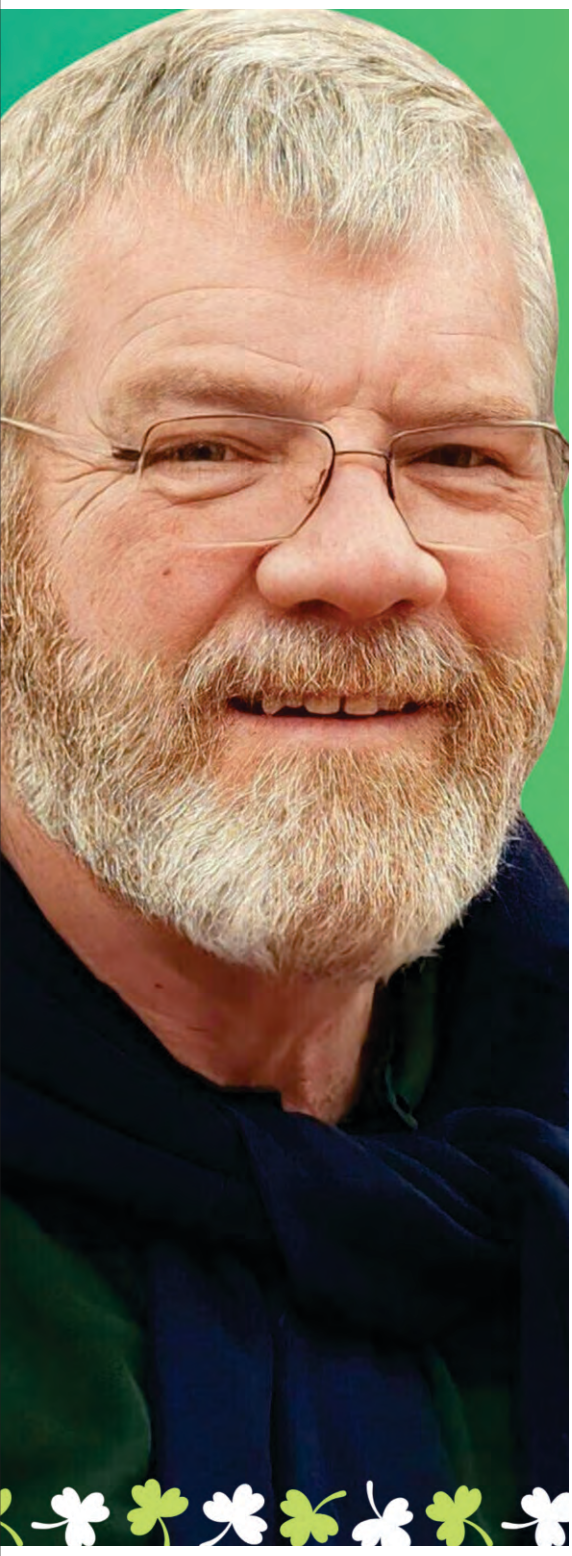
LA REVIHSTA

Diciembre 2024 / Año 07 / Número 07 - Revista de distribución gratuita
Las personas que aparecen en las fotografías no necesariamente son personas que viven con el VIH

Conservando el legado

Con más de 40 años en el Perú, el fundador de Sí, da Vida Cathal Gallagher deja huella imborrable de su obra solidaria en las zonas más empobrecidas de Lima Norte, así como en la respuesta al VIH. Recordamos el primer año de su muerte.

Índice



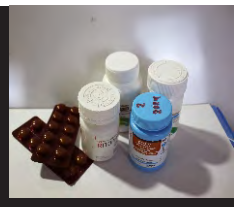
4 Editorial

5 Carlos Gallagher
Un Defensor de la Vida Digna

8 Migrantes y refugiados con VIH y TB sin carnet de extranjería podrán acceder al SIS inmediatamente

10 Personas con VIH en riesgo ante crisis de abastecimiento

11 "No se puede privar a los usuarios con VIH del tratamiento de primera línea solo porque no lo compraron a tiempo"



12 LENACAPAVIR: La revolución en la prevención del VIH que no llegaría al Perú hasta el 2037

14 MPOX VIRUELA SÍMICA

16 La educación sexual integral en Perú: Una herramienta clave contra la violencia, el embarazo adolescente y el VIH

17 MARÍA LUZ, LA VOZ de quienes no eran escuchados

18 UNIDAD MÓVIL PARA PRUEBAS DE VIH, ESTRATEGIA DE AHF PERÚ PARA EL DIAGNÓSTICO TEMPRANO.

19 Tratado pandémico: ¿legitima la inequidad?

Esta publicación es gracias al apoyo de:

OLD DART FOUNDATION

misean cara
Mission Support from Ireland

Joel habla del VIH Sin en-RED-os

Escribe: Marlon Castillo Castro

Joel irradia felicidad de ser sincero consigo mismo. Conoce parte de su historia y proyectos.

Es parte de la generación Z, pero a Joel Aranibar, no le gustan las etiquetas. Tampoco le interesa ser políticamente correcto y más bien habla sin tapujos sobre el sexo, el chemsex (uso de sustancias o drogas para intensificar el placer durante el sexo) y de su participación en la incidencia para eliminar la discriminación y el desabastecimiento de medicamentos para las personas con VIH.

El joven de bigotes estilo inglés, conoció sobre su diagnóstico hace un par de años, curiosamente fue dos días antes de entrevistar a una persona con VIH, líder del grupo "Positivo de Corazón", durante su participación en el consejo distrital de participación juvenil de Magdalena del Mar.

Sus redes sociales, se han transformado en una puerta llena de información para quienes desean conocer sobre el VIH y la realidad en el país. Joel hace videos con efectos visuales que atrapan a sus seguidores hablando sobre su propia experiencia de vivir con el VIH o los temas de medicamentos. Por medio de sus redes, también contacta con varias personas a quienes les da consejos o brinda ayuda para superar el impacto del diagnóstico.

Uno de los proyectos que Joel tiene en mente es presentar "Ciudad Bichosa", espacios en los que combina su profesión de arquitecto con asuntos sociales y áreas fuera de estigma y discriminación para las personas con VIH, un ensueño que podría convertirse en realidad en un país donde la discriminación parece normalizarse.

El mensaje de Joel se centra en exigir a los laboratorios y los gobiernos invertir para obtener la cura del VIH y mejores tratamientos. "El VIH no tiene por qué detener tu vida" es la frase que encaja con el multifacético activista.

Sigue a Joel en sus redes sociales

: joel.aranibarcastillo
: joelaranibarcastillo
: joelaranibar22

Multifacético Joel Aranibar luce una tímida sonrisa en el que destaca su mostacho.

Foto composición: Marlon Castillo Castro

Editorial

"Sin culto a la persona"

Las veces que conversé con Carlos (Cathal) Gallagher, me hablaba sobre su oposición al culto de la personalidad asociado con el autoritarismo como estilo de liderazgo o sistema político. Para Carlos era esencial no santificar a nadie, generar caudillos por el carisma o sus acciones, que luego resulten tener un poder absoluto que les ciegue de la realidad y cometan los crímenes más atroces, no eran su ejemplo.

En este espacio tampoco queremos faltar a su memoria haciendo un culto de su vida o convertirlo en un héroe, tras un año de su muerte, **reforzamos el significado de sus acciones como parte de un mensaje que nos lleve a reflexionar** de aquel hombre que logró cumplir sus sueños, con tropiezos y desaciertos, pero con humildad y poder de enmienda. Carlos nos demostró que debemos trabajar en equipo, más que en el individualismo. Vincularnos, crear alianzas, tejer redes y fomentar una sociedad dinámica preocupada por el bien común, diálogo social y la gobernanza participativa.

Desde que conocí a Carlos, allá por los años 80, hemos recorrido un sinnúmero de experiencias y situaciones que nos han generado un valor por la vida y la ayuda al prójimo, así como la credibilidad del Dios de la vida y de la historia camina con su pueblo.

En la fundación de **Sí, da Vida**, en el 2006, una institución con perspectiva comunitaria y de corresponsabilidad cercanos a las personas, en un encuentro de confianza, respeto, soluciones empáticas y garantizar el pleno cumplimiento del lema institucional como política: **vida** larga, vida plena, vida **digna** y vida feliz como el resumen de la enseñanza de Gallagher por el paso de esta tierra.

Hoy, gracias a la confianza de Gallagher que me hizo socio fundador de Sí, da Vida, asumo con gratitud la vicepresidencia de la institución, tras un reordenamiento de la organización para la toma de las mejores decisiones.

Dentro de las primeras acciones desplegadas por el nuevo consejo directivo ha sido incorporar 8 nuevas políticas internas, generando transparencia en el uso de los recursos financieros, así como un flujo ordenado de las áreas de trabajo.

Uno de los últimos logros que estamos seguros Carlos celebra desde el cielo, es la aprobación de la Ley N°32154 que garantiza que los migrantes y refugiados afectados por el VIH o TB pueden recibir servicios de salud esenciales, incluyendo consultas médicas y exámenes de diagnóstico, independientemente de su estatus migratorio. Un esfuerzo en conjunto entre instituciones como USAID, ONUSIDA, OIM, ACNUR y organizaciones de base como Sí, da Vida, GIVAR, el observatorio de tuberculosis, entre otros.

Aún quedan muchas cosas que realizar y muchas historias nuevas que contar a Carlos.

Que tengan unas felices fiestas todos y todas.

