

ACTA DE REUNION DE SECRETARÍA EJECUTIVA 04-2026

FECHA: 21 de julio de 2026 **HORA:** 15:00 horas

CIUDAD: Lima, Oficina de CONAMUSA

MODALIDAD: Híbrida.

Participantes:

Nombre y apellidos	Sector que representa	Presencial	Zoom	Derecho a voto
Dr. Carlos Benites	DPVIH		X	X
Lic. Álvaro García	DPVIH	X		
Dra. Antonieta Alarcón	DPCTB		X	X
Lic. Aida Solano	MINEDU (alterna)		X	X
Lic. Julia Campos	ONG VIH (titular)		X	X
Q.F. Javier Llamaza	ONG VIH (titular)	X		X
Sra. Yrene Aquino Capcha	Representante PVV	X		X
Sr. Roger Revollar Delgado	Representante PVV - Vicepresidente	X		X
Sra. Angela Villón Bustamante	Representante TS		X	
Sr. Manuel Siccha Chipana	Representante Gay	X		X
Sra. Luz Estrada	Representante OAT	X		X

Total:

6 miembros asistentes - modalidad presencial

5 miembros asistentes - plataforma Zoom

INVITADOS

Lic. Ana Vera - Equipo Técnico DPVIH - Presencial
 Lic. Cecilia Bernabé Chávez - Equipo Técnico DPCTB - Virtual.
 Lic. Karla Guerra - Equipo Técnico DPCTB - Virtual
 Ing. Oscar Ramírez Koctong - RP Socios en Salud - Presencial
 Lic. Edith Verónica Acero Arocutipa - RP Socios en Salud - Presencial.
 Lic. Selene Mathof Salas Reymundo - RP Socios en Salud - Virtual.
 Lic. Lizeth Barriga - RP Socios en Salud - Virtual.
 Lic. Karim Llaro - RP Socios en Salud - Virtual
 Lic. Brenda Malqui – RP Socios en Salud - Virtual.

UT CONAMUSA

Dr. David Chavarri Venegas – Secretario Técnico

Sra. Giselly Alva - Asistente Administrativa

ACUERDOS Y CONCLUSIONES

1. Se solicitó a la DPCTB que participé siempre de manera presencial cuando deba exponer temas relacionados a la implementación de la Subvención u otros temas que se solicite desde la CONAMUSA y que, en próximas presentaciones, el tamaño de las diapositivas permita apreciar claramente las cifras y resultados.
2. El RP SES presentará los resultados desagregados por cada OBC y OAT que forman parte del proyecto TB/VIH 2026-2028, así como el avance financiero desagregado por gasto ejecutado y gasto comprometido en la próxima reunión de Secretaria Ejecutiva a realizarse aproximadamente el 15 de agosto de 2026.
3. En tanto se apruebe por Asamblea General la aprobación del Reglamento del Comité de Monitoreo Estratégico, que incluye modificaciones en el mismo y su composición, la Secretaria Ejecutiva asumirá las funciones del CME, para informar de manera posterior a la Asamblea General.
4. Respecto de los plazos de atención y/o conformidad de las actas de secretaria ejecutiva o Asamblea General, se establecieron los plazos máximos de atención, siendo de tres (3) días hábiles en el caso de solo tratarse de actas informativas o similares y de cinco (5) días hábiles en el caso actas que comprendan la revisión y/o actualización de documentos tales como reglamento, manuales o similares.
5. ONUSIDA, como parte de la Cooperación Técnica Internacional, será invitado a formar parte de la secretaria ejecutiva con voz, pero sin voto.

AGENDA DE LA REUNION – MARTES 7 DE JULIO DE 2026

1. Presentación de avances del Proyecto TB/VIH 2026-2028 – Enero – junio 2026.
2. Funciones del Comité de Monitoreo Estratégico
3. Presentación de estudio “Situaciones de Enfermedad de Tuberculosis (TB) y VIH entre trabajadoras sexuales trans y cis en el Centro de Lima, Perú”.
4. Financiamiento del MCP - CONAMUSA.
5. Plazos para emisión de correo o firma de conformidad de actas y/o documentos de trabajo de CONAMUSA.
6. Participación de ONUSIDA en Secretaría Ejecutiva.

DESARROLLO DE LA REUNION

Esta fue la primera reunión de la Secretaría Ejecutiva donde se presentaron los resultados del primer semestre del proyecto TBH 2014-26-28. El equipo de la DPVIH presentó los indicadores del Fondo Mundial, incluyendo tamizajes, vinculación a PrEP y tratamiento antirretroviral, mientras que el equipo de la DPCTB presentó los avances en la búsqueda activa de casos.

1. Presentación de Avances del Proyecto TB/VIH 2026-2028. Enero – junio 2026

1.1. Presentación de la Dirección de Prevención y Control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis (DPVIH)

La reunión comenzó con la presentación del Lic. Álvaro García, miembro del equipo técnico de la DPVIH, quien presentó el avance de los Indicadores Vinculados al Desembolso (IVD) al primer semestre (enero - junio 2026) del Proyecto TB/VIH 2026 - 2028, entre ellos, el IVD 1 - Tamizaje para VIH entre la población clave y vulnerable y que conocen sus resultados, IVD 2 - usuarios de la población clave que accede a PrEP e IVD 3 - PVV que acceden a TAR.

