

ACTA ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA

| | | | | | | | |
|--|----------------------------|---------------------------------|-----|--|-------------------------|---------|----|
| Detalles de la reunión | | | | | | | |
| País MCP | | PERU | | Número total de miembros presentes (incluyendo a los suplentes) | | 22 | |
| Número de la reunión | | 10 – 2024 | | Número total de miembros con derecho a voto | | 17 | |
| Fecha (día, mes, año) | | 27 de diciembre del 2024 | | Número total de observadores/ invitados | | 7 | |
| Datos de la persona que presidió la reunión | | | | | | | |
| Nombre y nombre de la organización | Nombre | Gloria | | Se logro el quorum para la reunión (Si o no) | | Si | |
| | Apellido | Ypanaque Lipa | | Duración de la reunión (en horas) 1 hora 10 minutos | | | |
| | Organización | Presidente Secretaria Ejecutiva | | Lugar | Vía ZOOM | | |
| Cargo en CONAMUSA (Señale con una X dentro del campo correspondiente) | Presidente (representante) | | | Tipo de reunión (Señale con una X) | Asamblea ordinaria | | |
| | Vicepresidente | x | | | Asamblea Extraordinaria | x | |
| | Miembro Titular CONAMUSA | x | | | Reunión de comité | | |
| | Miembro Suplente CONAMUSA | | | Presencia del Fondo Mundial (Señale con una X dentro del campo correspondiente) | ALF | | |
| Sector de personas que presidió la reunión (señale con una X) | | | | | | GP | |
| GOB | COOP | ONG | EDU | PVV/PAT | PV | OBF | SP |
| | | | | x | | | |
| | | | | | | Otro | |
| | | | | | | Ninguno | |

| Siglas | | | |
|--------|--|---------|---|
| GOB | Gobierno | PVV/PAT | Personas que viven con enfermedades o afectadas por ellas (PVV/PAT) |
| COOP | Agencias cooperantes multilaterales/ bilaterales | PV | Representantes de poblaciones vulnerables (HSH / TRANS / TS) |
| ONG | Organizaciones no gubernamentales desarrollo | OBF | Organizaciones basadas en la Fe |
| EDU | Sector educativo / académico | SP | Sector privado / colegios profesionales / Sector empresarial |
| ALF | Agente Local del Fondo | GP | Gerente de portafolio del Fondo Mundial |
| ST | Secretaría Técnica de CONAMUSA | SE | Secretaría Ejecutiva |

| N° punto | Temas de agenda | Gobernanza de CONAMUSA, relacionados a propuesta y gestión de subvenciones | | | | | | | | | | | | | |
|------------|---|---|--|----------------------|--------------------|--|-------------------------------------|-------------------------|--|---|----------------------|--|--|--|--|
| | | Estado de avance de las tareas y acuerdos de la última reunión – resumen de los acuerdos. | Revisión de planes de trabajos/ presupuestos | Conflicto de interés | Membresía CONAMUSA | Participación/ compromisos miembros CONAMUSA | Comunicaciones / consultas CONAMUSA | Temas sectores CONAMUSA | Propuestas de desarrollo /financiamiento | RP / SR: selección, monitoreo y evaluación, Informes, ejecución | Presupuesto CONAMUSA | Negociación aprobación de subvenciones | Seguimiento (acciones de gestión MCP, auditorías, Informe ALF) | Programas en ejecución: pedido de redireccionamiento de financiamiento, revisión periódica de los programas / fase de cierre | Solicitud/ informe de avance de asistencia técnica |
| Punto N° 1 | Revisión del 2do. Borrador de la solicitud de financiamiento al Fondo Mundial 2026-2028 | | | | | | | | | | x | | | | |

| Resumen de los Acuerdos |
|--|
| 1. No hubo acuerdos. Se presentó a los miembros de Asamblea el 2do. Borrador de la solicitud de financiamiento al Fondo Mundial. |

| Acta de cada punto de Agenda | |
|--|--|
| Punto N° 1: Revisar la propuesta de 2do. Borrador de la solicitud de financiamiento al Fondo Mundial 2026-2028 | Verificación del quorum, miembros con voz y voto |

| | |
|--|----|
| Conflicto de intereses (Indique nombres de miembros titulares / suplentes que no debe tomar parte en las discusiones y decisiones) Ninguno | |
| Se cuenta con quorum luego de aplicación de la política de conflicto de intereses (si o no) | Si |

Resumen de las presentaciones de temas y discusión

Gloria Ypanaque; Muy buenas tardes con todas y todos. Agradecerles su compromiso de un día como hoy, estar aquí trabajando. Y bueno, damos por iniciada la reunión lo más pronto posible, no, para que podamos tener tiempo de revisar todo lo todo el trabajo que ha realizado el doctor Manrique. Buenas tardes a todos. Damos por iniciada la asamblea.

Carmen Navarro; Ok, Gloria, gracias si doctor Manrique tiene la palabra para poder ya presentar a la Asamblea la solicitud.

Hugo Manrique; Muchísimas gracias. Buenas tardes en principio debo exponer públicamente que hasta el momento todo lo que se ha trabajado ha sido el producto de un esfuerzo mancomunado, trabajo en equipo. En realidad, estoy siempre muy agradecido, no, por todo el esfuerzo desarrollado por el equipo central de Socios en Salud, que conjuntamente con la de los equipos de trabajo de ambas direcciones, tuberculosis y VIH, sumado también a los componentes de los Observatorios y de diferentes organizaciones de base comunitaria, es que se ha avanzado con este Segundo Borrador, en el esfuerzo de levantar las diferentes observaciones que se hicieron de parte del Fondo Mundial y de los socios estratégicos.

Esto que se va a mostrar en principio, va a evidenciar un poco el esfuerzo de integrar. las diferentes líneas de trabajo y reducir la cantidad de módulos que fueron una de las primeras observaciones diríamos, una de las más centrales que desarrolló el equipo gerencial del Fondo mundial con respecto al primer borrador.

Aparte de haber mejorado un poco la narrativa y la sustentación de diferentes líneas como vamos a ver a continuación. Recuerden ustedes que cualquier presentación que se haga siempre constituye una suerte de resumen de lo que ustedes podrán apreciar, pues en el documento matriz, que es el formato de solicitud que constituye el primer anexo de lo que se va a lo que se va a enviar realmente como parte, pues del proyecto país y en esta segunda, el segundo borrador de propuestas modular parte, por supuesto con este encabezado, esta primera página con la cual se inicia el formulario solicitud de financiamiento.

Ya ustedes saben que son 24,830,254 dólares para ser ejecutados en el periodo del primero de enero del 2026 hasta el 31 de diciembre del 2028.

De más está decir que es necesario recalcar que la carta de asignación que llegó al país se ha procurado que la mayoría de las líneas de trabajo, directa o indirectamente estén relacionados a estos puntos claves que son de mucho interés para la entidad que está financiando, que es el Fondo mundial, es decir, ampliar los servicios de pruebas y de prevención combinada del VIH para la población clave, con una especial énfasis en todos los procesos del PREP y el PEP y el autodiagnóstico, como también la expansión en la prestación de servicios para el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis, con especial énfasis en la expansión del uso en las pruebas moleculares rápidas.

Del tal suerte que esto permita el cierre de brechas en todo lo que significaría el acceso al diagnóstico y demás, sin embargo, es necesario recalcar que más adelante, en un análisis de portafolio que mandó el propio Fondo mundial, un par de meses antes de que se formula el primer borrador, también señalaron algunos puntos claves en relación a la incidencia social y política, los derechos, donde se recalca la necesidad de fortalecer las redes de incidencia social y política en todos los niveles, con difusión de todos los actores, de continuar con los esfuerzos por empoderar el concepto de contratación social. Eso quedó bien claro en el diagnóstico, en el análisis de diagnóstico que hicieron llegar en su momento como también el hecho, de trabajar por bajar un poco los niveles de estigma y discriminación, los problemas, abordar de alguna manera alguno de los problemas de salud mental o autoestima que puedan afectar fundamentalmente a las personas viviendo con VIH y trabajar el tema puede cómo manejar mejor los procesos o la percepción de derecho que tienen las poblaciones vulnerables y afectadas por ambas epidemias.

Recordemos que al primer borrador llegaron alrededor de las 95 observaciones, algunas eran transversales o sumamente específicas. Algunas en particular, fueron bastante visibles como el hecho de señalar que existía, había una dispersión de las líneas de trabajo, a veces daba la percepción de una duplicidad de actividades y se recomendaba un abordaje más integrado e integrar un poco más la línea de trabajo tanto en TV como en VIH y pues también se pidió que se abordara de una manera diferente los procesos de sensibilización y capacitación en torno al estigma y la discriminación, tomando en cuenta que existe entre base fundamentales para que de alguna manera explican estos procesos y que se tienen que tener en cuenta si es que realmente se van a desarrollar líneas de trabajo en torno a esta problemática.

Como también un poco, clarificar mejor los linderos de todo lo que se entiende como prevención combinada., con un énfasis sumamente marcado en todo lo que es el PREP, pero eso sí, considerando un poco la oferta comunitaria sobre la cual existen recomendaciones internacionales como la meta 30 60 80, aunque de alguna manera define un poco el nivel de participación que podrían tener las organizaciones comunitarias en la prestación de servicios y en todos los procesos que permitan realmente mejorar un poco la respuesta al país.

ACTA ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA

De hecho, que para levantar las observaciones había que partir de reconocer que bueno sí, podría existir componentes segmentados y repetitivos y pues había que desarrollar un esfuerzo de integración, inicialmente entre la problemática de tuberculosis y VIH, integrando también desde la parte comunitaria todos los procesos de vigilancia, veeduría, incidencia y de alguna manera procurar que más adelante se tenga una respuesta comunitaria más integrada en el país.

Entonces en ese sentido solamente en el ámbito comunitario se consideró, pues integrar todos los marcos legales y normativos, en relación a la TV y al VIH al fortalecimiento de actividades y, por supuesto, el impulso de la contratación social. Y si vamos a hablar de modificar marcos legales o determinantes que realmente rodean el manejo de estas problemáticas había que integrarlos en diferentes líneas de en determinadas líneas de trabajo.

Así que había que abordar en un módulo todo lo referente a la prevención y control del estigma, el manejo de una problemática tan difícil como el trabajo sexual, el abordaje de concepto de contrato social y la formalización laboral de los agentes comunitarios que vienen trabajando en el ámbito de estas epidemias y también integrar los procesos de fortalecimiento de capacidades en plataformas integradas y contemplar todos los elementos que las organizaciones comunitarias requieren para trabajar con y participar con mucha más eficacia y por supuesto, la contratación social que abarca a todas las organizaciones que de una u otra manera están involucradas en ambas problemáticas no y por supuesto era integrar conceptos y poblaciones, tanto en TV como en VIH y pues la coinfección TV y VIH que abarca a todas las poblaciones claves o más afectadas de ambas epidemias.

Así que con ese esfuerzo se logró reducir la cantidad de módulos que inicialmente se propuso y aquí ustedes ven que, por ejemplo, en el componente se detalla tuberculosis se ha alineado las diferentes líneas de trabajo en dos módulos, lo mismo que en el componente VIH, con cuatro módulos, un componente de coinfección con 1, un componente de sistema de salud resilientes con 1 y un componente de sistema de salud resiliente, pero referido a las comunidades cuatro, total, 12. Vamos a verlos a continuación.

En principio, el primer módulo dentro del componente tuberculosis tiene que ver, pues con tamizaje el diagnóstico de la tuberculosis. En otra palabra, la ampliación, no el fortalecimiento de líneas que ya se vienen trabajando aquí, pues hay dos actividades primordiales, ampliar la búsqueda activa de tuberculosis en los ámbitos intramurales.

que existe del propio Sistema Nacional de salud y hacerlo también, hacer esa misma búsqueda en ámbitos extramurales en otros sectores como es el Instituto Nacional Penitenciario, zonas o comunidades con alta concentración de casos, los HOTSPOT y la búsqueda de poblaciones con mayor vulnerabilidad o riesgo, como es el caso de los contactos con TV y aquellos que aquellos contactos de casos para seguimiento y esto implica trabajar hasta 5 etapas de intervención, desde el seguimiento de los contactos hasta realizar campañas comunicacionales y esto implicaba en un ámbito literalmente nacional, pero con énfasis las cuatro direcciones de redes de salud del departamento de Lima, la DIRESA Callao y las zonas con mayor concentración de casos como Loreto, Lima regiones, La Libertad, Ucayali, Ica, Lambayeque, Arequipa, Ancash y Piura utilizando emparando estos protocolos de trabajo, tanto en el ámbito intramural como extramural, esto delinea, pues, poblaciones beneficiarias en estas zonas de intervención, están las poblaciones claves, incluyendo a las personas privadas de su libertad, los propios trabajadores de salud, poblaciones en extrema pobreza, migrantes y personas con fármaco dependencia, como también poblaciones en riesgo, donde ingresan personas con comorbilidades, el tipo de la diabetes mellitus, los contactos y demás. Y aquí vemos las proyecciones, es decir, como parte de los resultados, se espera que en el periodo del 2026 al 2028 se haya un escalamiento importante, tanto de reconocimiento de nuevos casos de tuberculosis, como también la detección de casos de tuberculosis adicionales, gracias a la subvención del Fondo mundial, que miren ustedes contribuiría con casi el 30% de la respuesta país.