Alicio Domínguez
Vicepresidente del Consejo Directivo
Sí, da Vida

LA REVIHSTA

Revista especializada en temas de Salud y VIH

Año 07 N° 07 - Diciembre de 2024

Publicación anual de distribución gratuita.
Prohibida su venta

Editado por:
Sí, da Vida
Calle Henry Arredondo 201- Urb. Cayetano
Heredia - San Martín de Porres - Lima, Perú.

Equipo editorial:
Alicio Víctor Domínguez Jara.
Juan Luis Ppati Izaguirre.
Fernando Castañeda Abarca.

Director periodístico:
Marlon Castillo Castro.

Redactores y periodistas:
Diego Quispe Sánchez.
Edith Ramirez Romaina.

Corrección de textos:
Sandra Flores Rivera.
Edith Ramírez Romaina.
David Castro Merino.

Fotografía portada:
Marlon Castillo Castro.

Diseño y diagramación:
Expresarte / Marlon Castillo Castro / Herbert Salazar

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N°2018-18376

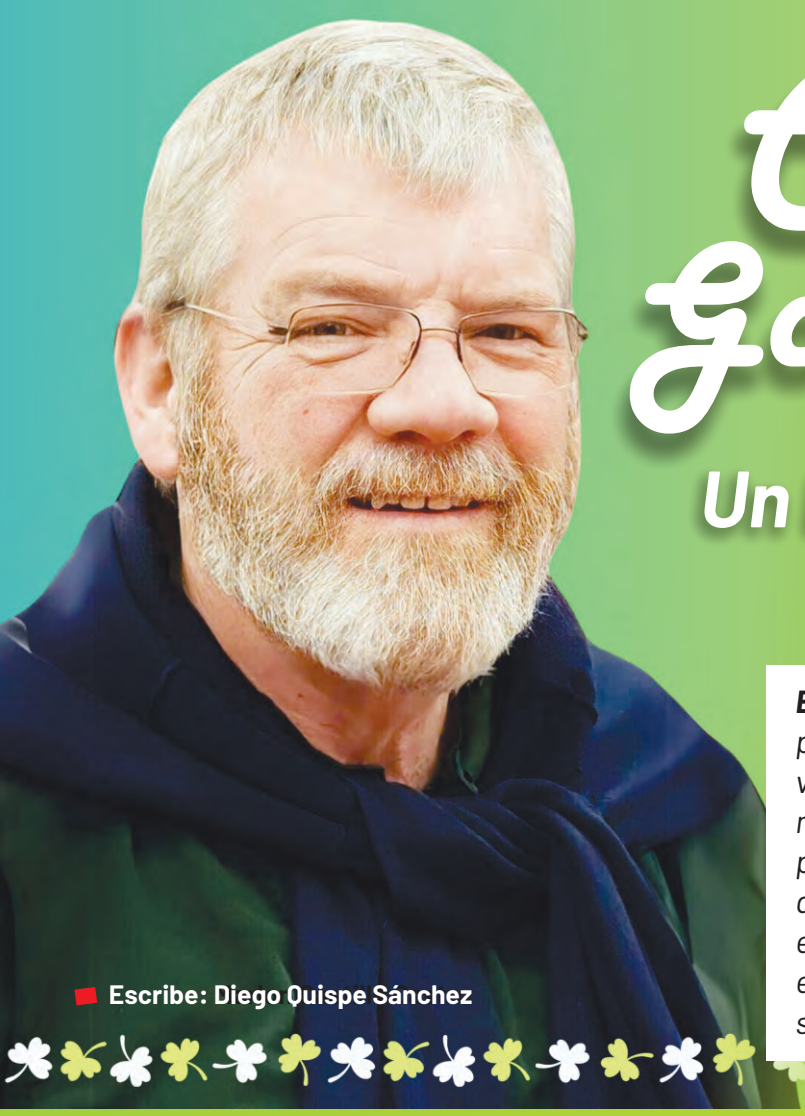
Impreso en noviembre 2024
Imprenta Expresarte EIRL
Jr. General Varela N°368 Int. 203 - Breña.
2,000 ejemplares

Publicado en noviembre de 2024.

Sí da Vida

www.sidavida.org.pe

Vida larga, plena, digna y feliz



Carlos Gallagher

Un Defensor de la Vida Digna

Escribe: Diego Quispe Sánchez

El fundador de Sí, da Vida *recorrió diversos caminos para construir su legado a favor de las personas viviendo con VIH. Dejó su labor de policía para ser misionero y sacerdote columbano, estudió para ser psicoterapeuta y promovió el programa de automanejo. Su vocación de servicio le permitió encontrar en nuestro país el sentido a su espiritualidad ayudando a los más vulnerables y salvaguardando sus derechos.*

Antes de fundar Sí, da Vida, Carlos Gallagher recorrió diversos caminos en su vida para encontrar su conexión con el mundo. Fue policía en su natal Irlanda del Norte, luego misionero con la Orden de los Columbanos, viajó a Latinonamérica en una época de tensión, trabajó en una parroquia de Independencia – uno de los distritos más pobres de Lima -, sufrió las pérdidas de sus seres queridos por la epidemia del VIH y fue el promotor del primer programa de automanejo para las personas que viven con esta condición crónica. Su biografía permite comprender cómo fue forjando su vocación de servicio, su indignación ante la injusticia, su valentía para lidiar con las adversidades y su consigna de salvaguardar a los más vulnerables.

¿Pero qué lo motivó a dejar su zona de confort? En uno de sus programas de radio en Conexión Vida, durante la pandemia, Carlos explicó el sentido de su espiritualidad desde su experiencia de vida. "Hubo una inquietud dentro de mí que me decía que hay algo más que buscar y tengo que encontrar", comentó. Por esa razón emprendió un viaje.

Carlos había crecido en una familia tradicional en Irlanda del Norte. A sus 20 años se unió a la Policía Siochána (Guardias de la Paz). Su labor se desarrolló durante el periodo de conflicto interno en este país, conocido como *The Trouble*, entre nacionalistas y unioistas. Marie Brady, su hermana, cuenta que Cathal – la versión irlandesa del nombre de Carlos – tuvo como primer destino el condado de Louth, donde fue víctima de la convulsión social. En la Navidad de 1979 una banda sectaria lo golpeó y metió en una camioneta. Aquel ataque le marcó una cicatriz, pero esa experiencia, dice Marie, "no hizo más que galvanizar su creencia en la no violencia y su determinación de encontrar soluciones prácticas a la injusticia".

Seis años después Carlos hizo el primer cambio en su vida: dejó la Policía para sumarse a la Orden de los Columbanos. Esta decisión no sorprendió a su familia. Marie rememora que su hermano solía pasar con su coche por la entrada de la Casa de los Columbanos. Había mostrado interés. Además, sus padres habían colaborado con la revista columbana *Far East*. Cuando lo destinaron a Navan, en el condado de Meath, supo que había tomado la decisión correcta. Se unió oficialmente a los Columbanos y comenzó su formación sacerdotal.

Su familia era consciente que su preparación iba a conllevar que sea enviado a otro país como misionero columbano. "Sabíamos que sería en Asia o Sudamérica. Él estaba muy feliz. Cathal siempre quiso encontrar soluciones a los problemas. Su primera reacción era preguntarse qué puedo hacer para resolver esto. Siempre fue práctico en ese sentido", añade Marie.

Cathal (Carlos) en su niñez, en su natal Irlanda.
Foto: Álbum familiar de la familia Gallagher

Continúa en la siguiente página

Alicio junto a Carlos. Ambos se hicieron compadres durante el bautizo de su hijo menor.

Gallagher hace unos 30 años atrás junto a Meche Salas en una actividad parroquial.

Su Primera Misión

Cuando Carlos fue enviado a Latinoamérica, llegó en una época en que la región estaba plagada de conflictos internos y la crisis del sistema democrático. Perú no fue la excepción. Llegó a Lima en 1985. En una de sus reflexiones, sostuvo que su primera impresión en esta parte del mundo fue la alegría que tienen los latinoamericanos por vivir, pese a las dificultades. En la capital peruana celebró sus primeras misas en la parroquia Jesús Resucitado, en el distrito de Independencia. Meche Salas, quien es directora del jardín de niños Casita de Colores, en la zona de Ermitaño, rememora que Carlos solía decirle que esta iglesia fue su primer amor.

Por ese año, nuestro país era víctima de la violencia de las agrupaciones terroristas Sendero Luminoso y MRTA. Sus militantes solían infiltrarse en las organizaciones comunitarias e incluso tomar represalias contra sus dirigentes. "Como buen policía que fue, nos sugería que no camináramos por las mismas rutas cada vez que íbamos a las reuniones", evoca Meche. La turbulencia social no amilanó su ánimo de servir. Carlos participaba de las actividades del Conferencia Episcopal de Acción Social - CEAS y viajaba con esta organización a las zonas más afectadas por la subversión. En una de sus visitas a Ayacucho, fue detenido injustamente. También tuvo que lidiar con el estigma hacia los feligreses de su iglesia, quienes eran tildados de "*rojos*" por defender la justicia y los derechos humanos.

El vicepresidente de Sí,da Vida, Alicio Dominguez, asegura que Carlos también recibió amenazas de las organizaciones subversivas, que no toleraron su labor comunitaria en Independencia. Durante una sesión de preparación para la confirmación, un miembro del MRTA ingresó a la parroquia a lanzar arengas. A inicios de los 90, con la ayuda de un grupo de hermanas religiosas, formaron ollas y comedores populares. "Había almacenes y salud comunitaria. Y eso no le gustó a Sendero y comenzó a amedrentarnos", lamenta Alicio. Eso provocó que Carlos se retire temporalmente de Independencia en 1992.