Respecto del IVD 1 se reportó un logro del 92.3% en tamizajes (63,228 de 68,596), y comparando con el 2025 en el mismo periodo, se ha logrado un aumento de 63%. Sobre el tamizaje en población indígena se ha superado la meta en 137.3% (15,795 / 11,500). Se identificaron fortalezas como las brigadas móviles y la oferta comunitaria, así como oportunidades, entre ellas, que la DPVIH ha tomado contacto para ampliar su comunicación a través de “Grinder” con la finalidad de ampliar su cobertura, pero se reconoció la necesidad de mejorar la cobertura en mujeres trans (MT), donde la cobertura de tamizaje alcanzó el 61.1% (2,901 / 4,749)

Sobre el IVD 2 se informó que 6,924 personas se vincularon a PrEP (99.3% de la meta: 6,924 / 6,970), destacando que entre las trabajadoras sexuales (TS) se ha alcanzado a 331.6% (1,124 / 339), habiéndose cumplido la meta anual, sobre todo por el aporte de las zonas de frontera o regiones donde existe minería ilegal, sin embargo, al igual que el IVD 1, solo se alcanzó una cobertura de 40.5% en MT (264 / 652).

Respecto del IVD 3 se informó que 4,694 PVV iniciaron TAR como casos nuevos en el periodo, superando la meta establecida para el periodo evaluado (116.3% de la meta: 4,694 / 4,035) y que como dato acumulado actualmente se encuentran en TAR 113,221 PVV; al respecto la Sra. Yrene Aquino preguntó si los datos correspondían a todos los subsectores, incluyendo EsSalud, a lo que el Lic. Álvaro García manifestó que la cifra mostrada comprendía a EsSalud, sin embargo, esta correspondía a un “dato duro” informado por EsSalud y no a una información desagregada en una base de datos, debido a que no se cuenta aún con sistema de interoperable con EsSalud.

Finalmente se presentaron las principales conclusiones, entre ellas, lo desafiante que ha resultado el “pago por resultado” pero que ha contribuido a mejorar la vinculación a PrEP y TAR, el fortalecimiento del sistema de información, sin embargo, precisó que existe abundante carga

administrativa y que no todo establecimiento de salud puede ser parte del sistema de pago por resultado, debido al cumplimiento de las metas.

Luego de la presentación surgieron las preguntas de diversos miembros:

Javier Llamaza señaló que los resultados son buenos, preguntando si previa a la intervención actual existían las brigadas móviles, siendo corroborado ello por Álvaro, señalando que se implementará la móvil PrEP y que el aporte de las brigadas móviles para el caso de tamizaje se encuentra en 6.6%, encontrándose entre las cifras históricas previamente obtenidas (6% a 8%) y que incluso en la proyección anual las cifras históricas se superarán.

A su turno, Julia Campos precisó que en tamizaje la parte comunitaria estaba bien, pero señaló que le preocupaba que el aporte de los tamizajes se deba al financiamiento del Fondo Mundial y como sería la sostenibilidad a futuro, asimismo, en la población indígena, preguntó cuál era el porcentaje de PVV que se logran vincular y sostener en TAR, ya que en la ponencia no se logra visualizar ello, asimismo que le preocupaba la sostenibilidad de esta intervención en población indígena, sobre todo porque incluso contaba con información que las chalupas adquiridas previamente habían desaparecido, sobre PrEP le preocupa que se encuentran en aproximadamente 99%, quizás afectado por el resultado obtenido entre las TS, y respecto del TAR, falta conocer el dato de TAR administrado por ONG, así como los resultados relacionados a la vinculación.

Sobre las inquietudes de Julia campos, el Lic. Álvaro García manifestó que, los resultados obtenidos son similares a los del 2025, pero con mejoras y con un nuevo mecanismo de pago: “Pago por resultado”, lo que impulsa a que las metas se cumplan y que los tamizajes registrados se deben a una sola persona, aun cuando por control se repitan hasta por 2 o más veces en el año. Lo mismo sucede con PrEP, solo se registra por única vez, aun cuando no acceda a PrEP inicialmente. Respecto de la sostenibilidad de intervenciones entre la población indígena, el Lic. García señaló que, si bien como IVD se registra solo el número de personas tamizadas, junto con ello, existen una serie de actividades relacionadas a promoción y prevención del VIH, seguimiento y monitoreo de las PVV. Sobre sostenibilidad señaló que la DPVIH hace todos los esfuerzos para asegurar el presupuesto, sin embargo, expresó su preocupación por los cambios de autoridades regionales que sucederán a fines de año. Sobre la cobertura de PrEP, el Lic. García señaló que esas metas se analizaron con la CONAMUSA y se aprobaron por el Fondo Mundial, y que la cobertura de 99% se debe a que no se esperó una respuesta favorable al inicio de PrEP, principalmente entre las trabajadoras sexuales.

1.2. Presentación de la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis (DPCTB)

La reunión continuó con la presentación de la Dra. Antonieta Alarcón, Directora Ejecutiva de la DPCTB, quien presentó el avance de los Indicadores Vinculados al Desembolso (IVD) al primer semestre (enero - junio 2026) del Proyecto TB/VIH 2026 - 2028, entre ellos, el IVD 4 - Personas tamizadas para TB mediante radiología con inteligencia artificial y el IVD 5 - Porcentaje de éxito de tratamiento en pacientes con TB-RR y/o TB-MDR.

Respecto del IVD 4, relacionada a la búsqueda activa de tuberculosis (BAT) mediante radiología digital con IA, al primer semestre se han tamizado a 86,675 personas (112.9%) y que representan el 48.4% de la meta anual. La positividad resultó en 9.4% de personas tamizadas. Por línea de intervención la BAT intramuro (establecimientos de salud) alcanzó 108.8% (66,186 / 60,826) de la meta propuesta, en penales se alcanzó 74.9% (7,623 / 10,180) y en los “Hot Spots” se alcanzó 223% (12,848 / 5,760). Sobre la cobertura alcanzada en penales, la Dra. Alarcón precisó que ha habido cambio de directores de sanidad de los penales hasta en 3 ocasiones durante el presente año, afectando el resultado. Respecto de los avances entre las OAT, precisó que la meta anual programada es de 24,400 personas tamizadas, habiéndose alcanzado el 56% a junio de 2026 (13,664 tamizados) y observándose que comparativamente a años anteriores se ha mejorado, ya que previamente se alcanzaba solo 34% de la meta.