Esto implicaría en términos de coberturas, tanto en el ámbito intramural como extramural y escalamiento, realmente bastante vigoroso de este de 82,000 personas tamizadas en el 2026 hasta 285,000 en el 2028, lo cual permitiría una detección de nuevos casos de este 659 en los ámbitos intramurales hasta 2281, por ejemplo y lo mismo desde los ámbitos extramurales también apreciamos un escalamiento que permitiría llegar a los 977 casos en el tercer año de la subvención, así que de hecho, que tenemos que partir que estas líneas se han trabajado en base, a las debilidades o en este caso obstáculos cómo es la escasa disponibilidad del equipo de rayos x, de Recursos Humanos capacitados de repente las limitantes en el mantenimiento continuo de los equipos y a veces también la intermitencia o los momentos de desabastecimiento que suelen producirse en diferentes programas de control del sistema público.

Ahora bien, si pasamos al Módulo 2 titulado poblaciones claves y vulnerables, tuberculosis y tuberculosis drogo resistentes, acá hay una intervención sobre poblaciones claves y vulnerables fundamentalmente niños, adolescentes y otros grupos específicos. Que actividades se van a desarrollar y es mejorar el acceso a la terapia preventiva de tipo acortada y de presentación más amigable para los niños

Sí te habla de asegurar por lo menos 5000 esquemas con una presentación de dispersable para los niños, de formar médicos generales consultores en el ámbito del primer nivel de atención, capacitar en la interpretación de la radiografía de tórax, tanto en niños como adultos

ACTA ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA

y de fortalecer estas habilidades, con el manejo de la tuberculosis pediátrica, la actualización en el manejo de las diferentes formas de droga resistencia y por supuesto, la terapia preventiva de tuberculosis a grupos de médicos y enfermeras en los centros hospitalarios.

Y en una segunda actividad, mejorar el abordaje de personas con enfermedades con las llamadas enfermedades pulmonar post TV, conocida por sus siglas en inglés como PTLD, implica a la actualización de la guía de atención implica implementar servicios de atención para estos pacientes con nuevas unidades de rehabilitación respiratoria, todas ellas ubicadas en el primer nivel de atención para poder cumplir con este flujograma que están ustedes apreciando aquí.

Ahora en el componente, estamos en el componente dos. Hay un pequeño error, ¿no? estamos allí dentro del proceso de tamizaje y diagnóstico de la tuberculosis, de fortalecer o de ampliar y bueno, ahí la idea es que esto se pueda desarrollar en 11 departamentos priorizados, donde estén una mayor concentración de niños y adolescentes en mayor vulnerabilidad y pues en Lima y Callao fortalecer, pues, la presencia o la implementación de nuevas unidades de rehabilitación respiratoria, de hecho, que hay obstáculos que se han contemplado para diseñar estas actividades: no se dispone de la presentación de Rifapentina en dispersables, hay una falta de conocimiento personal sobre los nuevos esquemas e inclusive los esquemas de profilaxis y hay necesidad de más unidades de rehabilitación respiratoria, para enfrentar este problema de la enfermedad pulmonar post tuberculosis.

Ahora bien, la cobertura se espera como parte de los resultados un incremento aritmético, pero progresivo bastante firme de la cobertura de terapia preventiva en contactos menores de 5 años de 2000 que es el basal del año 2023 se va a escalar a los 1,500 en el 2026 termina con 3,500 personas que constituirían casi el 70% de las de la población potencialmente beneficiaria, es decir, realmente hay un cierre de brechas bastante evidente.

Ven ustedes que aquí tenemos las poblaciones beneficiarias, que se espera, beneficiar 5000 niños y adolescentes con tratamiento profiláctico utilizando Rifapentina dispersable con 900 personas que sean capacitadas, en este caso, personal de salud capacitado y aprobado en los cursos sobre tuberculosis, favorecer a 240 personas que tienen diagnóstico pues, de enfermedad pulmonar, post tuberculosis y contar con una guía de manejo.

Ahora vamos de lleno el componente número 3 y aquí ven ustedes estos gráficos del esfuerzo que se ha desarrollado, especialmente en el período 2023 - 2024 para ofertar Profilaxis preexposición tanto a hombres que tienen sexo con hombres como a mujeres trans, un esfuerzo de escalamiento realmente muy interesante.

Lo mismo se podría decir también con respecto a las trabajadoras de sexo. Ahora bien, la idea es fundamentalmente con la ayuda de la subvención continuar con la expansión de la profilaxis preexposición; implementar, yo diría más fortalecer la red de profesionales, para el uso adecuado de esta estrategia en Hombre que tiene sexo con hombres, también mujeres trans utilizando la llamada metodología HECHO, que no es otra cosa que una forma de acompañamiento on-line a través de especialistas que van a participar activamente, pues, en la orientación que se va a dar a los equipos de salud, del primer nivel de atención donde no necesariamente vamos a encontrar personas con algún nivel de especialización académica, para dirigir un poco esta terapia en su en su región. Se van a establecer también brigadas itinerantes para la búsqueda de poblaciones claves para asegurar en una mayor cobertura de los paquetes preventivos.

Por ello que se habla de un piloto de implementación de la móvil PREP, por ejemplo, es decir, a pesar de que ya hay un escalamiento, pero es que este piloto ya responde a toda una metodología de trabajo, donde se va a buscar realmente la adherencia a continuar los esquemas PREP por parte de las poblaciones que ya inicialmente fueron abordadas y la idea es que hacerlo con ayuda de procesos basados en la telemedicina, para habilitar no solo servicios basados en el PREP en ofrecer profilaxis, sino también tratamiento antirretroviral a nivel nacional. y a su vez, también esto iría dentro de un contexto de la adquisición de pruebas de auto testeo lo cual debería poder mejorar o incrementar la oferta de diagnóstico.

Hay una intervención de tipo dos, basada en la comunicación, información y generación de demanda, donde se espera contar con talleres macro regionales, para la capacitación en profilaxis preexposición utilizando metodologías basadas en problemas, la famosa ABP, que nació en los ámbitos académicos en muchas universidades y desarrolla estrategias de comunicacionales que sean altamente efectivas y acá hay una intervención 3 que contempla una inversión en el ámbito comunitario, específicamente los educadores de pares que están ligados de una u otra manera a los equipos de salud, tanto de la oferta fija como de la oferta móvil, pero también de la propia oferta comunitarias.

Con todo esto se espera en primer lugar, bueno, desarrollar esta intervención en la zona de mayor concentración de poblaciones clave de poblaciones más vulnerables, obviamente las poblaciones beneficiarias, primordialmente para el PREP son hombres que tienen sexo con hombres, mujeres trans y trabajadoras del sexo, parejas serodiscordantes y pues aquí hay que enfrentar algunos posibles obstáculos o deficiencias, hay que fortalecer el trabajo intersectorial, de repente, fortalecer el marco regulatorio, generar más evidencias, lograr mayor compromiso de poblaciones afectadas y por supuesto mejorar un poco el acceso a la prestación de los servicios de salud. Así que si vemos

ACTA ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA

resultados al final del proyecto se espera haber beneficiado a más de 23,125 personas, que ya están, no solo hayan recibido por primera vez un PREP, sino que realmente estén vinculadas al programa.

Y vean ustedes que este sería el escalamiento hasta el 2026, nada más esta primera columna, la más grandecita, representa a los hombres que tienen sexo con hombres. Es la población más numerosa de 3,737 a más de 9,877 al tercer año de la subvención. Los niños también se pueden ver escalamientos un poco más discretos en las otras dos poblaciones, como son mujeres trans y trabajador sexual.

Ahora vamos al componente número cuatro, paquete de prevención del VIH para otras poblaciones vulnerables y acá nos estamos refiriendo a los pueblos originarios de la Amazonía peruana, ven ustedes en el gráfico de la izquierda cómo ha ido incrementando la proporción o la concentración de nuevos casos en zonas como Loreto, que ya siempre pues, uno de los departamentos con mayor prevalencia desde hace más de 15 o 20 años y cómo se va sumando la región del Amazonas, primordialmente por la mayor concentración de casos. en uno de los pueblos originarios, fundamentalmente el Awajún.

Miren acá, en este segundo gráfico se puede ver con mucha más claridad, como este problema se hace cada vez más evidente en la región del Amazonas, así que permítanme un ratito aquí.

Estás tomando bien. Esto implica una intervención primordial, comunicación, información y generación de demanda en esta población lo cual significará propiciar una intervención íntegra, que realmente es el fortalecimiento de la que ya se venía haciendo.

Nuevamente levantar la importancia de las llamadas brigadas móviles amazónicas.

Considerando un poco la escasa respuesta que puede haber tenido algunos niveles de decisión política en los ámbitos regionales y locales; se espera que en esta oportunidad ya se tengan nuevos puntos de negociación realmente considerando que ya existe mucha más visibilidad en torno a este tipo de problemáticas, así que este módulo cuatro está destinado, a la región Amazonas, especialmente a la población indígena Awajún, parte de obstáculos que atraviesa persisten en la zona basados en la inequidad social, la violencia de género, la falta de acceso a la información, servicio de salud precarios que son comunes a toda la amazonia peruana y se espera fortalecer la capacidad de 80 agentes comunitarios de salud, incluyendo parteras, incluyendo agentes de Medicina tradicional vegetalista y otros; se espera movilizar cuatro brigadas móviles que contribuyan con este fortalecimiento en términos de capacitaciones, pero también de búsqueda activa y de elevar un poco la vinculación y la herencia de los tratamientos de las personas que ya tienen el diagnóstico.

Lograr el tamizaje por lo menos 20,000 personas dentro del horizonte del proyecto y lograr pues reconocimiento de 200 personas en los pueblos originarios que acceden a un tratamiento, que conocen su estado serológico y se espera que el 90% de las mismas logren suprimir su carga viral.

Ahora bien, esto es el módulo cuatro, vamos al número cinco, eliminación de la transmisión materno Infantil, VIH, sífilis y hepatitis B. Si bien es cierto a lo largo del tiempo en el Perú se logró niveles bastante importantes en la disminución de la Transmisión materno Infantil, el Fondo mundial y otras organizaciones de la Cooperación Internacional, les llamó la atención un poco un discreto repunte en los últimos años y el hecho de que esta tasa de transmisión no bajara más como sí lo han hecho otros países del ámbito de latinoamericano, así que es la razón por la cual se decidió interponer este módulo, de hecho, que hay dos intervenciones, la primera es apoyar la retención de las mujeres embarazadas y lactantes en los establecimientos de salud y también en las comunidades y esto va a significar, pues mejorar las capacidades de personal de salud y de los agentes comunitarios y es fortalecer el concepto de la triple eliminación, es decir, no solo abordar el tema del VIH, sino de la sífilis y de la hepatitis. Y la integración 2 estaría ligada a la profilaxis post parto en los recién nacidos en los lactantes asegurando y fortaleciendo el acceso de los nuevos esquemas de tratamiento antirretroviral que están destinados a esta población.

Dónde se empieza a actuar, en aquellas aquellos departamentos donde se ha encontrado que las tasas están por encima del promedio nacional y ahí tenemos a Amazonas nuevamente, Ayacucho, Tumbes, Ucayali, Huánuco, Madre de Dios, pero también en determinadas zonas de Lima y Callao, áreas urbanas.

Por supuesto, que las poblaciones prioritarias, son las gestantes y mujeres en edad fértil viviendo con el VIH y siempre recordemos que un obstáculo es, pues, la falta de capacitación continua, de los recursos Humanos un poco, la falta de información sobre los factores de riesgo y no necesariamente disponer de una manera mucho más homogénea de los fármacos antirretrovirales en formulaciones pediátricas.

Así que al final del proyecto se espera haber fortalecido a 180 profesionales de algún sistema. Haber capacitado a más de 100 agentes comunitarios de salud, incluyendo parteras y educadores de pares, haber monitorizado a más de 400 gestantes con VIH, con sífilis y con 150 gestantes con hepatitis B y de haber asegurado la provisión de esquema de tratamiento a más de 1,000 niños, con lo cual se esperaría un indicador de impacto.

Vean ustedes que, en el 2023, 3.1% como tasa nacional y aquí la idea es que al 2028 se logre alcanzar la cifra del 2% de la tasa en transmisión vertical en las zonas de intervención.

ACTA ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA

A continuación, dentro del componente VIH módulo 6, tratamiento, atención y apoyo, tenemos una primera intervención, pero también de VIH, prestación de servicios diferenciados en adultos. Y esto implica apoyar con un poco el esfuerzo de descentralización de los servicios de atención integral que ya el Ministerio ha desarrollado hasta hace varios años atrás y que han merecido más de un reconocimiento, en realidad, pese a las dificultades que tuvieron que enfrentar, especialmente en las sociedades indígenas.

