personas que habíamos seleccionado pertenecían a diversas categorías de actores. Esta diversidad de opiniones en relación a los mismos aspectos y temas, posteriormente nos ha permitido reconstruir lo que han sido las características principales del funcionamiento de la CONAMUSA.

Una de las ventajas de la entrevista es que a partir de una guía de preguntas semi estructuradas, se cuenta, en el propio proceso de la entrevista con la suficiente flexibilidad para profundizar algunos aspectos, introducir preguntas adicionales o hacer énfasis en algunos aspectos que en el desarrollo mismo de las entrevistas se van perfilando como claves y de particular importancia.

Otro aspecto central para optar por la técnica de la entrevista, es que entre las categorías de actores encontramos grupos muy heterogéneos, funcionarios del sector público, funcionarios de la cooperación internacional, o grupos afectados y vulnerables, incluso con particularidades definidas al interior de estos, lo que hacía necesario, al momento de la entrevista, adaptar la comunicación a las normas y lenguaje de los entrevistados. De lo que se trataba era de obtener perspectivas, experiencias y opiniones detalladas de los entrevistados en su propio lenguaje.



Asimismo, se definió el tamaño de la muestra considerando los criterios de significancia, relevancia y exhaustividad, teniendo en cuenta los objetivos propuestos por la investigación y considerando la accesibilidad y el tiempo requerido para contar con la información.

Los criterios considerados para conformar la muestra de actores que fueron entrevistados, incluyó:

- Contar con un representante por cada sector que mencionamos que forma parte de la Coordinadora Nacional Multisectorial de Salud CONAMUSA:
  - i. Sector público
  - ii. Sociedad civil: afectados y vulnerables
  - iii. Sociedad civil: ONG
  - iv. Sociedad civil: iglesia o academia
  - v. Agencias de cooperación
- Contar con un representante del equipo técnico de la CONAMUSA, que se haya hecho cargo del personal de esta instancia, es decir, el secretario ejecutivo o técnico.
- Contar un representante de los funcionarios de Alta Dirección para que se desempeñe en el cargo de presidente de la CONAMUSA es decir, el Ministro de Salud.
- Contar un representante o miembro que se haya desempeñado en el cargo de vicepresidente de la Coordinadora Nacional Multisectorial de salud CONAMUSA.
- Considerar entre los representantes del sector público a aquellas instituciones que se constituyeron en contraparte técnica de los programas de la CONAMUSA financiados con recursos del Fondo Mundial.
- Considerar a otros actores clave no miembros de la CONAMUSA, pero vinculados a su quehacer, como el representante del Fondo

Mundial, representante del Receptor Principal, representante de una Coordinadora Regional Multisectorial en Salud - COREMUSA, e investigadores con experticia en temas de VIH, SIDA y el Fondo Mundial.

### 3.2.2. Fuentes Primarias

Las fuentes primarias de información para el presente estudio fueron los 20 actores clave de la CONAMUSA que conformaron la muestra, provenientes del sector público y no público, cuya relación se detalla en el acápite de Anexos.

### 3.2.3. Fuentes Secundarias

Dado que el presente estudio se planteó describir el funcionamiento de la CONAMUSA, se definieron algunas variables y sub variables relacionadas a la gestión de esta instancia, cuya recolección se hizo a través de fuentes secundarias, tales como:

SUB VARIABLE	INDICADORES	Fuente
Existencia de herramientas para la gestión de la CONAMUSA	No. de herramientas para la gestión con que cuenta la CONAMUSA.	Memorias Anuales Actas de CONAMUSA
	Nivel de aprobación de las herramientas para la gestión con que cuenta la CONAMUSA.	Actas de CONAMUSA
	No. de herramientas para la gestión aprobadas en Asamblea de CONAMUSA.	Actas de CONAMUSA
	No. de herramientas para la gestión aprobadas además por normatividad del sector público	Actas de CONAMUSA
Nivel de conocimiento de	Número de miembros de la CONAMUSA capacitados en temas de gestión	Actas de CONAMUSA

los miembros de la CONAMUSA sobre las herramientas para la gestión	Número de miembros que dispone de al menos un ejemplar de las herramientas para la gestión	Actas de CONAMUSA
Nivel de participación de los miembros de la CONAMUSA	Nivel de participación en las reuniones de la asamblea general	Listas de asistencia
	Afectados/ Vulnerables	Actas de CONAMUSA
	ONG	Actas de CONAMUSA
	Cooperantes	Actas de CONAMUSA
	Sector público	Actas de CONAMUSA
	Iglesia	Actas de CONAMUSA
	Universidades	Actas de CONAMUSA
	Nivel de participación en las reuniones de la Secretaría Ejecutiva	Lista de Asistencia
	Afectados/ Vulnerables	Actas de CONAMUSA
	ONG	Actas de CONAMUSA
Competencia Gerencial y Técnica	Sector Público	Actas de CONAMUSA
	Existencia de un secretariado técnico a tiempo completo que se encargue de la gestión de la CONAMUSA	Actas de CONAMUSA
	Nivel de aprobación de los Términos de Referencia (TdR) del personal del Secretariado Técnico por parte del Fondo Mundial	Cartas del Fondo Mundial Actas de CONAMUSA TdR
	Nivel de aprobación de los TdR del personal del Secretariado Técnico por parte de la CONAMUSA	Actas de CONAMUSA TdR

		Hojas de vida del personal
	Nivel de correspondencia de los TdR del personal del Secretariado Técnico y las áreas de desempeño de la CONAMUSA	Actas de CONAMUSA TdR
	Nivel de correspondencia de los TdR del personal del Secretariado Técnico y las áreas de desempeño de la CONAMUSA	Actas de CONAMUSA TdR.
	Nivel de correspondencia entre los TdR del personal de esta instancia y la formación y experticia profesional del personal del Secretariado Técnico	Actas de CONAMUSA TdR Hojas de vida del personal
	No. de puestos del personal del Secretariado Técnico que han sido ocupados mediante concursos públicos	Actas de CONAMUSA TdR Hojas de vida del personal
	No. de personas del secretariado técnico que recibieron capacitación los últimos 6 meses	Constancias de estudios
Rendición de Cuentas	Número de miembros que ha participado al menos una vez por año de las reuniones de rendición de cuentas	Actas de CONAMUSA
Transparencia y Comunicación	Número de reuniones entre CONAMUSA y receptores principales en el marco del monitoreo estratégico	Actas de CONAMUSA
	Número de miembros de la CONAMUSA que participan del comité de monitoreo estratégico	Actas de CONAMUSA
	Nivel de participación de los miembros de la CONAMUSA del sector público en el comité de monitoreo estratégico	Listas de asistencia Actas de CONAMUSA

Nivel de participación de los miembros de la CONAMUSA de la sociedad civil en el comité de monitoreo estratégico	Listas de asistencia Actas de CONAMUSA
Nivel de participación de los miembros de la CONAMUSA de los afectados/vulnerables en el comité de monitoreo estratégico	Listas de asistencia Actas de CONAMUSA
Número de reportes de monitoreo estratégico, actas e informes de gestión que se encuentran disponibles en la página web de la CONAMUSA	Documentos disponibles en web
Frecuencia de actualización de actas de reuniones, reportes de monitoreo estratégico, reportes de gestión	Documentos disponibles en web

En resumen, las fuentes secundarias de información para el presente estudio incluyeron la revisión documental de la siguiente información disponible de la CONAMUSA:

**Información secundaria**

- Listas de Asistencia
- Actas de Reuniones de asamblea general, secretaría ejecutiva, comités y comisiones
- Memorias Anuales
- Reportes de Gestión
- Documentos normativos: acreditación de miembros

**3.2.4. Instrumentos para el recojo de información**

Dado que se trabajó tanto con fuentes de información primaria como secundaria se elaboraron los instrumentos de recojo de información necesarios para ambos casos.

En el caso de las fuentes de información primaria, para cada uno de los sectores clave identificados se estableció una muestra para recoger información de ellos, utilizando para esto la técnica de las entrevistas a informantes calificados, seleccionados previamente para cada sector. Por otro lado, de manera complementaria, se aplicó la técnica de la validación con actores clave a fin de poder contrastar los resultados de las entrevistas realizadas y profundizar en el análisis de algunos aspectos considerados centrales en la investigación.

Para el caso de la entrevista se elaboró una Guía de Entrevista de tipo semi estructurada, la cual se adjunta en la sección de Anexos.

En el caso de las fuentes secundarias, se hizo una revisión documentaria, para lo cual se diseñaron las fichas respectivas para el registro de la información relevante.

### **3.2.5. Procedimientos para el recojo de información**

Para la fase de recojo de información se seleccionó una muestra de cada uno de los segmentos identificados en la CONAMUSA. El criterio para seleccionar a los informantes fue el nivel de involucramiento en la experiencia de CONAMUSA, considerando a aquellos que participaron previamente en la gestión por lo menos 2 años, como a aquellos que actualmente lo vienen haciendo, por lo menos con un año de permanencia.

Para la realización de las entrevistas se dispuso de una persona adecuadamente capacitada en el conocimiento y aplicación del instrumento. Previo al inicio del trabajo de recojo de información se decidió la realización de una prueba piloto, tanto para evaluar la calidad de la Guía de Entrevista, como para hacer un chequeo del uso adecuado del instrumento de parte de la entrevistadora.



Realizada la prueba piloto se hicieron los ajustes necesarios en la Guía de Entrevista y se formularon algunas recomendaciones a la entrevistadora.

En el caso de las fuentes secundarias la información recogida fue sistematizada y organizada en matrices de manera de poder facilitar el análisis.

### **3.2.6. Procesamiento para recoger información**

Una vez realizadas las entrevistas la información obtenida se transcribió íntegramente y luego se consolidó en un solo archivo, ordenando todas las respuestas de acuerdo al orden en que estaban planteadas las preguntas en la Guía de Entrevista. Esto se hizo en consideración a que ello facilitaba el análisis de la información cualitativa aplicando el ATLAS.ti.

Para el análisis de una parte de la información recogida en las entrevistas, que podía manejarse como datos cuantitativos (niveles de valoración de desempeño, niveles de conocimiento de herramientas de gestión, por ejemplo), se optó por conformar una base de datos que permitiera el uso posterior del SPSS.

Una vez analizada la información e identificados y formulados los hallazgos, se convino en hacer una presentación de los mismos a un panel de expertos para contrastar sus opiniones. Para este propósito previamente se identificó a un grupo de expertos, teniendo en cuenta que proviniesen de diferentes sectores y experiencias.

Para la realización de la reunión con el panel de expertos se preparó una presentación que resumía los principales hallazgos y algunas ideas consideradas como clave, identificados en la investigación. El desarrollo de esta reunión fue igualmente grabado y luego transcrito de manera de poder analizar la información recabada.

Los expertos invitados para esta reunión fueron:

- Fernando Cisneros, ex secretario técnico de CONAMUSA
- Robinson Cabello, representante de ONG que trabajan en el tema de VIH
- Raquel Maldonado, representante de población afectada por VIH
- Raúl Raygada, ex vicepresidente de la CONAMUSA
- Nadia Bravo, representante de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS y VIH y SIDA del Ministerio de Salud

### 3.2.7. Limitaciones de la investigación

Una de las limitaciones de la presente investigación ha sido que algunos actores, que en su momento jugaron un rol importante en la gestión de la CONAMUSA, eran funcionarios o profesionales de alto nivel con muchas responsabilidades lo que recortó las posibilidades de su participación en el presente estudio.

Otra de las dificultades fue la alta rotación de los funcionarios del sector público que estuvieron involucrados en el funcionamiento de la CONAMUSA, por lo que no se pudo lograr ubicar o acceder a algunos de ellos.

Un problema que nos planteó la metodología de investigación adoptada fue que muchos de los actores entrevistados estaban muy involucrados dado que tuvieron un rol de dirección o liderazgo en la experiencia de la CONAMUSA.

Por esa razón los entrevistados expresaban algunas veces opiniones subjetivas y sesgadas sobre los temas investigados. Este problema fue

controlado a través del recojo y contrastación de opiniones de diversos actores.

### 3.3. VARIABLES E INDICADORES

- a) Gestión de la CONAMUSA
  - Existencia de herramientas de gestión de la CONAMUSA
  - Conocimiento de las herramientas de gestión de la CONAMUSA
  - Importancia de las herramientas de gestión de la CONAMUSA
  - Nivel de participación de los miembros de la CONAMUSA
  - Competencia gerencial (toma de decisiones y conducción)
  - Transparencia y comunicación
  - Rendición de cuentas
- b) Logros y Limitaciones
  - Percepción de logros y factores y actores asociados.
  - Percepción de limitaciones
- c) Institucionalidad de la CONAMUSA
  - Acuerdo político y social
  - Establecimiento de objetivos, metas e instrumentos de evaluación
  - Establecimiento de obligaciones y derechos específicos de los actores relevantes
  - Definición de normas y reglas de comportamiento

## 3.4. CRONOGRAMA DE TRABAJO

 Tabla N° 3.6  
 Cronograma de Trabajo

ETAPAS	2011				2012							
TAREAS	Set	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Ago	Set
Determinación de la muestra	X											
Elaboración de instrumentos y técnicas de recolección de información		X										
Prueba piloto de los instrumentos			X									
Aplicación de instrumentos. Recojo de información				X								
Ordenamiento de información recolectada					X							
Codificación y categorización						X						
Examen de consistencia de información recolectada							X					
Procesamiento de información								X				
Tablas de salida									X			
Análisis										X		
Informe preliminar											X	
Revisión y retroalimentación												X
Versión final del informe												X

## **CAPÍTULO IV: RESULTADOS**

### **4.1. RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN**

#### **4.1.1. Variable Gestión**

##### **4.1.1.1. Sub Variable I: Conocimiento de las Herramientas de Gestión de la CONAMUSA**

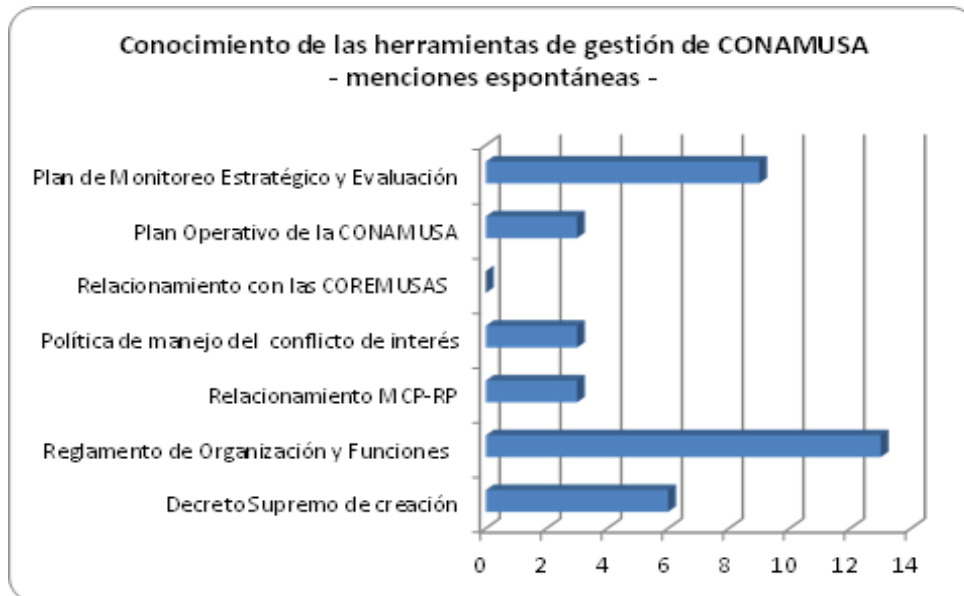
Conforme a lo establecido en los registros de las actas y los documentos normativos de la CONAMUSA, las herramientas de gestión con las que cuenta esta instancia son siete:

- Decreto Supremo 007-2004-SA Creación de la CONAMUSA
- Resolución Ministerial 218-2005-MINSA Reglamento Organización y Funciones de la CONAMUSA
- Convenio de Relacionamiento MCP-RP
- Política de manejo del conflicto de interés
- Documento Relacionamiento con las COREMUSAS
- Plan Operativo de la CONAMUSA
- Plan de Monitoreo Estratégico

La revisión de las fuentes secundarias mostró que todas estas herramientas fueron aprobadas por la asamblea general, siendo que 2 de ellas cuentan con un respaldo legal, es decir, fueron promulgadas mediante un Decreto Supremo y una Resolución Ministerial en cada caso.

La herramienta de gestión mencionada como la más conocida es Reglamento de Organización y Funciones - ROF (86.7%) seguida del Plan de Monitoreo Estratégico – PME (60%) y del Decreto Supremo de constitución de la CONAMUSA (40%).

Gráfico N° 4.10



Fuente: Elaboración propia

El Reglamento de Organización y Funciones (ROF) y el Plan de Monitoreo y Evaluación (PME) son las herramientas de gestión mencionadas como las más conocidas tanto para el segmento público, como para el no público. Sin embargo para el sector no público, el ROF tiene casi el doble de mención que el PME. Se podría señalar que el ROF es la herramienta de gestión más conocida y más acentuada en el caso del sector no público.

En el caso de quienes mencionaron conocer el ROF y tener un buen nivel de conocimiento de éste, el 75% indica tenerlo en un nivel alto y muy alto. Para el caso de los que mencionaron conocer el PME y tener un buen nivel de conocimiento de éste, el 78% indica tenerlo en un nivel alto y muy alto.

En relación a estos hallazgos es importante precisar, según consta en los registros institucionales, que todos los miembros que actualmente conforman la asamblea de la CONAMUSA cuentan con al menos un ejemplar de las herramientas de gestión y un amplio sector de los



mismos, ha participado de espacios de capacitación y discusión sobre temas de gestión.

#### **4.1.1.2. Sub Variable II: Importancia de las Herramientas de Gestión de la CONAMUSA**

Las herramientas de gestión son importantes para la CONAMUSA ya que como todo organismo multisectorial es una instancia compleja que requiere contar con definiciones claras de su quehacer, identificando las funciones de sus miembros y de cada instancia. Siendo así, estas herramientas contribuyen a la consecución de los objetivos institucionales y constituyen el marco legal de la rectoría permitiendo una conducción eficaz, eficiente y técnicamente sólida de la gestión; incluyendo aspectos de planeamiento, ejecución y seguimiento. Sin estos instrumentos no habría posibilidad de evaluar el cumplimiento de objetivos ni el alineamiento de sus acciones en esta dirección.

Se cuenta con un buen repertorio de herramientas de gestión para llevar a cabo una conducción exitosa de esta organización. Este es un hecho significativo, tratándose de un cuerpo colegiado que no cuenta con personas dedicadas a tiempo completo a las actividades de la CONAMUSA como un trabajo específico. En ese sentido, las herramientas de gestión con todo lo perfectible que puedan ser, han sido fundamentales para sostener el trabajo de la CONAMUSA por casi una década.

El Reglamento de Organización y Funciones (ROF) que es la herramienta de gestión más conocida por los miembros, da una visión de conjunto de la CONAMUSA y de sus instancias, al definir objetivos y funciones permite deslindar responsabilidades evitando omisiones y duplicidad de roles.

Asimismo el ROF contribuye al cumplimiento eficiente de las actividades acordadas por la asamblea general y facilita la inducción de los miembros

que se incorporan a la dinámica institución. El ROF se constituye una herramienta de información y orientación sobre el quehacer de la asamblea general, la secretaría técnica y los comités. A la fecha se cuenta con una versión actualizada de este reglamento, el mismo que guarda concordancia con las necesidades identificadas en diversos estudios sobre la CONAMUSA.

El Plan de Monitoreo Estratégico (PME) es otra herramienta de gestión con la que cuenta la CONAMUSA el cual tiene el propósito de hacer un seguimiento del proceso de implementación de los programas financiados por el Fondo Mundial y permite contar con alertas oportunas frente a dificultades. EL PME facilita también la evaluación de las estrategias que están siendo implementadas, así como el avance en el logro de metas que se ha propuesto alcanzar a partir de las propuestas país.