Respecto del IVD 5 - Porcentaje de éxito de tratamiento en pacientes con TB-RR y/o TB-MDR, la meta al primer semestre era alcanzar una tasa de éxito mayor o igual a 70%, habiéndose alcanzado 70.2% de éxito en una cohorte que incluye todos los pacientes que fueron nuevos y recaídas en el 2024 y que han recibido esquemas orales y esquemas con inyectables. Si solo se circunscribe a la tasa de éxito de esquemas orales, este alcanzó 85.5% y con inyectables se alcanzó 53.3%. Asimismo, precisó que en la lámina se pueden observar los porcentajes de éxito desagregados por subsectores de salud y por esquema de tratamiento. Respecto de los avances entre las OAT y consejería y acceso al SISFOH, la meta anual es de 827 intervenciones, habiéndose realizado 142 intervenciones que representa 36.0% de avance semestral y 17.2% de avance anual. Estas cifras se deberían, precisó la Dra. Alarcón a que las actividades comunitarias se han ido agregando de manera parcial y progresiva desde febrero de 2026, esperándose que a final de año se alcancen las metas establecidas.

Luego de la presentación surgieron las preguntas de diversos miembros:

Julia Campos señaló que la Dra. Alarcón precisó que, del total de tamizajes realizados, el 9% salieron positivos, preguntando sobre cuál sería la estrategia más efectiva para encontrar casos, sobre ello, la Dra. Alarcón señaló que la estrategia de BAT intramuro es en la que se tiene más afluencia y mayor casuística positiva, seguida de la búsqueda en las zonas “Hot Spots”. Adicionalmente señaló que debe resaltarse el trabajo de las OAT, quienes inciden y convencen a los usuarios para que se realicen el tamizaje.

A su turno, Javier Llamaza manifestó que lamentablemente no tenía preguntas por hacer debido a que la presentación realizada y el tamaño de las imágenes no permitían visualizar adecuadamente lo expuesto, solicitando que para futuras presentaciones se mejoren y que un miembro de la DPCTB realice la presentación de resultados de manera presencial y no virtual.

1.3. Presentación de avances financieros de la Subvención TB/VIH 2026-2028 - Primer Semestre

La presentación estuvo a cargo de la Administradora de la Subvención en el Receptor Principal, Sra. Verónica Acero, quien manifestó que la presentación incluye la ejecución financiera al primer semestre y abarca los 5 IVD ligados a las actividades que cada una de las direcciones realizan para lograr los objetivos o metas de acuerdo con el acuerdo firmado con el Fondo Mundial, señalando que al cierre del primer semestre se encuentran en un avance del 50% (USD 4,543,587 / USD

9,004,427). Respecto del IVD 1, el presupuesto al primer año es de USD 925,535, habiéndose ejecutado USD 393,912 que corresponde al 43%, principalmente ligado a la contratación de personal de salud y a la adquisición de un vehículo para el desarrollo de la Móvil PrEP.

Sobre el IVD 2, el presupuesto es de USD 1,594,997, habiéndose ejecutado USD 754,869 que corresponde a 47%, principalmente ligado a la contratación de personal de salud, BMU, tamizaje comunitario y BMA.

Sobre el IVD 3 correspondiente a TAR, el presupuesto para el primer año es de USD 1,307,382, habiéndose ejecutado USD 624,221 (48%), relacionados principalmente al fortalecimiento de Centro TAR, laboratorio, sistema de información y personal de salud.

Sobre los IVD ligados a TB, la Sra. Acero precisó que el IVD 4 contó con presupuesto de USD 1,789,359, ejecutándose USD 1,116,680 (62%) ligado al fortalecimiento de establecimientos de salud, a la compra de 11 equipos de Rayos X con IA y contratación de personal de salud y comunitario para BAT. Sobre el IVD 5 se contó con USD 799,153 y se han ejecutado USD 290,429 (36%), principalmente relacionadas a compras a realizarse mediante la Plataforma Wambo y que se ejecutan directamente desde el Fondo Mundial, además de adquisición de garantías para los equipos de Gene Xpert y las licencias para los equipos de radiología con IA.

Lo ejecutado junto con los compromisos contables asumidos han alcanzado USD 4,543,587 que corresponde al 50% del presupuesto programado para el primer año.

Luego de la presentación surgieron las preguntas de diversos miembros:

Javier Llamaza preguntó si lo anotado como ejecución al 50% correspondía exactamente a lo ejecutado o también sumaba lo comprometido, a lo que la Sra. Acero confirmó que correspondía a la sumatoria de presupuesto ejecutado más comprometido, ya que algunos presupuesto correspondía a las adquisiciones que se realizan a través de la Plataforma Wambo del Fondo Mundial y que ese presupuesto se financiaba directamente desde el Fondo Mundial, solicitando que para futuras presentaciones se precise el financiamiento y se desglose, de ser posible por sublíneas presupuestarias de IVD y por columnas de presupuesto, ejecutado y comprometido para mayor precisión y facilitar la discusión técnica, pedido al que se sumó Julia Campos.

Adicionalmente, Yrene Aquino solicitó que se presenten los resultados desglosados por cada OBC y OAT que participan de la Subvención y que intervienen en las metas de los IVD, acordándose que, durante la siguiente reunión de Secretaría Ejecutiva hacia la segunda quincena de agosto, el RP presentara lo solicitado.