Así que la idea va a ser continuar con esa descentralización y utilizar todas las estrategias posibles y la tecnología vigente para asegurar la distribución de medicamentos y muestras biológicas en zonas sumamente dispersas, con una escasísima posibilidad de vías de comunicación, como podemos ver en la Amazonia peruana.

La intervención dos, tiene que ver con el diagnóstico de enfermedades avanzadas en personas y esto nos lleva, pues a considerar un piloto escalable, que, con respecto a la enfermedad avanzada por VIH, que presenta personas especialmente en el interior del país, y esto implica también implementar y asegurar la llamada red de auditoría cero muertes por coinfección por tuberculosis y la intervención 3 implicaría pues una gestión integrada de diferentes condiciones que de una u otra manera deterioran la salud de las personas viviendo con VIH y esto implicaría pues implementar un piloto para abordar enfermedades crónicas no transmisibles en personas viviendo con VIH sida en zonas urbanas, implica implementar también un piloto de abordaje de enfermedades crónicas transmisibles en zonas rurales, así que el ámbito realmente casi nacional abarca a personas adultas por encima de los 15 años.

Es necesario recordar que siempre hay obstáculos para una descentralización más efectiva, porque solo el Sistema Nacional que depende del Ministerio tiene más de 3,000 establecimientos. Se ha logrado llegar a un poco más de 2,000, en este sentido.

Ahora bien, y es reducir, por supuesto, la mortalidad por VIH a causa de infecciones oportunistas que todavía son posibles de ver en personas que provienen de contextos donde no hubo, pues, la posibilidad de ofrecer tamizaje, ni tampoco comunicación efectiva para sensibilizar sobre la importancia del tamizaje.

Así que como resultados se espera implementar 70 nuevos establecimientos del nivel I-4, es decir, no son hospitalarios del primer nivel de atención para que puedan prestar servicios eficientes de prevención combinada y dispensación de tratamiento antirretroviral, implica contar con servicios de distribución respectiva de medicamentos e insumo de laboratorio de poblaciones dispersas sin posibilidad de vía comunicación por condiciones meteorológicas u otras condiciones ambientales, porque durante el año las poblaciones de la Amazonía tienen muchas dificultades de comunicación. Esta situación los lleva prácticamente a aislamiento en determinadas épocas.

Y es ahí donde se pueden perder la posibilidad de mantener vinculados y adherentes a cientos de personas que ya estarían recibiendo tratamiento antirretroviral o recibiendo algún esquema de profilaxis tanto para VIH como para tuberculosis.

Así que se va a fortalecer la oferta fija en diferentes zonas como Junín, Apurímac, Cusco y otros para implementar pilotos de abordaje en torno a enfermedades crónicas transmisibles en personas con VIH, especialmente hepatitis B, hepatitis C y sífilis que suelen tener tasas más elevadas, según algunos estudios desarrollados en estos departamentos.

Al final de cuentas se espera que el 96% de la población potencialmente beneficiaria accedan al tratamiento antirretroviral y esto implicaría casi un promedio de 20,000 personas viviendo con el VIH sida finalmente, beneficiadas.

Ahora vamos al módulo número 7 con coinfección tuberculosis VIH tenemos dos intervenciones; una tiene que ver con la coinfección TV VIH y esto primordialmente implica el fortalecimiento de laboratorios en zonas priorizadas especialmente de la Amazonía con plataformas multi enfermedad la tecnología ha permitido contar con equipamientos que tienen capacidades para ser programados y reprogramados para diagnosticar diferentes tipos de enfermedades en una zona determinada y una intervención 2 de tipo preventiva, donde se espera mejorar las capacidades o competencias de personal de salud y de los agentes comunitarios, incluyendo educadores de padres pagados, generar una atención centrada en la persona donde se pueda desarrollar, pues un incremento un poco de la profilaxis, contra la tuberculosis en personas con VIH, sin Tuberculosis, a nivel nacional, que es uno de los puntos centrales del manejo de la coinfección, así que aquí se va a trabajar en Lima Metropolitana, en Callao y en algunas regiones amazónicas.

Las poblaciones que van a ser beneficiarias van a ser las poblaciones que están más vulnerables en zonas amazónicas y también un público secundariamente beneficiario es el propio personal de salud de primer nivel de atención y aquí siempre recordemos que hay obstáculos que están presentes, no es tan fácil descentralizar el acceso al tratamiento, especialmente en zona de alta dispersión de poblaciones. Siempre hay problemas de acceso realmente a los servicios básicos como el fluido eléctrico, la falta de infraestructura realmente, en muchos casos se necesita también, pues una efectiva aceptación de gestión y también una prestación, digamos, casi política de quienes dirigen las instituciones en esas zonas. Al final, como resultado, ¿qué se espera? 7 laboratorios fortalecidos especialmente en regiones amazónicas, con instalaciones, equipamiento y personal de laboratorio capacitado, con capacidad de realizar pruebas de carga vía para VIH, pronosticar transmisión Materno Infantil y diagnóstico molecular de TV, lo que implica beneficios, implica potenciar las capacidades de 400 profesionales y técnicos de salud

ACTA ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA

de los servicios de salud, como también de 400 agentes comunitarios. Y en el país a nivel nacional, no con una certificación en el manejo que puedan tener tanto de la atención de tuberculosis como de VIH, incluyendo elementos ligados a los derechos humanos, estigma, discriminación y demás. Debería beneficiarse también a 600 personas viviendo con VIH, tuberculosis que refiere a compañías, de acompañamiento de tratamiento, administre y tratamiento antirretroviral a través de un agente comunitario de salud.

Todo esto debería llevarnos a mejorar nuestra cobertura, 30% de incremento en la cobertura de profilaxis en personas viendo con VIH sin tuberculosis a una razón de o un incremento del 10% por cada año de la subvención, de tal suerte que se puede llegar al 65% al final del año 2028.

Tenemos el módulo 8, Sistema de monitoreo y evaluación. Realmente implica un nuevo apoyo para actualizar los sistemas de información tanto en tuberculosis como VIH; La implementación de módulos de tipo, para soportar información operacional, capacitaciones, supervisiones y monitoreo. Estos tienen un ámbito nacional realmente es por supuesto que los beneficiarios finales siempre van a ser las personas afectadas o más vulnerables.

¿Y los obstáculos? Bueno, siempre persisten a la actualidad, como la falta de interoperabilidad, a pesar de que ya existen esfuerzos cada vez más frecuentes, más integrados de los diferentes actores que manejan la información de diferentes tipos dentro de los sistemas públicos de salud.

Así que al final del proyecto se espera que existan plataformas, plataformas funcionales Inter operativas, por lo menos hasta cuatro, para trabajar las diferentes problemáticas, se encuentra, se pueda contar con más equipamientos interoperables, para que puedan contribuir con el sistema de reportes más. Por lo menos 75 personas claves capacitadas en el uso de estos nuevos sistemas de interoperabilidad y así por el estilo.

Ahora bien, antes de pasar al componente comunitario, realmente recibí bastante información de los esfuerzos que se hicieron en la época de los diálogos que pueden dirigido por una consultoría internacional propuesta por el propio Fondo mundial, el cual se obtuvo alrededor de 26 prioridades sumando tanto los de VIH como de tuberculosis.

Y aquí surgía la necesidad de hacer también un esfuerzo, tan igual como lo ha hecho también el componente sanitario, de unir líneas de trabajo y de integrar, tanto que en algunas líneas estuviera representado todas las necesidades de las diferentes poblaciones y por supuesto, también todos los procesos que podrían fortalecer sus capacidades para la acción y para su interacción, realmente como comunidades organizadas.

Entonces, como ven ustedes aquí allí de una u otra manera en los componentes que voy a mostrar están prácticamente o la casi totalidad de los que se trabajaron como prioridades en ese entonces, entonces pasamos al componente 9, abogacía ambiente del llamado componente sistema de salud resilientes, tenemos el módulo 9 ahí con una línea del trabajo que se llama abogacía e investigación dirigida por la comunidad y aquí tenemos hasta 3 intervenciones.

La primera es una de estas definiciones están dadas por la clasificatoria de los manuales que nos ha proporcionado el Fondo Mundial de cómo quieren que se llamen los módulos, las líneas de trabajo y algunas actividades.

Entonces aquí la intervención 1 denominó una Localización dirigida por la Comunidad de las barreras jurídicas, políticas y de otra naturaleza que obstaculizan o limitan las respuestas comunitarias.

Entonces, la actividad aquí implica un análisis y propuesta de inclusión, actualización y o modificación de 3 dispositivos legales que pueden contribuir al fortalecimiento del Monitoreo liderado por la comunidad, el trabajo de pares y la oferta comunitario entre otros.

De hecho, que ustedes en el narrativo que hay en Word van a encontrar una propuesta de hasta 9 dispositivos. Pero hemos recibido interesantes aportes en estos últimos días, en el cual señalan que en realidad términos realistas para un proyecto cuya duración no es mayor a los 3 años y donde algunas actividades de repente solo sean ejecutables durante 1 o 2 años, quizás sólo apostemos por un mínimo de dispositivo, que puedan realmente lograrse, cambiar o modificar, entonces, por eso se pone 3 de nuevo que están propuestos inicialmente, en la solicitud.

Lo mismo hay una intervención dos que la hemos unido, que la hemos unido y que tiene que ver con las normativas sectoriales existentes en los modelos de prestación de salud, que tiene que ver, bueno, con propuestas de modificación de marcos normativos sectoriales, específicamente del Ministerio de Salud, pero con tendencia que esto fortalezca la oferta comunitaria del accionar de los pares y el monitoreo liderado por la comunidad, y hay una tercera que está con la denominación de Abogacía, para mantener ampliada el acceso de las poblaciones claves y vulnerables a los servicios y aquí se ha dejado una sola actividad, había una especie de consultoría que nos recomendaron algunos de los líderes comunitarios que fueron consultados que no solamente aseguremos la financiación de la salida del trabajo de estas de estas

ACTA ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA

organizaciones jurídicas conocidas como PROBONOS para ayudar un poco al impulso de casos emblemáticos, en el primer y segundo año del proyecto.

Entonces el alcance nacional definitivamente hay diferentes obstáculos abordados, como la imposibilidad de que las figuras de los educadores, como todo el consejero de pares, sea realmente reconocible para las formalidades del sistema público. El monitoreo, en poco también la necesidad que el liderazgo por la comunidad también sea reconocible, también para el estado peruano, es fortalecer la conceptualización de la contratación social, para las instituciones y es bueno tener que enfrentar con una percepción generalizada, sobre que tienen, pues las comunidades organizadas en torno a normativas sectoriales, algunas de las cuales ya tienen bastante tiempo en vigencia y otro es propiciar marcos legales que puedan ayudar a problemáticas sumamente agudas en este momento, como es el trabajo sexual.

Así que se pueda como resultados, actualizar y modificar, por lo menos por lo menos 3 de 8 Marcos legales relacionados a la problemática TV VIH. Contar con un marco legal que proteja los derechos humanos de las y los trabajadores del sexo, así como su mayor acceso a los servicios de salud, contar con marcos legales que consolida la oferta sanitaria móvil, en zonas geográficas con mayor dispersión poblacional, por ejemplo, actualizar y modificar por lo menos 3 de 5 Marcos normativos sectoriales y cubrir la fase inicial, solo la fase inicial de 3 litigios, habíamos colocado un poco más, también lo recomendaba que teníamos que concentrarnos en muy pocos casos para tener un mejor efecto comunicacional, así que 3 litigios por derechos humanos en el primer año, que más adelante podrían ser reconocidos como los casos emblemáticos dentro de la jurisprudencia y se sumaría 3 casos más en el segundo, en alianza con las organizaciones jurídicas conocidas como PROBONO.

Tenemos el módulo 10, capacitación y desarrollo del IVA, este es uno que ha integrado todos los esfuerzos de capacitación que estaban realmente atomizados en casi todos los módulos que inicialmente se propusieron, aquí la intervención 1 tiene que ver con fortalecer capacidades de liderazgo y de gestión de los Observatorios de las organizaciones base comunitaria incluyendo a los MCC y a las OAT que representan a la población más vulnerables y afectadas incluyendo el trabajo sexual.

Así que en principio se propone como actividad identificar las brechas, porque es cierto los niveles de capacidades ganadas no necesariamente son homogéneos entre las diferentes comunidades y pues es importante establecer cuál es el nivel de brecha que presenta cada uno para sobre eso formular un plan de fortalecimiento de capacidades.

Entonces a continuación con las brechas identificadas en las capacidades de los equipos comunitarios con eso, pues, con respecto a la capacidad de ofertar servicios de salud. Disculpen que me confundí un poco, las dos primeras actividades tienen que ver con la identificación de brechas, para pasar a la formulación de un tablero o un mapa de necesidades, a ser fortalecidas por organizaciones y por problemática.

Sobre eso señalar y validar módulo de aprendizaje para diferentes modalidades presenciales o híbridas que contemplen las diferentes problemáticas y las necesidades de aprendizaje para el fortalecimiento de las diferentes comunidades y sobre eso también un sistema de acreditación de capacidades.