El instrumento que operativiza este PME es el Tablero de Control de los Programas del Fondo Mundial, cuyo desarrollo ha contribuido significativamente al cumplimiento de la función de monitoreo estratégico de la CONAMUSA, función de carácter prioritario establecida por el Fondo Mundial en relación al funcionamiento de los Mecanismos de Coordinación del País (MCP).

Reconociendo la necesidad de mejorar su eficiencia, el MCP de Perú se constituyó en el primero en contar con un Tablero de Control de los Programas del Fondo Mundial para hacer seguimiento regular y oportuno a los avances programáticos, financieros y de gestión de los programas.

La puesta en marcha de este instrumento de monitoreo estratégico permitió a los miembros de la CONAMUSA la toma oportuna de decisiones basada en evidencias, superando así los cuellos de botella identificados durante la implementación de los programas.

Los avances logrados por el país en relación a este aspecto, han sido reconocidos públicamente por el Fondo Mundial como parte de las experiencias exitosas de los MCP.

Los Planes Operativos también constituyen importantes herramientas de gestión, fueron de utilidad para plantear la inclusión y participación de las poblaciones vulnerables y de otros actores que inicialmente no conformaban la CONAMUSA, como el Ministerio de Economía.

El Decreto Supremo de creación de la CONAMUSA es el instrumento que da nacimiento formal a la CONAMUSA, legaliza su existencia y naturaleza, establece la rectoría técnica del MINSA, así como la participación de otros actores públicos y no públicos, definiendo la naturaleza multisectorial de esta instancia. En opinión de los entrevistados, el Decreto Supremo reconoce la importancia del rol de los actores de la sociedad civil. De no ser por la existencia de esta herramienta, la CONAMUSA no tendría la institucionalidad que ostenta, ni existiría como un esfuerzo multisectorial, lo que constituye su característica más destacada.

La Política de Resolución de Conflicto de Intereses es otra de las herramientas que contribuyó a la calidad y transparencia de la gestión de la CONAMUSA. Este instrumento estableció que la participación de algún receptor principal o de sub-receptores como miembros de la CONAMUSA, constituía un claro conflicto de intereses, corrigiendo prácticas que existían hasta ese entonces en esta instancia.

De otra parte, se mencionó que el ROF debería contemplar la descentralización de la CONAMUSA. En ese sentido, el proceso de discusión al respecto concluyó en que debía permitirse la participación extraordinaria de las COREMUSAS en la Asamblea General, lo que fue incluido en la versión actual del ROF.

Las herramientas de gestión cuentan con un reconocido valor pero deben evaluarse con cierta periodicidad a fin de asegurar su vigencia y utilidad de acuerdo a las características del contexto. Reiterando la necesidad de la evaluación periódica, se puede decir que la versión actual de estas herramientas recoge y contemplan en general, cambios adecuados a las necesidades de la CONAMUSA.

Sin embargo hace falta que estas herramientas de gestión se conozcan más, para lo cual es necesario contar con una actitud constructiva pero vigilante en relación al cumplimiento de las acciones previstas de capacitación y difusión de estos documentos en la planificación operativa.

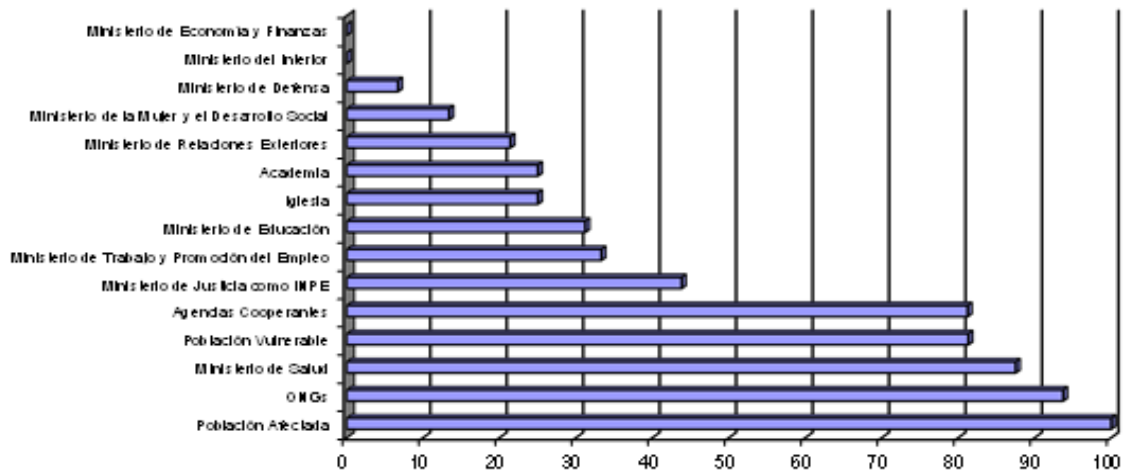
Es importante considerar que además de las herramientas, la CONAMUSA y en general este tipo de instancias requieren de un equipo de gestión. Se puede tener buenas herramientas y buenos planes, pero si no se dispone de recursos humanos para su implementación, se dificulta el logro de los resultados de la gestión. En relación a lo anteriormente expresado, los resultados señalan que la gestión de la CONAMUSA se hizo más fluida a partir de contar con un secretario técnico remunerado y a tiempo completo, quien con su conducción y liderazgo facilitó la operatividad de esta instancia, destacando el diseño y/o ajustes de las herramientas de gestión.

#### **4.1.1.3. Sub Variable III: Nivel de Participación de los Miembros de la CONAMUSA**

Los miembros de la CONAMUSA cuya participación fue calificada como alta o muy alta son la población afectada (100%), las ONG (93%), el MINSA (87%), la población vulnerable (81%) y las Agencias Cooperantes (81%). Los miembros de la CONAMUSA cuya participación fue calificada como baja o muy baja son el MEF (92%), el Ministerio de Defensa (73%), el MININTER (64%) y el Ministerio de RREE (50%).

### Gráfico N° 4.11

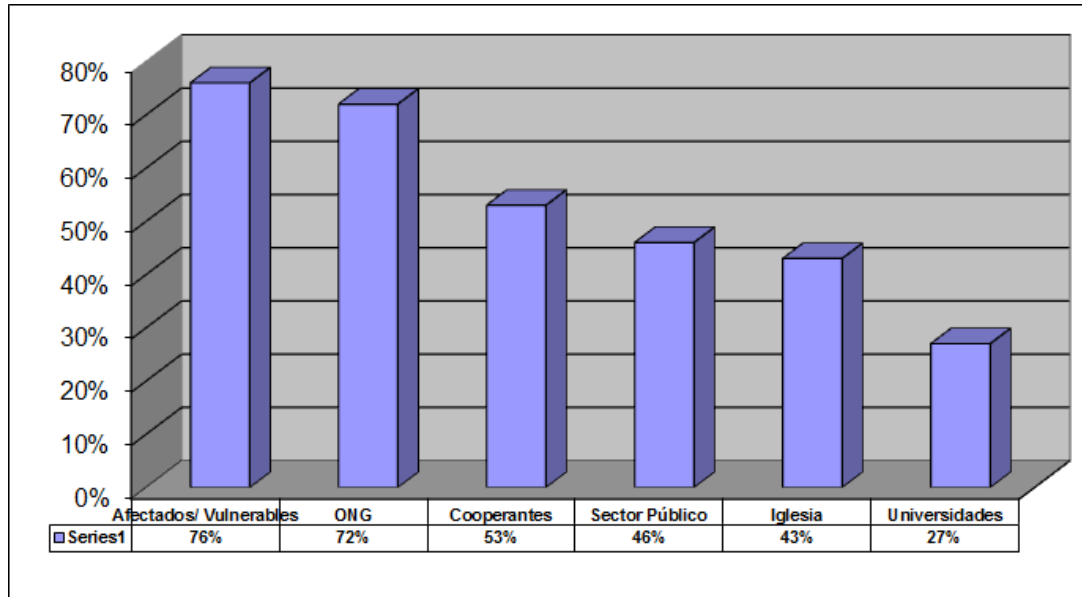
Valoración de la participación de los miembros de CONAMUSA



Fuente: Elaboración propia

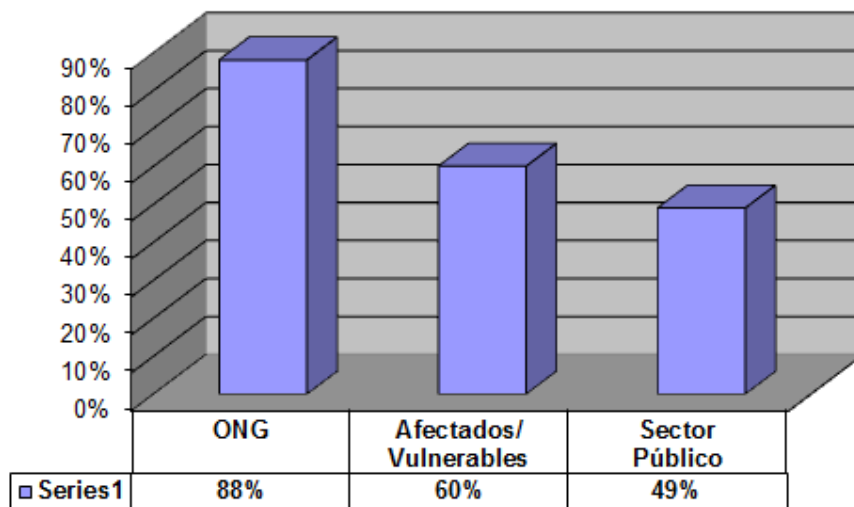
Los resultados de la revisión de fuentes secundarias (actas de sesiones de la asamblea general y secretaría ejecutiva) ratifican la valoración expresada por los entrevistados en relación a los niveles de participación de los sectores miembros de la CONAMUSA, en tal sentido, se observa que los sectores que tuvieron una participación más regular, tanto en las sesiones de la asamblea general como en la secretaría ejecutiva, fueron la población afectada, la población vulnerable y las ONG.

**Gráfico N° 4.12**  
**Participación en la Asamblea de la CONAMUSA según sectores**  
**2009 – 2010**



Fuente: Elaboración propia

**Gráfico N° 4.13**  
**Participación en la Secretaría Ejecutiva de la CONAMUSA según**  
**sectores**  
**2009 – 2010**



Fuente: Elaboración propia



A continuación se destaca algunos momentos importantes en relación a la evolución de la participación de los miembros de la CONAMUSA.

El período 2004-2006 estuvo marcado por el compromiso del MINSA en la definición de prioridades para enfrentar el VIH y SIDA, la tuberculosis y la malaria en el marco de las políticas públicas. Se impulsó y logró que el país acceda por primera vez a recursos del FM a través de la Segunda Ronda, lo que permitió cubrir, entre otros, la adquisición de medicamentos antirretrovirales (ARV) rubro que posteriormente y dentro de este mismo período, fue asumido directamente con recursos nacionales.

En el 2008 Ministerio de Educación (MINEDU) aprobó sus Lineamientos de Educación Sexual con un enfoque de prevención de las ITS, incluyendo el VIH, a partir de lo cual el sector educación ha tenido una participación activa y comprometida en relación a esta problemática. Posteriormente, entre el 2009 y el 2010, el MINEDU participó de las acciones financiadas con recursos del Fondo Mundial, consolidando su rol de contraparte técnica para el tema educativo.

El sector educación ha asumido con interés y responsabilidad la participación en la Asamblea General y en la Secretaría Ejecutiva de la CONAMUSA, atendiendo de manera regular las demandas de revisión, análisis, discusión y aprobación de diversos temas relacionados con la agenda del VIH y SIDA.

En el 2009, la Iglesia Católica designa a su representante ante la CONAMUSA, a partir de entonces la participación del sector ha sido constante, mostrando un alto compromiso y voluntad de articular las acciones relacionadas al VIH y SIDA como Iglesia Católica y también con otras iglesias.

Respecto a las poblaciones afectadas y vulnerables su participación y compromiso se mostró desde el inicio del funcionamiento de la CONAMUSA, destacando la consolidación de sus procesos de representación, lo que les llevó a desarrollar comicios electorales participativos y de alcance nacional a partir del año 2010. Al igual que las poblaciones afectadas y vulnerables, las ONG tuvieron una participación activa y comprometida, siempre tratando de colocar en la agenda de la CONAMUSA aspectos críticos alrededor de la problemática del VIH y SIDA.

Los Organismos de Cooperación acompañaron el proceso de constitución y funcionamiento de la CONAMUSA desde el año 2004 hasta la actualidad, brindando asistencia técnica y apoyo financiero, y contribuyendo con el fortalecimiento de esta instancia.

En el año 2007, la designación del secretario ejecutivo de la CONAMUSA, por parte de la asamblea general, recae en un miembro de las poblaciones que viven con VIH (PVV) el mismo que fue propuesto por los representantes de dicho sector. Esta designación expresó el posicionamiento logrado por la población afectada y su presencia consolidada.

El representante de las ONG de VIH y SIDA fue designado como vicepresidente de la CONAMUSA para el período 2004 – 2008, en esta posición, contribuyó de manera significativa a la obtención de los logros de esta instancia, destacando: i) la formulación de propuestas técnicas y obtención de financiamiento por parte del Fondo Mundial, ii) la formulación, aprobación y respaldo normativo legal del Plan Estratégico Multisectorial de VIH-SIDA, a través de un decreto supremo, y iii) la articulación y consolidación del diálogo entre los actores de la sociedad civil y los tomadores de decisiones por parte del Estado.

Estos hallazgos permiten apreciar una maduración en la participación de los miembros de la CONAMUSA, respecto a lo identificado en estudios

realizados previamente sobre esta variable. Cabe destacar el estudio de Cáceres y colaboradores "Lecciones Aprendidas de la Colaboración con el Fondo Mundial en VIH y SIDA en el Perú" (Pág. 9) el cual explora, entre otros, aspectos relacionados a la multisectorialidad de la CONAMUSA durante el período 2006-2007. El estudio de Cáceres señala: "la multisectorialidad de la respuesta nacional se encuentra todavía en una fase inicial", "el MCP tiene que ser consolidado como una organización y sólida representación de las organizaciones que participan en la respuesta nacional al VIH/SIDA..." y "existen importantes ausencias de sectores tales como, turismo, producción, economía, y grupos vulnerables". Cabe destacar que a la fecha las observaciones planteadas en los hallazgos del Estudio de Cáceres han sido superadas significativamente.

Respecto a la pregunta sobre cómo mejorar la participación de los sectores en la CONAMUSA, se obtuvieron las siguientes opiniones:

- Mantener una permanente comunicación y seguimiento a los sectores miembros.
- Convocar de manera personal y directa a las reuniones, enviando oportunamente la información relacionada a los temas a tratar.
- Continuar fortaleciendo la participación y el involucramiento de los sectores miembros.
- Identificar mecanismos para mejorar la representatividad de las instituciones del sector público.
- Asegurar que todos los sectores miembros participen de un proceso de capacitación continuo a fin de tener claridad en el cumplimiento de sus funciones y promover la toma de decisiones informada.
- Fortalecer el sentido de pertenencia a través de curso de introducción para nuevos representantes de la CONAMUSA.
- Mejorar los mecanismos de representación interna de cada sector, empleando mecanismos de elección sólidos y participativos.

#### 4.1.1.4. Sub Variable IV: Competencia Gerencial

Las capacidades gerenciales de la CONAMUSA se ven fortalecidas también por la convocatoria del personal de la unidad técnica la cual se canaliza a través de concursos públicos de selección.

La diferencia con la modalidad previa en la cual se procedía con una designación directa es marcada, esto se debe a que los concursos de selección son de amplia difusión y la formulación del perfil guarda correspondencia directa con los requerimientos de la CONAMUSA.

En relación a la valoración del desempeño de la **asamblea general** de la CONAMUSA, el 50% señala que es **bueno** y el 18.8% que es **muy bueno**. Es el sector no público el que tiene una mejor valoración de la asamblea general, aun cuando no es muy marcada la diferencia en relación al sector público.

En la valoración del desempeño de la **Secretaría Ejecutiva**, el 62% la califican como buena y el 31% como **muy buena**. Mientras que en el sector público es parejo los que califican el desempeño como **muy bueno y bueno**, en el Sector no público son más los que califican el desempeño solo como **bueno**.

En la valoración global de desempeño de **los Comités de CONAMUSA** se encuentra que el 13% la califican como **muy bueno** y **47% como bueno**. Es más alta la valoración en el sector no público.

Los Comités más mencionados son: el Comité de Medicamentos, el Comité de Comunicaciones y el Comité de Monitoreo Estratégico. Siendo el Comité de Medicamentos el más mencionado no tiene una buena valoración, el 44% lo califican como **muy bueno o bueno**, pero también un 55% lo califican como **regular o Malo**. En el caso del Comité de Comunicaciones, hay opiniones divididas, el 50% lo califica como muy bueno o bueno, y el otro 50% lo califica como regular o malo. El desempeño del Comité de Monitoreo Estratégico, es calificado como **muy bueno o bueno** por el 80% de entrevistados.

El 38% califica **muy bueno** el desempeño de la **Unidad Técnica** y el 50% como bueno. Esta calificación es similar para el sector público, como para el no público.

#### 4.1.1.5. Sub Variable V: Transparencia y Comunicación

La comunicación entre CONAMUSA y el Fondo Global tiene el mejor nivel de valoración, le sigue la comunicación entre CONAMUSA y los Receptores Principales y luego la comunicación entre CONAMUSA y las Contrapartes. Lo que tiene menor valoración es la comunicación entre CONAMUSA y las COREMUSAS, y entre CONAMUSA y el Agente Local del Fondo Mundial.

Cabe destacar que el estudio de Cáceres y colaboradores señalaba entre sus conclusiones la necesidad de "considerar el proceso de descentralización, la planificación regional, la coordinación intersectorial, y el desarrollo de las Coordinadoras Regionales Multisectoriales en Salud



(COREMUSA), como una manera de garantizar una respuesta a nivel nacional que esté basada en políticas nacionales que respondan de manera específica a las necesidades locales<sup>17</sup>.

En relación a esto se puede precisar que los programas por el Fondo Mundial han incluido intervenciones que han contemplado la conformación y el fortalecimiento de las COREMUSAS. Estas son instancias reconocidas y formalizadas por los gobiernos regionales a través de la emisión de ordenanzas regionales. Lo que constituye un reto perfectamente abordable es el mejoramiento de la comunicación con estas instancias lo que no demanda mayores inversiones, ni presupuestales, ni de trabajo. Se debería analizar el uso complementario de la página web y de las redes sociales con algunos mecanismos de comunicación directos.

El nivel de comunicación entre la CONAMUSA y el Agente Local del Fondo en su situación actual muestran progresos relativos, por lo tanto podría mejorar más. Sin embargo, a fin de usar un criterio de prioridad debemos considerar que este tipo de agentes tiene la función de cumplir un rol muy específico de fiscalización administrativa y presupuestal a los Receptores Principales.

El 86% opina que si existen mecanismos de transparencia en la gestión de CONAMUSA lo que significa un reconocimiento y confianza frente a este Coordinadora.

#### **4.1.1.6. Sub Variable VI: Rendición de cuentas**

Respecto a la práctica de rendición de cuentas en la gestión de CONAMUSA, se encontró que el 78% opina que si hay práctica de

---

<sup>17</sup> Cáceres, Carlos. "Lecciones aprendidas de la colaboración con el Fondo Mundial en VIH y SIDA en el Perú: efectos en el sector público, sociedad civil y comunidades afectadas". Lima. Instituto de Estudios en Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2009. Pág. 15



rendición de cuentas en la gestión de CONAMUSA, esta opinión es más acentuada en el sector público que en el no público. En relación a la rendición de cuentas, cabe destacar que el estudio de Cáceres y colaboradores respecto a las "Lecciones Aprendidas de la Colaboración con el Fondo Mundial en VIH y SIDA en el Perú", señala que "existe la necesidad de creación de mecanismos de rendición de cuentas dentro del MCP tanto para las organizaciones que este representa, como para la propia sociedad en sí misma"<sup>18</sup>.