Con ello se concluyeron las presentaciones a cargo del EQUIPO DE GESTIÓN DE LA SUBVENCIÓN, explicándose por parte de la Secretaría Técnica y ante la inquietud de porque la presencia del RP desde el inicio de la reunión, que en el nuevo modelo de gestión de la Subvención TB/VIH 2026-2028, hablamos de Equipo de Gestión, el mismo que está conformado por las direcciones ejecutivas de VIH y TB quienes son responsables de la ejecución y presentación programática y del Receptor Principal, responsable de la ejecución y presentación financiera.

2. Funciones del Comité de Monitoreo Estratégico

Uno de los puntos tratados a partir de las inquietudes presentados por varios miembros de la Secretaría Ejecutiva (SE) fue la ausencia de un Comité de Monitoreo Estratégico (CME), por lo que se debió explicar los motivos de ello y llegar a un acuerdo a partir de una propuesta.

Desde la Secretaría Técnica se explicó que en abril de 2026, los miembros de la Secretaría Ejecutiva revisaron y acordaron cambios en el reglamento y composición del CME y que recientemente nos habían alcanzado las actas en que se acordaron dichos cambios, los mismos que se han remitido para obtener la firma y conformidad de los miembros presentes en dicha reunión, luego de lo cual, el reglamento acordado por Secretaría Ejecutiva debe elevarse a Asamblea General para su aprobación y con ello, posterior nominación de miembros de acuerdo con los perfiles aprobados.

Diversos miembros de la SE manifestaron su preocupación ante la ausencia de CME y por los cambios de autoridades que se encuentra en proceso, explicándose que debido a que estos cambios podrían retrasar la revisión y aprobación del Reglamento del CME y posterior nominación de sus miembros, desde la Secretaría Técnica se sugirió a la Vicepresidencia de la CONAMUSA que entre tanto se dé el proceso descrito, la SE asuma las funciones del CME, dado que sus miembros eran en representación, similares.

Ante ello, Julia Campos señaló que la propuesta le parecía viable, por lo que se dejó a votación.

Con la votación a favor de todos los miembros presentes (presencial y virtual) con derecho a voto, se acordó por unanimidad que la Secretaría Ejecutiva asuma las funciones del CME hasta que la aprobación de su reglamento y conformación.

3. Presentación de estudio “Situaciones de Enfermedad de Tuberculosis (TB) y VIH entre trabajadoras sexuales trans y cis en el Centro de Lima, Perú”.

A cargo de la Socióloga Karla Solari, se presentó el proyecto de estudio de la referencia, el mismo que es financiado por el Programa Especial de Investigación y Formación en Enfermedades Tropicales (TDR) de UNICEF/PNUD/Banco Mundial y OMS y contó con la participación de las Asociación Miluska, Vida y Dignidad y la Asociación Rubí Fuerza Trans.

La presentación incluyó un rápido análisis del contexto y situación de la TB y el VIH en el país, señalando que la mayor cantidad de casos se presentan en Lima y que el estudio tiene como objetivo comprender la situación social y espacial de las TS cis y trans en el centro de Lima, así como identificar, caracterizar y mapear el tejido urbano donde viven y trabajan las participantes del estudio.

El estudio comprendió entrevistas con TS cis y trans, entrevistas con informantes claves, observación y acompañamiento de las rutinas diarias y acceso a servicios de salud, asimismo, se realizaron las

representaciones espaciales de los tejidos urbanos donde residían las personas entrevistadas, así como de su entorno cotidiano y laboral.

Entre las reflexiones preliminares presentadas, se pueden señalar, la identificación de las denominadas “Zonas de fricción” que son aquellas zonas donde se encuentran múltiples actores, entre ellos, clientes, trabajadoras sexuales, comerciantes, promotores de salud, policías, serenazgo, entre otras, instituciones; así también se encuentran zonas donde se halla presencia de casos de TB y VIH.

Así también, se identificaron y describieron las situaciones que potencian el riesgo de TB, así como de su prevención, al igual que para la infección de VIH.

Finalmente, la ponente señaló que para poder responder a la tuberculosis y al VIH, no solo se debe enfocar las respuestas desde el sector salud, sino también se deben revisar las diversas variables sociales, entre ellas, la vivienda.

El equipo investigador se comprometió a presentar sus resultados finales en octubre de 2026.

4. Financiamiento del MCP - CONAMUSA

Respecto del financiamiento del MCP - CONAMUSA, tanto Julia Campos como Javier Llamaza, solicitaron se explique la situación de ello, al respecto, se explicó que a la fecha de la presente Secretaría Ejecutiva, el Ministro de Salud no había suscrito el convenio de financiamiento, el mismo que se encontraba en Secretaría General, explicándose que ello implica el financiamiento de las actividades operativas del MCP, entre ellas, las reuniones de Secretaría Ejecutiva y Asamblea General, actividades de monitoreo, así como la suscripción de contrato y pago de haberes del personal de CONAMUSA (Secretario Técnico y Asistente Administrativo), quienes vienen laborando sin contrato desde el 29 de abril de 2026.

Respecto de la posibilidad de que Socios en Salud realice los contratos de manera retroactiva, se explicó que de acuerdo con la Ley N° 32301, Ley que modifica la Ley N° 27692, Ley de Creación de la APCI, no se pueden realizar contratos sin que exista convenio entre el organismo donante y la ONG y estos sean presentados ante la APCI para su revisión y conformidad, por lo que debe esperarse la firma del convenio del financiamiento por parte del MINSA.