Su vocación por ayudar a las personas con VIH

Su siguiente destino fue la Parroquia Virgen Medianera, en Cercado de Lima. Fue allí donde hubo un giro determinante en su vida. Para esa década habían comenzado a detectarse los primeros casos de VIH – Sida en nuestro país. En 1998 una llamada telefónica cambió sus planes. Un hombre que sufría un ataque de pánico lo contactó desde la clínica de las Hermanas de la Misericordia. Carlos fue a socorrerlo. Cuando llegó al nosocomio el hombre rompía en llanto: había perdido a su hermano. Carlos no entendió en principio. "No, él murió el viernes pasado. Yo celebré el funeral", le respondió. Pensó que se trataba de una equivocación. Pero el hombre se refería a otro. Había perdido a sus dos hermanos por enfermedades relacionadas al VIH.

Por esa época todavía no había tratamiento antirretroviral gratuito en nuestro país. Aquella experiencia en la clínica no fue la primera. Carlos también acompañó el sufrimiento de otras familias. Una de las participantes de la parroquia perdió a su hijo de 21 años también por enfermedades relacionadas al VIH. Su dolor y la indiferencia de la sociedad ante este problema lo motivaron a buscar una solución. "Ahí ya comienza él a plantearse y realizar el curso de madurez afectiva y sexualidad a los líderes columbanos. Lo hacía desde una orientación psicoanalítica", recuerda Alicio.

En 2001 Carlos viajó a Londres a estudiar Psicoterapia. Allí aprovechó en prepararse en prevención del VIH. "Él se mete a la Universidad de Stanford a estudiar autocuidado y cómo proponer este trabajo en nuestro país", cuenta Alicio. En esa experiencia ganó el puesto para ser coordinador del Equipo Multidisciplinario de VIH – Sida de un hospital en el noroeste de Londres.

En una de las ceremonias del Candlelight organizada por la RedPerin-VIH en Lima.

Carlos con sus hermanos y padres en reunión familiar en Irlanda.

SÍ A LA VIDA

Fotos: Marlon Castillo

Fotos: Cortesía

Carlos (Cathal) en plena juventud, realizando actividad deportiva.

Fue el preludio a los programas de automanejo. Y eso marcó un antes y un después. No solo en la vida de Carlos, sino en los miles de personas que viven con VIH en nuestro país. El primer taller fue realizado en el Hospital Sergio Bernales, de Collique. Estos cursos edificaron el nacimiento de una institución dedicada a servir y defender a los ciudadanos con esta condición crónica. En 2006, fue fundada Sí, da Vida, una organización no gubernamental liderada por Carlos. Allí fue forjado un equipo comprometido de instructores y usuarios de la comunidad LGTBI (lesbianas, gays, trans, bisexuales e intersexuales) y quienes lo acompañaron en las parroquias de Lima.

Meche recuerda que fue invitada a un taller en Chosica y le sorprendió verlo trabajar con activistas homosexuales. Había una idea conservadora – y errónea - de que los religiosos no pueden cobijarlos. Cuando le preguntó sobre esta vocación, Carlos le respondió que en esta comunidad había grandes necesidades y que consideraba que las actividades cotidianas de la Iglesia no eran suficientes. "No lo entendí al principio, pero luego sí. Y fui conociendo a gente muy buena", asegura Meche.

En Sí, da Vida los primeros programas fueron el "Salón de la confianza y "Los chalecos de la prevención", un grupo de instructores que recorren las calles de Lima promoviendo el uso del preservativo y la prevención del VIH y otras ITS (Infecciones de transmisión sexual). En una entrevista a Carlos en 2015, comentó que más de 2,500 personas se habían sumado a este proyecto y eso había generado un cambio de actitud frente a esta condición crónica. "Yo veo que las personas se dan cuenta que sí tienen derechos y pueden defenderlos una vez que reconocen su propia dignidad", manifestó.

La última misa realizada por Carlos en el mes de octubre en Sí, da Vida a favor de personas con VIH que fallecieron. Foto: Edith Ramírez

Ese año nació otro proyecto que contó con su apoyo: Conexión Vida, una radio online y comunitaria dedicada a promover la prevención del VIH, la defensa de los derechos a la salud y de la comunidad LGBTI. Carlos, además, siempre se interesó por la coyuntura política. Se preocupaba e indignaba. Sostenía que la sociedad civil organizada debía tener una participación para salvaguardar la democracia y reducir las brechas sociales.

En una editorial publicada en esta revista en 2023 invocó a construir una sociedad más justa. "Los demócratas deben estar preparados: deben realizar un arduo trabajo de organizarse, formular una visión basada en principios y desarrollas sus credenciales democráticas, antes de que se presente la oportunidad, incluso si tienen que hacerlo en el proverbial desierto. Este es el trabajo", afirmó.

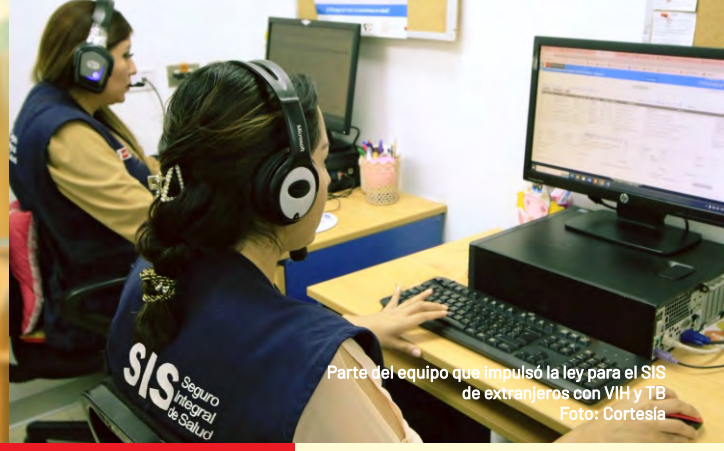
Su hermana Marie lo describe como una persona que siempre estuvo interesado en la justicia social, los marginados y la brecha entre ricos y pobres. Alicio destaca que fue muy apasionado por la cultura peruana. Esa actitud también lo motivó a un nuevo proyecto. Durante la pandemia impulsó la creación de la Red de Acción Social de Lima Norte, un espacio dedicado a fomentar la participación de la sociedad civil organizada en defensa de sus derechos.

Una aptitud a la que siempre hacía referencia Carlos fue la responsabilidad. La definía como la capacidad de responder ante la vida y las relaciones interpersonales. En sus reflexiones explicó que los giros en su vida fueron parte de una travesía para encontrar su espiritualidad. "Lo que he descubierto en el camino es que siempre se tiene que crear estas relaciones desde el amor", enfatizó.

Su amor por las personas viviendo con VIH se evidenciaba cada 1 de diciembre, Día de la Respuesta Mundial al VIH. El año pasado, dos días antes de conmemorar esta fecha, Carlos partió. Eran las 10 de la mañana cuando emprendió un nuevo viaje tras haber resistido tres paros cardiacos ocasionados por un aneurisma en la aorta, que lo llevaron a ser atendido de emergencia en una clínica de San Martín de Porres, en Lima, a pocas cuadras del local de Sí, da Vida.

Llevó su pasión por la organización que fundó hasta el final. El día en que pereció vestía el polo de Sí, da Vida, su clásico chaleco verde y un pin con el lazo de solidaridad a las personas viviendo con VIH. Ahora esta institución es presidida por el periodista Marlon Castillo, coordinador de Conexión Vida y uno de los fundadores del Grupo Impulsor de Vigilancia de abastecimiento de medicamentos Antirretrovirales (Givar), y en la vicepresidencia se encuentra Alicio Dominguez, su amigo de antaño y uno de los promotores de la Red de Acción Social de Lima Norte.

El legado seguirá vigente, como las seis palabras que solía mencionar al finalizar cada discurso: "Vida larga, vida plena, vida digna y vida feliz". Era lo que Carlos predicaba para los más vulnerables. Fue un largo y difícil camino. Pero, como lo dijo una vez, el amor no tiene miedo.



Parte del equipo que impulsó la ley para el SIS de extranjeros con VIH y TB
Foto: Cortesía

Migrantes y refugiados con VIH y TB sin carnet de extranjería podrán acceder al SIS inmediatamente

Alianza entre sociedad civil e instituciones intergubernamentales da frutos con la aprobación de ley de acceso al SIS a extranjeros con VIH y TB

Escribe: Marlon Castillo Castro

¡Histórico! Tras dos años de preparación y abogacía entre instituciones de las Naciones Unidas y organizaciones de la sociedad civil, el Congreso de la República del Perú aprobó la Ley N° 32154 que permite a las personas extranjeras no residentes acceder a servicios de salud a través del Seguro Integral de Salud (SIS) aún sin tener carnet de extranjería, es decir que, sin importar su estatus migratorio, con el diagnóstico de VIH y/o tuberculosis (TB), accederán al tratamiento y afiliación al SIS sin costo alguno.

Con 79 votos a favor, 3 en contra y 9 abstenciones, se aprobaron los Proyectos de Ley 5253, 5554 y 7260, el pasado 17 de octubre. El primero de ellos presentado por la congresista Susel Paredes.

Para Luisa Cabal, directora regional de ONUSIDA para América Latina y el Caribe "esta victoria legislativa no solo marca un punto decisivo en la política de salud, sino que también sienta un precedente para futuras reformas, garantizando un sistema de salud más inclusivo y equitativo para todos".

LA INICIATIVA

A fines de 2023, 1,6 millones de migrantes venezolanos vivían en Perú, ante las desastrosas formas de vida en ese país, que los obligaron a salir de sus fronteras.