De hecho, que entre los obstáculos están el hecho que no se cuenta con un mapeo de esta capacidad, no se sabe qué tanto les falta una comunidad con respecto a otras, especialmente con conceptos que se quieren fortalecer en esta subvención, como es el monitoreo liderado por la comunidad, así como también las habilidades para gestionar, gerenciar y administrar instituciones.

De hecho, que también hay necesidad de tener información sobre la capacidad para liderar la vigilancia, la veeduría, las convocatorias y demás.

Ahora bien, al final de todo este esfuerzo, se espera en principio, en el primer año de la subvención, haber identificado las brechas existentes en las capacidades necesarias de los equipos de trabajo, de 3 observatorio y 26 organizaciones de base comunitaria, acorde a sus necesidades y a las brechas que se hayan identificado, es que se formularán los programas correspondientes que al final deben beneficiar por los menos por lo menos 190 miembros de las OAT, 100 miembro de los MCC y otras OBC 15 miembros directivos de los Observatorios.

Se espera con esto mejorar las capacidades para que la oferta comunitaria de servicios pueda aspirar a cubrir hasta un 20% de la oferta país. Por supuesto, en comunión y en consenso, con el sistema público de salud y se espera también con estas capacidades ganadas, brindar un mejor soporte hasta por un 20% en el primer año de un 30% en el segundo año. Estas estos porcentajes tratan de honrar un poco la participación comunitaria que ha sido recomendada desde la Cooperación Internacional o repensar las experiencias que se han tenido de otros años

Módulo 11 ya estamos terminando, tenemos el soporte a los observatorios, tenemos 3. Tuberculosis, que ya tiene una experiencia de 3 a 4 años, el soporte observatorio de VIH a las OBC que trabajan la problemática, que tiene mayores meses de haber empezado un poco el esfuerzo y la propuesta de un Observatorio de trabajo sexual, considerando la complejidad de esta problemática y la cantidad de determinantes que están detrás de ello.

ACTA ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA

En la reunión que tuvimos oportunidad de tener con las lideresas realmente un poco las percepciones que hay con respecto al estigma, la discriminación, la baja calidad en la prestación de los servicios de salud, entre otros problemas, fuera de la violencia y fuera también de otros problemas que tienen que ver con la explotación sexual, especialmente a migrantes, amerita definitivamente la posibilidad de un observatorio, aquí la idea es poder fortalecer su capacidad, la capacidad de análisis y recopilar información, tener reuniones allí de validación y de análisis de las problemáticas y la formulación de alternativas que puedan ser discutidas con los diferentes sectores de la nación para poder resolver estos problemas.

De hecho, entre los obstáculos que se tienen que abordar están en principio y, como ya se ha expresado en otros modos, hay conceptos como monitoreo liderado desde la comunidad que todavía no parece existir esta alguna visión doctrinaria para no solo para el estado peruano, sino para diferentes instituciones. Fuera del hecho de que Monitoreo liderado, implica un análisis, la formación de alternativas desde diferentes ópticas, es decir, desde las propias, desde los, desde los propios espacios donde interactúan las personas afectadas o más vulnerables, pasando por instituciones de la sociedad civil, académica y científica, que tiene mucho que decir y que tiene mucho que aportar realmente a quienes tienen que tomar las decisiones políticas de lo que se va a hacer.

Al final como resultado deberíamos tener ya, un liderazgo muy bien ganado. Liderazgo técnico de 3 observatorios, tuberculosis, VIH y trabajo sexual para generar análisis de problemáticos, impulsar las mejores alternativas con el asesoramiento de otros sectores y fortalecer el monitoreo de los procesos de los servicios, intervenciones por parte de las organizaciones de base, que son las que realmente van a recopilar esta información y la contratación social, que es lo último que está dentro del componente, también de servicio de salud, resilientes, fortalecimiento de capacidades comunitarias.

Y aborda la contratación social de 26 organizaciones comunitarias, para desarrollar, que va a implicar convocatorias anuales para reclutar y seleccionar organizaciones comunitarias que se, y que van a desarrollar pues, compromisos, metas y resultados en los diferentes procesos de captación, vinculación, retención y soporte emocional.

De hecho, que esto va a significar. ese es 1. Por otro lado, tenemos una segunda intervención que habla de una oferta comunitaria de la atención integral a poblaciones altamente vulnerables y con mayor, si se quiere desamparo social, no, estamos hablando de generar una experiencia piloto de una Casa trans que oferta diversos servicios y una Casa TS, igual con el mismo concepto y por último, un mercadeo social de la oferta comunitaria, tercera intervención, que incluye diseño, validación y producción de material audiovisual impreso y por supuesto, la evaluación del impacto comunicacional de la oferta comunitaria al segundo año de la subvención.

Entonces, con todo esto, se espera fortalecer el liderazgo de los observatorios, se espera también que la oferta comunitarias una vez más, pueda alcanzar hasta el 30% de contribución a la respuesta país en determinadas intervenciones, como podría ser el PREP, por ejemplo, se espera contribuir con metas operativas de las brigadas móviles y bueno, se espera también con estos estos pilotos beneficiar entre 200 a 400 personas, tanto en la Casa Trans, como la Casa de trabajo sexual, lo mismo como parte del mercadeo, se espera informar sensibilizar a más de 20,000 personas que pertenecen a las poblaciones beneficiarias.

Con respecto a la oferta comunitaria y a la labor de los Observatorios que vigilan un poco las problemáticas que involucran a las poblaciones en general y que no parecen estar realmente, pues muy participativas en torno a los esfuerzos que se hacen en los ámbitos organizados.

Esto debe contar lógicamente con una evaluación del impacto comunicacional de las actividades que estos espacios ejecutaron. Y aquí para terminar el presupuesto preliminar.

Tenemos en total 12 módulos, hay un módulo que se ha unido realmente, pero están y, están, bueno, también el módulo administrativo, que es la gestión del programa, para los gastos de gestión del Receptor principal. De repente un poco más para subir aquí en este cuadro en la parte inferior creo que podemos ver mejor, lo que me parece que muchos querían visualizar un poco con más claridad, si sumamos todo, incluyen el costo del soporte administrativo para el RP. Entonces un poco que estas serían, pues la distribución porcentual de los comités sanitarios del 87.52% al 12.48% comunitario.

Pero si dejamos de lado ese 11.9% del soporte administrativo para el receptor principal, entonces cuál sería la distribución de lo que va a ser toda la parte para ejecutar actividades.

Y aquí en esta segunda fila podemos verlo mejor y a 85.84% para los componentes sanitarios, 14.16% para los componentes comunitarios. Creo que aquí ya con esto, creo que había un poco más de información, pero ya es muy secundaria. Carmen, yo creo que ya podemos pasar al debate gracias.

ACTA ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA

Carmen Navarro. Puedes bajar un poquito lo del cuadro para que se vea la parte verde y agrandarlo. Allí se ha tenido el cuidado de obtener el porcentaje, este el porcentaje que estableció el Fondo Mundial, para VIH y para TV, el cálculo: 56% para VIH, 44% para TV. ¿Cierto, Hugo? Yo lo he calculado, si sumamos los dos, el componente VIH y TV, así sale el porcentaje, o sea, no se ha puesto acá, pero también está allí reflejada. Bueno Gloria. No sé si podemos empezar ya con la rueda de preguntas.

Gloria Ypanaque. Es bastante información y muy amplia. Y me parece que es tan grande lo que se ha hablado del tema de contratación del personal de salud y también lo de contratación social, que yo lo veo como que débil, quisiera, en primer lugar, preguntar: el porcentaje para Recursos Humanos es equitativo entre la parte comunitaria y la parte sanitaria. Esa es una de mis preguntas. En Recursos Humanos que se está mirando hacia los MCS, ¿están incluidos los consejeros educadores de pares?

El PREP comunitario Hasta la última vez que lo vimos, estaba como que teníamos que ser IPRES para que puedan ser este podamos las OBC o MCC brindar esta oportunidad de servicio, pero veo que el MINSA lo va a hacer de manera móvil, no, de manera externa a los establecimientos de salud y en comunicación.

También veo que hay varias cosas que no sé si se está, teniendo en cuenta que va a ser para lo comunitario o para la parte sanitaria, solamente o es en conjunto, esa es otra de las cosas y veo que en todo el tema de normatividad que nos ha mencionado el doctor, nos ha mencionado diversas normas que tienen que ver con mujeres trans con HSH con y no está la Resolución ministerial 1328 del 31 de diciembre del 2003, que es la norma técnica para el sistema articulación del servicio de consejeros educadores de pares. Yo hice la observación hace una semana y no se ha tomado en cuenta y eso sí me preocupa que precisamente la norma que tiene que ver con los consejeros educadores de pares, no esté en esta propuesta. Cambio.

Carmen Navarro, Hugo, no sé si empezamos con esas preguntas que ha hecho Gloria, lo primero era de qué porcentaje de la subvención que está yendo a remuneraciones. Porque tiene un tope.

Hugo Manrique. Carmen, en realidad, pues todavía Cris está pasando toda la información pormenorizada al nuevo formato que ha dado el Fondo Mundial. Le pedí que por favor me diera un cuadro consolidado y que es este que les estoy mostrando. También había una que mostraba líneas, pero aun así las líneas también reúnen un montón de tareas. Realmente tendríamos que hacer con Cris un recálculo para ver sacar todas las tareítas que tienen que ver con Recursos Humanos, pero grosso modo, un poco de forma diagonal en los diferentes módulos, obviamente, pues hay muchos más Recursos Humanos en la parte sanitaria.

El punto clave es yo más que contar aritméticamente a ver cuántos hay aquí cuando hay otro lado. Cuántos representan porcentualmente a lo que tienen que hacer o a las actividades que para los cuales están destinados, correcto.

Eso es uno y lo otro con respecto a la norma que no está incluyendo, honestamente yo hace una semana, no tuve ningún aporte. En esta semana tuve el aporte de varias personas. El último ha sido de Pablo, que hizo algunos aportes muy interesantes. Y no hay un problema hay que ponerla porque ojo que también los representantes comunitarios me indicaban la imposibilidad de tener que abordar tantas normativas y tanto marco legal, había que escoger no, pero como repito, si falto algo se pone.

Pero, aun así, en la versión final, habrá que escoger de todos los Marcos, cuáles al final de cuentas, terminaría trabajando entonces en términos realistas, dentro del ámbito de un proyecto, realmente no.

Y repito, a ver habría que tendría que pedirle a Cris a ver cuánto representan los Recursos Humanos, por qué puedes trabajar un Excel, sacar todos los ítems que son como creo más o menos llegaba como a 400 filas y bien fuerte. De que se puede, se pueda hacer, se puede hacer, pero definitivamente haciendo una lectura diagonal es obvio que es mucha más capacitación en los ámbitos sanitarios, capacitación o creo que era contrato. Creo que la pregunta era por contrato, ¿no?

Carmen Navarro; Hugo, la pregunta es por la observación que habíamos recibido nosotros del Fondo mundial, que no iba a pagar, que el panel de revisión, justo lo he marcado para ver a raíz de las preguntas que ha hecho Gloria, que el panel de revisión espera que el enfoque sobre esto, en innovación, nuevas estrategias y normalmente no tendremos que cubrir costos de Recursos Humanos rutinarios, no, estos son costos. Normalmente que no se espera en el proyecto de financiamiento, no sea una cosa, es la contratación por un producto y la otra es por un tema rutinario.

Y el otro que quiero mencionar es que en los formatos del Fondo mundial se presenta los dos principales son este, que se está presentando, Hugo, que son los módulos y el otro es por componentes del gasto que incluye remuneraciones.

ACTA ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA

Y creo que la pregunta de Gloria era, porque en los lineamientos que tiene el Fondo, ¿cuánto es lo máximo que se puede gastar en Recursos Humanos? Hay otros conceptos, que es la compra de medicamentos, el pago de servicios, o sea, hay toda una serie de clasificaciones que tiene el Fondo.

Los dos principales, como comento es este, que es el que está por Módulos y el otro es por los tipos de gasto, o sea cada una de las intervenciones, está compuesto pues por diferentes conceptos de gasto.

Entonces, eso es, una vez que se trabaja, es muy fácil identificar, porque el detalle te exige que se trabaje así. O sea, no es por producto, como está en el presupuesto por resultados, no el número, sino que te dicen cada una de estos módulos y las intervenciones, te solicitan que especifiques cuáles son los componentes que van a verse afectados, si es que hay medicamentos; asistencias técnicas. Entonces, eso no, no debería demorar mucho para calcularlo.

Es lo normal en todos los proyectos, de las personas que hacen el presupuesto y que sí lo deberíamos tener prácticamente, lo más pronto posible, o sea, si se ha hecho bien el presupuesto, este dato lo debemos tener inmediatamente.

Había varias preguntas, yo no sé si Gloria, todos han sido resueltos. Creo que lo de los promotores educadores quedó Gloria todavía pendiente o ya lo respondió Hugo.

Gloria Ypanaque. Me ha dicho que lo de la Norma lo va a incluir, pero lo que quería ver era lo del PREP comunitario, que no se está considerando en lo comunitario. Y también lo que, de la presentación, es que, ¿el Fondo mundial va a cubrir esquemas de tratamiento para niños?, compra de medicamentos y también hay un ítem que dice capacitación a agentes comunitarios, parteras, consejeros de pares.