En relación a lo planteado en el estudio de Cáceres es importante precisar que el Tablero de Mando de la Gestión de la CONAMUSA recientemente puesto en marcha, permite contar con información detallada de la ejecución física y presupuestal de los POA, y constituye un mecanismo ágil para la rendición de cuentas a los miembros de la CONAMUSA y a la sociedad en general. El financiamiento para mecanismos que aseguren esta rendición a nivel interno y externo tiene una ubicación específica en la nueva estructura del POA. Sería importante que la unidad técnica plantee un cronograma detallado en relación al tema.

A partir del análisis de las subvariables de la variable Gestión cabe destacar lo siguiente:

- La gestión de la CONAMUSA se caracterizó por ser particularmente inclusiva y participativa, y desarrolló un proceso de análisis y toma de decisiones estratégicas que le permitió alcanzar los objetivos propuestos en el marco de la construcción de una política pública.
- Sus resultados muestran a una instancia percibida con una gestión eficiente y eficaz, en el marco de un enfoque por resultados, pero además también a una instancia capaz de responder al reto ético

---

<sup>18</sup> Cáceres, Carlos. "Lecciones aprendidas de la colaboración con el Fondo Mundial en VIH y SIDA en el Perú: efectos en el sector público, sociedad civil y comunidades afectadas". Lima. Instituto de Estudios en Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2009. Pág. 11.

de hacer un uso responsable de los recursos públicos, implementando para ello una serie de herramientas que contribuyeron a asegurar la rendición de cuentas de una manera oportuna y transparente. De estas, cabe destacar, el Tablero de Control para el seguimiento estratégico de los Programas financiados por el Fondo Mundial.

- En el marco del enfoque de gestión por resultados requerido por el Fondo Mundial la CONAMUSA logró diseñar y poner en marcha un sistema que a través de herramientas como el Tablero de Control, facilitó el monitoreo, análisis y la toma de decisiones estratégicas acerca de los avances programáticos, financieros y de gestión de los programas financiados por el Fondo Mundial.
- Dada la concertación multisectorial lograda por la CONAMUSA esta instancia se constituyó en una organización capaz de articular a sus miembros alrededor de una visión de futuro compartida y de desarrollar los procedimientos y operaciones necesarios para alcanzarla a través de una toma de decisiones estratégicas.

#### **4.1.2. Variable Logros y Limitaciones**

##### **4.1.2.1. Sub Variable I: Logros, Factores y Actores asociados**

Respecto a la percepción de los logros más importantes de la CONAMUSA en relación a la política social de respuesta al VIH, los resultados fueron:

- **El impulso a la mayor participación multisectorial en el abordaje de la respuesta país frente al VIH y SIDA**

En relación a este logro, los entrevistados, provenientes tanto del sector público como del no público coincidieron en resaltar la participación de los diferentes sectores en el abordaje de la respuesta país frente al VIH y SIDA.

Al respecto, cabe precisar que la composición de representantes de la CONAMUSA se orientó sobre los lineamientos del Fondo Mundial para la constitución de los Mecanismo de Coordinación País (MCP), los mismos que expresan el compromiso asumido por los países que acceden a los recursos del Fondo Mundial respecto a garantizar la participación de las diversas partes interesadas en la temática del VIH y SIDA, tuberculosis y malaria, especialmente los grupos provenientes del sector no público.

**Tabla N° 4.7**  
**Proporción de miembros del Mecanismo de Coordinación País según miembros al 2009**

Sectores	Mundo	LAC	Perú (CONAMUSA)
PASTM	6%	17%	17%
ONG	21%	25%	14%
GOB	37%	33%	41%
OC	5%	2%	7%
ML/BL	19%	12%	14%
EDU	6%	8%	7%
OTR	2%		0%
SP	4%	3%	0%

Fuente: Elaboración Propia

Leyenda:

ONG: Organismos no gubernamentales

OTR: Otros

PASTM: Población afectada por el SIDA, Tuberculosis y Malaria

SP: Sector Privado

EDU: Organizaciones Académicas / Educación

OC: Organizaciones Confesionales

GOB: Gobierno

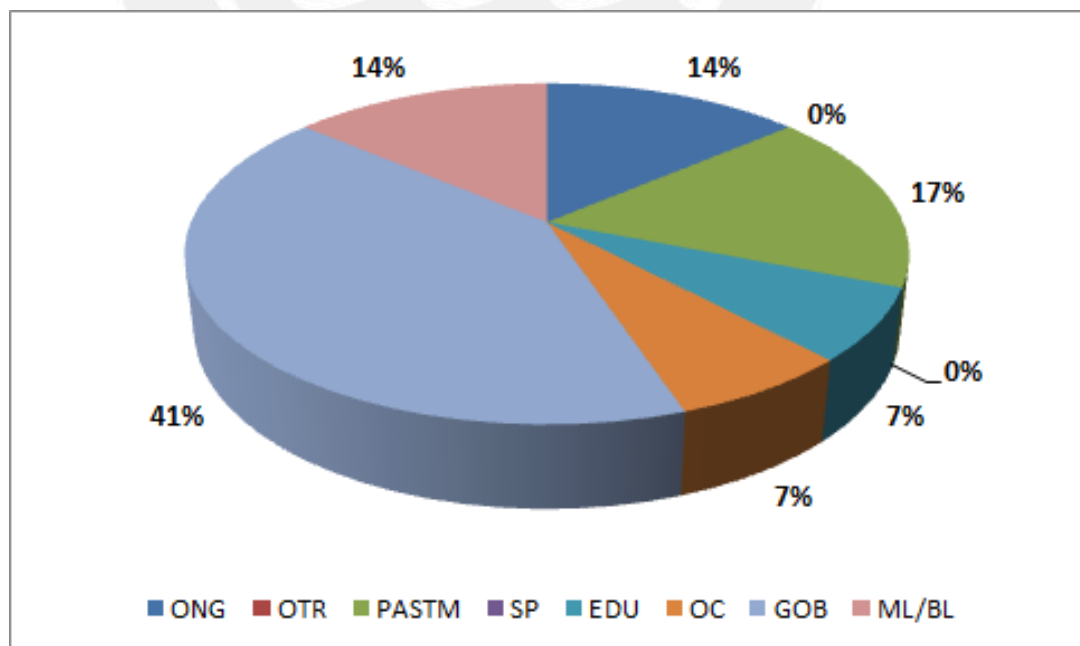
ML/BL: Organismos Multilaterales / Organismos Bilaterales

LAC: Latinoamérica y El Caribe



**Gráfico N° 4.14**

**Composición del Mecanismo de Coordinación País por sectores en Perú**



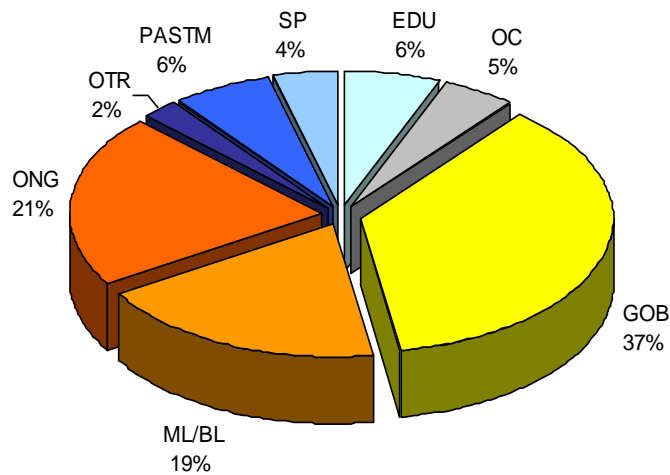
Fuente: Elaboración propia.

Leyenda:

ONG: Organismos no gubernamentales / OTR: Otros / SP: Sector Privado  
 PASTM: Población afectada por el SIDA, Tuberculosis y Malaria  
 EDU: Organizaciones Académicas / Educación  
 OC: Organizaciones Confesionales / GOB: Gobierno  
 ML/BL: Organismos Multilaterales / Organismos Bilaterales



**Gráfico N° 4.15**  
**Composición del Mecanismo de Coordinación País**  
**por sectores a nivel mundial - 2009**



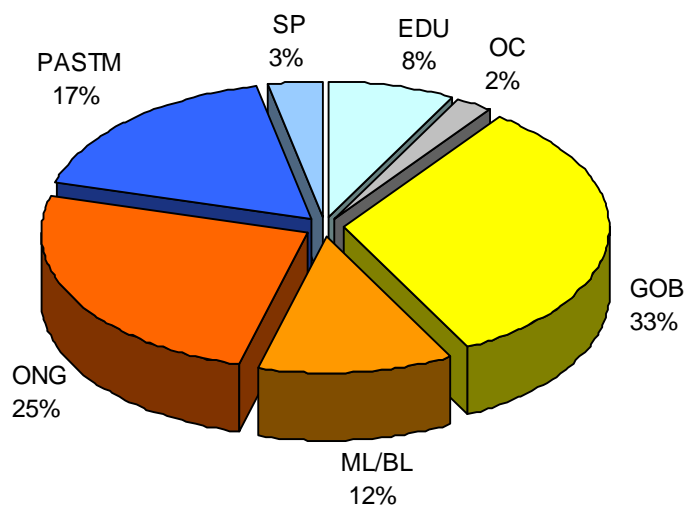
Tomado de: Presentación de David Winters, CCM Manager; y Katherine Owen, Senior CCM Support Officer. “Sesión No. 2 Roles y Responsabilidades del MCP: Logros y Retos”. En Taller Regional del Fondo Mundial con los MCP de América Latina. Asunción, Paraguay. Del 8 al 10 de Diciembre 2009.

[http://www.theglobalfund.org/en/regionalmeetings/meetings/Paraguay\\_December\\_2009/](http://www.theglobalfund.org/en/regionalmeetings/meetings/Paraguay_December_2009/)

ONG: Organismos no gubernamentales  
 OTR: Otros  
 SP: Sector Privado  
 PASTM: Población afectada por el SIDA, Tuberculosis y Malaria  
 EDU: Organizaciones Académicas / Educación  
 OC: Organizaciones Confesionales  
 GOB: Gobierno  
 ML/BL: Organismos Multilaterales / Organismos Bilaterales



**Gráfico N° 4.16**  
**Composición del Mecanismo de Coordinación País por sectores en América Latina y el Caribe - 2009**



Tomado de: Presentación de David Winters, CCM Manager; y Katherine Owen, Senior CCM Support Officer. “Sesión No. 2 Roles y Responsabilidades del MCP: Logros y Retos”. En Taller



Regional del Fondo Mundial con los MCP de América Latina. Asunción, Paraguay. Del 8 al 10 de Diciembre 2009.

[http://www.theglobalfund.org/en/regionalmeetings/meetings/Paraguay\\_December\\_2009/](http://www.theglobalfund.org/en/regionalmeetings/meetings/Paraguay_December_2009/)

Leyenda:

ONG: Organismos no gubernamentales

PASTM: Población afectada por el SIDA, Tuberculosis y Malaria

SP: Sector Privado

EDU: Organizaciones Académicas / Educación

OC: Organizaciones Confesionales

GOB: Gobierno

ML/BL: Organismos Multilaterales / Organismos Bilaterales

Si se compara la composición de MCP por sectores a nivel mundial y a nivel de América Latina y el Caribe con el Perú (ver Tabla No. 4.7), se observará que en la CONAMUSA, la proporción de los grupos que representaban a las personas afectadas y/o vulnerables al VIH y SIDA, tuberculosis y malaria, era del orden del 17%, casi el triple que el promedio mundial y al mismo nivel que el promedio en América Latina y el Caribe.

Estos gráficos reflejan de forma clara los esfuerzos realizados en la CONAMUSA por implicar a los principales grupos afectados o con mayor riesgo de contraer el VIH y SIDA en la formulación, implementación y evaluación de los programas de respuesta al VIH y SIDA financiados por el Fondo Mundial.

En relación a otros representantes de la sociedad civil, en el Perú la proporción de ONG es del 14%, frente al 21% del promedio mundial y 25% del promedio latinoamericano. Al respecto se observa el impulso otorgado a la participación de los grupos de afectados y/o vulnerables por encima de las ONG, así como la inclusión de otros actores de la sociedad civil más allá de las ONG, como es el caso de los representantes de las universidades (Universidad Nacional Mayor de San Marcos y Universidad Peruana Cayetano Heredia) y de los representantes de las organizaciones religiosas (Iglesia Católica e Iglesia Anglicana).

Se observa que la participación de las organizaciones confesionales en el Perú es de 7%, por encima del 5% del promedio mundial y del 2% del promedio latinoamericano.

Asimismo la participación de las universidades en el Perú es de 7%, un punto porcentual por encima del promedio mundial y uno por debajo del promedio latinoamericano.

Si se considera a la sociedad civil en su conjunto la representación es del orden del 45%. Cabe señalar que como modelo de asociación público privada el Fondo Mundial ha facilitado la colaboración transversal entre gobierno, donantes, agencias multilaterales, el sector privado y la sociedad civil (incluyendo personas que viven con y están afectadas por las tres enfermedades) lo que encuentra su expresión en cada país en los MCP. Siendo la participación de la sociedad civil uno de los requisitos y principios clave introducidos por el Fondo Mundial, para asegurar que los Mecanismos de coordinación del país (MCP) sean transparentes e incluyentes, estableció la cuota mínima de representación de la sociedad civil, en al menos 40%, en el caso del Perú es visiblemente mayor.

Estos principios del Fondo Mundial han generado las condiciones para facilitar una mayor participación de representantes de la sociedad civil, no solamente a nivel de las ONG, sino también de los activistas comunitarios, la academia y las organizaciones religiosas, logrando una colaboración con el gobierno en la toma de decisiones y la distribución de recursos alrededor de la política de respuesta del VIH y SIDA.

No obstante, estudios realizados al respecto por el Fondo Mundial y organizaciones internacionales no gubernamentales señalan<sup>19</sup> que a pesar de la gran oportunidad que representan, la participación de la

---

<sup>19</sup> *Making Global Fund Country Coordinating Mechanisms work through full engagement of civil society On-the-ground research in Argentina, Cambodia, Cameroon, India, Jamaica, Romania, and Uganda.*

sociedad civil en los MCP en muchos países sigue siendo desafiante y compleja, ya sea por desconocimiento de las políticas del Fondo Mundial, la falta de voluntad política por parte de los gobiernos para permitir que la sociedad civil tenga una influencia genuina en la toma de decisiones o incluso por la falta de capacidades en los representantes de dicho sector, de modo que puedan ejercer el rol que los corresponde como miembros del MCP.

En el caso del sector público, éstos representan en el Perú al 41% del total de miembros de la CONAMUSA, frente al 37% del promedio mundial y el 33% del promedio latinoamericano.

Esta relación está vinculada al siguiente logro relativo al posicionamiento de la problemática relacionada al VIH y SIDA en sectores del gobierno diferentes al Ministerio de Salud.

- **Posicionamiento de la problemática relacionada al VIH y SIDA en sectores del gobierno diferentes al Ministerio de Salud: fortalecimiento intersectorial e intergubernamental**

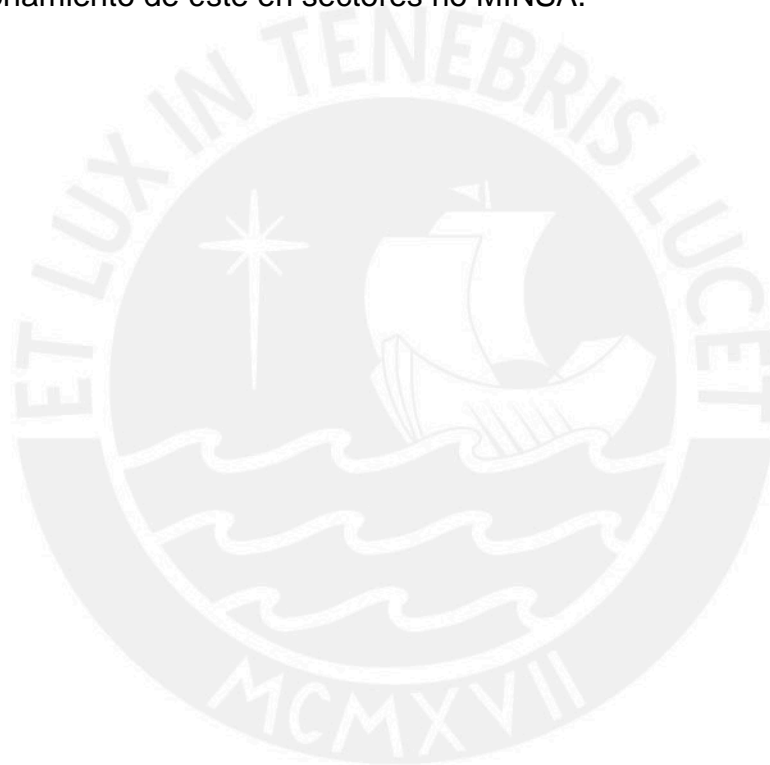
Respecto a la pregunta sobre los logros de la CONAMUSA, los entrevistados destacaron el posicionamiento del tema en los diversos sectores, enfatizando los avances en el sector educación, trabajo, justicia y a nivel de los gobiernos regionales.

De acuerdo a la base de datos del Fondo Mundial<sup>20</sup> el número promedio de representantes del gobierno para el sector salud es de 28% y para el sector no salud es de 16%, mientras que en el Perú dicha proporción es del orden del 14% y 27%, respectivamente. Cabe destacar la participación

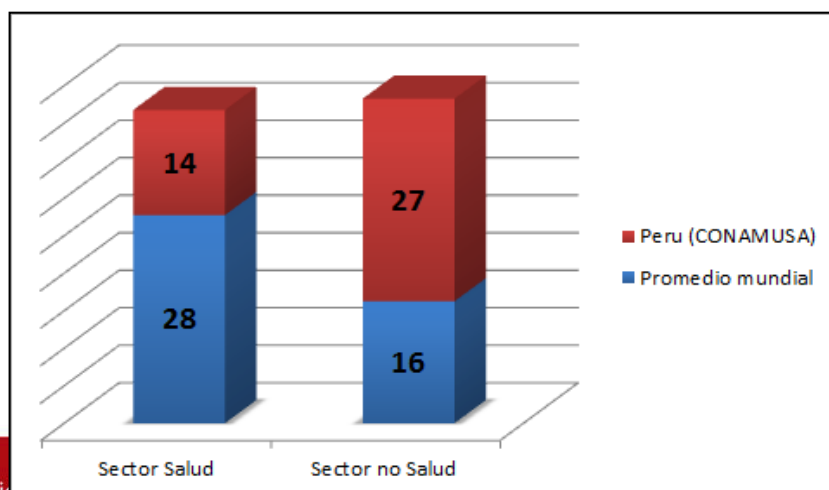
---

<sup>20</sup> *Analyses of CCM Membership at Rounds 1 – 4. Secretariat analysis of CCMs: Round 1, Round 2, Round 3, Round 4. Tomado de la web del Fondo Mundial:*  
<http://www.theglobalfund.org/en/ccm/guidelines/>

que se dio en la CONAMUSA de los representantes del gobierno provenientes de ministerios distintos al Ministerio de Salud. Si bien de los 12 representantes del sector público, 4 provienen del MINSA los 8 restantes, representan a otros ministerios (Ministerio de Defensa, Ministerio del Interior, Ministerio de Justicia, MINEDU, Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, Ministerio de Economía y Finanzas, y Ministerio de Relaciones Exteriores) que se han venido involucrado en la temática del VIH y SIDA, fortaleciendo con ello el enfoque integral y el posicionamiento de éste en sectores no MINSA.