Cifras oficiales del Ministerio de Salud (MINSA) daban cuenta del aumentando exponencial de casos de VIH y TB desde 2016. Por ejemplo, la tasa de prevalencia del VIH entre los migrantes venezolanos es de 0,6 a 0,7%, el doble que la población general (0,3%). Entre 2018 y 2022, había 4.043 migrantes que vivían con VIH en tratamiento antirretroviral (TAR), pero el número total de migrantes con VIH se estima en 8000.

En el 2023, se detectaron 52,000 casos de TB, según reporte de la Organización Mundial de la Salud y el Minsa reportó 1883 casos hasta enero de este año. El número de nuevos casos anuales de TB entre extranjeros en el país era 4 en 2015. Sin embargo, este número empezó a crecer de forma continua a partir del año 2017 en que se captaron 25 casos, 244 en el año 2019, 431 en 2022 y 486 en 2023.

Datos estadísticos del MINSA señalan que el 78% (579 personas) de migrantes y refugiados con tuberculosis no tienen seguro de salud y el 38% (283) de ellos, se encuentra sin tratamiento, lo que es un grave riesgo. En esa misma situación están las personas con VIH, en el que un estudio del año 2021 daba cuenta que más de 4 mil personas con VIH (53%) extranjeras aún no reciben tratamiento antirretroviral en el Perú.

Por esta razón, mediante el Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local (LHSS), se ideó generar una propuesta de ley con el objetivo de proporcionar tratamiento oportuno a los migrantes con VIH o TB y reducir el riesgo muerte o incremento de casos de ambas condiciones de salud.

La medida también genera un ahorro económico en hospitalizaciones y atenciones, ya que las personas en tratamiento enferman menos y no generan carga al sistema sanitario. Un análisis costo-beneficio revela que Perú podría ahorrar alrededor de 5 millones de soles (1,33 millones de dólares) anuales al prevenir nuevas infecciones y otros 54 millones de soles (14,58 millones de dólares) al evitar pérdidas de productividad relacionadas con el sida y las muertes por TB.

Para alcanzar la meta, se formó el "Grupo Impulsor" en la que estaban organizaciones intergubernamentales como: ONUSIDA, USAID, OIM, ACNUR, la academia con el Observatorio Peruano de Migración y Salud de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y la sociedad civil organizada con el Colectivo GIVAR, ONG Sí, da Vida, Veneactiva, el Observatorio Social Peruano de la TB y Partners in Health.

Para representantes del colectivo GIVAR, la publicación de la ley no es la solución al problema, sino hacer seguimiento a su cumplimiento.

"Vamos a vigilar porque se cumpla la ley, así como hicimos con el decreto supremo del SIS y daremos nuestras alertas cuando un migrante con VIH o TB se le niegue la atención", dijo Julia Campos, vocera del colectivo GIVAR.

LEY N°32154

LA PRESIDENTA DE LA REPÚBLICA

POR CUANTO:

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA;

Ha dado la Ley siguiente:

LEY QUE MODIFICA EL DECRETO LEGISLATIVO 1164 —DECRETO LEGISLATIVO QUE ESTABLECE DISPOSICIONES PARA LA EXTENSIÓN DE LA COBERTURA POBLACIONAL DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN MATERIA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE FINANCIAMIENTO SUBSIDIADO—, CON LA FINALIDAD DE INCORPORAR DE MANERA EXCEPCIONAL Y TEMPORAL A PERSONAS EXTRANJERAS NO RESIDENTES CON DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS (TB) O DE VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

Artículo único. Incorporación de la disposición complementaria transitoria tercera al Decreto Legislativo 1164, Decreto Legislativo que establece disposiciones para la extensión de la cobertura poblacional del Seguro Integral de Salud en materia de afiliación al régimen de financiamiento subsidiado

Se incorpora la disposición complementaria transitoria tercera al Decreto Legislativo 1164, Decreto Legislativo que establece disposiciones para la extensión de la cobertura poblacional del Seguro Integral de Salud en materia de afiliación al régimen de financiamiento subsidiado, en los siguientes términos:

"**TERCERA.** Se autoriza al Pliego 135: Seguro Integral de Salud (SIS) para afiliar de manera excepcional y temporal al régimen subsidiado a las personas extranjeras no residentes que se encuentren en el territorio nacional y que no cuenten con seguro de salud, siempre que tengan diagnóstico de tuberculosis (TB) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH), hasta la obtención del carné de extranjería.

Para la aplicación de lo establecido en el primer párrafo de la presente disposición, el Seguro Integral de Salud (SIS) considerará como documento de identificación la cédula de identidad, permiso temporal de permanencia, carné de permiso temporal, pasaporte, carné de solicitante de refugio o autorización de trabajo para solicitantes de la condición de refugiado, o, en defecto de estos, declaración jurada de identidad.

El Seguro Integral de Salud (SIS), en un plazo no mayor de cuarenta y cinco días hábiles contados a partir de la entrada en vigor de la presente ley, publicará la normativa adicional para el cumplimiento de la presente disposición, de ser necesario".

Comuníquese a la señora Presidenta de la República para su promulgación.

CONEXIÓN VIDA

COMUNICACIÓN PARA LA SALUD

Conexión Vida
Contacto de WhatsApp

@CONEXION_VIDA

@conexionvida

www.conexionvida.pe

Escribe: Diego Quispe Sánchez

Personas con VIH en riesgo ante crisis de abastecimiento

Hasta octubre, Givar recibió 198 denuncias relacionadas a la entrega de medicamentos de VIH. La mayoría fue por falta de stock en el tratamiento de primera línea. El desabastecimiento, que es un problema recurrente en nuestro país, se convirtió en una emergencia. Y la propuesta del Gobierno fue cambiar los esquemas de medicación. Según los expertos, esto genera efectos adversos.

Los casos de desabastecimiento de antirretrovirales para personas viviendo con VIH (PVV) son un problema recurrente en nuestro país. Pero este año la falta de stock se convirtió en una emergencia. Los usuarios que solían lidiar con la falta de suministro también tuvieron que tolerar la propuesta del Gobierno de cambiar sus esquemas de medicación. Los más afectados fueron quienes reciben la combinación TLD (tenofovir – lamivudina – dolutegravir), tratamiento de primera línea con mejores beneficios y menos efectos adversos.

En junio, el Grupo Impulsor de Vigilancia del abastecimiento de medicamentos Antirretrovirales reportó que una persona viviendo con VIH denunció que en el Hospital de Emergencias III de Grau, en Lima, no había stock de TLD y el personal médico le recomendó pedir citas adicionales para cambiar su esquema de tratamiento.

Otra PVV informó que en el Hospital Rebagliatti lo anotaron en una "lista de espera" para que le avisen cuándo estará disponible su medicación.

El problema no solo fue en Lima. Ese mes salió a la luz que 30 establecimientos a nivel nacional presentaban problemas de abastecimiento y Givar había recibido, hasta entonces, 93 denuncias de parte de usuarios contra el sistema de salud. La respuesta del director del Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos de Salud (Cenares), Juan Carlos Castillo, fue que el stock estaba garantizado al 85% a nivel nacional.

Sin embargo, el 1 de agosto el director general de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, Christian Díaz, envió un oficio a todas las direcciones de salud del país para ordenar que se ofrezcan alternativas de tratamiento acorde al stock disponible. Así, el Gobierno pretendía cambiar los esquemas, entre ellos del TLD.

El director de Prevención y Control de VIH – Sida del Ministerio de Salud, Carlos Benites, defendió la decisión de recomendar alternativas al TLD. "Debido a que solo se usa una pastilla, este tratamiento ha generado alta demanda superando lo que cada servicio de salud ha programado para este año, por lo que de seguir así podría colocarse en riesgo de desabastecimiento", manifestó.

Las fórmulas alternas que planteaba el Minsa eran tenofovir / emtricitabina + dolutegravir y dolutegravir + lamivudina / abacavir.

Según el extitular de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (Digemid), Víctor Dongo, esta medida contradice la resolución emitida hace cinco años por el Minsa que establece el TLD como tratamiento de primera línea, por ser una fórmula con los mejores beneficios para la salud de las personas con VIH (ver entrevista). Además, dijo Dongo, la decisión no toma en cuenta que tomar Abacavir implica un examen previo para evitar efectos adversos.

La coordinadora de Corresponsales Clave, Lídice López, también cuestionó esta decisión porque considera que el Minsa no ha mostrado evidencia científica que sostenga que el cambio de régimen de tratamiento no tiene efectos contra la salud de las PVVS y que no genera resistencia.
"Si a una persona se le cambia el medicamento, habrá algunas reacciones adversas o tendrá efectos colaterales (…). Ciertamente no hay argumentos (para justificar la decisión del Minsa) porque a nadie se le ocurre estar cambiando de tratamiento", enfatizó López.

El Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (Cenares) informó que este año se distribuirán 15 millones de tabletas de TLD y que otros 15 millones ingresarán entre setiembre y diciembre para garantizar el tratamiento. Para Dongo, la causa del problema fue la demora en la compra de parte de esta institución.

Pese a los anuncios del Gobierno, el problema todavía no estaría resuelto.

El 6 de setiembre Givar informó que una persona viviendo con VIH y asegurada en el Seguro Integral de Salud (SIS) denunció que el personal del Hospital Cayetano Heredia, de Lima, lo derivó a un laboratorio privado para que se someta a un examen de carga viral. La recomendación se debió a que en dicho nosocomio no había stock suficiente de TLD y tampoco había un reactivo para evaluarlo y decidir qué otro esquema de tratamiento recetarle.

El usuario contó que solamente le entregaron un frasco abierto de TLD con 28 pastillas que habían sido devueltas por otra persona viviendo con VIH.