¿Qué porcentaje de consejeros educadores va van a ser capacitados? porque habla de 100 entre agentes comunitarios, parteras y consejeros. ¿Quiénes van a ser los que van a ser capacitados para esto y quién va a decidir esa selección?

Eso también me ha quedado la duda, porque hay este tema y también en las brigadas móviles del Amazonas. ¿En qué lugar están los comunitarios allí? Porque también habla que va a haber equipos itinerantes, brigadas, pero es importante que participen las mismas personas de la zona de la región, que sean capacitados y fortalecidos y no sé en qué nivel están ellos, gracias.

Carmen Navarro. Antes de poderle pasar la palabra a Julio, que es el que ha levantado la mano, pero voy a leer algunos de las preguntas que han hecho, pero sí me gustaría ver, este Hugo que lo pudieras poner, que se vea completo en la pantalla, para responder lo que ha consultado Gloria.

En el módulo 3 que dice paquete de prevención de VIH para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y sus parejas sexuales, solamente está en el componente VIH sanitario y no aparece nada en el componente comunitario.

Yo creo que ahí estaba la observación y lo otro este era preguntar, Hugo si está incluido el PEP, Post exposición, ¿Hugo? En la prevención combinada está también eso.

No sé, no creo, no sé si nos ha escuchado, porque quiero leer las preguntas que han hecho desde temprano. ¿Hugo? si está con el micro apagado, de repente está buscando allí en el documento. Bueno, voy leyendo las preguntas también que han puesto desde temprano.

Mayra del INPE había puesto: ¿Qué participación tendrá el INPE en estos módulos de TV? ¿Solo espacios de aplicación de las actividades, o sea, si es que van a contar con algún presupuesto?

Pablo Ana María mencionaba si hay evidencia documentada del uso de esta metodología para VIH, no sé en qué momento si lo puede poner este Pablo de nuevo. ¿A qué metodología se refiere? HECHO. Bueno, también lo del PEP.

Marina: realmente es preocupante que no se tome a los consejeros de pares como una acción súper importante.

Yo no sé, este Hugo todavía para terminar la consulta que te había hecho Gloria. Referido a la metodología HECHO, si es que hay evidencia, sí hubo.

No sé si pasamos, vas a responder Hugo, pasamos a dar la palabra ya julio. Bueno Julio, por favor tienes la palabra.

Julio Gilvonio; Sí estas muy buenas tardes. Gracias por la información. Bueno, yo he mandado mis observaciones por escrito el día de ayer, porque vimos la documentación a última hora y recién hoy al mediodía pedimos lo del presupuesto. Mis inquietudes son las voy a reiterar y

ACTA ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA

ya las he puesto en otros espacios. En principio me preocupa que la experiencia innovadora sobre brigadas móviles para PREP sólo está establecido para el componente sanitario y si mencionan por supuesto que educadores de pares van a acompañar, educadores de pares que son las personas que viven con VIH, van a acompañar en estas unidades móviles para poder promover el PREP. El PREP que es una estrategia de prevención, preexposición, que se menciona en el articulado de la redacción de la propuesta sobre que se articulará con las organizaciones comunitarias y es toda la mención respecto a la intervención de las OBC o MCC que tienen contacto directo con las poblaciones a las cuales va dirigida el PREP en la línea de la preocupación de Gloria, no se ha recogido las recomendaciones del Fondo mundial respecto a que el PREP podría también adjudicarse o intervenir las organizaciones comunitarias, para que puedan tener una mayor cobertura y llegada en horario preferenciales o que son especiales de las actividades o socialización de la comunidad vulnerable, en eso en principio, entonces este cojearía por ahí, esa parte del PREP y lo otro es respecto a la denominación de educadores de padres en las capacitaciones que me parece correcto y que se pueda institucionalizar y de alguna manera, regular mejor como menciona Gloria para poder darle sostenibilidad, pero además lo que ver para dar sostenibilidad a las diferentes intervenciones que acompañan a las poblaciones o las comunidades más vulnerables, es que se pueda de alguna manera verbalizar lo de la oferta comunitaria para darle cabida y darle sostenibilidad de las propuestas y en las diferentes consultorías en las diferentes acciones, porque estamos tratando de cubrir 2 años de financiamiento con actividades, pero que no vemos la sostenibilidad, o sea, el componente de sostenibilidad está bastante frágil, débil y de alguna manera también se vislumbra con respecto a la parte, de esta priorización de necesidades de la comunidad que se hizo en eventos sociales y comunitarios y donde están establecidas las 26 prioridades y luego se ha hecho un consolidado de estas, quedando un total de 14, las cuales se ha recogido en la propuesta redactada por el consultor, pero que exceden en algunas actividades y que me causan un poco de inquietud respecto a cómo pueden resultar incluidas, si es a pedido personal, si es a pedido de un grupo poblacional sin el consenso del resto de los representantes de la CONAMUSA y pongo subrayado en esto, sobre nos habló sobre 3 observatorios cuando en realidad son dos observatorios porque son dos enfermedades, dos condiciones de salud que deben ser combatidas es la TB y el VIH. El trabajo sexual no es una enfermedad, no es una condición de salud, por lo tanto, no amerita un observatorio, si necesita un observatorio sobre las componentes sociales, el Fondo mundial no va a sostener algo que no tenga que ver directamente involucrado con el VIH y si vamos a cifras epidemiología la mayor data que se encuentra en el País es a los HSH, que tienen que ver que son el puente de transmisión del VIH hacia las mujeres CIS, hacia las mujeres trans y a la comunidad HSH. Entonces si vamos a contemplar un observatorio por tipo de actividad laboral u otro condicionante debemos tener en cuenta entonces a todas las otras variantes o todas otras poblaciones vulnerables y que por cuantía y por la data creo que amerita mayor atención como es el caso de los HSH, lo mismo que tiene que ver con la propuesta de las Casa trans y Casa TS, es cierto la casa trans fue producto de la priorización comunitaria, en la cual participamos organizaciones de provincias y de Lima, y sí salió justamente como necesidad para poder cerrar las brechas y abordaje, de PREP, de tamizaje, a esta comunidad, que tiene unas características diferentes y de difícil acceso. La de la Casa TS que es, no apareció en esta priorización y si vamos a ver a Casas, entonces deberíamos tener casas para cada una de las poblaciones vulnerables, porque no veo una coherencia respecto a la intervención que hemos tenido los comunitarios para poder sistematizar la priorización y el producto que nos están presentando en este momento, es más, es que valgan verdades y lo voy a poner en blanco y negro lo quiero decir en palabras, la reunión que hemos tenido la población HSH con el consultor ha sido una, de unas dos o dos horas y media y luego no hemos tenido mayor acceso a incluir nuevas propuestas, ha sido difícil, inclusive incluir lo que corresponde a los MCC, que evidentemente tiene que ver con PVV, con mujeres trans, con TS y todo lo demás no es exclusivo de los HSH, entonces tenemos que de alguna manera mirar esto como un todo y para que pueda responder a cerrar las brechas de la TB y el VIH no solamente el de alguna manera ser como el árbol de Navidad para las comunidades que más pueden llorar al lado de Papá Noel, no se trata de eso, se trata de responder a las brechas y obviamente la necesidad de las directrices del Fondo mundial. Con respecto a las capacitaciones, sí debemos tener énfasis en poder ser más, para hacerlas óptimas, es que puedan no ser muy dispersas, no repetitivas porque hay capacitaciones que son repetitivas, como, por ejemplo, tenemos que ver también esto sobre el observatorio de VIH y el monitoreo liderado por la comunidad, la veeduría y todas las acciones, actividades que tienen que ver con esta estrategia de monitoreo liderado con la comunidad, entonces, en la revisión de la redacción encontramos y lo he puesto por escrito también, pero creo que vamos, no se ha, no se ha tenido tiempo para leer las observaciones, porque no se han recogido; respecto a, por ejemplo, en la coherencia de un observatorio por ejemplo, el de VIH no va a tener mayor capacidad operativa para poder recolectar data en los establecimientos de salud, porque quienes lo van a hacer van a ser los activistas de cada organización de base comunitaria que están organizados y que tienen acceso a estos establecimientos de salud y tienen el personal voluntario para recopilar la data. Entonces, estas OBC y MCC están dentro del financiamiento del Fondo mundial, más los integrantes de los observatorios de VIH no todos son financiados por el Fondo mundial, o sea, hay organizaciones que no tienen injerencia, no tienen mayor participación por voluntad propia o porque no lograron tener los requisitos, para tal cosa. Entonces tiene que haber una coherencia entre lo que en la estrategia que se está implementando, proponiendo, versus cómo se recopila cómo se hacía operativa la recolección de data para que tengamos éxito y no tengamos los problemas que sí se ven, por ejemplo, en el abordaje de TB que me parece que tiene que haber una buena delimitación, buena disposición de dónde hacerlo y tener mayor reactividad, porque, según lo que hemos visto por ejemplo y que también es análisis de todo esto, el costo beneficio, no, o sea cuánto nos cuesta el llegar a una persona, cuánto nos cuesta con esa intervención y si nos sale muy caro, ver otras intervenciones u otras alternativas. En todo caso, también me preocupa la parte presupuestal, porque lo que se nos está mostrando es bastante general y no sabemos cuánto va a gastarse en cada actividad, por ejemplo, en la contratación de personal de salud para brigadas móviles y también para los horarios extendidos de los establecimientos de salud que brindar TARV y que, hasta ahora, por ejemplo, no nos ha quedado muy claro cómo se hace el monitoreo, cómo nos pueden decir cuál ha sido el costo beneficio, porque si ustedes ven se habla de una cifra de tamizado bastante grande, pero, no guarda relación con la reactividad, qué quiere decir que hay una masa de tamizados en las actividades de estas brigadas móviles, pero que las reactividades están por debajo de las encontradas en las poblaciones más vulnerables. Entonces, qué quiere

ACTA ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA

decir, que si están dirigidas a las poblaciones más vulnerables se está ingresando población general y por eso sale una reactividad menor. Entonces estamos sacando la pregunta al aire, estamos sacando la vuelta al Fondo mundial, respecto a poder rellenar cifras que estamos llegando a 100 personas que debieran ser vulnerable, la población vulnerable TS, MTS, HSH, pero lo metemos a población general, para poder llegar a la meta general y no tener la reactividad que refleja nuestras cifras epidemiológicas. Hay muchas preguntas y no creo que tengamos la respuesta, pero las dejo sentadas como preocupación, gracias.

Carmen Navarro; Gracias Julio, vamos a tratar de ser más breves en las intervenciones. tenemos la participación de Sofía y después Fara, Sofía por favor.

Sofía Canchari; Carmen, buenas tardes con todos, buenas tardes. Sí, justamente estaba mi observación, más que nada observación, creo que es el aporte que quizás puedo dar en el tema de fortalecimiento de sistemas comunitarios en los obstáculos abordados que se ha podido observar en los consejeros de padres.

Prácticamente creo que todas las observaciones o los obstáculos que se han planteado en este componente de sistemas comunitarios y la respuesta es que no somos, no es reconocido por el estado peruano, entonces, tanto los consejeros, también el monitoreo liderado por la comunidad, la contratación social no es tan aceptable porque prácticamente no somos de reconocidos por el estado, por el estado peruano, pero ¿qué tan importante es?

Nosotros hacemos nuestra labor como consejeros de pares como educadores de pares, en el tema, digamos de la salud. Nosotros hacemos un gran aporte y creo que debe ser eso más que un reconocimiento hacia nosotros por el trabajo que nosotros hacemos en esta labor de comunitarios y que brindamos, entonces creo que hay, no sé, tendríamos que, nos integre, porque si nos piden que también nosotros nos fortalezcamos, que también seamos, digamos, seamos fortalecidos, también seamos incluidos, también deberían de conocer el esfuerzo que nosotros damos, es este igual monitoreo liderado por la comunidad debe ser también algo reconocido, porque también nosotros podemos hacer bastantes cosas, digamos en tema de nuestra comunidad y creo que no me parece, digamos, que sea la respuesta que no somos reconocidos como parte del equipo de salud o tampoco reconocidos por el estado peruano. En esta parte, es lo que quería, también este dar mi opinión. Lo otro es también que concuerdo con Julio Gilvonio al decir que no tenemos, digamos, las cantidades, digamos, los montos desglosados por cada actividad, cuando se le va a dar a Recursos Humanos, pero sí sería bastante que se nos pueda brindar para nosotros saber digamos, esas cantidades, en qué se va a basar, en qué se va, se le va a dar, digamos a Recursos Humanos, en qué actividades, cuánto se le va a dar, en cada actividad.

También para nosotros también poder evaluar, porque no solamente son montos generales y que el 50% de este monto se va a dar a Recursos Humanos, entonces tampoco es la situación así no, queremos saber para qué, para ver en qué montos están considerables que se pueda, digamos ejecutar ese presupuesto. Eso era lo que quería este comentar Carmen.