Ante ello, Yrene Aquino manifestó que previamente han existido casos similares, a través de los cuales el personal de CONAMUSA suscribía contratos 3 o 4 meses posteriores al inicio de sus labores, precisándosele que, con la modificatoria de la Ley señalado previamente eso no era posible y que además no deberían “normalizarse” las irregularidades respecto de la situación contractual del personal de CONAMUSA.

Finalmente, la mayoría de miembros de la Secretaría Ejecutiva acordó dirigir una carta al Señor Ministro de Salud con la finalidad de solicitar que a la brevedad posible suscriba el acuerdo de financiamiento, siendo que la carta sería suscrita por el Vicepresidente de CONAMUSA, Sr. Róger Revollar, haciendo de conocimiento de los miembros de la Secretaría Ejecutiva que el 17 de julio de

2026 el Sr. Revollar ya ha remitido un correo solicitando la firma del acuerdo y que el mismo se reiteró el 21 de julio de 2026.

5. Plazos para emisión de correo o firma de conformidad de actas y/o documentos de trabajo de CONAMUSA

Como parte de la reunión, desde la Secretaría Técnica y se solicitó resolver los plazos de atención para emisión de correos y/o firma de conformidades u observaciones a las actas o documentos compartidos desde la Unidad Técnica y que son resultantes de las reuniones de Comité de Monitoreo Estratégico (CME), Secretaría Ejecutiva (SE) o Asamblea General (AG), en ese sentido se comunicó que de acuerdo con la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo general, existen plazos para la atención de los diversos documentos resultantes de procesos administrativos.

Esta solicitud se dio, debido a que existen actas y/o documentos similares cuyas emisiones de conformidades u observaciones exceden los 7 días o más e incluso algunos no logran contar con correo o firma de conformidades, en ese sentido se solicitó que, de tratarse de actas resultantes de CME, SE o AG, la emisión de correos y/o firma de conformidad o de observaciones no excedan los tres (3) días útiles y en el caso de tratarse de documentos a ser revisadas, como documentos normativos de CONAMUSA, actualizaciones de reglamentos, términos de referencia o similares, el tiempo de emisión de correos y/o firma de conformidad o de observaciones no excedan los cinco (5) días útiles.

Luego de diversas alocuciones a favor, lo propuesto se puso a votación.

Con las votaciones favorables de todos los miembros presentes en la Secretaría Ejecutiva con derecho a voto se aprobaron por unanimidad los plazos de atención de actas y/o documentos emitidos: tres (3) días para la emisión de correo o firma de conformidad u observaciones de tratarse de actas resultantes de CME, SE o AG, y de cinco (5) días útiles en el caso de tratarse de documentos a ser revisadas, como documentos normativos de CONAMUSA, actualizaciones de reglamentos, términos de referencia o similares.

6. Participación de ONUSIDA en Secretaría Ejecutiva.

Como tema final, se puso a consideración la participación de ONUSIDA como parte de la Cooperación Internacional en las reuniones de Secretaría Ejecutiva, como miembro con voz, pero sin voto.

Julia Campos expuso que por historia y desde el inicio de CONAMUSA, ONUSIDA forma parte de la Cooperación Internacional y ha participado como un asesor técnico, siendo su rol de gran utilidad, por lo que expresa su conformidad con la participación de ONUSIDA, al igual que otros miembros de la Secretaría Ejecutiva.

Por parte de la DPCTB, la Dra. Alarcón señaló que creía conveniente la participación de ONUSIDA u otros Cooperantes Internacionales en las reuniones de Asamblea General, pero en el caso de reuniones de Secretaría Ejecutiva debería considerarse su participación si se requiere su asistencia técnica, por lo que se dejó al voto la participación de ONUSIDA.

Con las votaciones favorables de seis (6) miembros presentes en la Secretaría Ejecutiva - Yrene Aquino (Representante PVV), Manuel Siccha (Representante Gay), Lic. Aida Solano (Representante MINEDU), Julia Campos (ONG VIH), Javier Llamaza (ONG VIH) y Luz Estrada (Representante OAT) se aprobó por mayoría absoluta la participación de ONUSIDA en las reuniones de Secretaría Ejecutiva.

Siendo las 18:30 horas del 21 de julio de 2026 se dio por concluida la reunión.

Resultados Semestre I

2026

Reducir la carga de VIH y tuberculosis en el Perú garantizando el acceso a servicios de salud integrales, oportunos y de calidad – Fondo Mundial

Dirección de Prevención de VIH, ITS y Hepatitis (DPVIH)



Indicadores Vinculados al Desembolso (IVD)



PERÚ

Ministerio
de Salud

IVD3:

Número de personas que **RECIBEN TAR** entre todas las personas que viven con el VIH al final del período de reporte.

IVD1:

Número de personas de las poblaciones clave y vulnerable que se ha sometido a una **PRUEBA DE VIH** durante el período de reporte en programas específicos de PC y que conocen sus resultados.

IVD2:

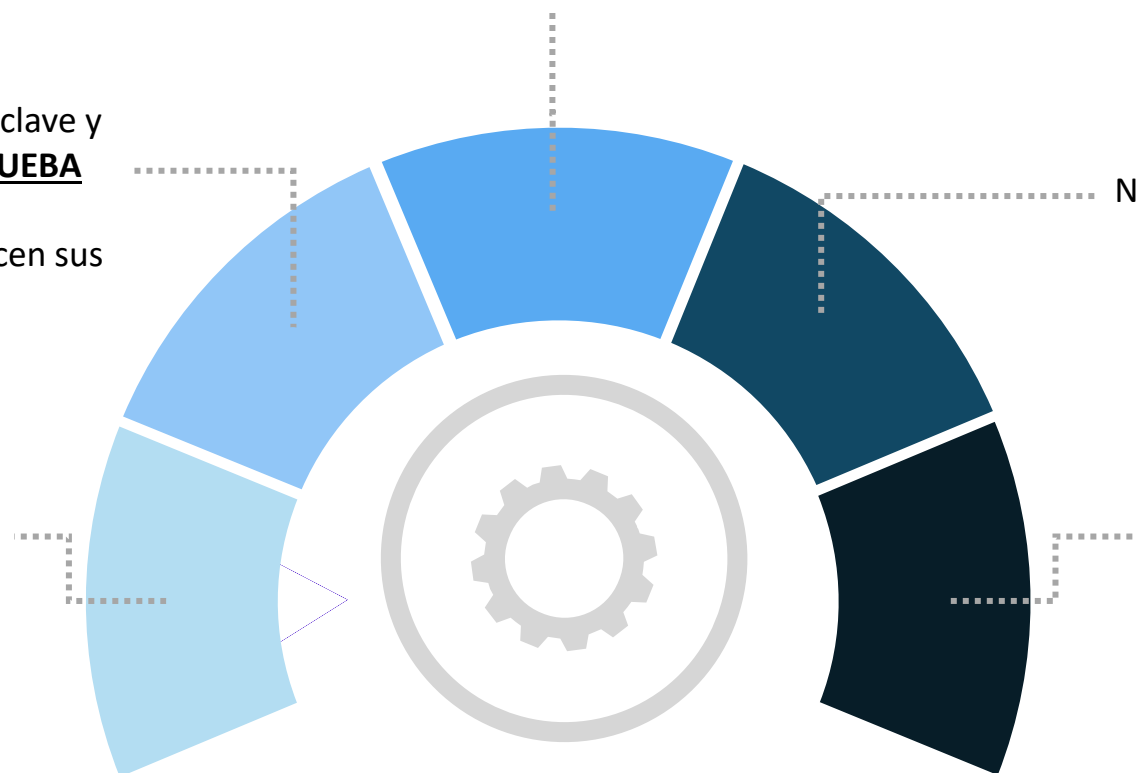
Número de personas de las poblaciones clave que recibieron algún **PRODUCTO PrEP** al menos una vez durante el período de reporte.

IVD4:

Número de **PERSONAS TAMIZADAS PARA TB** mediante radiología con inteligencia artificial (IA).

IVD5:

Porcentaje de **ÉXITO DE TRATAMIENTO** en pacientes con TB – RR y/o TB-MDR.



IVD 1-2-3: PERTENCEN A VIH

IVD 4-5: PERTENECEN A TB

METAS 2026

INDICADORES VINCULADOS AL DESEMBOLOSO (IVD)

	Tamizaje	PrEP	TAR
PrEP Móvil	2,572	1,743	103
Descentralización	17,149	5,228	2,572
BMU	85,746	1,743	3,430
OBC	10,804	1,046	972
	116,271	9,759	7,077
MINSA	55,220	7,668	3,011
	171,491	17,427	10,088

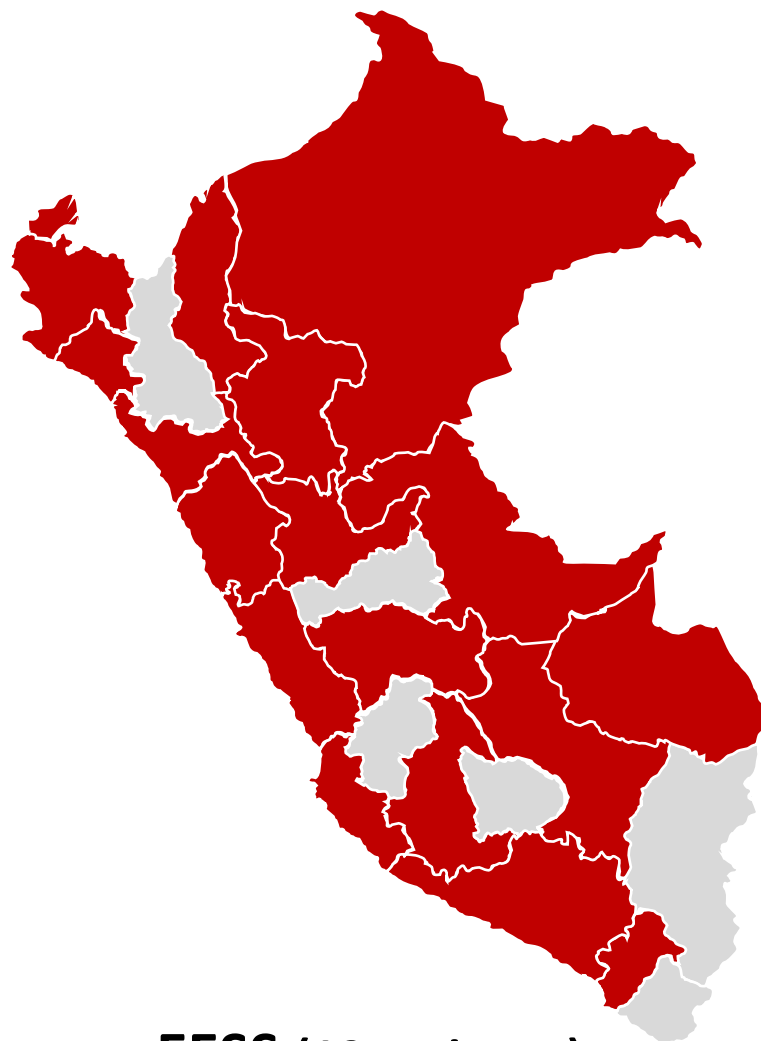
METAS 2026 por Trimestre

ESTRATEGIA	TAMIZAJE				PrEP				TAR			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
	10%	30%	30%	30%	10%	30%	30%	30%	10%	30%	30%	30%
BMU	8,575	25,724	25,724	25,724	174	523	523	523	343	1,029	1,029	1,029
Descentralización	1,715	5,145	5,145	5,145	523	1,568	1,568	1,568	257	772	772	772
OBC	1,080	3,241	3,241	3,241	105	314	314	314	97	292	292	292
PrEP Móvil	257	772	772	772	174	523	523	523	10	31	31	31
MINSA	5,522	16,566	16,566	16,566	767	2,300	2,300	2,300	301	903	903	903
TOTAL	17,149	68,596	120,043	171,491	1,743	6,970	12,198	17,427	1,009	4,035	7,061	10,088