Hasta octubre, Givar recibió 272 denuncias por temas relacionados con el VIH y la prevención. El 72% de los usuarios PVVS y vulnerables a contraer esta condición crónica señalaron que tuvieron problemas con la entrega de medicamentos. El 54% reportó casos de desabastecimiento.

En nuestro país, hay más de 100 mil PVVS. Según López, "podría estimarse que el 60% de esta población" necesita del TLD. ¿Y quiénes son los responsables de los casos de falta de suministro? "Podríamos asumir que el Cenares y el Ministerio de Salud", enfatizó.

Dr. Victor Dongo Zegarra, experto en temas de suministro de medicamentos
Foto: Cortesía

"No se puede privar a los usuarios con VIH del tratamiento de primera línea solo porque no lo compraron a tiempo"

El Estado peruano planteó cambiar los esquemas de tratamiento de primera línea para las personas viviendo con VIH, ante la crisis de desabastecimiento. El exjefe de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (Digemid), Víctor Dongo, sostiene que esa decisión es grave por su impacto que tiene en la salud de los usuarios.

¿Cómo se origina el problema de la falta de suministro?
Hay que entender que la compra de medicamentos está casi en su totalidad en manos del Cenares y que este medicamento no es como los otros que uno puede encontrar en una farmacia. No se vende, lo da el Estado y con un comprador principal que es el Cenares. Entonces, el abastecimiento va a depender de la oportunidad que haya tenido el Cenares para adquirir los productos. Penosamente hemos tenido atrasos considerables en la compra.

¿Qué medicamentos han faltado?
El país determinó un protocolo de tratamiento a través de una estrategia sanitaria con un marco normativo aprobado en 2020. Aquí se aprueba la norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección del VIH y se establece que la primera línea de tratamiento va a ser tenofovir de 300 miligramos, lamivudina de 300 miligramos y dolutegravir de 50 miligramos en una tableta de dosis fijas combinadas, lo que se conoce como TLD. La primera línea de tratamiento que se escoge es la que mejores beneficios dará al usuario.

¿El TLD es para usuarios que recién inician tratamiento de VIH?
Es correcto.

¿Por qué se escoge esta primera línea de tratamiento?
Porque en este balance riesgo – beneficio es la que mejores beneficios da y la que menos riesgos o reacciones adversas ocasionan. Hay muchos medicamentos para el VIH, pero esta es la mejor opción.

¿Qué pasa si no recibe esa mejor opción?
Le van a dar una segunda, pero en ese balance riesgo – beneficio no va a ser tan buena como la primera. Va a tener menos capacidad de respuesta clínica y más reacciones adversas. Entonces, yo no puedo estar privando a los usuarios de una primera línea solo porque no lo compré a tiempo. Eso no pasa en ninguna parte, no es ético y no es justo. Hace que al usuario se le exponga a que pierda esa línea de tratamiento y ya no pueda regresar, pero también a que se exponga a no saber si con los medicamentos que le van a dar, va a responder o no.

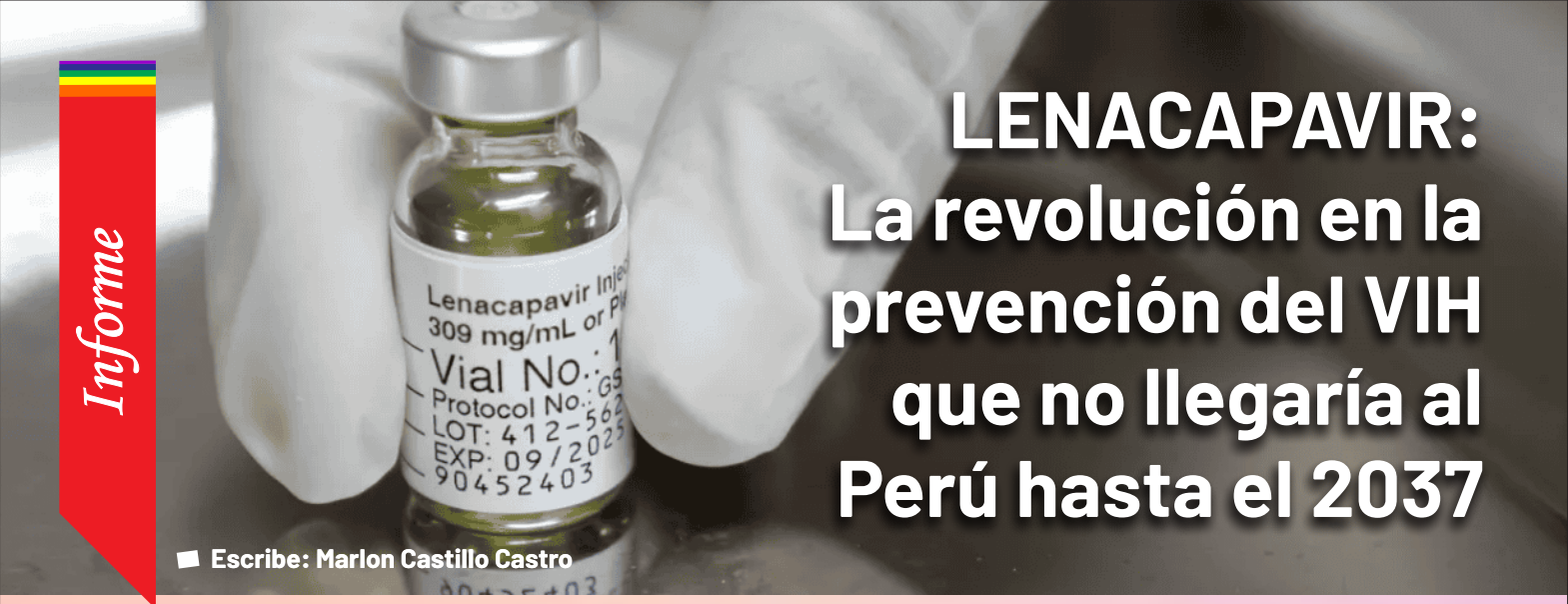
Es decir, ¿la falta de medicamentos en este régimen ha sido principalmente con el TLD?
Ha sido uno de los que más faltó y tanto que el Minsa se vio obligado a sacar un oficio múltiple en agosto que dice que en la medida que se identifique alguna eventualidad relacionada con la disponibilidad del producto, se sugiere considerar el uso de otros medicamentos antirretrovirales. Lo que debemos entender es que pasar de un medicamento a otro no es fácil. No se toma a la ligera. Para pasar a abacavir, por ejemplo, se requiere hacer una prueba.

¿Qué prueba?
Se recomienda contar previamente con un resultado de prueba HLA-B*5701 negativo.

¿Por qué se pide esta prueba?
Cuando eres positivo tienes una hipersensibilidad al tratamiento con abacavir. Cuando se considere el uso de abacavir, se recomienda contar previamente con esta prueba negativa, la cual se solicita al Instituto Nacional de Salud (INS). Pero ellos querían cambiar el régimen de tratamiento sin tomar en cuenta este examen. Sacaron el oficio y no dijeron que para recibir esto, primero tienen que hacerse ese examen.

¿Qué pasa si el resultado sale negativo?
A pesar de un resultado negativo, es preciso informar al paciente sobre la aparición de una reacción de hipersensibilidad al abacavir. En promedio, aparece a los nueve días de la exposición al medicamento, fiebre, náuseas, vómitos, diarreas, dolor abdominal y puede evolucionar el estrés respiratorio. Esto está escrito en la norma técnica y no lo han tomado en cuenta para promover el cambio de régimen. Simplemente agarraron el oficio y dijeron que si no tienen este producto – el TLD – pues cámbienlo a otro.

¿El Minsa no ha retrocedido en esa disposición?
Esa disposición no tiene otro documento y lo único que va a lograr que no siga ejecutándose es que los centros estén abastecidos. Lo que dice la resolución es que eso será en la medida que se identifique alguna eventualidad relacionada con la disponibilidad, pero si ya te abastecieron no tienes por qué estar cambiando de esquema. La pregunta es qué va a pasar si cambié a Abacavir y voy a regresar al esquema de primera línea. Dios quiera que no comiencen a aparecer usuarios que ya no respondan.



LENACAPAVIR: La revolución en la prevención del VIH que no llegaría al Perú hasta el 2037

Escribe: Marlon Castillo Castro

Una inyección bajo la piel en la zona abdominal colocada dos veces al año asegura en más de 96% que las personas estén libres de contraer el VIH. Este el avance científico más importante hasta el momento en tratamiento de profilaxis preexposición del VIH (PrEP)

La 5ta Conferencia Internacional de Prevención del VIH, la HIVR4P, desarrollada en Lima, se informo que este tratamiento evitó la infección en el 99.9% de la población seleccionada en ensayos clínicos del estudio PURPOSE 2 en donde participaron entre hombres cisgénero y grupos de género diverso en el que destacan participantes de: Perú, Argentina, Brasil, México, Sudáfrica, Tailandia y Estados Unidos.

En una entrevista que la realizó la periodista Patricia Blanco del diario El País de España a Winnie Byanyima, directora ejecutiva de ONUSIDA indicó que el lenacapavir es "una herramienta de transformación que permitirá acelerar e incluso alcanzar en 2030 el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) de que el sida deje de ser una amenaza para la salud pública".

Byanyima agregó que este innovador tratamiento funciona para dos propósitos: "Para tratar a las personas con VIH multirresistente" y para "frenar las nuevas infecciones de VIH". Incluso indicó que es más eficaz que cualquier otra de las herramientas de prevención que existen, como los condones o la PrEP en pastillas.