Carmen Navarro; Ok, Sofía, escuchamos a Fara por favor. ¿Fara tienes el micro pagado?

Fara Zamudio; Hola. ¿Aló me escuchas?

Carmen Navarro; Ahora sí, ahora sí.

Fara Zamudio; Sí, yo quería intervenir sobre todo en el tema, este que, que había visto también el tema de las Casas y el tema de incluso hasta la Ley, no, que sé que va, se está proponiendo la ley de trabajo sexual y todo ello incluso en y en esa misma mirada de que se estaba incorporando más actividades que no se habían visto en los diálogos comunitarios. También había propuesto yo, el observatorio no, observatorio también de mujeres trans porque también y si hay evidencia, de observatorios de mujeres trans exitosos en la región incluso. Entonces quería saber un poco el criterio, de por qué es que no se había tomado en cuenta mi aporte, aquí hay un observatorio interesante teniendo en cuenta el índice, de mujeres trans que tienen VIH, la falta de acercamiento a las mujeres trans hacia las situaciones de denuncia, los lugares donde deben poner denuncia o que no denuncian. Porque si es que estamos poniendo un observatorio de VIH, de TB y de trabajadores sexuales, seguimos entendiendo, que en ninguno de esos lugares va a llegar denuncias trans, porque ha habido siempre y nunca han podido ser lugares en los cuales se vaya a poder este poner denuncia, lo mismo que pasó con la línea 100, una línea 100 creada aparentemente para mujeres, incluidas mujeres trans, pero mujeres trans ninguna denuncia, ninguna reporta, porque no es un lugar en el cual las mujeres trans se identifiquen como propio como suyo. Entonces, en esa misma línea, en el que se haya incorporado nuevas actividades, también debería de verse otras actividades adicionales y, sobre todo, priorizando la importancia que hay y el déficit que hemos encontrado también en poder llegar a la población trans, no. Ello sólo eran algunos aportes.

Carmen Navarro; Muchas gracias Fara por tu aporte, el Dr. Carlos Cáceres.

ACTA ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA

Carlos Cáceres; Gracias Carmen. En principio, viendo el planteo de prevención en VIH, siento que, en Perú, siempre hemos incidido en el mismo tipo de intervenciones y hay cosas que nunca hemos llegado a incorporar bien. De hecho, las críticas que han hecho a la versión anterior incidían en la falta de estrategias nuevas y un poco en ese sentido, bueno, hay una que no es nueva, pero que no hemos prácticamente utilizado acá en términos sexuales y es la profilaxis post exposición. Si vamos a Brasil, por ejemplo, la mayor parte de gente de la comunidad LGTB conoce de PEP y sabe cuándo puede recurrir a la PEP y aquí en cambio, aquí prácticamente nadie conoce, o sea, no se ha utilizado la PEP para para prevención sexual, no, de la infección por vía sexual, se ha utilizado por vía laboral.

Entonces yo creo que ese es un tema que ya es tiempo de incorporar, no, y eso implica una educación intensa al personal de salud, porque creo que el personal de salud tiene cierta resistencia a usar PEP en personas que se han expuesto y que van a buscarla, no. Luego estas otras estrategias que bueno, por ejemplo, se acaba de aprobar la norma técnica que incluye notificación de parejas, que debería estar, tiene algo de auto prueba también e incidir en lo indetectable igual no transmisible, son cosas que se utilizan ahora y qué son parte de la jerga que seguramente el comité revisor de Fondo mundial está acostumbrado a leer y que aquí no sé, no se lee mucho, no. Entonces yo creo que hay que enfocarse en eso, ese es un punto, o sea incidir en nuevas estrategias de prevención combinada, incluyendo una nuestra nueva, pero que no hemos utilizado, que es PEP.

En segundo lugar algo que tampoco hemos hecho prácticamente en años es comunicaciones, un componente de comunicación, no me refiero a medios, son muy caros, me refiero a redes sociales, o sea, no hay nada que permita llegar a un grupo más amplio de la comunidad, no se utiliza básicamente estrategias que tienen que ver con promotores y con capacitación, pero hay mucha gente que no tiene contacto con promotores, ni digamos puede y que prefiere básicamente tener sus contactos en la esfera de lo sexual y nada más. Entonces hace falta tener un componente comunicacional que puede ser muy barato con estos súper cortos que se utilizan, pero donde se puede difundir más acerca de las cosas que existen, no, y eso no hay, en esto el programa de PREP ahora no tiene tampoco un componente comunicacional, entonces eso va a permitir llegar a grupos más amplios de gente, hay mucha gente joven que va a estar en ese en ese contexto, tal vez.

En tercer lugar, hablando de estrategias nuevas o digamos novedosas, creo que se está utilizando en unos lugares, la posibilidad de iniciativa de PREP comunitario que utilizan auto test. Tal vez entonces de repente se podría hacer un piloto de eso, que tendría que escoger a las personas que pudieran entrar en esa modalidad comunitario porque una molestia para muchas personas es el tema de tener que esperar la atención. Entonces de pronto personas que tengan un cierto nivel educativo y que tengan compromiso, que se vea que tienen compromiso, son muy puntuales, se podría tratar de ensayar un piloto que podría disminuir la carga tanto para el servicio de salud como para la misma gente que recibe PREP.

Y finalmente lo que siento es que la sociedad cambia muy rápido y la sexualidad también cabe muy rápidamente, pero hace años que no se hacen investigaciones y ahora, por ejemplo, se está haciendo una en trabajadoras sexuales que está teniendo información muy rica, pero no hay mayormente información sobre muchas poblaciones y los cambios en la sexualidad, entonces se está interviniendo, pero sí, un poco a ciegas, porque esas cosas cambian muy rápido, entonces yo diría que nunca está de más, incluir unas investigaciones que no tienen que ser larguísimas ni complicadas, pero que permitan actualizar las ideas que tenemos sobre cómo son las poblaciones y qué tipo de cosas tienen que ser intervenidas, qué tipo de apoyo tiene que darse nada más. Gracias.

Carmen Navarro; Ok, gracias, Carlos. No sé Hugo, si las consultas que se han hecho, voy a leer antes todo lo que se ha escrito.

Pablo, preocupa que se hable de pilotos, ya eso ya lo había leído, que tiene evidencia. Por otro lado, no se habla en estricto del pre comunitario, lo de las brigadas itinerantes y PREP móvil es, similar a las brigadas móviles que ya tenemos. No hay un enfoque innovador allí, no se habla de institucionalizar la oferta comunitaria por parte del MINSA con respecto a las que se puede incluir una mesa dentro del observatorio de VIH, las compañeras TS requiere más bien fortalecer su capacidad para implementar protocolos de abordaje de la violencia y hacer incidencia en los sectores correspondientes para aminorar los efectos de esa violencia sobre su acceso a la salud, prevención y tratamiento.

El doctor Solís nos dice sobre la pregunta, si en la subvención 2026 28 se va a incluir la compra de medicamentos TB para niños y la respuesta es sí, ya que se requiere ampliar el uso de dispersables para niños afectados de TB.

Pablo Anamaria: es que prevención combinada no solo es PREP, sino también incluye PEP y otras intervenciones como indetectable, igual intransmisible. Se va a continuar capacitando a las mismas organizaciones y personas.

Acá hay algo más de Fernando Chujutalli: No hay evidencia de un plan comunicacional como actividad en la planificación y presupuesto y si está de modo transversal, no se visualizan en componente indígena. Se necesita trabajar mucho eso con el apoyo comunicación a través de sus diversas estrategias que ayudan a mejorar la respuesta al VIH en poblaciones indígenas para el testeo consejería, PRE-TEST, transmisión vertical, tratamiento y análisis de laboratorio.

Ya le voy a dar la palabra a Ana Vera, sí, Ana. Se escucha muy bajito, Ana, ahora sí.

ACTA ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA

Ana Vera; Hola, me escucha. Disculpen, buenas tardes con todos. Sí un poco el comentario que justamente hacía el doctor Carlos Cáceres y también leyendo un poco los comentarios respecto al tema de la de la propuesta que tenemos en PREP es, no sólo porque es una necesidad que tenemos que seguir ampliando esta oferta, sino también porque viene como una recomendación desde parte del Fondo y en ese sentido, y creo que la experiencia y como bien lo ha mencionado Pablo Ana María no sólo nos podemos basar en pilotos, sino también ir con la evidencia y la evidencia en estos casos es que no sólo podemos quedarnos en oferta fija, tenemos que salir a buscar y tenemos que salir a buscar a través de diversas estrategias y en ese sentido está el tema de la PREP móvil, está el tema de poder difundir a través de un componente comunicacional robusto. Como bien lo mencionó el doctor Carlos Cáceres, no podemos solo basarnos en los medios de comunicación masiva porque además de ser caros, no llega necesariamente a la población que queremos y, en ese sentido, se propone un poco de acuerdo a lo que mencionaba el doctor Hugo, el poder realizar de alguna manera una comunicación alternativa, es decir, realizar a través de mensajes en redes sociales que usen las poblaciones que queremos llegar, poder abordar de diferentes maneras con un mensaje directo hacia ellos, pero también reconocido por ellos y en ese sentido es importante esa construcción de mecanismos de cómo llegar para poder difundir y lograr que las personas conozcan sobre el tema de la prevención combinada en todo sentido. El poder, acá bueno y respecto al tema de ECHO que también mencionaba Pablo María, bueno es una herramienta, es una metodología que se ha realizado en diferentes intervenciones de salud, sobre todo en hepatitis C, que es quizás el origen de esta propuesta y en ese sentido el poder trabajar a través del análisis de caso, con personal de salud que muchas veces no accede a capacitaciones presenciales, sino de manera virtual, es un mecanismo que nos ayuda para poder analizar los casos, poder fortalecer al personal de salud. De alguna manera vamos democratizando también el aprendizaje y no sólo se va focalizando sólo en espacios que quizás sean urbanos, también tenemos que poder lograr que accedan a el personal de salud de lugares muy alejados que a veces tienen esas dificultades de poder participar, por ejemplo, de una capacitación presencial, considerando además que hay una rotación alta de personal de salud, por lo tanto, hay que seguir fortaleciendo, de manera presencial, sino también a través de estas herramientas o nuevas metodologías que ya se implementan, como digo en el tema de salud. Creo que es un poco las dudas o lo que se estaba mencionando dentro del chat y de lo que has mencionado Carmen, y he logrado escuchar del doctor Cáceres. (En el chat; tienen investigaciones en la subvención)

Carmen Navarro; Era la pregunta que había hecho el doctor Cáceres, que se necesitan estudios, recuerdo que al comienzo con el doctor Benites habían propuesto varias investigaciones. Bueno, después hubo el taller, pero yo, ya no me he fijado, si es que hay las investigaciones en la propuesta.

Ana Vera; Varias de las investigaciones se han puesto en el PAAR, allí está Álvaro.

Álvaro García; Sí, hola, Carmen, buenas tardes con todos, todas, solamente para comentar lo que ha mencionado Ana y que creo que es un poco, porque claro, la subvención tiene muchísimas actividades y lo que ha presentado Hugo, son básicamente las líneas más gruesas, pero si ustedes revisan en el narrativo, el módulo tres, intervención dos, ahí ustedes pueden darse cuenta de que hay toda una estrategia comunicacional y es muy cierto, lo que menciona la intervención es comunicación e información y generación de demanda, y es lo que menciona muy bien este, Carlos, o sea la importancia de tener una estrategia comunicacional va a ayudar a que la información llegue a distintos tipos de población, dependiendo del medio que se emplee y no hablamos solamente de redes sociales estándar, digamos, sino algunas más específicas como GRINDER.

Nosotros hace ya algunos, un par de años, se tuvo una experiencia muy buena trabajando con GRINDER en el tema de la viruela del mono, MPOX, entonces, eso sirvió mucho para que la información llegase a las poblaciones que debía llegar, la información para prevenir es que eso de cajón está considerado, pero no solamente está considerado en el ámbito urbano y allí lo que menciona Fernando, también es muy cierto. Hay un componente comunicacional, la elaboración de un plan, una estrategia comunicacional para las poblaciones Indígenas. Ya hace algunos meses se tuvo una consultoría donde una de las recomendaciones es diseñar una estrategia comunicacional potente con características un poco diferentes a las que se habían realizado hace unos 2, 3, 4, años atrás. Así es que para ambos grupos poblacionales están dirigidas ahora en el ámbito urbano, hay poblaciones y subpoblaciones, Entonces lo que se pretende es que los mensajes y los medios lleguen a estas subpoblaciones diferenciadas.

Carmen Navarro; Ok, sí, Emilio.

Emilio Olortegui; Buenas tardes con cada uno de ustedes si me escuchan. Hola, era para también un poco resolver las preguntas que entiendo se han mencionado con respecto puntualmente a la profilaxis postposición denominada como PEP que, de alguna manera se ha enfocado y se ha fortalecido en esta oportunidad con esta norma de prevención combinada que también la incluye, pero que además en el Perú, venimos desarrollando con anterioridad en otro grupo poblacional, sin embargo, ya esta norma la contempla y está en proceso de implementación y es por eso en la percepción del doctor Cáceres que hay un poco todavía de desconocimiento de los equipos multidisciplinarios, pero sin embargo esa es la tarea que va a ir enfocada dentro de la implementación de esta norma técnica para potenciar también la PEP como parte de la prevención combinada.