INTERVENCIONES EN LAS REGIONES



BMU (19 regiones)



EESS (19 regiones)

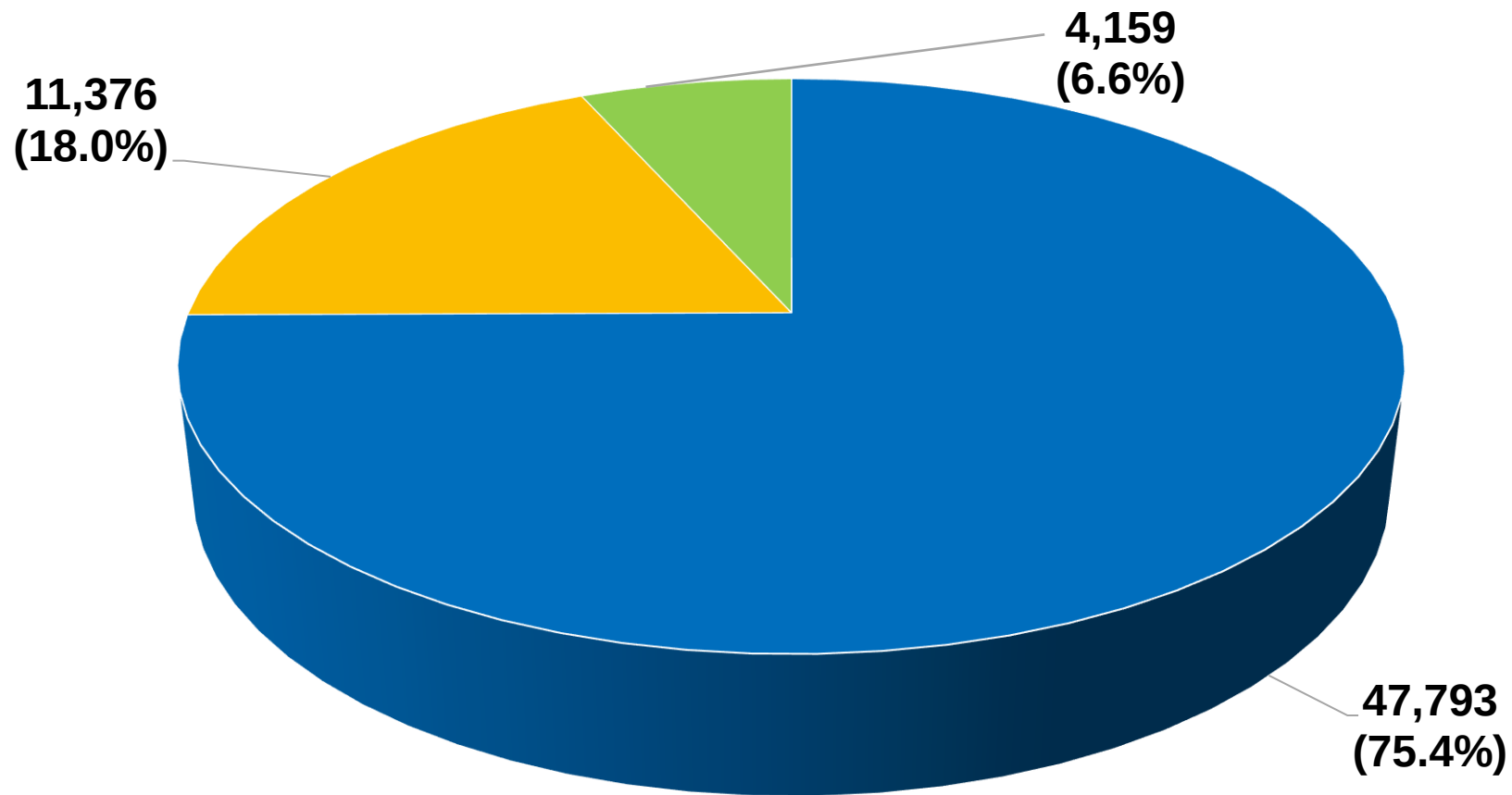


OBC (10 regiones)

Resultados Semestre II (Enero-junio) – IVD Tamizaje

INDICADOR		RESULTADO SEMESTRE I	META SEMESTRE I	%
Número de POBLACIÓN CLAVE que se ha sometido a PRUEBAS DE VIH durante el período de informe y conocen los resultados.	Global	63,328	68,596	92.3%
Número de HSH que se ha sometido a PRUEBAS DE VIH durante el período de informe y conocen los resultados.	HSH Tamizados	45,875	47,956	95.7%
Número de Mujeres Trans que se ha sometido a PRUEBAS DE VIH durante el período de informe y conocen resultados.	MT Tamizados	2,901	4,749	61.1%
Número de Trabajadoras Sexuales que se ha sometido a PRUEBAS DE VIH durante el período de informe y conocen resultados.	TS Tamizadas	14,552	15,891	91.6%

TAMIZAJE – Tipo de Ofertas



Meta: 68,596
Logro: 63,328
Alcance: 92.3%

■ Oferta Móvil ■ Oferta Fija ■ Oferta Comunitaria

Fortalezas y Oportunidades de Mejora

- Acercamiento del servicio a los espacios de socialización.
- Amplitud del horario de atención y horario diferenciado.
- Permite alcanzar a población que no llega a los servicios de salud ni son captados por BMU.
- Redes sociales de mayor uso por población clave (Grindr)
- Implementar BMU especializadas en MT.
- Establecer incentivos a EESS que vinculen oportunamente.