Lenacapavir desafía la falta de adherencia en los ARV

Javier Valencia, infectólogo e investigador peruano del centro de investigación Asociación Civil Impacta Salud y Educación - Sede San Miguel, enfatiza que lenacapavir "es un producto ya aprobado en algunos países para el tratamiento de la infección por VIH donde el virus se presenta como resistente a múltiples medicamentos, y a través de PURPOSE -2 se ha demostrado su eficacia en prevención de VIH en hombres y mujeres transgénero en riesgo de adquirir el VIH".

Lo que se conoce es que la tasa de adherencia a lenacapavir fue elevada, ya que más del 90% de las participantes recibió las inyecciones en el momento previsto. Esto significa que existe menos abandono al tratamiento ya que, durante el 2023, el colectivo GIVAR alertó sobre el aumento de abandono de tratamiento TAR (antirretroviral) ante el registro de casi 15 mil personas, según cifras oficiales de la Dirección de Prevención de ITS - VIH/Sida y Hepatitis del Ministerio de Salud.

Si bien aún se publican resultados respecto adherencia encontrada para el grupo que tomó pastillas PrEP en comparación con el inyectable, Valencia refiere que durante la investigación "Se ha proporcionado preservativos, lubricantes, descartes periódicos de ITS, acompañados de una consejería de reducción de riesgos en todas las visitas de los participantes en el estudio".

El mayor obstáculo es el precio

Como nada es perfecto, el lenacapavir tiene su mayor obstáculo para el uso, el precio.

En España los acuerdos de confidencialidad entre el Ministerio de Sanidad y la transnacional farmacéutica Gilead Sciences Inc que comercializa el producto con el nombre de marca Sunlenca, no permiten establecer el costo con exactitud, pero se calcula que el precio es superior a los 20 mil dólares, pero en Estados Unidos, asciende a 38.900 euros anuales.

Por su parte, Andrew Hill, de la Universidad Británica de Liverpool, presentó un estudio en la Conferencia Mundial contra el Sida, celebrada en Múnich, Alemania en la que estima el pecio del inyectable podría reducirse a unos 40 dólares en versión genérica, tomando en consideración una demanda del uso de 10 millones de personas.

Organizaciones peruanas alistan demanda contra Gilead

Representantes de la Coalición Latinoamericana, de América Central y del Caribe de Pueblos Indígenas en respuesta al VIH, anunciaron que preparan una demanda contra laboratorios Gilead para garantizar el acceso al lenacapavir, en etnias de Perú, Brasil, Chile, Bolivia, Guatemala, entre otros.

Gilead ha firmado acuerdos de licencia voluntaria sin regalías con seis fabricantes de medicamentos genéricos para aumentar el acceso al lenacapavir, para la producción y distribución de versiones genéricas de alta calidad y bajo costo en 120 países con alta prevalencia de VIH y recursos limitados, pero en la lista no aparecen países como el Perú y otros de Latinoamérica.

«Tengan la seguridad que vamos a hacer las demandas necesarias (contra la empresa farmacéutica) e iremos a los tribunales, indicó Willy Morales, integrante de la coalición indígena de la comunidad huilliche de Chile y vive con VIH desde hace más de 30 años.

Otros colectivos de salud han manifestado su disposición para realizar pedidos de incorporación de licencias voluntarias y se alistan envíos de cartas y pedidos de intervención del gobierno para otorgar licencias obligatorias a favor de la prevención del VIH.

Conferencia HIVR4P Lima 2024. Fernando Chujutalli, representante de pueblos indígenas. Fotos: Marlon Castillo

962 224 692

DENUNCIA EN GIVAR

14 años

vigilando y denunciando vulneraciones a los derechos de las personas con VIH y poblaciones clave, nos posicionan como el primer observatorio autosostenible del Perú con reconocimiento internacional.

GIVAR

www.givarperu.org

MPOX VIRUELA SÍMICA

La viruela símica (MPOX) es una enfermedad vírica causada por el virus de la mpox.

Formas de Transmisión

- De persona a persona por contacto de piel a piel.
- Por relaciones sexuales ó besarse
- Por objetos contaminados, como ropa de vestir o de cama, a través de heridas.

Signos y Síntomas

- Comienza una semana a más tardar 21 días después de la exposición
- Dura 2 a 4 semanas, pero pueden prolongarse en las personas con un sistema inmunitario debilitado.

Los síntomas frecuentes de la mpox incluyen;

- Erupción cutánea
- Fiebre
- Dolor de garganta
- Dolor de cabeza
- Dolores musculares
- Dolor de espalda
- Falta de energía
- Ganglios linfáticos inflamados

Tratamiento

No hay tratamientos específicos contra la infección por el virus de la mpox. Los síntomas de la viruela símica suelen resolver espontáneamente.

- Vacunarse nos protege, se recomienda 2 dosis con un lapso de un mes entre la primera y segunda.
- La vacuna esta disponible para las personas que han tenido contacto con una persona con MPOX

Foto: Diego Quispe

¿Cuál es la relación entre el virus de la viruela símica (MPOX) y el VIH?

Se ve que en la inmunosupresión causada por el VIH y por otras razones, como el cáncer (...) puede cambiar el curso clínico de la infección por MPOX. En cuanto a la duración y las características de los síntomas, no existe una relación de causalidad directa. Es decir, por vivir con VIH no voy a tener MPOX y viceversa. Sabemos que el MPOX es una infección y se transmite de múltiples formas, como la de persona a persona, pero el MPOX no es una ITS (infecciones de transmisión sexual). Si una de ellas no está controlada, en caso del VIH, podría cambiar el curso de la infección del MPOX.

¿La tasa de letalidad del MPOX es alta?

La tasa de letalidad es baja comparada con los casos que se suelen dar en África, pero igual aquí hubo tres casos. Según lo que reportaron, eran personas con una infección avanzada de VIH que habían sido diagnosticados de manera simultánea. Es decir, desconocían que vivían con VIH y, bueno, la inmunidad estaba muy baja y tenían otras comorbilidades asociadas. Uno de ellos tenía una neumonía asociada, me parece, y el otro tenía cáncer.

¿Existen coincidencias en la manera de prevenir el MPOX y el VIH?

De persona a persona habitualmente es el contacto de las lesiones de una persona que ya tiene el MPOX hacia otra. Es por ello que, durante las relaciones sexuales,

“Las personas que toman TAR y están indetectables, van a pasar tranquilas el proceso de aislamiento por viruela símica”

El médico infectólogo Rubén L. Rodríguez explica la importancia de que las personas viviendo con VIH cumplan con su tratamiento antirretroviral (TAR) para evitar complicaciones frente a la viruela del mono (MPOX).

se dan todo tipo de contacto y se presentan estos casos de MPOX. No quiere decir que necesariamente el contacto tiene que ser penetrativo. La penetración puede estar incluida o no, pero ya basta simplemente con el contacto piel a piel. En cambio, en la transmisión por el VIH es más que todo durante las relaciones sexuales habituales y en las cuales no se han utilizado preservativos. Entonces, si es que vamos por esas formas, la manera en que se previene sería evitar el contacto piel a piel y el uso del preservativo.

¿Por qué?
Porque las úlceras o las heridas pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo, en la piel o en las mucosas.

¿Hay otras formas de prevención?
Si es que soy una persona que vive con VIH y sé que actualmente hay casos circulando de MPOX, lo más importante es la vacunación. Hubo tres ciclos de vacunación. Si es que soy una persona que vive con VIH y tengo en casa a alguien que tiene el diagnóstico de MPOX, esta persona de preferencia debería permanecer en aislamiento. Si no se puede, la otra persona que está al cuidado debe utilizar guantes y mascarilla, que es el equipo de protección mínimo.

¿Y cuánto tiempo debe durar ese aislamiento?
El aislamiento debería durar hasta que la última lesión haya desaparecido. Demora de dos a cuatro semanas. El tiempo, como le había mencionado, va a depender del curso de la infección. Con una persona que tiene sus defensas adecuadas, en este caso una persona que vive con VIH, que toma su tratamiento adecuado y es indetectable, probablemente el curso de la infección no sea más de dos a tres semanas.

En el caso del MPOX, ¿se toman pastillas?
Cuando una persona está con viruela símica, básicamente el tratamiento es esperar que acabe el periodo de la infección. Al inicio voy a tener fiebre, dolor de cuerpo, dolor de cabeza, dolor de garganta, las heridas que me van a salir en la piel me van a doler. Si es que tengo fiebre, voy a tomar medicamentos para la fiebre. Si se me inflaman los ganglios, tomo medicamentos antiinflamatorios. Estas heridas van a evolucionar a úlceras y se van a volver costras.

¿Cómo identificar una infección avanzada?
Si es que la fiebre o el dolor o el malestar no se van, si es que no puedo pasar los alimentos y me estoy deshidratando, o si es que empiezo a perder la visión, estaría teniendo complicaciones. El MPOX puede complicarse, invadir los ojos, el cerebro o el corazón. Estas mismas lesiones que aparecen en la piel pueden aparecer también en los ojos y pueden generar cicatrices. En el cerebro pueden generar infecciones tipo meningitis, encefalitis y también en el corazón. Pero esto más que todo se ve en pacientes inmunosuprimidos.

Entonces, es determinante que la persona viviendo con VIH sea rigurosa con su TAR (tratamiento antirretroviral) para evitar complicaciones.

Sí, es cierto. Tienen que continuar tomando su tratamiento antirretroviral. Ahora con mucha más razón.