**Gráfico N° 4.17**  
**Representantes del gobierno en el MCP del MINSA y otros ministerios a nivel mundial y en el Perú (CONAMUSA)**



Fuente: Elaboración propia

En esta línea, los entrevistados destacan como un logro el que los representantes del sector público no MINSA se hayan venido identificando con la problemática y hayan promovido la formulación de diversas acciones en sus respectivos ámbitos de competencia.

En ese sentido, se enfatiza el logro de haberse constituido en un espacio multisectorial estratégico para la toma de decisión en materia de políticas de respuesta al VIH y SIDA.

Al respecto, los entrevistados pusieron de relieve el caso del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, que viene participando como miembro de la Asamblea de la CONAMUSA desde su creación en el 2002 y que tiene como representante ante la CONAMUSA a un funcionario de la Dirección General de Derechos Fundamentales y Seguridad y Salud en el Trabajo.

La voluntad del sector Trabajo de constituirse en un aliado para sumarse a la respuesta nacional frente al VIH y SIDA, se expresa en los instrumentos normativos promulgados por el sector en relación a dicha temática:

- El Reglamento de la Ley General de Inspección del Trabajo promulgado mediante el Decreto Supremo N° 019-2006-TR del 29 de octubre de 2010, que norma aspectos relacionados a los actos discriminatorios hacia las personas que viven con VIH en su centro de trabajo.
- El documento normativo "Medidas Nacionales frente al VIH y SIDA en el lugar de trabajo", aprobado mediante la Resolución Ministerial N° 376-2008-TR del 30 de noviembre del 2008, orientado a la no discriminación, confidencialidad y protección de los derechos laborales de las Personas viviendo con VIH y SIDA en el lugar de trabajo en el Perú.



Finalmente, se enfatizó el apoyo del sector Trabajo para el desarrollo de acciones de coordinación para el involucramiento de las empresas en el marco de la Responsabilidad Social Empresarial y del fortalecimiento del Consejo Empresarial Peruano en respuesta al VIH (CEVIH).

De otro lado, los entrevistados también enfatizaron el caso del Ministerio de Educación, que participa como miembro de la Asamblea de la CONAMUSA a través de la Directora de la Dirección de Tutoría y Orientación Educativa, desde el año 2002.

Entre las acciones llevadas a cabo por el sector educación, para contribuir a la prevención de la infección por el VIH y erradicar el estigma y discriminación hacia las personas viviendo con VIH y SIDA, destacan la capacitación a docentes, padres de familia y escolares en la prevención del VIH, la discriminación en escuelas y la organización de promotores pares escolares, a través de la emisión de los siguientes documentos normativos y de orientación:

- Guía para docentes "Creando un ambiente seguro y amigable a los niños y niñas VIH positivos en la escuela" publicada en el año 2005 para preparar a los docentes y a través de éstos, a los estudiantes y padres de familia para convivir adecuadamente con las personas que viven con VIH. De esa manera contribuir con la inclusión de los niños y niñas que viven con VIH en el sistema educativo.
- Lineamientos Educativos y Orientaciones Pedagógicas para la Educación Sexual Integral: Manual para Profesores y Tutores de la Educación Básica Regular, aprobado mediante la Resolución Directoral N° 180-2008-ED del 16 de julio de 2008, con el fin de fortalecer el liderazgo de las Direcciones Regionales de Educación, de las Unidades de Gestión Educativa Locales. Estos lineamientos tienen como objetivos que las instancias educativas puedan contribuir adecuadamente con la implementación de la educación sexual



integral, incluyendo la temática del VIH y SIDA con un enfoque de prevención.

- Guía para tutoras y tutores “Vivenciando mi sexualidad: Tutoría y Orientación Educativa” publicada en el año 2008 con el propósito de promover en las tutoras y los tutores, la reflexión educativa en torno a su propia sexualidad, así como intervenir, en una perspectiva formativa y de orientación, en relación a las actitudes y comportamientos de las y los estudiantes frente a su sexualidad y de esa manera, contribuir con la prevención de la epidemia del VIH.
- Lineamientos Educativos y Orientaciones Pedagógicas para la Prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA: Manual para profesores y tutores, aprobado mediante la Resolución Directoral N° 181-2008-ED del 16 de julio de 2008. Estos lineamientos orientan el proceso formativo de las y los estudiantes por medio del desarrollo de aprendizajes significativos que les permitan asumir comportamientos saludables y responsables, orientados a prevenir las ITS, VIH y SIDA
- Manual de Educación Sexual Integral para el personal del nivel de educación inicial, publicado en el año 2011 con el propósito de dotar a los docentes de las Instituciones de educación inicial de herramientas pedagógicas eficaces para la implementación de la educación sexual integral en el nivel de educación inicial, en el marco de un enfoque de prevención del VIH y SIDA.

En relación al Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES) destacaron la coordinación para el apoyo de víveres a niños expuestos al VIH y el desarrollo de acciones en relación al tema de VIH en las mujeres.

El Ministerio del Interior y el Ministerio de Defensa, desarrollaron campañas de prevención de VIH en las Fuerzas Armadas y Policiales y entregaron Tratamientos antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), condones y tratamiento para ITS en los hospitales de las FFAA y PNP.

Asimismo, destacan las acciones conjuntas realizadas a través del COPRECOS (Comité de prevención y control de VIH y SIDA de las Fuerzas Armadas y Policiales) del Perú y de COPRECOS de Latinoamérica y el Caribe, organismo constituido el 26 de mayo del 1992 y del que forma parte COPRECOS Perú además de otros 20 países de la región de las Américas. Al respecto, se enfatizó la relevancia que se le ha dado al tema en las instituciones militares y policiales llegando a presentar una propuesta al Fondo Mundial en la Ronda 10, correspondiente al año 2010, para realizar un proyecto regional para la prevención de VIH del cual forma parte Perú.

En relación al Ministerio de Justicia, destaca la articulación con el INPE para la entrega de condones a las Poblaciones Privadas de su Libertad (PPL) y la coordinación con los servicios de salud para llevar atención y consejería, así como información sobre ITS, VIH y SIDA a los centros penitenciarios. Finalmente, los entrevistados subrayaron la importancia de la articulación a nivel intergubernamental para la respuesta al VIH y SIDA impulsada desde las COREMUSA. Éstas corresponden a doce (12) instancias provenientes de las regiones del país con mayor número de casos, como son: Tumbes, Piura, Lambayeque, La Libertad, Ancash, Lima Metropolitana, Callao, Ica, Junín, Arequipa, Loreto y Ucayali.

Las COREMUSAS fueron concebidas como espacios regionales y locales para el monitoreo y seguimiento de la prevención y control del VIH/SIDA, tuberculosis y malaria, en el marco del proceso de descentralización y regionalización iniciado por el Gobierno Central y sus Ministerios, fortaleciendo de esta manera la propuesta nacional de la CONAMUSA.

En relación al tema, en el marco de uno de los proyectos del Programa de la Ronda 6 aprobada para financiamiento por el Fondo Mundial, se llevó a cabo en el 2011 una Evaluación y análisis de la contribución y

funcionamiento de las COREMUSA en la prevención y control del VIH y SIDA en sus respectivos ámbitos regionales dando cuenta del funcionamiento de las COREMUSA.

Así, el referido estudio señala que del universo de 12 COREMUSAS, un poco más del 40% de éstas tienen ordenanzas que las reconocen como tales. El 75% de ellas (9 COREMUSAS) cuentan con Junta Directiva.

Un 25 % del universo de COREMUSAS, ha cambiado hasta dos (2) veces de Junta Directiva y el otro 25% ha cambiado hasta 3 veces, lo que expresa la importancia del tema de la representatividad, democracia y el ejercicio del liderazgo.

Respecto a la presencia de los MOF y ROF, el 50 % del total de las 12 COREMUSAS evaluadas cuentan con ambos instrumentos de gestión y un poco más del 40% (5 COREMUSAS) cuentan con al menos uno de estos dos documentos. Además, el 75% de las COREMUSAS encuentran debidamente descritas sus funciones y obligaciones en sus respectivos MOF y ROF.

En síntesis, se observa la consolidación de las COREMUSAS como instancias articuladoras de la respuesta al VIH y SIDA en las regiones, muestran avances significativos que permiten prever el fortalecimiento de la respuesta a nivel intergubernamental, sin embargo aún es necesario fortalecer sus procesos.

**Tabla N° 4.8**  
**Matriz de Subindicadores de Herramientas de Gestión de las**  
**COREMUSAS**

DOCE (12) COREMUSAS <sup>13</sup>	LA COREMUSA TIENE ORDENANZA DE RECONOCIMIENTO?***			TIENE JUNTA DIRECTIVA?			CUANTAS JUNTAS DIRECTIVAS HA TENIDO LA COREMUSA				LA COREMUSA CUENTA CON ROF y/o MOF*?			EN EL ROF/MOF SE ENCUENTRAN DESCRITAS LAS FUNCIONES U OBLIGACIONES DE LA COREMUSA?*			LA JUNTA DIRECTIVA CUMPLE CON LO DISPUESTO EN EL ROF, MOF O ESTATUTO?			EL COMITÉ DE VIGILANCIA DE LA COREMUSA SE ENCUENTRA ACTIVO? MENCIONE LO RESALTANTE DE SUS LABORES A LA FECHA.		
	SI	NO	N/E	SI	NO	N/E	1 JD	2 JD	3 JD	N/E	SI	NO **	N/E	SI	NO	N/E	SI	NO	N/E	SI	NO	N/E
	5	4	2	9	2	1	2	3	3	4	6	5	1	9	1	1	7	3	2	5	5	2

Fuente: Caramutti De La Piedra, Rosalía. “Evaluación y análisis de la contribución y funcionamiento de las COREMUSA en la prevención y control del VIH/SIDA, TBC y Malaria en sus respectivos ámbitos regionales”. Tercer Informe, Fase II Sistematización de la Información de Fuente Primaria y Secundaria. Marzo 2011. Pág. 73.

- **Ampliar el enfoque sanitario / recuperativo para mejorar la formulación de la política social de respuesta al VIH y SIDA**

Al respecto, los entrevistados destacaron la contribución de la CONAMUSA al colocar en la agenda temas que aún estaban pendientes de ser abordados en las políticas de respuesta al VIH y SIDA, tradicionalmente basadas en un enfoque sanitario y recuperativo, incorporando así en la agenda pública temas como el estigma y la discriminación a las PVV, el enfoque de identidad de género en los servicios de salud y el fortalecimiento de las estrategias de prevención y promoción de la salud.

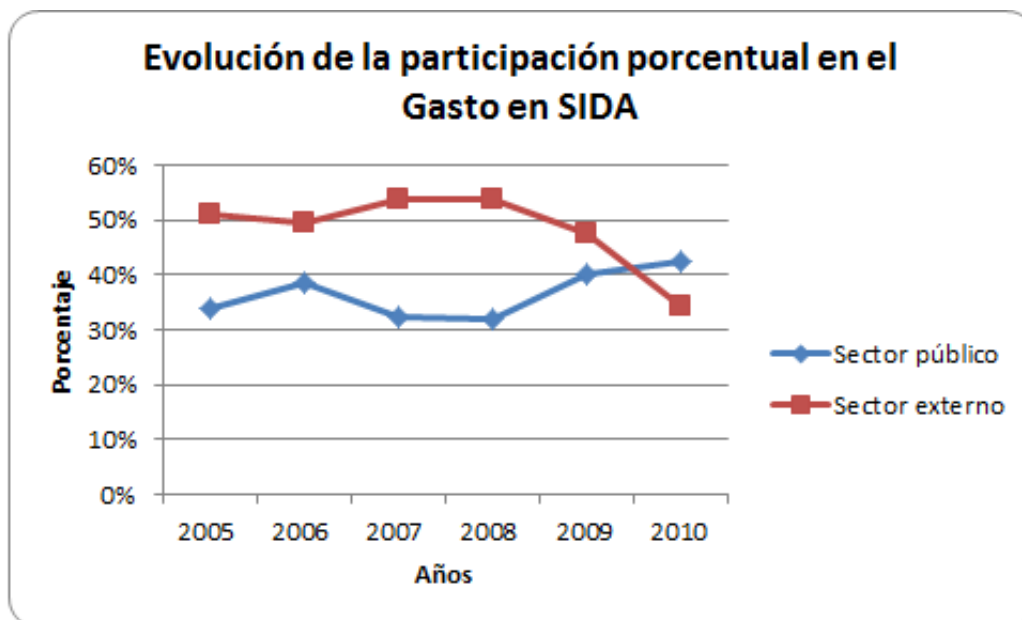
- **Recursos para el VIH**

Los entrevistados, tanto del sector público como no público, coincidieron en señalar como un logro importante de la CONAMUSA, la mayor dotación de recursos para hacerle frente al VIH, tanto de fuentes de cooperación externa como del sector público.

Al respecto, el Estudio de Medición del Gasto en SIDA, llevado a cabo por la Oficina General de Planeamiento y presupuesto del Ministerio de Salud en el 2011 señala que “el gasto en VIH en el país se ha incrementado en el periodo comprendido entre los años 2005 -2007 al

periodo 2008 -2010”<sup>21</sup>, lo que también puede apreciarse en el gráfico siguiente.

**Gráfico N° 4.18**



Fuente: "Medición del Gasto en SIDA - MEGAS - Informe Final", Junio 2011. Ministerio de Salud.

Asimismo, el Estudio sobre Gasto en VIH en los años 2005 al 2010 realizado con recursos públicos y complementarios al Fondo Mundial, llevado a cabo en el año 2011 por el Receptor Principal de los Programas del Fondo Mundial en el Perú, CARE Perú, muestra un significativo crecimiento del gasto en VIH desde el año 2005 hasta el 2010, tal como se aprecia a continuación:

**Tabla N° 4.9**  
**Crecimiento en el Gasto en VIH y SIDA del 2005 al 2010**

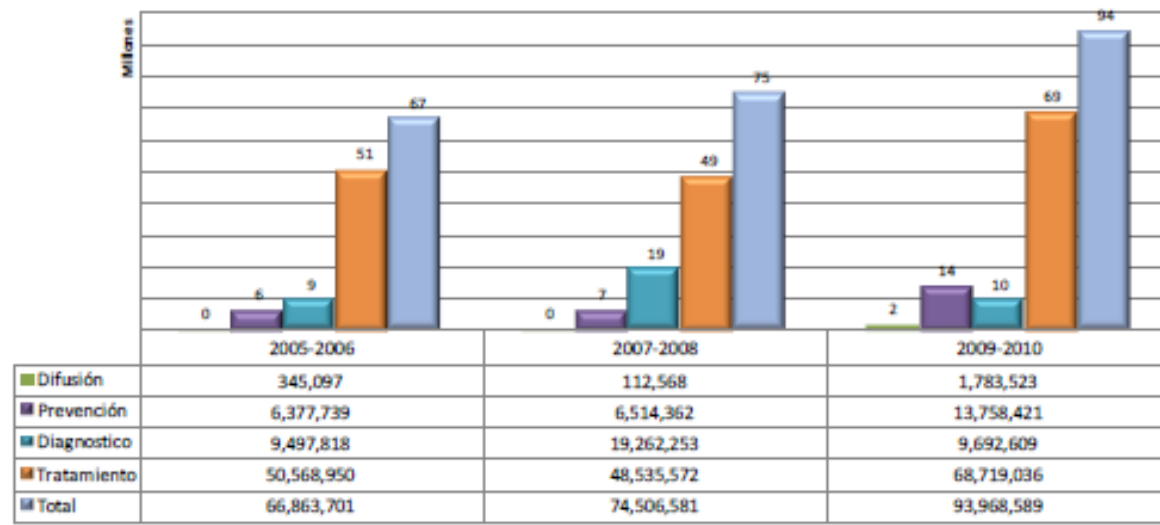
	Años 2005 al 2006	Años 2007 al 2008	Años 2009 al 2010
<b>Monto en S/.</b>	66,863,701	74,506,514	93,968,589
<b>Incremento con respecto al año base</b>		11%	41%

<sup>21</sup> "Medición del Gasto en SIDA - MEGAS - Informe Final", Junio 2011. Ministerio de Salud. Pág. 19.



Fuente: María del Carmen Navarro “Estudio sobre Gasto en VIH en los años 2005 al 2010 realizado con recursos públicos y complementarios al Fondo Mundial”. Lima, Perú - 2011

**Gráfico N° 4.19**  
**Evolución del Gasto en Sida 2005-2010**



Fuente: María del Carmen Navarro “Estudio sobre Gasto en VIH en los años 2005 al 2010 realizado con recursos públicos y complementarios al Fondo Mundial”. Lima, Perú - 2011

### Recursos del Sector Público

Respecto a los recursos provenientes del sector público, los entrevistados señalaron que “se constata que con la aparición de la CONAMUSA también ha habido una mayor dotación de recursos para hacerle frente al VIH, destacando el tema de la compra de medicamentos y condones”.

Se enfatiza el hecho de que la intervención de la CONAMUSA y sus programas formulados dieron impulso e influyeron para el financiamiento del Fondo Mundial y para que el Estado peruano asumiera a través de Ministerio de Salud la compra de los medicamentos para el tratamiento de las personas que viven con VIH.



Es decir se pudo implementar, el TARGA en gran escala, lo que permitió ampliar de manera significativa la cobertura en las regiones. Cabe precisar que hasta el 2000, el gasto en VIH era asumido por el Ministerio de Salud con recursos asignados al Programa de Control de ETS y SIDA (PROCETSS).

En el 2002 en el marco del proceso de descentralización, se transfirieron las funciones de salud hacia las regiones (22) lo cual originó también la descentralización del presupuesto del nivel central hacia las regiones. A partir del 2003 se estableció en el Perú el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) y se eliminaron los programas nacionales de la estructura orgánica del MINSA. Este cambio dio lugar a la disminución de los recursos humanos y materiales asignados al VIH.

No fue sino hasta la aparición de la CONAMUSA y la captación de recursos del Fondo Mundial, que el MINSA a través de sus aéreas administrativas, se hacen cargo de la compra de los denominados "productos estratégicos" como es el caso del tratamiento para las personas que viven con VIH. Al respecto, se subrayó la importancia de que los representantes de la sociedad civil, especialmente las poblaciones afectadas, pudieran participar del proceso para la toma de decisión cuando el Estado adoptó el compromiso de hacerse cargo del tratamiento luego de que el Fondo Mundial lo iniciara.