ACTA ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA

Otro componente, otra respuesta que quería mencionar era con respecto al PREP comunitario, que si bien es cierto lo han mencionado en varias ocasiones, varios de los compañeros y definitivamente nosotros desde la DPVIH estamos totalmente de acuerdo y apostamos mucho, mucho por la oferta comunitaria, porque es importante en las intervenciones estratégicas para fortalecer la lucha y para la prevención, pero teníamos entendido de que esta propuesta del PREP comunitario debería haber sido como su mismo nombre lo dice propuesto por el enfoque comunitario, por comunidad, ya que nosotros, así como estamos en estos momentos, disgregando, deshilando esta difícil tarea de la contratación social, pues tengamos en cuenta eso, que la norma técnica de prevención combinada tiene una particularidad que es muy, muy diferente a las MCC que realizan el tamizaje.

El tamizaje es una acción que se puede realizar en el punto de atención y es un acto no médico, que lo puede realizar un educador par, sin embargo, la prevención combinada recuerden que es la prescripción de medicamento y eso incluye que lo tiene que administrar un profesional médico, entonces eso es tarea que también tenemos que nosotros desarrollar, pero sin embargo, quisiéramos que, repito y me disculpan si es o no estoy bien, pero esta propuesta del pre comunitario que la entiendo es un requerimiento o una necesidad o una propuesta que lo están mencionando debería ser formulada como tal, desde la comunidad, más no desde nuestro enfoque, que es el enfoque sanitario. Gracias.

Carmen Navarro; Ok, Emilio, gracias, Gloria y después Carlos.

Gloria Ypanaque; Nosotros precisamente hemos puesto como una de las actividades que regule que este incluida dentro del paquete que promueva o que entreguen las OBC o los MCC, o sea la parte comunitaria está el PREP. Nosotros le llamamos PREP comunitario, porque cuando vino el Fondo y estuvimos ahí todos presentes, dijo que se podía hacer mediante telemedicina, que no era necesario que hubiera un médico, porque también cuando ustedes propusieron la parte sanitaria, propuso que el PREP estas brigadas móviles, para ofertar el PREP de manera móvil, iba a ir un médico en este equipo y los del Fondo dijeron que ya era algo que se aplicaba, que se había hecho en otros lugares y que podía hacerse mediante telemedicina.

Entonces hay formas en las cuales se puede integrar, no está cerrado para esto, entonces es importante que tengamos y que haya esa apertura también desde la DPVIH para que podamos nosotros integrar buscando la manera alternativa para que también seamos parte de la propuesta, porque si no se limita a que, no podemos hacerlo porque es algo médico, sí está bien, tienes razón, las recetas las da un médico, pero lo puedo hacer mediante telemedicina, se puede organizar horarios. puede ser no sé, dos veces por semana o qué sé yo, o mirar los horarios y ver esa posibilidad. Y eso va a ser mucho más atrayente quizás, para una persona que recibir quizás el PREP en la calle o en una móvil, no sé, es forma de cómo lo miramos cada uno de nosotros. Gracias.

Emilio Olortegui; Sí, Gloria, exactamente, entendemos tu inquietud, yo sé que hay una conversación previa, pero yo quisiera que tengamos bastante cuidado en manejar estos términos o manejar estas propuestas debido a nuestra regulación normativa. Entiendo que en otros países profesionales de la salud no médicos pueden hacer la prescripción del PREP. Sin embargo, en el Perú esta estructura, tiene un diferente comportamiento, el cual es muy, este, técnicamente administrativo, por decirlo así, porque como ustedes saben en el país, en la actualidad en el Perú, solamente el personal médico o el profesional médico es el que prescribe el medicamento. Entendemos que esto es una limitante, entendemos que desde el enfoque comunitario se requiere una facilidad para esos procesos administrativos, pero sin embargo, yo tendría bastante cuidado en qué medida poder regularizar esta posición, porque la telemedicina cuando uno habla de telemedicina, incluso es un sistema estructural dentro del Ministerio de Salud que enfoca componentes de estructura, que debe tener incluso una IPRESS como lo han mencionado también ustedes en algún momento, o sea, yo creo que esto es un proceso que todavía tenemos que, sentarnos y discutirlo y ver en qué medida, definitivamente estamos totalmente de acuerdo, como reitero nosotros reconocemos la importancia de la oferta comunitaria en esta articulación de estrategias, pero, sin embargo, habría que ver cuál sería la forma o la manera más idónea para no estar, digamos, no se nos tome como que estamos cerrados a una propuesta o que no queremos reconocerla, sino en qué medida se pueda desarrollar y aterrizar en nuestro país. Gracias.

Gloria Ypanaque; Precisamente por eso es importante la revisión de las normas técnicas y de la Ley de VIH, entonces la ley de VIH tiene que llegar a concluirse, porque ahora estamos en el proceso de levantamiento de información, es todo un proceso bien largo que también podría tener por ahí, cómo articular, cómo poder lograr la sostenibilidad, la contratación social. Pero las normas del Ministerio de salud que están totalmente desfasadas, podríamos, tenemos que trabajarlas para que se pueda ampliar la atención y la cobertura a las poblaciones que no tienen acceso a una atención a un PREP a un PEP, nosotros como comunitarios, obviamente no vamos a tener la facultad de medicar, pero ya hemos hecho la propuesta anteriormente y hemos dicho podemos hacer la dispensación, o sea, la persona recibe la medicación en el hospital, la prescripción y tiene que recogerlos todos los meses o cada dos meses y no va a poder volver a ir en horarios de atención porque lo hizo durante sus vacaciones, pero el comunitario puede recogerlo por él y entregárselo a la persona, o sea, eso es otra forma, otra modalidad en que se puede trabajar para acercar estos productos, estos medicamentos a las personas y que no haya vaivenes y haya vacíos, que su adherencia sea una verdadera adherencia, que no haya vacíos de que meses si tomen, como en dos meses no, tres meses sí, y entonces para evitar eso, esa es la participación comunitaria como necesitamos incluirla allí, gracias.

Carmen Navarro; Disculpa Carlos, ya tienes la palabra.

ACTA ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA

Carlos Cáceres; Sí, gracias, Carmen. En principio, de acuerdo con lo que, esto último que dijo Emilio, en el sentido de que la norma dice algo y justamente por eso yo había propuesto un piloto, porque un piloto es un estudio monitoreado, en el cual se puede, digamos, artificialmente alterar la norma y hacer algo de manera supervisada en el mismo servicio de salud o digamos como corresponda, pero donde se ensaya una forma distinta de proceder y se evalúa con todos los cuidados con aprobación ética, etcétera, y ahí se ve, si es que funciona o no funciona, entonces y eso un piloto sirve para eso, para evaluar si hay una forma alternativa distinta, de hacer las cosas que pueda de pronto ser beneficiosa para todos o para un grupo de personas, de un modo de poder establecer un camino diferente y otro punto que Gloria creo acaba de mencionar, no sé si Gloria o quien habló recién, pero el tema del monitoreo es muy importante, monitoreo de la adherencia y tal vez es una cosa que debemos reforzar, incluso hay grupos, es un estudio además que se hizo, hay grupos que tienen mayor riesgo de no tener la adherencia ideal y sobre todo en esos grupos que tienen un mayor riesgo de una pérdida de adherencia es que hay que reforzar el apoyo, entonces yo diría que ese es un tema importante en PREP y que de pronto no sea considerado y no lo mencioné hace un rato, que hay digamos, comenzar a recibir PEP está muy bien, pero es, pero para que la PEP funcione hay que hay que tomarla regularmente y eso implica adherencia, adherencia es, digamos tomarlas regularmente y persistencia es no abandonarla, son dos términos diferentes, y porque puede ocurrir que alguien comienza a tomarla y se acostumbra a una forma de actividad sexual, después de tomarla, y eso es algo que nadie quiere, entonces ese es un punto que también sería importante abordar.

Nosotros estamos por publicar justo un estudio al respecto y lo puedo compartir porque creo que tiene que ver con IMPREV y con lo que pasó en justamente en el caso de Perú, donde hubo una menor adherencia y lo que queremos es que esa adherencia sea mayor y que la gente que tenía más riesgo de tener baja adherencia, que eran los jóvenes, los muy jóvenes, pues sean apoyados para tenerla, para tener una mejora adherencia.

Lo último que quería decir es que a veces hacemos comentarios que pueden dar la impresión, que son una crítica al Programa Nacional y para nada, en realidad hacemos las observaciones con la mejor intención y creo que es importante también que el programa sienta que no tiene que ser perfecto y a veces puede no hacer todo, digamos bien y no importa, porque justamente estamos acá para mejorar las cosas y es responsabilidad de todos, no solo de ministerio. Así que por favor tengan la confianza de recibir los comentarios sin digamos, de manera no defensiva porque se hacen con todo cariño. Nada más. Gracias.

Carmen Navarro; Antes de pasarle a Hugo, voy a leer los últimos comentarios en chat que están, Hugo, si me permites.

- **Ana Vera** dice también se ha propuesto un componente comunicacional para poblaciones indígenas.
- **Gloria Ypanaque** dice entonces se debe incluir a la oferta comunitaria MCC, Gloria pregunta también por el tratamiento antirretroviral para niños.
- **Julio Gilvonio** dice: En la priorización comunitaria se quedó (Se refiere al PRPE por si acaso) como una importante actividad el PREP comunitario de injerencia, tanto sanitaria como comunitaria y por involucrar la prevención es tarea de todos.
- **Pablo Anamaria** dice: no se habla de prescripción, sino de dispensación y acompañamiento.
- Cuando hablaba Emilio, yo comentaba que la responsabilidad sea el tema de cumplir las normas, es responsabilidad técnica administrativa.
- **Pablo Anamaria** dice, y es pertinente que se revisen los temas normativos y administrativos. Aquí sí da lugar a un piloto.
- **Julio Gilvonio** dice. Por eso se solicita modificación de la normativa, pero, además, siendo médico comunitario, no se posibilita ni la capacitación ni la facilidad de prescribir el PREP ni PEP.

Yo antes de dar la palabra a Hugo, quería comentar unos apuntes de lo que ustedes han dicho, para comunicarles también que hay un minigrants que se está desarrollando con presupuesto de la subvención regional, que está referido a captar algunos aportes para mejorar el PREP, esto lo está haciendo un grupo de REDLAC,

También de la conversación que había tenido yo antes con algunos participantes de las ONG que querían saber, si es que en la propuesta hay algo que asegure la articulación de los observatorios con el MINSA, o sea, no solo que actúen, si tienen manejo autónomo, sí, pero que haya esa articulación.

Después mencionarles la experiencia de recojo de medicamentos por parte de los promotores de TB que ya es un tema. La pregunta era también en qué módulo está el tema de comunidad indígena, porque me parece que no se ve allí.

El otro era simplemente un tema, porque se argumentaba de que eran muchas capacitaciones, de la experiencia que se obtuvo del Proyecto de fortalecimiento de las redes de laboratorio que hubo mucha capacitación, lo que sirvió fue para formar justamente las redes, o sea, la capacitación no lo tengo que ver solamente por el resultado, no solo como el evento mismo de la capacitación, sino de la interrelación de las personas de conformación, de redes de ayuda, de asistencia y con la misma población y que después contribuye, pues estas redes que se

ACTA ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA

forman y sobre todo en las capacitaciones presenciales a mejorar la atención. Entonces, de repente se critica el tema de la capacitación, pero creo que Ana creo que lo mencionó, creo que también hay un aprovechamiento posterior, resultados que también son importantes.

Ahora si Hugo Manrique si es que tienes un aporte adicional.

Hugo Manrique; Ya, definitivamente aquí están varios de los actores que han colaborado en el desarrollo de esta propuesta, pero tengo entendido que ya también hay un plazo que respetar para enviar un segundo borrador, no, pero por supuesto, todas las contribuciones definitivamente tienen que ser tomadas en cuenta.

Ojalá que mejoren un poco los flujos de comunicación porque me doy cuenta de cosas que honestamente, yo no había recibido en estos últimos días pero independiente de eso también hay que tener en cuenta, que sí, son varias las personas que de una u otra manera, pues generan las ideas desde diferentes espacios no y que definitivamente hayan escuchado un poco algunas observaciones, lo que sí que pediría es que se vuelvan, de repente, para quienes están un poco preocupados por la parte comunicacional y demás, el tema es que la presentación que he desarrollado es un PPT que intentó ser pues, lo más preciso posible, en líneas generales, pero es importante repasar, que tenga la oportunidad de repasar Word. La última versión que te he dado Carmen y puedan de repente con esa lectura un poco más detenida, un poco más calmada y sobre todo tomándose todo el tiempo necesario este fin de semana puedan de repente, uno ver si realmente están los aspectos que de repente necesitan saber, necesitaban dilucidar y lo otro es que, si definitivamente no está, pues ahí señalarlo como una observación para retroalimentar, veo que hay posicionamientos como por ejemplo, con respecto a la casa TS y al observatorio, TS y no sé qué de qué manera se resolvería realmente. Hubo una iniciativa en relación a las condiciones que están enfrentando la Comunidad de trabajadores del sexo, pero habría que ver, pues con quién, cómo haríamos para tomar una decisión al respecto y así por el estilo, tengo entendido que sí o sí el lunes se está enviando, ¿verdad? cambio.