Foto: Internet

La educación sexual integral en Perú: Una herramienta clave contra la violencia, el embarazo adolescente y el VIH

Elga Prada, coordinadora del programa de sexualidad y autonomía física del Movimiento Manuela Ramos

Escribe: Edith Ramírez Romaina

El caso de Condorcanqui, donde niños fueron castigados por comportamientos percibidos como afeminados, subraya la urgencia de la educación sexual integral (ESI) para erradicar la violencia y proteger la salud de los adolescentes.

La educación sexual integral (ESI) ha demostrado ser una estrategia vital para combatir la violencia, la desinformación y proteger a los jóvenes de riesgos como el embarazo adolescente y la transmisión del VIH. Sin embargo, en las zonas rurales, como la provincia de Condorcanqui, aún enfrentan graves barreras de acceso a esta formación crucial.

Un ejemplo alarmante de esta falta de ESI ocurrió en Condorcanqui (Amazonas), donde niños fueron castigados con ishanga, una ortiga tropical, debido a supuestos comportamientos "afeminados". Este incidente revela el peligro de la desinformación en las comunidades y cómo la falta de una educación adecuada puede perpetuar la violencia y discriminación contra personas LGTBI+ (lesbianas, gais, trans, bisexuales, intersexuales). Según Elga Prada, especialista de Alianza Sí, Podemos, esto es producto de mitos erróneos sobre la sexualidad. "Se asume que la identidad de género es algo que se aprende y no que es parte de la persona, lo que genera miedo y violencia en la comunidad", señala Prada.

"La violencia se convierte en una herramienta de castigo cuando no se respetan los estereotipos de género", comenta Prada. La ESI combate directamente estos prejuicios, enseñando a las personas a respetar la diversidad y a reconocer que la orientación sexual y la identidad de género no son algo que se pueda corregir o cambiar.

ESI: Prevención y protección

La educación sexual integral es más que hablar sobre genitalidad. Se trata de enseñar sobre el autocuidado, la afectividad, el consentimiento y las relaciones saludables. En palabras de Prada, "la ESI enseña a los chicos y chicas a cuidarse, a decir no cuando no se sienten preparados y a poner límites claros en sus relaciones". Esto no solo ayuda a prevenir el embarazo adolescente, que sigue siendo una preocupación en comunidades rurales, sino también a reducir las infecciones de transmisión sexual como el VIH.

La transmisión del VIH es otro de los grandes desafíos que la ESI puede enfrentar. En áreas donde la desinformación y el estigma aún son barreras, la falta de educación sobre el uso de preservativos y las prácticas sexuales seguras incrementa el riesgo de transmisión. La ESI proporciona a los adolescentes y las adolescentes la información necesaria para protegerse y cuidar su salud, algo fundamental en un país donde la tasa de transmisión del virus sigue siendo alta entre los jóvenes.

Obstáculos y política

A pesar de los beneficios de la ESI, su implementación enfrenta fuertes obstáculos políticos. Proyectos como el impulsado por la congresista de Renovación Popular Milagros Jáuregui, busca limitar la educación sexual en las escuelas, amenazan con revertir los avances logrados. Prada advierte que esto representaría un retroceso peligroso para los derechos de los adolescentes, quienes quedarían más expuestos a riesgos de embarazo, ITS y violencia.

En abril, la también pastora evangélica Milagros Jáuregui propuso el Proyecto de Ley 7579. Este proyecto, titulado "Ley que reconoce el derecho de los padres de familia a elegir la educación sexual de sus hijos", aparentemente defiende derechos parentales. Sin embargo, en realidad restringe el acceso de los menores a una educación sexual adecuada y actualizada, exponiéndolos a enfoques conservadores y riesgos graves. Además, la mayoría de los abusos sexuales ocurren en el entorno familiar, lo que agrava la necesidad de una educación integral adecuada.

Limitar la ESI no solo impide que los jóvenes reciban la información necesaria para protegerse, sino que también perpetúa las desigualdades y la desinformación en comunidades que más lo necesitan. Sin una ESI adecuada, las barreras para prevenir el embarazo adolescente y las ITS seguirán siendo altas.

Un camino hacia la inclusión

Para que la ESI funcione en comunidades rurales como Condorcanqui, es esencial trabajar junto a líderes locales y familias, desmantelando los mitos que rodean a la educación sexual. "Es importante que la gente entienda que la ESI no solo se trata de sexualidad, sino de autocuidado y prevención", insiste Prada. De hecho, en comunidades donde se ha implementado de manera efectiva, se ha visto una disminución significativa en el embarazo adolescente y mejores relaciones entre padres e hijos.

Casos como el de Condorcanqui subrayan la urgencia de implementar la educación sexual integral en todo el Perú, para que las nuevas generaciones crezcan con información precisa que les permita tomar decisiones responsables sobre su salud y vivir en una sociedad libre de violencia y discriminación.

Presentación del monitoreo social de la ESI en tres regiones: Ayacucho, Lima y Ucayali, realizado en setiembre. Créditos: Alianza Sí, Podemos

Adolescente de Cusco pidiendo la implementación de la ESI Créditos: Alianza Sí, Podemos

MARÍA LUZ, LA VOZ de quienes no eran escuchados

Fotos: Marlon Castillo

La exvicepresidenta de Sí, da Vida fue una activista que dedicó su vida a promover y defender los derechos de las personas viviendo con VIH. A seis meses de su partida, su familia la recuerda como la hermana mayor que iluminaba con su alegría las navidades en casa.

Escribe: Diego Quispe Sánchez

Días antes del accidente, la activista María Luz Quispe había asistido a celebrar el cumpleaños de su nieta. “Ella tiraba la piñata, estaba muy feliz. A mi hija le dijo: te luciste”, rememora su hermana Marlene Quispe. Aquella fiesta, fue la última vez que la vieron sonreír.

Con raíces en Ayacucho, solía visitar esta región para encontrarse con sus parientes y también para promover la prevención del VIH. Usualmente viajaba en avión. Sin embargo, el 15 de julio prefirió tomar un bus.

No sabía que sería el último viaje. “Ella estaba yendo para ayudar a un grupo de señoras y aconsejarlas para que se hagan las pruebas de VIH. Cuando les negaban las pastillas a sus compañeras, luchaba para que las atiendan”, recapitula su hermana.

A la mañana siguiente se conoció a través de la prensa que un bus con destino a Ayacucho sufrió un accidente. Su familia no imaginó que ella había resultado víctima, pero cuando salió a la luz la lista de pasajeros, apareció su nombre. No lo podían creer.

María Luz durante conferencia de prensa y plantón en las afueras del MINSA organizado por GIVAR
Fotos: Marlon Castillo

Su partida fue en cuestión de horas. Ahora la casa donde ella vivía está en silencio, dice Marlene. “Extraño que cuando llegaba, siempre me invitaba comida, ahora llego ahí y está vacía”, comenta con nostalgia.

María Luz no solo es recordada como la abuela alegre, la mujer que se emocionaba con celebrar la Navidad y compartir los platos que cocinaba. También ha dejado un legado en su lucha por defender y promover los derechos de las personas viviendo con VIH.

Su familia jamás le dio la espalda. Desde que le diagnosticaron esta condición crónica, la apoyaron. Eso fue un impulso para que ella se vuelva activista y forme parte de las luchas de la sociedad civil. Se involucró en el Colectivo por la Vida y defendió la ley de acceso gratuito de medicamentos antirretrovirales. Fue parte de la Red Peruana de Mujeres Positivas y de la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/ Sida (ICW- Perú). También fue miembro fundadora del Grupo Impulsor de Vigilancia de Abastecimiento de Antirretrovirales (Givar), socia y vicepresidenta de Sí, da Vida.

En Sí, da Vida fue instructora del programa “Manejando la Salud” y realizó talleres en el grupo de apoyo del hospital de Puente Piedra. Precisamente en este lugar ocurrió un incidente con una mujer con VIH que estaba a punto de alumbrar a su primogénito. La discriminación y miedo del personal de salud, le negó en un primer momento la atención para realizar una cesárea, pero María Luz denunció el caso ante GIVAR y sin miedo a perder su trabajo como consejera de par, logró que atendieran su parto.

Su anhelo era formar una ONG en Ayacucho, hacia donde se dirigió en su último viaje. Si pudiéramos describir a María Luz en una frase, dice Marlene, es que ella era la voz de quienes no eran escuchados.

Fotos: Archivo institucionbal AHF PERÚ

AHF PERÚ | UNIDAD MÓVIL PARA PRUEBAS DE VIH, ESTRATEGIA DE AHF PERÚ PARA EL DIAGNÓSTICO TEMPRANO.

Entre 2018 y 2023 la unidad móvil de AHF Perú realizó más de 22,000 pruebas a poblaciones alejadas de los centros de salud, obteniendo un porcentaje de reactividad del 8.83%.

Escribe: Edgar Chilo / AHF Perú

El modelo de pruebas de VIH gratis a bordo de la unidad móvil es una idea que surgió en la central de AHF en EE.UU, donde ya se venía usando como estrategia de respuesta al VIH hace algunos años. En el año 2010, por ejemplo, AHF (AIDS Healthcare Foundation) realizó el proyecto "Testing América", con el cual sus unidades móviles recorrieron 48 estados de U.S.A, haciendo pruebas gratuitas y acercando el tratamiento a poblaciones alejadas.

La filial de AHF en Perú adoptó este modelo con unidad móvil desde 2016 y se acondicionó un vehículo para contar con dos consultorios a bordo, uno para el tamizaje y el otro para la entrega de resultados, consejería; garantizando la confidencialidad y comodidad para los usuarios.