Más recientemente se destaca como logro la incorporación de la temática de VIH en el marco del financiamiento de Programas Estratégicos del Ministerio de Economía y Finanzas bajo el enfoque de Presupuesto por Resultados (PpR). Con este instrumento el Ministerio de Salud en el nivel central y los Gobiernos Regionales han podido garantizar la cobertura del tratamiento de las personas que viven con VIH y de los afectados de tuberculosis, contribuyendo a la sostenibilidad de las intervenciones

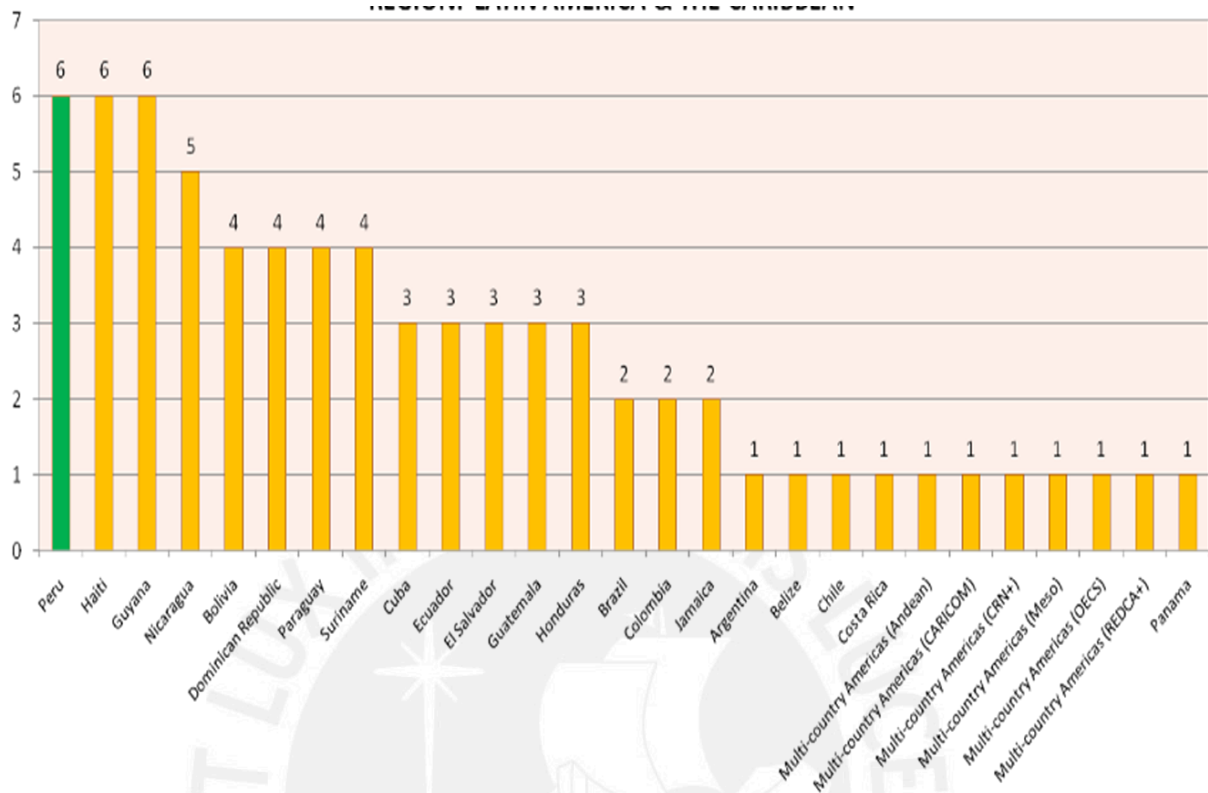
financiadas por el Fondo Mundial y a la consolidación de la respuesta nacional a estos problemas de salud pública.

### **Recursos de Cooperación Externa**

En relación a los recursos de la cooperación externa, los entrevistados coincidieron en destacar “la aplicación y obtención de financiamiento del Fondo Mundial” a través de todos los recursos captados que suman más de US\$ 50 millones para la respuesta al VIH y SIDA”, como se aprecia en los siguientes gráficos:

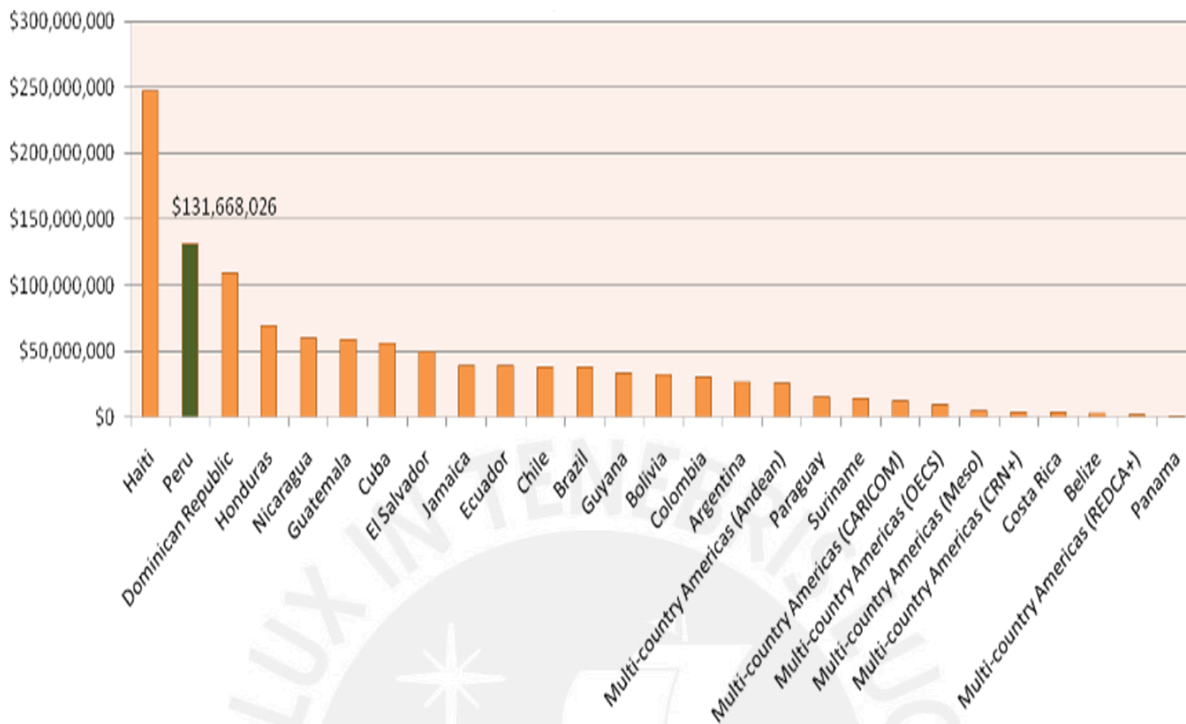


**Gráfico N° 4.20**  
**Proyectos aprobados por el Fondo Mundial en la Región de**  
**América Latina y el Caribe según países – 2010**



Fuente: Presentación de *Grant Managment Solutions* “Resultados Primera Visita Prueba Piloto: Tablero de Control para Monitoreo Estratégico. CONAMUSA - PERÚ

**Gráfico N° 4.21**  
**Financiamiento aprobado por el Fondo Mundial en la Región de América Latina y el Caribe según países – 2010**



Fuente: Presentación de *Grant Management Solutions* “Resultados Primera Visita Prueba Piloto: Tablero de Control para Monitoreo Estratégico. CONAMUSA - PERÚ

Así, como expresión de su efectividad, al 2011 la CONAMUSA había logrado el financiamiento de 7 propuestas país, aprobadas por el Fondo Mundial, por un monto equivalente a US \$153.289.143, lo cual incluye los componentes de tuberculosis y VIH más los US\$12,499.998 de la propuesta aprobada en la última Ronda para VIH.

**Gráfico N° 4.22**

### Programas aprobados por el Fondo Mundial en el Perú - 2011

2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
	I Fase de la II Ronda		II Fase de la II Ronda			Cierre y Transferencia					
	II Ronda: Foprtalecimiento para la Prevención y Control de la Tuberculosis y VIH/Sida en el Perú										
			I Fase de la V Ronda		II Fase de la V Ronda						
			V Ronda: Cerrando brechas hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Tuberculosis y VIH/SIDA en el Perú								
				I Fase de la VI Ronda		II Fase de la VI Ronda					
				VII Ronda: Planes Nacionales Multisectoriales: Integrando Recursos para la Lucha contra el VIH/SIDA en el Perú							
					I Fase de la VIII Ronda			II Fase			
					VIII Ronda: Haciendo la Diferencia: Consolidando una Respuesta amplia e integral contra la Tuberculosis en el Perú.						
								X Ronda Aprobación y Convenio		X Ronda I Fase	

Fuente: Elaboración propia

- **Formulación y seguimiento de políticas en materia de VIH**

Los entrevistados destacaron el rol de la CONAMUSA en la formulación y seguimiento al Plan Estratégico Multisectorial para la prevención y control de las ITS y VIH y Sida en el Perú, que se ha constituido en un instrumento de política normativa que articula la respuesta multisectorial al VIH y Sida en el Perú, promulgado mediante DS N° 005-2007-SA que aprueba el “Plan estratégico Multisectorial 2007-2011 para la Prevención y Control de la ITS y VIH/SIDA en el Perú”.

Cabe precisar que los recursos disponibles para responder al VIH y SIDA todavía son limitados, por lo que es cada vez más importante utilizar lo existente de forma más eficaz y eficiente. En tal sentido, ONUSIDA recomienda promover el máximo de coordinación dentro de los actores clave para multiplicar los recursos y producir el mayor efecto posible sobre la respuesta mundial al VIH y SIDA evitando así la duplicación de esfuerzos.

Bajo este contexto, en la Conferencia Internacional sobre el SIDA y las ITS en África (ICASA), celebrada en Nairobi (Kenya) en septiembre de 2003, los funcionarios de los organismos de cooperación nacional y los ministros correspondientes, así como los representantes de los principales mecanismos de financiación, organizaciones multilaterales y bilaterales, ONG y el sector privado, se reunieron para examinar los principios de la coordinación de la respuesta al VIH/SIDA a nivel nacional, destacando los siguientes:

- Un marco de acción sobre el VIH/SIDA acordado que proporcione la base para coordinar el trabajo de todos los asociados;
- una autoridad nacional de coordinación del SIDA con un mandato multisectorial amplio; y
- un sistema de vigilancia y evaluación establecido a nivel de país.

En este sentido, los entrevistados enfatizaron como un logro de la CONAMUSA, el que ésta se haya constituido en "la autoridad nacional de coordinación del SIDA con un mandato multisectorial amplio" y señalaron al PEM como "el marco de acción sobre el VIH y SIDA acordado que proporciona la base para coordinar el trabajo de todos los asociados".

Asimismo, fue en el seno de los comités de la CONAMUSA y con el apoyo de ONUSIDA que se formuló también el Plan de Monitoreo y Evaluación del PEM, en correspondencia con el principio de "un sistema de vigilancia y evaluación establecido a nivel de país".

Asimismo, los entrevistados resaltaron los esfuerzos de la CONAMUSA por alinear los Programas financiados por el Fondo Mundial y la articulación de la respuesta país a las enfermedades, a través de los Planes Estratégicos Multisectoriales, a nivel nacional y en las regiones.

A nivel nacional y bajo la rectoría técnica del Ministerio de Salud, se destacó también el impulso y apoyo dedicado a los diversos instrumentos



normativos formulados para contribuir a la respuesta al VIH y Sida, como son:

- Resolución Ministerial N° 731-2003-SA/MINSA. Directiva 020 que regula el sistema de atención para tratamiento ARV en niños infectados con VIH.
- Resolución Ministerial N° 1328-2003-SA/DM. Norma Técnica para el Sistema de Articulación del Servicio de Consejeros Educadores de Pares para Personas que viven con VIH/SIDA.
- Resolución Ministerial N° 771-2004/MINSA. Estrategias Sanitarias Nacionales del Ministerio de Salud y sus órganos responsables.
- Resolución Ministerial N° 774-2004/MINSA. Norma Técnica para Promotores Educadores de Pares en Poblaciones Vulnerables para la prevención de las ITS, VIH y SIDA
- Resolución Ministerial N° 1052-2004-/MINSA. Norma Técnica de manejo de ARV y reacciones adversas para el médico de atención integral para las PVV.
- Resolución Ministerial N° 311-2005/MINSA. Norma Técnica para la implementación del TARGA en adultos infectados por el VIH.
- Resolución Ministerial N° 290-2006/MINSA. Manual de Orientación/Consejería en salud Sexual y reproductiva.
- Resolución Ministerial N° 1148-2006/MINSA. Documento Técnico de Consejería en TBC, co-infección VIH/TBC y TB MDR.
- Resolución Ministerial N° 335-2008/MINSA. Norma Técnica de Salud de Profilaxis de la Transmisión Madre Niño del VIH y Sífilis Congénita.
- Resolución Ministerial N° 436-2009/MINSA. Directiva Administrativa N° 153–MINSA/OGEI V 01 para el Sistema de Monitoreo y Evaluación Integral de Indicadores – SMEII.
- Resolución Ministerial N° 240-2009/MINSA. Tarifario del SIS para componentes subsidiado y semisubsidiado y definiciones operacionales.

- Resolución Ministerial N° 242-2009/MINSA. Directiva Sanitaria para distribución de condón masculino a usuarios en servicios de salud

En el marco de este esfuerzo, se destaca el inicio del Aseguramiento Universal en Salud (AUS), en el 2009, consolidando así el derecho de todos los y las peruanas al acceso a una atención de salud, cuyo sistema incluye prestaciones para las personas que viven con VIH y SIDA.

Asimismo, a nivel de las Regiones se cuentan con los siguientes Planes Estratégicos Regionales:

- 1) Plan estratégico Regional Multisectorial para la Prevención y Control de ITS-VIH/SIDA en la Región Callao 2010 - 2015
  - 2) Plan estratégico Regional Multisectorial para la Prevención y Control de ITS-VIH/SIDA en la Región Junín 2010 - 2015
  - 3) Plan estratégico Regional Multisectorial para la Prevención y Control de ITS-VIH/SIDA en la Región Lambayeque 2010 - 2015
  - 4) Plan estratégico Regional Multisectorial para la Prevención y Control de ITS-VIH/SIDA en la Región Loreto 2008 - 2012
  - 5) Plan estratégico Regional Multisectorial para la Prevención y Control de ITS-VIH/SIDA en la Región Piura 2009 - 2013
  - 6) Plan estratégico Regional Multisectorial para la Prevención y Control de ITS-VIH/SIDA en la Región Tumbes 2010 - 2015
  - 7) Plan estratégico Regional Multisectorial para la Prevención y Control de ITS-VIH/SIDA en la Región Ucayali 2010 - 2015
- **Empoderamiento e incorporación de las poblaciones afectadas y vulnerables en la toma de decisiones de las políticas para el VIH**

Al respecto, los entrevistados destacaron que la CONAMUSA “ha dado mucho espacio a la población vulnerable y afectada por VIH y ha sido un espacio que ha permitido fortalecer a las poblaciones vulnerables y afectadas, logrando su incorporación en la toma de decisiones de las políticas para el VIH y SIDA”.

En tal sentido, si bien a nivel mundial la experiencia del Fondo Mundial impulsó la articulación estado – sociedad civil, estudios internacionales señalan que todavía hay una serie de limitaciones en dicho proceso. Así, el Estudio sobre la Participación de la Sociedad Civil en los Mecanismos de Coordinación de País llevado a cabo en el 2010 por el CSAT (Equipo de la Sociedad Civil para la Acción) concluyó que si bien los representantes de las personas que viven con VIH están presentes en los MCP, éstos muchas veces no tienen un acceso genuino a la toma de decisiones. Mientras tanto, las poblaciones clave afectadas están frecuentemente ausentes.

Cabe recordar que las mismas directrices del Fondo Mundial para los MCP estipulan que “el MCP estará integrado, como mínimo, por un 40% de miembros pertenecientes a sectores no gubernamentales”, lo que en el caso de la CONAMUSA es del orden del 45%. No obstante, el estudio de CSAT confirmó que a nivel básico, las personas que viven con VIH están presentes en los MCP en todas las regiones. Sin embargo, el estudio también destacó a veces es algo simbólico, ya que los representantes tienen pocas oportunidades para influenciar genuinamente la elaboración o implementación de las propuestas.

En relación a las poblaciones clave afectadas, el estudio indica que, en muchos países, estas todavía no son parte de los MCP. Eso pareciera confirmar el estigma actual – ya que los miembros de los MCP (no sólo los representantes del gobierno) no pueden y/o desean crear las condiciones necesarias para una participación significativa de ese sector. Al respecto, el estudio señala como desafíos prácticos – desde la falta de recursos financieros hasta las barreras del idioma y acceso limitado a computadoras, así también en algunos países, las ONG o las organizaciones internacionales representan a los grupos

comunitarios, limitando de esa manera la participación directa de las poblaciones clave afectadas.<sup>22</sup>

En el caso particular de un estudio referente al tema llevado cabo por la *International Treatment Preparedness Coalition* en 7 países (Argentina, *Cambodia*, *Cameroon*, India, Jamaica, Rumania, and Uganda), el reporte señaló como hallazgos la limitada influencia de los miembros de la sociedad civil del MCP en la preparación de las propuestas y en el seguimiento a la implementación de los programas. Entre las razones indicadas para dicha situación, cabe señalar la percepción de inequidad entre los miembros, la falta de experiencia o experticia por parte de los miembros del MCP, la falta de conocimiento de los roles y funciones del MCP, la falta de liderazgo y empoderamiento en los representantes de la sociedad civil<sup>23</sup>.

En el caso de la CONAMUSA, los entrevistados señalaron que “ésta es una oportunidad muy interesante que permite una interlocución de diferentes actores que ven la temática desde un plano horizontal... es un espacio en el que tenemos al Sr. Ministro intercambiando con nosotros, sentado a nuestro lado y le podemos preguntar y él nos responde, hay pocos espacios como este. En la CONAMUSA también participan otros sectores, la sociedad civil, las poblaciones vulnerables, y las decisiones que se toman son mayormente consensuadas, es un espacio inédito, único, vale la pena continuar con el Fondo Mundial o sin él”.

En conclusión como resultado del fortalecimientos de la participación y articulación multisectorial en la CONAMUSA, ésta se ha constituido en un espacio horizontal de dialogo, discusión y análisis.

---

<sup>22</sup> Equipo de la Sociedad Civil para la Acción. Estudio sobre la Participación de la Sociedad Civil en los Mecanismos de Coordinación de País. 2010. Pág. 11.

<sup>23</sup> *International Treatment Preparedness Coalition: Treatment Monitoring & Advocacy Project. "Making Global Fund Country Coordinating Mechanisms work through full engagement of civil society". 2008.*

Respecto a la percepción de los factores asociados a los logros señalados previamente los resultados fueron:

- Voluntad política, especialmente en el caso de los sectores públicos miembros de la CONAMUSA. Esta apertura fue clave para lograr un entendimiento con la sociedad civil y permitió pasar a una dinámica en la que era posible trabajar de una forma diferente e innovadora en comparación con las formas tradicionales, donde la sociedad civil suele estar separada del sector público.
- Participación de las Poblaciones Afectada y Vulnerables. Valorando este aspecto como un logro, los entrevistados señalaron que "son estos grupos que mantienen el espíritu vivo de la CONAMUSA. Los representantes de los sectores públicos van cambiando, son menos sólidos que los no gubernamentales, pero los representantes de las poblaciones afectadas y vulnerables tienen un compromiso personal, una mística que marca la gran diferencia. Los sectores del Estado tienen un compromiso institucional y la sociedad civil tiene un compromiso más personal, tienen una causa en común".
- Respaldo de las Agencias de Cooperación. Las agencias de cooperación han hecho que los actores relacionados a VIH se empoderen.
- La exigencia del Fondo Mundial de contar con una instancia multisectorial para acceder a sus recursos. Esta situación fue decisiva ya que obligó al país a establecer una mesa de diálogo con representantes de diferentes sectores públicos y de la sociedad civil.
- Profesionalismo de los actores de la CONAMUSA. Tanto a nivel de los miembros del equipo de la Secretaría Técnica como en la Asamblea General y demás instancias de la CONAMUSA, se ha tenido una capacidad profesional excepcional para aportar ideas y volcarlas en lineamientos, planteamientos y soluciones. Conformar la CONAMUSA se volvió por ende, un mérito profesional.



- Contar con un equipo de gestión. En los últimos años el contar con un equipo remunerado ha permitido que éste contribuya de manera fundamental al logro de la maduración de la toda la organización. Promovieron una mayor conciencia a nivel de Secretaría Ejecutiva y de Asamblea General y de la CONAMUSA en general. Es un núcleo clave que ha facilitado la maduración de toda la organización.
- El liderazgo del MINSA. En relación a los logros de la gestión general de la CONAMUSA destacan los aportes de la Dra. Mazzetti y del Dr. Ugarte, quienes mostraron un gran compromiso con el tema VIH y Sida.
- La asistencia técnica de Grant Management Solutions - GMS y ONUSIDA. En relación a la maduración de la gestión de la CONAMUSA es de destacar la muy importante asistencia técnica de GMS para la elaboración del Plan de Monitoreo Estratégico, así como para el diseño del Tablero de Control como una herramienta operativa y ágil para facilitar una toma de decisiones informada. ONUSIDA también apoyó en este esfuerzo.
- Coincidencia de visiones entre el sector público y la sociedad civil. La base para este proceso ha sido el involucramiento entre el sector público y la sociedad civil, estar de acuerdo de la importancia de una mirada país y sumar, empezar a hacer cosas de manera conjunta. En términos generales no se ha llegado a establecer una cultura de asocio entre el sector público y la sociedad civil, todavía en la lógica del Estado y la sociedad civil, prevalecen las agendas propias, hay desconfianza, depende de la gente que esté en el sector público, o en un espacio de estos, esto es muy cambiante. Un factor que favoreció la coincidencia de visiones es que el tema era un tema políticamente difícil, mediático y de confrontación.
- La participación activa de los representantes de la sociedad civil, especialmente los grupos afectados y vulnerables. Estos actores lograron poner en la agenda pública su problemática y se



comprometieron con la formulación de políticas de respuesta, como el caso del PEM VIH.