Carmen Navarro; No Hugo el lunes no se está enviando. Lo que hemos propuesto es que el lunes, después de esta reunión, tú ya has hecho la presentación, estamos viendo estos temas que yo no veo que haya, como dice el doctor Cáceres, aquí todo lo que se ha dicho suma, o sea, no hay una ninguna valoración negativa sobre la propuesta.

Yo creo que es muy técnica y tú sabes también que yo he apoyado varias de estas propuestas. Entonces el día 30 lo que va a haber es una reunión del comité y si es que existiera un cambio ya muy fundamental, sí tendríamos que de repente consultar a la Asamblea de manera, por correo o de repente de esta forma, pero sí va a haber un análisis. Yo creo que antes de dar la palabra a Nancy, mencionar este que me comuniqué con Patricia Bracamonte de ONUSIDA y lo que comentó es que bueno, hoy día les han dado el día libre, pero como tenemos hasta el día 30 ella también es miembro del comité, ella enviará, al igual que Estrelia, Pablo y Julio, ella va a mandar sus observaciones por escrito. Ya entonces Nancy, habías pedido la palabra.

Nancy Ruiz; Buenas tardes, Carmen, buenas tardes con todos. Sí quería hacer una consulta, en el en la parte del módulo 7 dice, fortalecimiento de las competencias del personal de salud y agentes comunitarios, esté se refiere a la cadena de capacitaciones también, como mencionó la compañera Gloria. Esto es de la parte sanitaria, esto va a ser con presupuesto de la parte sanitaria, porque habla de agentes comunitarios, ellos van a hacer el acompañamiento dice del tratamiento de TB y TARV. Esa era mi consulta si esto es de la parte comunitaria, los agentes comunitarios van a hacer el gratis, o lo van a hacer con parte de este presupuesto de los comunitarios. En ese caso tanto TB como VIH, quería saber, si es de la parte sanitaria, en este tema, de lo que son capacitaciones o fortalecimiento, dice de personal de salud y agentes comunitarios, ese era mi consulta.

Carmen Navarro; Hugo, no sé si tienes ahora la respuesta, a lo que te está comentando Nancy.

Hugo Manrique; Parte sanitaria, así como, por ejemplo, si miran de repente el archivo Word, no sé si la versión que vi la semana pasada y la que he hecho ya, el día de hoy con algunos aportes que recibí entre la semana, van a encontrar, por ejemplo, a ver una evaluación anual con los educadores de pares. ¿Dónde está eso? En la parte sanitaria, un presupuesto de parte sanitaria también, hay varias actividades que están incluidas en lo que involucran educadores, promotores y también agentes comunitarios que están en la parte sanitaria.

Carmen Navarro; Nancy ¿eso absuelve tu consulta?

Nancy Ruiz; Si esta personal de salud y agentes comunitarios y de la parte sanitaria. Este bueno, no estamos las OAT ahí, en esa parte de ahí. Gracias.

Carmen Navarro; Ok, gracias, Nancy, ya yo voy a leer lo último había escrito, creo que desde más arriba este la consulta de Mayra que quedó pendiente, si el INPE va a tener, qué participación tendré INPE en estos módulos propuestos para TB solo espacios de aplicación de actividades de propuestas.

ACTA ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA

No sé si alguien de la dirección de TB puede responder.

Javier Llamaza: no creo que sea dispensación, se refiere al PREP si no expendió la dispensación es un apto farmacéutico.

- Pablo, dice que hay otro minigrants en concurso para la revisión e incidencia para la modificación de la norma trans y de la norma de consejeros. Ese minigrants es de la subvención regional. Pablo no yo no tenía conocimiento.
- Farah pide que, por favor, si le pueden compartir información de ese minigrants para tener conocimiento; la casa TS se mencionó como importante en el diálogo social, mas no se puso en la prioridad.
- Bueno, lo de Mayra ya lo leí y Emilio: Pablo desde la DPVIH, También nos interesa tener conocimiento e información sobre los minigrants

Si se refiere a lo de HIVOS, podemos coordinar también con HIVOS para que nos remita estos minigrants que están viendo, las últimas que pasaron fueron consultados también con nosotros como CONAMUSA y con el RP, fue un pedido del Fondo mundial para que no dupliquemos esfuerzos.

Actualmente adicionalmente al minigrant para mejorar el PREP, que también están dos minigrants que son consultas para la ley de VIH.

Julio Gilvonio: se incluirán las observaciones en la redacción y cuál es el acuerdo.

Wilfredo Solís Tupes: No se ha dispuesto de un presupuesto específico para INPE, las actividades en las IP serán realizadas con recursos institucionales de la Unidades Ejecutoras y en lo pertinente, con los asignados por la subvención del FM.

Depende de la mayoría, o sea si es una sola persona la que hace la observación, por eso es, por lo que el comité va a analizar y va a ver y después ya se verá en la asamblea y si en la asamblea está de acuerdo de recibir las observaciones, eso lo deciden ustedes.

Entonces, no sé si, podemos prender las cámaras porque creo que ya la Transcripción, antes de mandar el acta, yo creo que es urgente que a todos le vamos a mandar la transcripción. Hugo puedes dejar de compartir, para que pueda salir las fotos de todos ya ahora sí, sí pueden prender las cámaras.

Lo que les decía es que luego esta reunión vamos a transcribir, para poderles compartir y que veamos si es todo lo que nosotros hemos conversado y algunas de las cosas, sobre todo para el Comité, puedan ser analizadas.

Entonces si prendemos la cámara para la foto, como se han dado cuenta hoy día no está presente este Lucía, ella más de 7 años ha trabajado y no ha tenido vacaciones, no, entonces en estos días, está bueno con su familia, creo que es la primera vez que no está ella en una asamblea, Entonces Gloria te doy la palabra para poder culminar la reunión.

Gloria Ypanaque; Bueno, muchas gracias a todos por todos sus aportes. Creo que ha sido muy importante, todo lo que hemos dicho hoy. Quizás han quedado todavía cosas pendientes. En lo personal, siento que hay que afinar ciertas cosas, hay que cómo clarificar ciertas cosas, pero dentro de todo estamos avanzando y esta es una propuesta país en la cual todos tenemos el compromiso y todos tenemos la responsabilidad de que esto salga bien. Gracias

ACTA ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA

No se realizaron acuerdos.

Toma de decisiones

| | | | | | |
|---|-----------------|--|--|---------------|--|
| Método de decisiones (Escriba una X en la casilla correspondiente) | Unanimidad | | Si usted selecciono voto indique la modalidad | | |
| | Voto | | Modalidad de voto (Escriba una X en la casilla correspondiente) | A mano alzada | |
| | Votos a favor | | | Voto secreto | |
| | Votos en contra | | | No objeción | |
| | Abstenciones | | | Otro | |

| | | | | | |
|---|-----------------|--|--|---------------|--|
| Método de decisiones (Escriba una X en la casilla correspondiente) | Unanimidad | | Si usted selecciono voto indique la modalidad | | |
| | Voto | | Modalidad de voto (Escriba una X en la casilla correspondiente) | A mano alzada | |
| | Votos a favor | | | Voto secreto | |
| | Votos en contra | | | No objeción | |
| | Abstenciones | | | Otro | |

| | |
|---|--|
| Próxima reunión (incluir los puntos pendientes de agenda) | |
| Hora, fecha y lugar de la próxima reunión | |
| Según Calendarización del 2024 | |
| Punto de agenda de la próxima reunión | Tema de agenda de la próxima reunión |
| Nº 1 | No se definieron temas para próxima reunión. |
| Nº 2 | |
| Nº 3 | |

| | | |
|--------------------------------------|---|----|
| Documentos de apoyo | Coloque una x en la casilla correspondiente | |
| Anexos adjuntos al acta | Si | No |
| Lista de asistencia | x | |
| Agenda | x | |
| Otros documentos de apoyo | x | |
| Detalle de otros documentos de apoyo | Se cuentan con las presentaciones realizadas por: Hugo Manrique y Alejandro Uriza | |

| | | | |
|---|----|----|--|
| Lista de verificación (coloque una x en la casilla correspondiente) | | | |
| | SI | NO | |
| Citación y agenda comunicada en los tiempos establecidos | x | | |
| Lista de asistencia firmada | x | | |
| Difusión de acta anterior de Asamblea una semana después de reunión | x | | |
| Acta de reunión distribuida | x | | |
| Comentarios y/o sugerencias incorporadas al acta, por partes de los participantes de la reunión | x | | |

| | |
|---------------------------------|--|
| Acta de Asamblea preparada por: | |
| Nombre | María Del Carmen Navarro : Lévano |
| Cargo | Secretaria Técnica de CONAMUSA |

ACTA ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA

Lista de asistencia

| Nombres y apellidos | Sector | Condición | Derecho a voto | Asistencia |
|------------------------------|--|-------------|----------------|------------|
| Nancy Zerpa Tawara | Despacho Viceministerial | Alternativa | x | x |
| Pedro Cruzado Puente | Despacho Ministerial | Alternativo | | |
| Gloria Ypanaque Lipa | Vicepresidenta (representante PVV) | Titular | x | x |
| Valentina Alarcón Guizado | DPCTB | Titular | | |
| Carlos Benites Villafañe | DPCVIH | Titular | | |
| Fredy Hernán Polo Campos | Dirección de Promoción de la Salud | Alternativo | | |
| Claudia Sáenz Hostos | Ministerio de Educación | Titular | | |
| Emma Rosa Aguirre Fortunio | Ministerio de Educación | Alternativa | | |
| Edith Subelete Auccacusi | Ministerio de Cultura | Alternativa | | |
| Gladys Castañeda Retamozo | Ministerio de Relaciones Exteriores | Titular | x | x |
| Miluska Saldaña del Piélagos | Ministerio de Defensa | Titular | x | x |
| María Moreno Rivera | Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables | Alternativa | x | x |
| Nerina Eliana Ángeles Suárez | Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social | Titular | | |
| Patricia Melgar Hurtado | Ministerio del Interior | Titular | | |
| Guiselle Lozada Rodríguez | INPE - Ministerio de Justicia | Titular | | |
| Mayra Córdova Ayllón | INPE - Ministerio de Justicia | Alternativa | x | x |
| Juan Vilcabana Noriega | ONG TB | Titular | | |
| David Vivar Torres | ONG TB | Titular | x | x |
| Estrelia Nizama | ONG VIH | Alternativa | x | x |
| Javier Llamaza | ONG VIH | Alternativo | x | x |
| Carlos Cáceres Palacios | Universidad Cayetano Heredia | Titular | x | x |
| Fernando Chujutalli Córdova | Representante Comunidades Nativas | Titular | x | x |
| Sofía Canchari Pineda | Representante PAT | Titular | x | x |
| Nancy Ruiz Espinoza | Representante PAT | Titular | x | x |
| Karl Muñoz Ramírez | Representante PAT | Alternativo | | x |
| Juan Panduro Lizárraga | Representante PVV | Titular | x | x |
| Pablo Anamaria Cárdenas | Representante PVV | Alternativo | | x |
| Marina Soto Calderón | Representante PVV | Alternativa | | x |
| Haydee Flores Elguera | Representante TS | Titular | x | x |
| Julio Gilvonio Alegría | Representante GAY | Titular | x | x |
| Fara Zamudio Santos | Representante Trans | Titular | x | x |
| Maju Lino Carrión | Representante Trans | Alternativa | | x |
| Claudia Velásquez | ONUSIDA | Titular | | |
| Patricia Bracamonte Bardales | ONUSIDA | Alternativa | | |
| Jorge Pedro Martín | OIM | Titular | | |
| Gino Calvo Moreno | OIM | Alternativo | | x |

Un total de 21 miembros de CONAMUSA participaron, 17 de los cuales son miembros con derecho a voto

Invitados:

| | | |
|-------------------------|------------------------------------|---|
| Oscar Ramírez Kociong | RP SES | x |
| Hugo Manrique Chicoma | Consultor | x |
| Álvaro García Córdova | DPCVIH | x |
| Ana Vera Vargas | DPCVIH | X |
| Emilio Olortegui Arango | DPCVIH | x |
| Wilfredo Solís Tupe | DPCTB | x |
| Mary López | Dirección de Promoción de la Salud | x |

ACTA ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA

Un total de 7 invitados

De acuerdo con el punto 9 de los Acuerdos de la Asamblea General del 15 y 17 de febrero del 2023 el cual refiere:

“Se acordó que la conformidad de Actas se produzca después de 5 días de enviada el acta sin observaciones, luego de lo cual se considera como aprobada.”

Habiendo transcurrido más de 5 días sin recibir observaciones se publica el Acta de Asamblea General en la página web de la CONAMUSA.