El objetivo de esta innovadora propuesta es llegar a las poblaciones que normalmente no acuden a los centros de salud, tienen dificultades por el horario de atención, o que tampoco saben que existe una prueba de VIH rápida y gratuita. La unidad móvil se estaciona en espacios de socialización de poblaciones clave (personas gais, trans y personas que realizan trabajo sexual) como: discotecas, saunas, parques, etc.

"La idea es desterrar los prejuicios que aún puedan existir sobre el VIH y fomentar el acceso a la prueba gratuita, para que toda persona pueda conocer su diagnóstico e iniciar oportunamente el tratamiento antirretroviral", indica el Dr. José Luis Sebastián Mesones (Director Regional Región Andina y Coordinador país AHF Perú).

LOGROS

Con el abordaje en la unidad móvil se ha logrado tamizar a 3,804 migrantes, de las cuales 773 personas fueron diagnosticadas con VIH; esto representa un porcentaje de reactividad del 20.32%. Cabe mencionar que estas cifras corresponden sólo a la unidad móvil del periodo de enero 2020 a setiembre 2024 en Perú.

En total, 22 mil personas fueron beneficiadas del examen de VIH en los últimos 5 años, diagnosticando al 8.83% de los usuarios, quienes fueron derivados para iniciar un tratamiento temprano con antirretrovirales.

La intervención con unidades móviles se realizó a nivel regional en el 2018, tras el éxodo migratorio de venezolanos hacia países de Sudamérica. Se intervino en zonas de frontera de Colombia y Venezuela, en la ciudad de Cúcuta. A partir de este primer contacto, la ruta de migrantes llegaba hasta Chile, por ello AHF fortaleció el acceso de servicios en Lambayeque, Piura, Lima e Ica construyendo módulos de servicios de TAR (tratamiento antirretroviral) y en la zona de Lima impulsamos campañas abiertas con aliados de organizaciones o asociaciones de personas extranjeras. Especialmente con la unidad móvil en el campo, logramos ser un referente, para la atención y toma de pruebas de VIH.

PROCEDIMIENTO DE VINCULACIÓN

La vinculación es otra etapa fundamental. El trabajo de AHF en la vinculación es garantizar que toda persona con diagnóstico positivo de VIH llegue al tratamiento, y no se quede con solo conocer su resultado.

Para vincular una persona con VIH al establecimiento de salud que le brindará TAR gratuito, se necesitan principalmente dos requisitos: el primero es tener un resultado reactivo y en segundo lugar tiene que presentar su documento de identidad.

AHF Perú cuenta con un equipo de vinculadores, que son quienes acompañarán y brindarán soporte a cada persona en este proceso, desde que se realiza una prueba de VIH con resultado reactivo hasta que acuda a su primera cita de atención TAR, ya sea en un establecimiento de salud del MINSA, ESSALUD o cualquier otro servicio.

En los casos de personas migrantes que no cuentan con un documento de identidad, los vinculadores de AHF brindarán su apoyo orientándoles para gestionarlo en la oficina de migraciones, o se contactarán con organizaciones aliadas de migrantes, quienes justamente brindan la asesoría a sus compatriotas para tramitar el documento. La idea es que toda persona con diagnóstico de VIH pueda superar prontamente los procesos administrativos y así empezar a recibir la atención cuanto antes.

AHF Perú trajo un modelo de atención y prevención del VIH en 2013 que revolucionó las estrategias de prueba para el VIH. Con un amplio despliegue de pruebas gratuitas en espacios públicos y capacitando a las comunidades para que ellas realicen pruebas de VIH y den un diagnóstico rápido dentro de su comunidad; lograron acercar las pruebas de VIH a espacios que no se habían llegado antes.
En la actualidad, la organización apuesta por dar a conocer el modelo de la unidad móvil de AHF como herramienta para acercar la prueba en espacios abiertos con horarios extendidos hasta la noche, de manera, rápida, segura y confidencial.

AHF Perú adquirió una segunda unidad móvil, con la cual llegarán a regiones, para acercar la prueba de VIH a más poblaciones clave.

Fotos: Archivo institucionbal AHF PERÚ

- La falta de compromisos financieros vinculantes limita el acceso equitativo a recursos.
- Los términos en transferencia tecnológica favorecen a los países desarrollados.
- La gobernanza global de la salud se pondrá a prueba en estas negociaciones.

Foto: Cortesía

Tratado pandémico: ¿legitima la inequidad?

Perú sería uno de los países de la región afectados de firmarse un acuerdo pandémico sin equidad.

Escribe: Marlon Castillo Castro

Luego de una de las peores tragedias que azotó a la humanidad como la Covid-19 con más de 7 millones de muertes y pérdidas económicas por más de 16 mil millones de dólares, en diciembre de 2021, la Asamblea Mundial de la Salud creó el órgano de negociación intergubernamental (INB) para redactar y negociar un acuerdo internacional para fortalecer la prevención, preparación y respuesta ante futuras pandemias.

El denominado "tratado pandémico" se gesta bajo una serie de situaciones desiguales que hacen tambalear el piso de la negociación en donde los países ricos quieren imponerse frente a los más pobres con el control de los insumos y tecnologías médicas.

Aunque en el Perú, muy pocos actores políticos están interesados en el tema, tampoco se brinda información clara y transparente sobre las negociaciones, la sociedad civil es la que más genera discusión sobre el acuerdo, intentando poner en la agenda pública un asunto crucial para prepararnos y enfrentar nuevas pandemias.

AHF Perú, AIS Perú, RedGE, GIVAR y Sí, da Vida, convocaron a una conferencia de prensa a inicio de la Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de este año y dieron a conocer los cuestionamientos a las formas y fondo de la negociación, que finalmente fue prorrogada por un año más, hasta mayo del 2025. Esto debido a los desacuerdos en los temas neurálgicos relacionadas a la equidad. De otro lado, la Unión Europea (UE) presentó una propuesta que dejó en desventaja a los países pobres y en desarrollo como el Perú, para el acceso y transferencia de tecnologías, y liberación del conocimiento protegido por patentes.

Para Roberto López Linares de Acción Internacional para la Salud – AIS, el texto como está "no sirve para tratar futuras pandemias"

"La equidad, quiere decir la distribución necesaria, que asegura que podemos ejercer el derecho a la salud y la vida, esto no está en este tratado. Tampoco hablan de bienes públicos globales" refiere el experto en temas de salud.

El nuevo texto del acuerdo no obliga a la industria a cumplir con compromisos para la transferencia de tecnología como vacunas, test de diagnóstico, ya que se considera voluntario.

En una entrevista dada a Infobae, el médico Jorge Saavedra, especialista en salud pública y director ejecutivo de AHF México, consideró clave el Artículo 9 del acuerdo referido a investigación y desarrollo para establecer políticas nacionales y/o regionales que incluyan condiciones y transparencia a la investigación financiada con recursos públicos.

"Por ejemplo, existen vacunas que han sido desarrolladas por compañías privadas o universidades, para lo cual usaron financiamiento público, pero una vez desarrollado el producto, la patentan y la venden a precios inaccesibles para países menos desarrollados", dijo.

El Artículo 10 del acuerdo plantea la creación de centros de fabricación en todas las regiones del mundo para evitar la dependencia de un pequeño grupo de países productores, no obstante, esto sería una buena voluntad al no existir mecanismos que obliguen a los países que poseen la tecnología a compartirla con otras naciones, garantizando así la operatividad de las fábricas en regiones de las naciones menos favorecidas.

Foto: Marlon Castillo

¿Planta de vacunas en el Perú?

En el 2022, durante el gobierno del presidente en prisión por intentar gestar un autogolpe, Pedro Castillo, emitió una resolución que buscaba planificar e implementar una planta de fabricación de vacunas en el Perú, que encendieron las alarmas.

La idea no era más que una forma populista para generar polémica, antes de ser una real solución al problema de desarrollo tecnológico en el país.

Para Javier Llamoza, investigador de Acción Internacional para la Salud, la creación de una planta de producción de vacunas, sin una mirada geopolítica, que complemente e integre las necesidades regionales, solo nos llevaría a tener un "elefante blanco" que no contribuiría ni al desarrollo tecnológico sostenible, ni a resolver las necesidades en tiempo de pandemia Hoy en día Brasil, Argentina y Cuba producen vacunas, en el caso de Brasil, tienen la tecnología para la producción de vacunas ARN mensajero, sin embargo, aún no han logrado colocar su vacuna en el mercado por amenazas de violación de patentes, a pesar que este desarrollo contó con el apoyo de la OMS .

Para los expertos, el tratado pandémico como se negocia hasta ahora, legitima la inequidad, siendo los más perjudicados, los países más pobres y en desarrollo de América Latina. Cabe resaltar que la falta de unidad regional debilita su postura en la negociación, situación diferente sucede con los países de África, con una posición bastante firme mostrada en el proceso de negociación.

961 763 305
949 807 267

Programa tu cita de nuestros servicios

- Programa Automanejo
- Manos solidarias
- Radio Conexión Vida
- Mujeres Chamba
- Universidad libre para la vida

- Consultorio Psicológico
- Consejería
- Grupo de Soporte
- Grupo 12 pasos

- Consultorio Médico
- Pruebas Rápidas de VIH
- Fisioterapia.

Síguenos en:

CONEXIÓN VIDA
www.conexionvida.pe

- Bingo
- Karaoke
- Cine Foro

Sí da Vida

CONTÁCTANOS

Calle Henry Arredondo 201 Urb. Cayetano Heredia – San Martín de Porres - Lima 31
Teléfono: (01) 4810392 – 4839317 Email: sidavida@sidavida.org.pe
www.sidavida.org.pe