Respecto a la percepción de los actores asociados a los logros señalados previamente los resultados fueron:

- El Ministro de Salud, en su calidad de Presidente de la CONAMUSA
- La población afectada y sensibilizada tanto las PVV como las Poblaciones Vulnerables.
- Las ONG
- La Academia, donde también hubo un nivel importante de aportes al tema a partir de sus investigaciones en aspectos de prevención, control u tratamiento.
- Las agencias de cooperación.
- La ESN PyC VIH, del Ministerio de Salud.

#### 4.1.2.2. Sub Variable II: Limitaciones

Los principales hallazgos en relación a la percepción de las limitaciones fueron:

- No se ha logrado la participación plena de todos los sectores.
- Hace falta seguir desarrollando procesos de negociación con la sociedad civil.
- El seguimiento a la implementación de los planes y programas puede mejorar, aún es limitado.
- Falta capacidad para sistematizar la abundante información respecto a la implementación y evaluación de los planes y programas.
- Falta profundizar la apropiación de los documentos de gestión.
- Falta un mayor impulso del MINSA a los aspectos preventivos promocionales, por encima del aspecto biomédico como respuesta.

### 4.1.3. Variable Institucionalidad

#### 4.1.3.1. Sub Variable I: Existencia de Acuerdo Político y Social

Entre las motivaciones que tuvieron las instituciones públicas y privadas, para incorporarse a la CONAMUSA, destaca la apreciación de que este constituye un espacio que promueve la interacción entre el sector público y privado, y ello se expresa en una presencia muy activa de la Sociedad Civil. Esta característica, indicaron, permite que sus representantes ejerzan el seguimiento a las intervenciones de los programas del Fondo Mundial, además de permitir formular propuestas y discutirlos en ese espacio.

Es claro también, que las instituciones de gobierno tenían desde su propio mandato institucional el compromiso de participar en este espacio de coordinación, del mismo modo que las instituciones no gubernamentales, canalizaban un conjunto de demandas referidas al tema del VIH, la TB y la Malaria.

Asimismo, indican que aun cuando se ha logrado constituir un colectivo compuesto por representantes del sector público y de la sociedad civil, es un espacio todavía con algunas debilidades y contradicciones sin embargo es importante fortalecerlo por ser un importante espacio de diálogo. Al respecto un entrevistado manifestó: "en un país en el que no hay costumbre de dialogar, el organizar un colectivo que lo permita es difícil, lo usual es que estos espacios sean más bien de conflicto".

Las instituciones del sector privado resaltan sobremanera el hecho que CONAMUSA es un espacio de interrelación horizontal que permite transmitir inquietudes, sobre todo de la población vulnerable, de manera directa a las entidades y autoridades. También se resalta que se trata de un canal con procesos en ambos sentidos, no solo en términos de que el

sector privado pueda plantear sus demandas e iniciativas ante el sector público, sino que es un espacio que promueve el involucramiento en los procesos propios de la gestión de una política pública.

Otro aspecto señalado como importante en la conformación de este espacio, es la presencia de las Universidades y las Iglesias, que aporta también a la inclusión de diversas miradas en aspectos relacionados a las políticas y los planes.

Se menciona también como un aspecto positivo el que la conformación de la CONAMUSA permite una respuesta multisectorial frente al VIH, la TB y la Malaria, pero permitiendo que cada institución mantenga su propio rol, pero contribuyendo a un mayor impacto.

Está también la percepción de que en este proceso de trabajo multisectorial lo más constante es la sociedad civil, porque en el caso del gobierno el cambio regular de autoridades en cada administración, muchas veces deviene en que se desconozca lo avanzado previamente. Específicamente, respecto a la existencia de algún acuerdo o dispositivo institucional que formalice la participación de las instituciones conformantes de CONAMUSA, se tiene que en el caso de las instituciones públicas, las representaciones son designadas a través de Resoluciones Ministeriales, esa ha sido la práctica regular, conforme lo requiere el propio Reglamento Interno de la CONAMUSA.

En el caso de las instituciones pertenecientes a sectores no estatales, éstas cuentan con procedimientos que permiten designar periódicamente a sus representantes, cada institución define su procedimiento, el cual debe asegurar que haya un proceso de convocatoria amplio y transparente. Estas condiciones están contempladas en el Reglamento Interno de la CONAMUSA.

El propio Fondo Mundial, en el Documento "Directrices y Requisitos para los Mecanismos de Coordinación País", define los "requisitos", que representan los criterios mínimos que deben cumplir todos los MCP para poder obtener financiamiento del Fondo Mundial, entre los cuales resaltaremos el Requisito 4 que señala:

El Fondo Mundial **exige** a todos los MCP que demuestren la representación de personas que viven con el VIH y de personas afectadas por la tuberculosis o la malaria (en aquellos casos en que se solicite financiamiento o éste ya haya sido aprobado para la correspondiente enfermedad). Por personas afectadas por la tuberculosis o la malaria se entiende aquellas que han vivido con estas enfermedades en algún momento o que proceden de comunidades en que dichas enfermedades son endémicas. (Fondo Mundial 2010: 2)

Y en cuanto al proceso de elección de los representantes de sectores no públicos, el Fondo Mundial establece el Requisito 5:

El Fondo Mundial requiere que todos los miembros del MCP que representen a sectores constituyentes no públicos sean elegidos por sus propios sectores siguiendo un proceso documentado y transparente desarrollado en el seno de cada sector. Este requisito se aplica a todos los actores de la sociedad civil, incluidos aquellos que representan a personas que padecen o viven con las tres enfermedades, pero no a los asociados multilaterales y bilaterales. (Fondo Mundial 2010: 2)

#### **4.1.3.2. Sub Variable II: Establecimiento de Obligaciones y Derechos específicos de los Actores relevantes**

Como parte del proceso de constitución de institucionalidad tenemos el establecimiento de obligaciones y derechos específicos de los actores. Al respecto las personas entrevistadas mencionaron que en el caso del sector público una limitación significativa es que cuando la representación es operativa, y por tanto no acompañada de capacidad de decisión, se le resta fluidez a los procesos.

En el caso de los sectores públicos con mayor injerencia institucional, los acuerdos que se establecían en CONAMUSA eran después difundidos al interior de las instituciones y se hacía seguimiento a la ejecución de los respectivos coordinadores de las estrategias.

La perspectiva multisectorial de CONAMUSA permite también hacer énfasis en enfoques transversales como el de género y desarrollo humano, y privilegiar la situación de las poblaciones vulnerables sin limitarse a un enfoque sectorial.

En el caso de los representantes de la sociedad civil, manifestaron que tienen el compromiso moral con su comunidad de visibilizar los problemas y a la propia comunidad, y demostrar que tienen una capacidad propositiva en las diversas instancias en las que tienen la opción de intervenir. Señalan también que su participación en CONAMUSA les generó toda una dinámica de trabajo que implica participar en la Asamblea General, en las comisiones de trabajo, en reuniones de Secretaría Técnica, en la revisión técnica de documentos, entre otros y mantener la comunicación con sus respectivos sectores.

#### 4.1.3.3. Sub Variable III: Definición de Normas y Reglas

Respecto al tema de si hay una definición suficiente de normas y reglas para las instituciones que conforman la CONAMUSA, se recogieron opiniones diversas, desde el Sector Público algunos indicaban que debería mejorarse el Decreto Supremo que dio creación a la CONAMUSA, puesto que en él se reconoce la rectoría del MINSA, pero podría asignarse mejores condiciones para una mayor participación de otros sectores.

Otra opinión recogida desde el Sector Público es que el nivel de devolución de la información hacia los sectores es muy heterogéneo, no hay mecanismos que permitan asegurar un nivel mínimo de información de parte de los representantes hacia sus sectores y por tanto esto no permite que se amplíe la respuesta al problema del VIH. La participación de los miembros de CONAMUSA es desigual, en cuanto a su calidad y continuidad. Este problema remite al tema de cuál debería ser el nivel del representante, se estima que un representante con un nivel de alta dirección podría garantizar una mayor capacidad de decisión e influencia en su sector.

Una opinión es que de acuerdo a la naturaleza de cada sector podrían definirse roles diferenciados con niveles o espacios de acción también diferenciados. Los sectores deberían definir, desde su propia especificidad, cómo aportar en la respuesta al VIH.

Por otra parte, un tema crítico en la definición de normas y reglas que ordenen el funcionamiento de la CONAMUSA, es el tema de los "conflictos de interés", respecto a esto algunos representantes de la sociedad civil señalan que no hay un trato justo entre las instituciones públicas y las no públicas, y que por ello las ONG han perdido



representación. El propio Fondo Mundial señala que los MCP deben tener “una política de gestión de los conflictos de intereses que se aplique a todos los miembros del MCP y a todas sus funciones”, estableciendo que “sus miembros no podrán participar en las decisiones en que existe un conflicto de intereses obvio ...”

La CONAMUSA tuvo la oportunidad de desarrollar un proceso para tener normas sobre el conflicto de intereses. Así tenemos que en el marco de la elaboración de la propuesta país para la Ronda 8, la Asamblea General de la CONAMUSA elaboró y aprobó en su sesión del 26 de junio de 2008, un “Plan para el Manejo del Conflicto de Intereses”. Posteriormente en una Asamblea General desarrollada el 22 de julio del 2010, aprobó una “Política de prevención del conflicto de intereses de la CONAMUSA”. Este documento define cuales son los alcances, las causales que constituyen conflicto de interés, las normas para prevenirlo, los procedimientos y las sanciones. En este documento se subsana el tema de la participación de los sub receptores como miembros de la CONAMUSA, que se había percibido como un claro conflicto de intereses.

Como parte del proceso de fortalecer su institucionalidad la CONAMUSA se concentró en definir con claridad las normas y reglas para mejorar su capacidad de gestión, identificándose como aspectos los referidos a: mandato, prioridades estratégicas, estructura, procesos, monitoreo estratégico y resultados esperados. En este marco se rediseñó el Reglamento para mejorar el funcionamiento y la capacidad de gestión de la CONAMUSA, se formuló, como se menciona líneas arriba, la política de prevención de conflictos de intereses, se redefinió los perfiles de los principales cargos de la Unidad Técnica, y se diseñó el tablero de mando para la gestión de la CONAMUSA.

Del análisis conjunto de las subvariables de la variable Institucionalidad podemos resaltar lo siguiente:

- La dinámica de participación multisectorial promovida desde la CONAMUSA permitió responder al reto de la formulación e implementación de una política social, en tanto se requería no solo propuestas de gran consistencia técnica, sino también el logro de un nivel importante de involucramiento y acuerdo entre los actores.
- En este marco, cabe destacar la creación del valor social por parte de este colectivo y el rol que para ello ejerció el liderazgo de los representantes de la CONAMUSA. Así, la dinámica de esta instancia permitió que los liderazgos individuales de cada uno de sus representantes sumara al trabajo en equipo contribuyendo a la consecución de los objetivos de interés común respondiendo a las necesidades de cada sector representado en la CONAMUSA.
- La experiencia de la CONAMUSA constituye también un aporte a la gerencia social, en la medida que la institucionalidad lograda por esta instancia trajo como resultado la creación del valor social en el marco del sistema de política pública en el que se conducían los lineamientos y las intervenciones relacionadas al VIH y Sida. Así, se observa una dinámica participativa a nivel de sus miembros, el trabajo a través de redes sociales entre los grupos de actores que la conformaban, la articulación de intereses legítimos de acuerdo al rol de cada uno bajo alianzas estratégicas, todo ello en un marco de institucionalidad, que contribuyó al logro de las metas planteadas a nivel del VIH y SIDA.

## CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES

### 5.1 CONCLUSIONES

- En cumplimiento de la condición de asociatividad planteada por el Fondo Mundial, para acceder a los recursos para la lucha contra el VIH y Sida, la CONAMUSA es la expresión de la voluntad de una acción conjunta entre la sociedad civil y el sector público, constituyendo así un pacto entre actores que fortaleció la política pública en este tema.
- La CONAMUSA se constituyó en un colectivo multisectorial, de diálogo horizontal, y de discusión y análisis, que ha promovido la participación, el fortalecimiento de capacidades y el empoderamiento de las poblaciones afectadas y vulnerables.
- En relación al conjunto de miembros de la CONAMUSA, las poblaciones afectadas y vulnerables, así como las ONG, tuvieron una mayor participación en el diálogo social con el sector público, así como una presencia permanente en las diferentes etapas de la política social de respuesta al VIH y SIDA.
- La comunicación fluida y permanente con los representantes de los diversos sectores de la CONAMUSA, promovida por las instancias de gestión conformadas por la Secretaría Ejecutiva y la Unidad Técnica, contribuyeron al mayor involucramiento y compromiso de sus miembros.
- La representatividad de los miembros de la CONAMUSA sustentada en su designación formal, ya sea mediante un dispositivo normativo de designaciones de alto nivel o a través de un proceso participativo de elección, contribuyó a la institucionalidad de esta instancia.

- El ejercicio de la representación por parte de algunos sectores, miembros de la CONAMUSA, caracterizado por canalizar la posición de su sector, asegurando los mecanismos pertinentes de retroalimentación, y colocando en su agenda sectorial la temática del VIH y SIDA contribuyó al fortalecimiento de la institucionalidad de esta instancia.
- La definición de reglas básicas, explícitamente establecidas, y acordadas mediante consenso por los miembros de la CONAMUSA; expresadas en sus instrumentos normativos y de gestión, tales como el Decreto Supremo de Creación, Reglamento de Organización y Funciones, Convenios de Relacionamiento y Manual para el Manejo del Conflicto de Interés, entre otros, constituyeron el sustento fundamental de la institucionalidad de la CONAMUSA.
- En concordancia a la naturaleza multidimensional de la problemática del VIH y SIDA, la CONAMUSA contribuyó al desarrollo de políticas sectoriales de respuesta al VIH y SIDA, posicionando el tema en la agenda de sectores diferentes al Ministerio de Salud, tales como Trabajo y Promoción del Empleo, Educación, Justicia, y Mujer y Poblaciones Vulnerables.
- La gestión de la CONAMUSA permitió optimizar mecanismos de captación de recursos provenientes del Fondo Mundial, así como de apalancamiento de recursos provenientes de otras fuentes de cooperación, tales como el Fondo del Presidente de los EEUU para la lucha contra el SIDA (PEPFAR por sus siglas en inglés), Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y SIDA, la Organización Panamericana de la Salud, Programa de las Naciones Unidas, entre otros.

- Las herramientas de gestión de la CONAMUSA cuentan con un alto reconocimiento por parte de sus miembros. Su uso ha contribuido con la toma de decisiones, evaluación de resultados, transparencia de la información y rendición de cuentas. Sin embargo, es importante considerar la necesidad de su revisión y actualización periódica, de forma que se garantice su pertinencia, relación con el contexto y aporte a la gestión.
- La conducción eficiente de esta instancia ha sido el resultado de una adecuada complementariedad entre la participación de sus miembros, la disponibilidad de herramientas de gestión y la existencia de recursos humanos calificados que aseguren una gestión orientada a resultados.
- De acuerdo a los logros mostrados, la CONAMUSA se constituyó en una organización con capacidad de generar valor social en el marco de un enfoque de calidad logrando una adecuada correlación entre la política y, las necesidades y expectativas de la población vulnerable y afectada por el VIH.

## **CAPÍTULO 6: PROPUESTAS**

De acuerdo con las principales conclusiones señaladas en el estudio, se ha procedido a formular Lineamientos para el Fortalecimiento de la Gestión de la CONAMUSA, los cuales consideran los principales aspectos que requieren ser abordados por los actores de esta instancia.

### **6.1. LINEAMIENTOS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DE LA CONAMUSA**

#### **6.1.1. Objetivos**

##### **OBJETIVO GENERAL**

- Fortalecer la gestión de la CONAMUSA para consolidar su rol como un colectivo multisectorial que contribuya al desarrollo de la política social de respuesta al VIH y SIDA.

##### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Los objetivos específicos se han agrupado, de acuerdo a las líneas de trabajo de la CONAMUSA que fueron objeto de estudio en esta investigación:

<b>Gestión</b>
Consolidar la participación de todos los sectores en la gobernanza de la CONAMUSA.
Mantener los espacios de concertación y consulta multisectorial, en el ámbito nacional, velando por la continuidad de los actores clave, tales como los representantes de poblaciones afectadas o en situación de vulnerabilidad.
Evaluar y actualizar, de ser necesario, sus herramientas de gestión con un enfoque de calidad y mejora continua.



Convocar, conducir y aprobar la presentación de nuevas propuestas del Perú al Fondo Mundial y otros donantes, promoviendo la sostenibilidad de las mismas.
Promover el apalancamiento de recursos del sector público en las intervenciones para contribuir a la sostenibilidad de las mismas.
Promover la captación de recursos financieros para la operatividad de la Unidad Técnica y, por consiguiente, para el soporte a la gestión de la CONAMUSA.
Realizar el monitoreo estratégico de los resultados esperados en la implementación de las propuestas.
Evaluar periódicamente el desempeño de los organismos ejecutores de los programas.
Mantener mecanismos de transparencia y rendición de cuentas.
<b>Institucionalidad</b>
Mantener la membresía garantizando mecanismos de organización y funcionamiento que consoliden la institucionalidad y gobernabilidad.
Promover el alineamiento de la CONAMUSA con los Programas, Planes y Políticas en VIH y Sida.
Promover un compromiso y participación de los diversos sectores que conforman la CONAMUSA.

### 6.1.2. Marco Normativo

- Decreto Supremo de Creación
- Reglamento Interno de la CONAMUSA
- Lineamientos y Directivas del Fondo Mundial

### 6.1.3. Indicadores

Línea de Acción	Objetivo Específico	Indicador
<b>Gestión</b>	Consolidar la participación de todos los sectores en la gobernanza de la CONAMUSA.	% de miembros que participan de las instancias de organización de la CONAMUSA
	Mantener los espacios de concertación y consulta multisectorial, en el ámbito nacional, velando por la continuidad de los actores clave, tales como los representantes de poblaciones afectadas o en situación de vulnerabilidad.	% de representantes que participan de los espacios de concertación y consulta multisectorial promovidos por la CONAMUSA
	Evaluar y actualizar, de ser necesario, sus herramientas de gestión con un enfoque de calidad y mejora continua.	No. de herramientas de gestión implementadas y evaluadas % de cumplimiento de los acuerdos adoptados y/o acciones comprometidas contenidos en el marco de la operatividad de las herramientas de gestión
	Convocar, conducir y aprobar la presentación de nuevas propuestas del Perú al Fondo Mundial y otros donantes, promoviendo la sostenibilidad de las mismas.	No. de propuestas presentadas y por la CONAMUSA al Fondo Mundial y otros donantes, en el ámbito del VIH y Sida asegurando la sostenibilidad y la coherencia entre ellas.
	Promover la captación de recursos financieros para la operatividad de la Unidad Técnica y, por consiguiente, para el soporte a la gestión de la CONAMUSA.	% de recursos financieros captados para la operatividad de la Unidad Técnica de fuentes diferentes al Fondo Mundial.

	Promover el apalancamiento de recursos del sector público en las intervenciones para contribuir a la sostenibilidad de las mismas.	% de recursos financieros provenientes del sector público que complementan las intervenciones financiadas por el Fondo Mundial.
	Realizar el monitoreo estratégico de los resultados esperados en la implementación de las propuestas.	% de acciones de monitoreo estratégico realizadas con la participación documentada de los miembros de la CONAMUSA.
	Evaluar periódicamente el desempeño de los organismos ejecutores de los programas.	No. de Receptores que son evaluados periódicamente por la CONAMUSA
	Mantener mecanismos de transparencia y rendición de cuentas.	No. de actividades planificadas e implementadas para fortalecer la transparencia y rendición de cuentas.
<b>Institucionalidad</b>	Mantener la membresía garantizando mecanismos de organización y funcionamiento que consoliden la institucionalidad y gobernabilidad.	No. de miembros de la CONAMUSA con representación acreditada  No. de miembros de la CONAMUSA que asisten a las reuniones  No. de miembros de la CONAMUSA que retroalimentan de la marcha de la CONAMUSA a sus sectores
	Promover el alineamiento de la CONAMUSA con los Programas, Planes y Políticas en VIH y Sida.	No. de actividades planificadas e implementadas para alinear las intervenciones promovidas por la CONAMUSA con Programas, Planes y Políticas en VIH y Sida.
	Promover un compromiso y participación de los diversos sectores que conforman la CONAMUSA.	Variación en el nivel de participación de los sectores miembros d la CONAMUSA.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. BANCO MUNDIAL  
2001 "Informe sobre el Desarrollo Mundial 2000/2001, Lucha Contra la Pobreza". Banco Mundial, Washington DC, USA.
2. CÁCERES, Carlos  
2009 "Lecciones aprendidas de la colaboración con el Fondo Mundial en VIH y SIDA en el Perú: efectos en el sector público, sociedad civil y comunidades afectadas". Lima. Instituto de Estudios en Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.
3. CARAMUTTI DE LA PIEDRA, Rosalía  
2011 Consultoría: "Evaluación y análisis de la contribución y funcionamiento de las COREMUSA en la prevención y control del VIH/SIDA, TBC y Malaria en sus respectivos ámbitos regionales". Tercer Informe, Fase II Sistematización de la Información de Fuente Primaria y Secundaria. Marzo 2011
4. COLLINS, Joseph  
2004 "Peru CCM case". December 2003. the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria.
5. CUETO, Marcos  
2001 "Culpa y Coraje: Historia de las Políticas sobre el VIH y SIDA en el Perú". Lima, Perú. Consorcio de Investigación Económica / Universidad Peruana Cayetano Heredia.
6. GUEVARA, Susana  
2009 "Informe de la sistematización de la experiencia de la CONAMUSA". Lima, Perú.
7. HARDEE, Karen, FERANIL Imelda, BOEZWINKLE Jill and CLARK Benjamin  
2004. The Policy Circle: A Framework for Analyzing the Components of Family Planning, Reproductive Health, Maternal Health, and HIV/AIDS Policies. POLICY Working Paper Series No. 11  
Consulta: 14 de mayo de 2011  
<[http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PNACY528.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNACY528.pdf)>
8. LLONA, Mariana  
2001 "Gestión Local Participativa: Del Barrio a la Ciudad". Lima, Perú. DESCO.
9. MACHINEA, José Luis.

- 2004 Institucionalización de la Política Social para la Reducción de la Pobreza. Conferencia del Dr. José Luis Machinea, Secretario Ejecutivo de CEPAL. Ciudad de México 28 de Septiembre de 2004  
Consulta: 22 de junio de 2011  
<<http://www.cepal.org/noticias/discursos/6/20346/Conferencia-JLM-MEXICO28sept.pdf>>
10. MÉDICOS SIN FRONTERAS  
2005 “Lecciones Aprendidas de una experiencia de trabajo multidisciplinario en ITS y VIH Y SIDA en el Penal de Lurigancho en Lima”. Lima, Perú. Diciembre, 2005.
11. MINISTERIO DE SALUD  
2011 “Boletín epidemiológico de la Dirección General de Epidemiología de Marzo 2011”. Ministerio de Salud, Perú.
12. MINISTERIO DE SALUD  
2008 “Plan Estratégico Multisectorial 2008-2012 del Programa Nacional ITS/VIH/SIDA: Movilizados por el Derecho a la Salud y la Vida”. Serie Documentos Normativos. Publicación 82. La Paz, Bolivia.
13. MINISTERIO DE SALUD  
2010 “Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS – Período 2008-2009. Lima, Perú.
15. MINISTERIO DE SALUD  
2012 Evaluación del Plan Estratégico Multisectorial VIH/SIDA 2007 – 2011. Autores: Lobón Ramos, Irma. Alfaro Fernández, Paul. Flores Arroyo, Guiselly.
16. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD  
2009 “Preguntas y respuestas sobre el VIH/SIDA”. Organización Mundial de la Salud. Noviembre, 2009  
Consulta: 26 de junio de 2011.  
< <http://www.who.int/features/qa/71/es/index.html>>
17. ONUSIDA  
2010 “UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2010”. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y SIDA. .
18. ONUSIDA  
2008 “Información Básica sobre el VIH”. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y SIDA. Mayo, 2008.  
Consulta: 26 de junio de 2011.



<[http://data.unaids.org/pub/FactSheet/2008/20080519\\_fastfacts\\_hiv\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/FactSheet/2008/20080519_fastfacts_hiv_es.pdf)>

19. PÉRSICO, María Silvia  
2005 "La Gestión Participativa para el desarrollo de la Cultura Local: De la práctica a la teoría". Argentina. Portal Iberoamericano de Gestión Cultural. En: Boletín Gestión Cultural N° 11: Participación Ciudadana, abril de 2005.
20. PNUD  
2009 "Ayuda Memoria sobre la situación del VIH y SIDA y el estigma y discriminación en el Perú 2009.". Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y SIDA. 2009. Consulta: 26 de junio de 2011.  
<[http://www.pnud.org.pe/data/noticia/Situacion\\_VIHPERU.pdf](http://www.pnud.org.pe/data/noticia/Situacion_VIHPERU.pdf)>
21. MEDELLIN TORRES, Pedro  
2004 La política de las políticas públicas: propuesta teórica y metodológica para el estudio de las políticas públicas en países de frágil institucionalidad. Serie Políticas Sociales 93. División de Desarrollo Social, CEPAL  
Consulta: 22 de junio 2011  
<[http://www.eclac.org/publicaciones/xml/5/15555/sps93\\_lcl2170.pdf](http://www.eclac.org/publicaciones/xml/5/15555/sps93_lcl2170.pdf)>
22. SZÉKELY, Miguel  
2006. Midiendo el Nivel de Institucionalidad de la Política Social en América Latina. Documento preparado para el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).  
Consulta: 22 de junio 2011  
<[http://www.impactalliance.org/ev\\_en.php?ID=41237\\_201&ID2=DO\\_TOPIC](http://www.impactalliance.org/ev_en.php?ID=41237_201&ID2=DO_TOPIC)>
23. SZÉKELY, Miguel y FRANCO, Rolando (coordinadores)  
2010. Institucionalidad social en América Latina. Documento de Proyecto. CEPAL/UNFPA: "Género, población y desarrollo (RLA/6P41A)"  
Consulta: 28 de junio 2011  
<<http://www.eclac.org/publicaciones/xml/4/39214/dp-w312-Institucionalidad.pdf>>
24. THE GLOBAL FUND  
Directrices y requisitos para los Mecanismos de Coordinación de País. GF/B22/5, revisión 2  
Consulta: 15 de mayo 2011  
<[http://www.cipacdh.org/ccm\\_requirements\\_guidelines\\_es.pdf](http://www.cipacdh.org/ccm_requirements_guidelines_es.pdf)>



25. VALVERDE ROCIO Y ROBINSON CABELLO  
2005 “Informe de Monitoreo y Evaluación de la implementación del  
compromiso del UNGASS por el Perú. Asociación Vía Libre.  
Lima Perú.



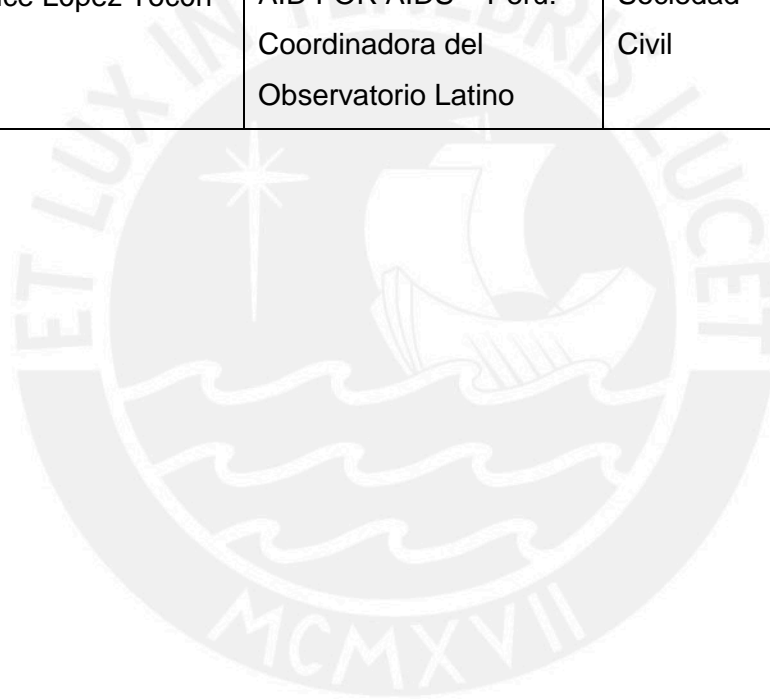
## ANEXOS

## Anexo 1: Relación de entrevistados

Nombre	Institución a la que representa	Sector	Relación con la CONAMUSA
1. Oscar Ugarte Ubillúz	Ministerio de Salud – Ministro de Salud	Sector Público	Miembro de la CONAMUSA: Presidente
2. Estela Roeder Carbo	Ministerio de Salud – Asesora Alta Dirección	Sector Público	Miembro de la CONAMUSA
3. José Luis Sebastián Mesones	Ministerio de Salud – Coordinador Nacional de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS y VIH y SIDA	Sector Público	Miembro de la CONAMUSA
4. Elia Luna Valle	Ministerio de la Mujer y el Desarrollo Social – Directora de la Dirección de Personas Adultas Mayores	Sector Público	Miembro de la CONAMUSA
5. Bruno Yika	Ministerio de Educación – Dirección de Tutoría y Orientación Educativa	Sector Público	Miembro de la CONAMUSA
6. José Best Romero	Ministerio de Justicia – Director de Salud del Instituto Nacional Penitenciario	Sector Público	Miembro de la CONAMUSA
7. Andrés Paredes León	Ministerio del Interior – Policía Nacional del Perú	Sector Público	Miembro de la CONAMUSA

8.	Robinson Cabello Chávez	Director Ejecutivo de Vía Libre	Sociedad Civil: ONG VIH	Miembro de la CONAMUSA: Vicepresidente
9.	Julia Campos Guevara	Presidenta de la Red SIDA Perú	Sociedad Civil: ONG VIH	Miembro de la CONAMUSA
10.	Guiselly Flores	Red Peruana de Mujeres viviendo con VIH	Sociedad Civil: Afectados	Miembro de la CONAMUSA
11.	Javier Salvatierra	Activista de la comunidad de Poblaciones vulnerables al VIH	Sociedad Civil: Vulnerables	Miembro de la CONAMUSA
12.	Sandra Flores	Responsable del Departamento de Pastoral de Salud de la Conferencia Episcopal Peruana	Sociedad Civil: Iglesia	Miembro de la CONAMUSA
13.	Patricia Bracamonte Bardales	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y Sida - Oficial de Monitoreo y Evaluación	Agencias Cooperantes	Miembro de la CONAMUSA
14.	Fernando Cisneros Dávila	Activista de la comunidad de Personas que viven con VIH	Equipo Técnico	Secretario Ejecutivo de la CONAMUSA
15.	José Gabriel Castillo	Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria – Gerente de Portafolio	Fondo Mundial	Secretariado del Fondo Mundial
16.	Virginia Baffigo de Pinillos	CARE Perú – Coordinadora Nacional de los Programas del Fondo Mundial	Fondo Mundial	Receptor Principal

17. Gisella Correa	Activista de la comunidad de Personas que viven con VIH	COREMUSA	Integrante de la COREMUSA Loreto
18. Carlos Cáceres	Universidad Peruana Cayetano Heredia - Director del Instituto de Estudios en Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano (IESSDEH)	Sociedad Civil	Investigador
19. Lídice López Tocón	AID FOR AIDS – Perú: Coordinadora del Observatorio Latino	Sociedad Civil	Investigadora



## Anexo 2: Guía de Entrevista

### PRESENTACION

Buenos días/tardes/noches con todos. Mi nombre es \_\_\_\_\_ soy entrevistador(a) para el estudio “Contribuciones de la Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud – CONAMUSA a la política social de respuesta al VIH y Sida en el Perú.”. El objetivo del estudio es identificar las características de la gestión de la CONAMUSA que le han permitido contribuir con la política social de la respuesta al VIH Y SIDA en el Perú. En este marco, el objetivo de esta entrevista es conocer su impresión sobre algunos aspectos relacionados a la gestión de la CONAMUSA.

De antemano le agradezco su colaboración para responder las preguntas en forma sincera y desde su punto de vista. Cabe mencionar que en cumplimiento a las exigencias éticas para este tipo de estudios, la información que usted proporcione será manejada de una forma absolutamente confidencial y será usada exclusivamente para el estudio a fin de contar con explicaciones más claras acerca de la contribución de la CONAMUSA a la política de respuesta al VIH y SIDA en nuestro país, identificando también aquellos aspectos que pueden mejorarse.

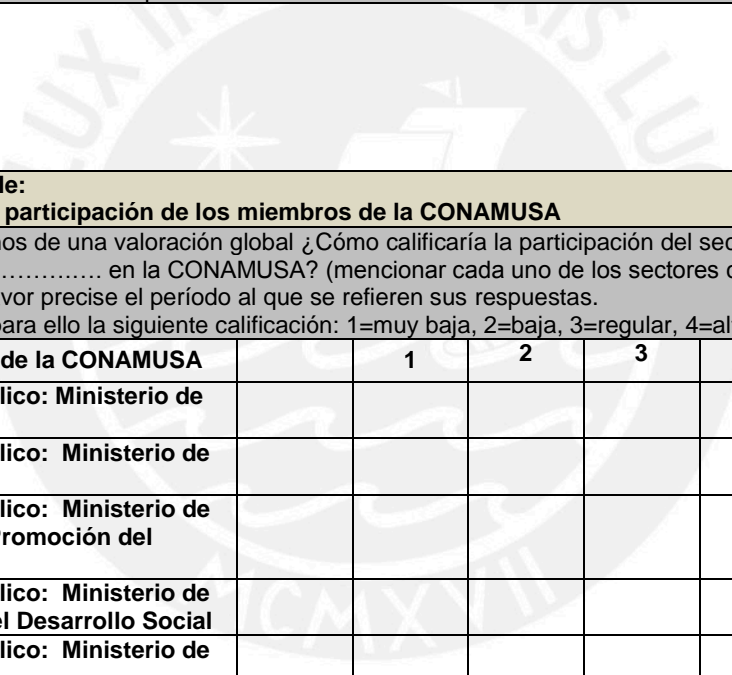
Antes de comenzar serían tan amable de decirme ¿Cuál es su nombre y a qué organización/sector/institución representa?

### DATOS DE IDENTIFICACION DE LA ENTREVISTA

<b>Fecha de la Entrevista:</b>
<b>Nombre del Entrevistador:</b>
<b>Datos del Entrevistado:</b>
Nombres y Apellidos:
Institución/Organización a la que representa:

### 1. PREGUNTAS VARIABLE GESTIÓN

<b>Sub Variable:</b>						
<b>I. Conocimiento de las herramientas de gestión de la CONAMUSA.</b>						
1. ¿Mencione usted que documentos de gestión de la CONAMUSA conoce?						
2. Considerando cada una de los documentos de gestión de la CONAMUSA que usted conoce, ¿Podría usted señalar su nivel de conocimiento respecto a .....? (Mencione cada una de los documentos que el encuestado dice conocer en la pregunta No. 1), por favor explique su respuesta. Considere para ello la siguiente calificación: 1=muy bajo, 2=bajo, 3=regular, 4=alto y 5=muy alto						
<b>Documentos de Gestión</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>Explique su respuesta</b>

<b>Sub Variable:</b>						
<b>II. Importancia de las herramientas de gestión de la CONAMUSA.</b>						
3. ¿Considera usted que estas herramientas de gestión son importantes para la CONAMUSA? ¿Por qué?. Detalle su respuesta.						
						
<b>Sub Variable:</b>						
<b>III. Nivel de participación de los miembros de la CONAMUSA</b>						
4. En términos de una valoración global ¿Cómo calificaría la participación del sector ..... en la CONAMUSA? (mencionar cada uno de los sectores considerados en la lista). Por favor precise el período al que se refieren sus respuestas. Considere para ello la siguiente calificación: 1=muy baja, 2=baja, 3=regular, 4=alta y 5=muy alta						
<b>Sectores de la CONAMUSA</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
Sector Público: Ministerio de Salud						
Sector Público: Ministerio de Educación						
Sector Público: Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo						
Sector Público: Ministerio de la Mujer y el Desarrollo Social						
Sector Público: Ministerio de Defensa						
Sector Público: Ministerio de Justicia						
Sector Público: Ministerio de Relaciones Exteriores						
Sector Público: Ministerio de Economía y Finanzas						
Sector Público: Ministerio del Interior						
Sociedad Civil: ONG						
Sociedad Civil: Población Afectada						
Sociedad Civil: Población Vulnerable						
Sociedad Civil: Academia						
Sociedad Civil: Iglesia						



<b>Agencias Cooperantes</b>						
5. ¿Describa usted como es/fue su participación en la CONAMUSA?. Por favor precise el período al que se refieren sus respuestas.						
6. En su opinión ¿Cómo considera usted que se podría mejorar la participación en la CONAMUSA?						
<b>Sub Variable:</b>						
<b>IV. Competencia gerencial (toma de decisiones y conducción)</b>						
7. ¿Cuál es su opinión sobre el desempeño de la CONAMUSA?. Por favor precise el período al que se refieren sus respuestas.						
8. Considerando que la Asamblea de la CONAMUSA, autoridad máxima de esta instancia, tiene el rol de “establecer los planeamientos, lineamientos, objetivos, así como las estrategias de intervención”, ¿Cómo calificaría usted su nivel de desempeño?: 1=muy malo, 2=malo, 3=regular, 4=bueno, 5=muy bueno. Por favor precise el período al que se refieren sus respuestas.						
<b>Desempeño de la CONAMUSA</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>Explique su respuesta</b>
<b>Asamblea General</b>						
9. Considerando que la Secretaría Ejecutiva de la CONAMUSA tiene el rol de “implementar y dar seguimiento a las decisiones tomadas por la Asamblea”, ¿Cómo calificaría usted su nivel de desempeño?: 1=muy malo, 2=malo, 3=regular, 4=bueno, 5=muy bueno. Por favor precise el período al que se refieren sus respuestas.						
<b>Desempeño de la CONAMUSA</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>Explique su respuesta</b>
<b>Secretaría Ejecutiva</b>						
10. Considerando que los Comités de la CONAMUSA tienen el rol de “brindar asistencia especializada a la CONAMUSA en forma permanente como apoyo al cumplimiento de sus funciones”, ¿Cómo calificaría usted su nivel de desempeño?: 1=muy malo, 2=malo, 3=regular, 4=bueno, 5=muy bueno. Por favor precise el período al que se refieren sus respuestas. De referirse a un Comité en particular hacer la precisión correspondiente						
<b>Desempeño de la CONAMUSA</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>Explique su respuesta</b>
<b>Comités de la CONAMUSA</b>						
<b>Comité de.....</b>						
<b>Comité de.....</b>						

11. Considerando que la Unidad Técnica de la CONAMUSA tiene el rol de “apoyar el funcionamiento de la CONAMUSA realizando actividades técnicas y administrativas”, ¿Cómo calificaría usted su nivel de desempeño: 1=muy malo, 2=malo, 3=regular, 4=bueno, 5=muy bueno. Por favor precise el período al que se refieren sus respuestas.						
<b>Desempeño de la CONAMUSA</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>Explique su respuesta</b>
<b>Unidad Técnica de la CONAMUSA</b>						
<b>Sub Variable:</b> <b>V. Transparencia y Comunicación</b>						
12. ¿Cuál es su opinión sobre la transparencia y la comunicación en la CONAMUSA?. Por favor precise el período al que se refieren sus respuestas.						
13. En su opinión, ¿Cómo es la comunicación entre los siguientes actores? Considere para ello la siguiente calificación: 1=muy mala, 2=mala, 3=regular, 4=buena, 5=muy buena. Explique cada una de sus respuestas. Por favor precise el período al que se refieren sus respuestas.						
<b>Actores Clave de la CONAMUSA</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>Explique su respuesta</b>
<b>Entre miembros de la CONAMUSA</b>						
<b>CONAMUSA y los Receptores Principales</b>						
<b>CONAMUSA y el Fondo Mundial</b>						
<b>CONAMUSA y las Contrapartes</b>						
<b>CONAMUSA y las COREMUSA</b>						
<b>CONAMUSA y el Agente Local del Fondo Mundial</b>						
14. ¿Considera usted que la CONAMUSA cuenta con mecanismos de transparencia en su gestión? Explique su respuesta.	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>No sabe</b>	<b>Explique su respuesta</b>		

Por favor precise el período al que se refieren sus respuestas.				
<b>Sub Variable: VI. Rendición de cuentas</b>				
15. ¿Considera usted que la CONAMUSA practica la rendición de cuentas? Explique su respuesta. Por favor precise el período al que se refieren sus respuestas.	SI	NO	No sabe	Explique su respuesta

**2. PREGUNTAS VARIABLE PERCEPCIÓN DE LOGROS Y LIMITACIONES**

<b>Sub Variable I. Percepción de logros y factores y actores asociados.</b>	
1. En su opinión ¿Cuáles han sido los logros más importantes de la CONAMUSA en relación a la política social de respuesta al VIH?. Explique su respuesta.	
2.En su opinión, ¿ Cuáles fueron los factores que tuvieron relación con estos logros?	
3.En su opinión, ¿Quiénes fueron los actores clave que participaron de estos procesos?	
<b>Sub Variable II. Percepción de limitaciones y factores y actores asociados.</b>	
4. En su opinión ¿Cuáles han sido las limitaciones más resaltantes de la CONAMUSA en relación a la política social de respuesta al VIH?. Explique su respuesta.	
5.En su opinión, ¿Cuáles fueron los factores que tuvieron relación con estas limitaciones?	
6.En su opinión, ¿Quiénes fueron los actores clave que participaron de estos procesos?	

**3. PREGUNTAS VARIABLE INSTITUCIONALIDAD**

<b>Sub Variable I. Existencia de un acuerdo político y social.</b>	
1. ¿Cuáles fueron las motivaciones de su sector/ institución para incorporarse a la CONAMUSA?	

2. ¿Hay algún dispositivo institucional que formalice la participación de su institución en la CONAMUSA? Explique.
3. ¿En su opinión, la CONAMUSA promueve la interacción entre el sector público y la sociedad civil para la respuesta al VIH y Sida? Explique.
4. (Si la respuesta anterior es afirmativa) En relación a su respuesta en la pregunta anterior ¿Podría mencionar algunos ejemplos específicos?.
<b>Sub Variable II. Establecimiento de objetivos, metas e instrumentos de evaluación.</b>
5. ¿Diría Ud. que la CONAMUSA cuenta con un Plan Institucional que delimita su quehacer ante la respuesta al VIH y Sida en el Perú?
6. ¿Diría Ud. que la CONAMUSA cuenta con un Instrumentos de Monitoreo que permita verificar la consecución de sus metas y resultados?
<b>Sub Variable III. Establecimiento de obligaciones y derechos específicos de los actores relevantes.</b>
7. ¿Le parece que su participación en la CONAMUSA como representante de su sector/institución le obliga a cumplir con compromisos o actividades específicas? Explique
<b>Sub Variable IV. Definición de normas y reglas.</b>
8. Desde el punto de vista de su institución, ¿diría Ud. que en la CONAMUSA están suficientemente definidos las normas y reglas para las instituciones que la conforman?



9. ¿Cuáles diría que son los aspectos positivos a este respecto? ¿Cuáles diría que son los aspectos negativos?
10. ¿Cuál es el rol que ha cumplido el Presidente de la CONAMUSA en el marco del fortalecimiento de su institucionalidad?
11. ¿Cuál es el rol que ha cumplido el Vice Presidente de la CONAMUSA en el marco del fortalecimiento de su institucionalidad?



### Anexo 3: Ficha Documental para Fuentes Secundarias

SUB VARIABLE	INDICADORES	No.	%	Descripción	Fuente
Existencia de herramientas para la gestión de la CONAMUSA	No. de herramientas para la gestión con que cuenta la CONAMUSA.				Memorias Anuales Actas de CONAMUSA
	Nivel de aprobación de las herramientas para la gestión con que cuenta la CONAMUSA.				Actas de CONAMUSA
	No. de herramientas para la gestión aprobadas por la Asamblea de la CONAMUSA.				Actas de CONAMUSA
	No. de herramientas para la gestión aprobadas además por normatividad del sector público				Actas de CONAMUSA
Nivel de conocimiento de los miembros de la CONAMUSA sobre las herramientas para la gestión	Número de miembros de la CONAMUSA que han sido capacitados en temas de gestión				Actas de CONAMUSA
	Número de miembros que dispone de al menos un ejemplar de las herramientas para la gestión				Actas de CONAMUSA
Nivel de participación de los miembros de la CONAMUSA	Nivel de Participación en las reuniones de la Asamblea General				
	Afectados/ Vulnerables				Actas de CONAMUSA
	ONG				Actas de CONAMUSA
	Cooperantes				Actas de CONAMUSA
	Sector Público				Actas de CONAMUSA
	Iglesia				Actas de CONAMUSA
	Universidades				Actas de CONAMUSA
	Nivel de Participación en las reuniones de la Secretaría Ejecutiva				
	Afectados/ Vulnerables				Actas de CONAMUSA
	ONG				Actas de CONAMUSA



	Sector Público				Actas de CONAMUSA
Competencia Gerencial y Técnica	Existencia de un Secretariado Técnico a tiempo completo que se encargue de la gestión de la CONAMUSA				Actas de CONAMUSA
	Nivel de aprobación de los TdR del personal del Secretariado Técnico por parte del Fondo Mundial				Cartas del Fondo Mundial Actas de CONAMUSA Términos de Referencia
	Nivel de aprobación de los TdR del personal del Secretariado Técnico por parte de la CONAMUSA				Actas de CONAMUSA Términos de Referencia Hojas de vida del personal
	Nivel de correspondencia de los TdR del personal del Secretariado Técnico y las áreas de desempeño de la CONAMUSA				Actas de CONAMUSA Términos de Referencia
	Nivel de correspondencia de los TdR del personal del Secretariado Técnico y las áreas de desempeño de la CONAMUSA				Actas de CONAMUSA Términos de Referencia
	Nivel de correspondencia entre los TdR del personal de esta instancia y la formación y experticia profesional del personal del Secretariado Técnico				Actas de CONAMUSA Términos de Referencia Hojas de vida del personal
	No. de puestos del personal del Secretariado Técnico que han sido ocupados mediante concursos públicos				Actas de CONAMUSA Términos de Referencia Hojas de vida del personal
	No. de personas del Secretariado Técnico que ha recibido capacitación en los últimos 6 meses				Constancias de Estudios
Rendición de Cuentas	Número de miembros que ha participado al menos una vez por año de las reuniones de rendición de cuentas				Actas de CONAMUSA
Transparencia y Comunicación	Número de reuniones entre CONAMUSA y Receptores Principales en el marco del monitoreo estratégico				Actas de CONAMUSA

Número de miembros de la CONAMUSA que participan del comité de monitoreo estratégico				Actas de CONAMUSA
Nivel de participación de los miembros de la CONAMUSA del sector público en el comité de monitoreo estratégico				Listas de Asistencia Actas de CONAMUSA
Nivel de participación de los miembros de la CONAMUSA de la sociedad civil en el comité de monitoreo estratégico				Listas de Asistencia Actas de CONAMUSA
Nivel de participación de los miembros de la CONAMUSA de los afectados/vulnerables en el comité de monitoreo estratégico				Listas de Asistencia Actas de CONAMUSA
Número de reportes de monitoreo estratégico, actas e informes de gestión que se encuentran disponibles en la página web de la CONAMUSA				Documentos disponibles en web
Frecuencia de actualización de actas de reuniones, reportes de monitoreo estratégico, reportes de gestión				Documentos disponibles en web

### Anexo 4: Vaciado Información de Fuentes Secundarias

SUB VARIABLE	INDICADORES	No.	%	Descripción	Fuente
Existencia de herramientas para la gestión de la CONAMUSA	No. de herramientas para la gestión con que cuenta la CONAMUSA.	7	100%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Decreto Supremo de creación</li> <li>- Reglamento de Organización y Funciones</li> <li>- Relacionamiento MCP-RP</li> <li>- Política de manejo del conflicto de interés</li> <li>- Relacionamiento con las COREMUSAS</li> <li>- Plan Operativo de la CONAMUSA</li> <li>- Plan de Monitoreo Estratégico</li> </ul>	Memorias Anuales CONAMUSA Actas de CONAMUSA
	Nivel de aprobación de las herramientas para la gestión con que cuenta la CONAMUSA.			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Decreto Supremo de creación</li> <li>- Reglamento de Organización y Funciones</li> <li>- Relacionamiento MCP-RP</li> <li>- Política de manejo del conflicto de interés</li> <li>- Relacionamiento con las COREMUSAS</li> <li>- Plan Operativo de la CONAMUSA</li> <li>- Plan de Monitoreo Estratégico y Evaluación</li> </ul>	Actas de CONAMUSA
	No. de herramientas para la gestión aprobadas por la Asamblea de la CONAMUSA.	6	86%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Decreto Supremo de creación</li> <li>- Reglamento de Organización y Funciones</li> <li>- Relacionamiento MCP-RP</li> <li>- Política de manejo del conflicto de interés</li> <li>- Relacionamiento con las COREMUSAS</li> <li>- Plan Operativo de la CONAMUSA</li> </ul>	Actas de CONAMUSA
	No. de herramientas para la gestión aprobadas además por normatividad del sector público	2	29%	Decreto Supremo de creación Reglamento de Organización y Funciones (El nuevo Reglamento está en vías de formalización)	Actas de CONAMUSA

	(Decreto Supremo, Resoluciones Ministeriales)				
Nivel de conocimiento de los miembros de la CONAMUSA sobre las herramientas para la gestión	Número de miembros de la CONAMUSA que han sido capacitados en temas de gestión	12	41%	Talleres de GMS Taller de Inducción a miembros nuevos	Actas de CONAMUSA
	Número de miembros que dispone de al menos un ejemplar de las herramientas para la gestión	28	97%	De los 29 miembros hay un cupo que está vacante a la fecha.	Actas de CONAMUSA
Nivel de participación de los miembros de la CONAMUSA	Nivel de Participación en las reuniones de la Asamblea General				
	Afectados/ Vulnerables		93%	Se considera solo al grupo de VIH	Actas de CONAMUSA
	ONG		72%		Actas de CONAMUSA
	Cooperantes		53%		Actas de CONAMUSA
	Sector Público		46%		Actas de CONAMUSA
	Iglesia		43%		Actas de CONAMUSA
	Universidades		27%		Actas de CONAMUSA
	Nivel de Participación en las reuniones de la Secretaría Ejecutiva				
	Afectados/ Vulnerables		100%	Se considera solo al grupo de VIH	Actas de CONAMUSA
	ONG		88%		Actas de CONAMUSA
Sector Público		49%		Actas de CONAMUSA	
Competencia gerencial y técnica	Existencia de un Secretariado Técnico a tiempo completo que se encargue de la gestión de la CONAMUSA	4	100%	04 puestos: Secretario Técnico (01), Personal Técnico (02), Personal Administrativo (01)	Actas de CONAMUSA

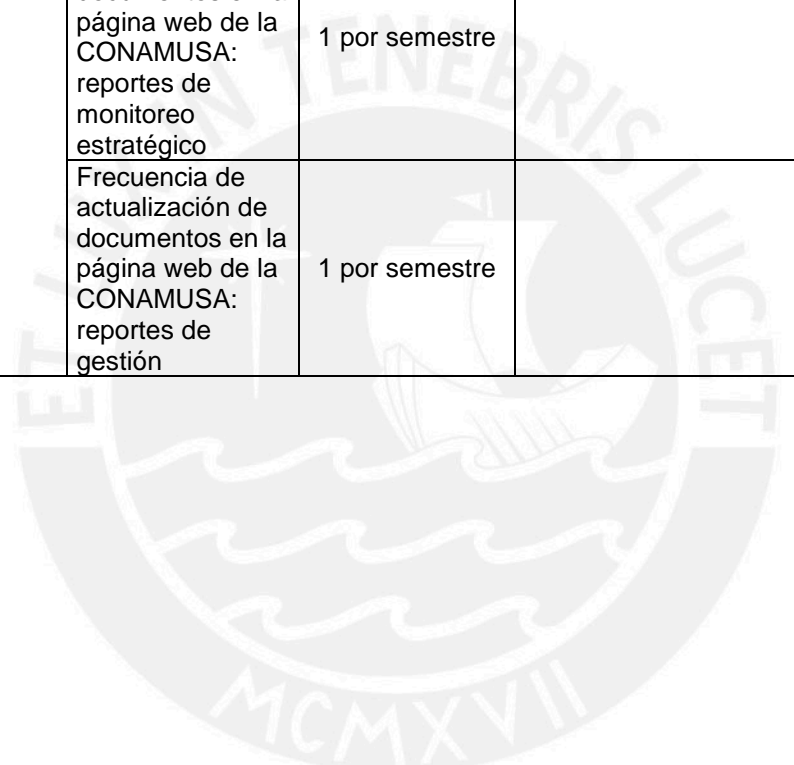
Nivel de aprobación de los TdR del personal del Secretariado Técnico por parte del Fondo Mundial	3	75%	02 puestos: Secretario Técnico (01) y Personal Técnico (01)	Comunicaciones del Fondo Mundial Actas de CONAMUSA Términos de Referencia
Nivel de aprobación de los TdR del personal del Secretariado Técnico por parte de la CONAMUSA	4	100%	04 puestos: Secretario Técnico (01), Personal Técnico (01), Personal Administrativo (01)	Actas de CONAMUSA Términos de Referencia Hojas de vida del personal
Nivel de correspondencia de los TdR del personal del Secretariado Técnico y las áreas de desempeño de la CONAMUSA	4	100%	04 puestos: Secretario Técnico (01), Personal Técnico (02), Personal Administrativo (01)	Actas de CONAMUSA Términos de Referencia
Nivel de correspondencia de los TdR del personal del Secretariado Técnico y las áreas de desempeño de la CONAMUSA	4	100%	04 puestos: Secretario Técnico (01), Personal Técnico (02), Personal Administrativo (01)	Actas de CONAMUSA Términos de Referencia
Nivel de correspondencia entre los TdR del personal de esta instancia y la formación y experticia profesional del personal del Secretariado Técnico	3	75%	03 puestos: Secretario Técnico (01), Personal Técnico (01), Personal Administrativo (01)	Actas de CONAMUSA Términos de Referencia Hojas de vida del personal
No. de puestos del personal del Secretariado Técnico que han sido ocupados mediante concursos públicos	3	75%	03 puestos: Secretario Técnico (01), Personal Técnico (01), Personal Administrativo (01)	Actas de CONAMUSA Términos de Referencia Hojas de vida del personal
No. de personas del Secretariado Técnico que ha recibido capacitación en los últimos 6	3	75%	03 puestos: Secretario Técnico (01), Personal Técnico (01), Personal Administrativo (01)	Constancias de Estudios



	meses				
Rendición de Cuentas	Número de miembros que ha participado al menos una vez por año de las reuniones de rendición de cuentas	10	34%	Representantes de sociedad civil	Actas de CONAMUSA
Transparencia y Comunicación	Número de reuniones entre CONAMUSA y Receptores Principales en el marco del monitoreo estratégico	24		Reuniones del comité de Monitoreo Estratégico entre el 2009 y el 2010	Actas de CONAMUSA
	Número de miembros de la CONAMUSA que participan del comité de monitoreo estratégico	12		Reuniones del comité de Monitoreo Estratégico entre el 2009 y el 2011	Actas de CONAMUSA
	Nivel de participación de los miembros de la CONAMUSA del sector público en el comité de monitoreo estratégico	8	33%	Reuniones del comité de Monitoreo Estratégico entre el 2009 y el 2012	Listas de Asistencia Actas de CONAMUSA
	Nivel de participación de los miembros de la CONAMUSA de la sociedad civil en el comité de monitoreo estratégico	18	75%	Reuniones del comité de Monitoreo Estratégico entre el 2009 y el 2013	Listas de Asistencia Actas de CONAMUSA
	Nivel de participación de los miembros de la CONAMUSA de los afectados/vulnerables en el comité de monitoreo estratégico	24	100%	Reuniones del comité de Monitoreo Estratégico entre el 2009 y el 2014	Listas de Asistencia Actas de CONAMUSA
	Número de reportes de monitoreo estratégico, actas e informes de			100%	



gestión que se encuentran disponibles en la página web de la CONAMUSA			
Frecuencia de actualización de documentos en la página web de la CONAMUSA: actas de reuniones	1 por trimestre		Documentos disponibles en web
Frecuencia de actualización de documentos en la página web de la CONAMUSA: reportes de monitoreo estratégico	1 por semestre		Documentos disponibles en web
Frecuencia de actualización de documentos en la página web de la CONAMUSA: reportes de gestión	1 por semestre		Documentos disponibles en web



**Anexo 5: Lista de Acrónimos/Abreviaturas**

<b>Acrónimo/ abreviatura</b>	<b>Significado</b>
AMP	Atención Médica Periódica
CEPS	Consejeros Educadores entre Pares
CERITS	Centro de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual
CEVIH	Consejo Empresarial Peruano en respuesta al VIH
CONAMUSA	Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud
COPRECOS	Comité de Prevención y Control del VIH/SIDA de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú
DSS	Determinantes Sociales de la Salud
ESN PyC ITS, VIH y SIDA	Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y Sida - Ministerio de Salud
FFAA	Fuerzas Armadas
GAM	Grupo de Ayuda Mutua
HSH	Hombres que tienen Sexo con Hombres
IEC	Información Educación Comunicación
INPE	Instituto Nacional Penitenciario
INS	Instituto Nacional de Salud
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LAC	Latinoamérica y El Caribe
LGTB	Lesbiana, Gays, Transexuales y Bisexuales
MCP	Mecanismo Coordinador de País
MINEDU	Ministerio de Educación
MINSA	Ministerio de Salud
MTPE	Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo
OSB	Organizaciones Sociales de Base
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y Sida
PEM VIH	Plan Estratégico Multisectorial para la lucha contra las ITS y el VIH y Sida en el Perú

PECOS	Programa Especial de Control del SIDA
PEP	Promotores Educadores de Pares
PNP	Policía Nacional del Perú
PPL	Personas Privadas de su Libertad
PVV	Personas Viviendo con VIH
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TARGA	Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad
TS	Trabajador Sexual
UDI	Usuarios de Drogas Inyectables
UGEL	Unidad de Gestión Educativa Local
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