Comparativo de Tamizajes Población Clave 2025-2026

POBLACIÓN	2025	2026	%
HSH	22,012	45,875	↑ 108.4
MT	1,748	2,901	↑ 66.0
TS	14,373	14,552	1.2
TOTAL	38,133	63,328	↑ 63.4

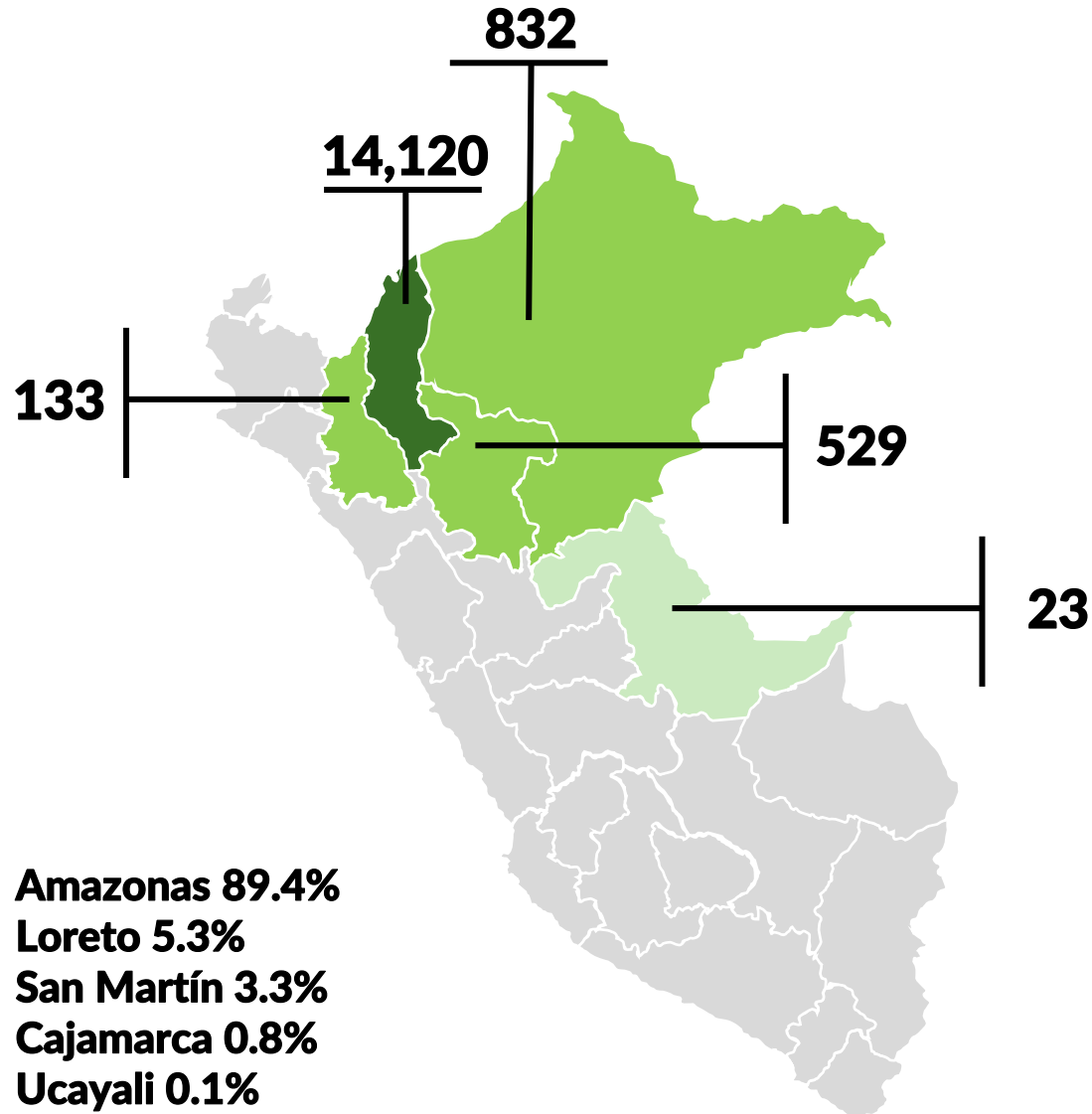
Periodo enero-junio 2025 y 2026

Resultados Semestre II (Enero-junio) – IVD Tamizaje

INDICADOR		RESULTADO SEMESTRE I	META SEMESTRE I	%
Número de POBLACIÓN INDÍGENA que se ha sometido a PRUEBAS DE VIH durante el período de informe y conocen los resultados.	Población Indígena Tamizada	15,795	11,500	137.3%



LOGROS Y ACCIONES A IMPLEMENTAR



- Estrategias de Brigadas Móviles Amazónicas, EESS descentralizados y Técnicos Indígenas en Amazonas.
- Respuesta más sólida del MINSA: pruebas rápidas, TAR, PrEP...
- Aceptación de las intervenciones por parte de los líderes indígenas.
- Mayor identificación de etnia por parte del personal de salud en el sistema de información.

Comparativo de Tamizajes Población Indígena 2025-2026

POBLACIÓN	2025	2026	%
Población Indígena	16,017	15,795	- 1.4

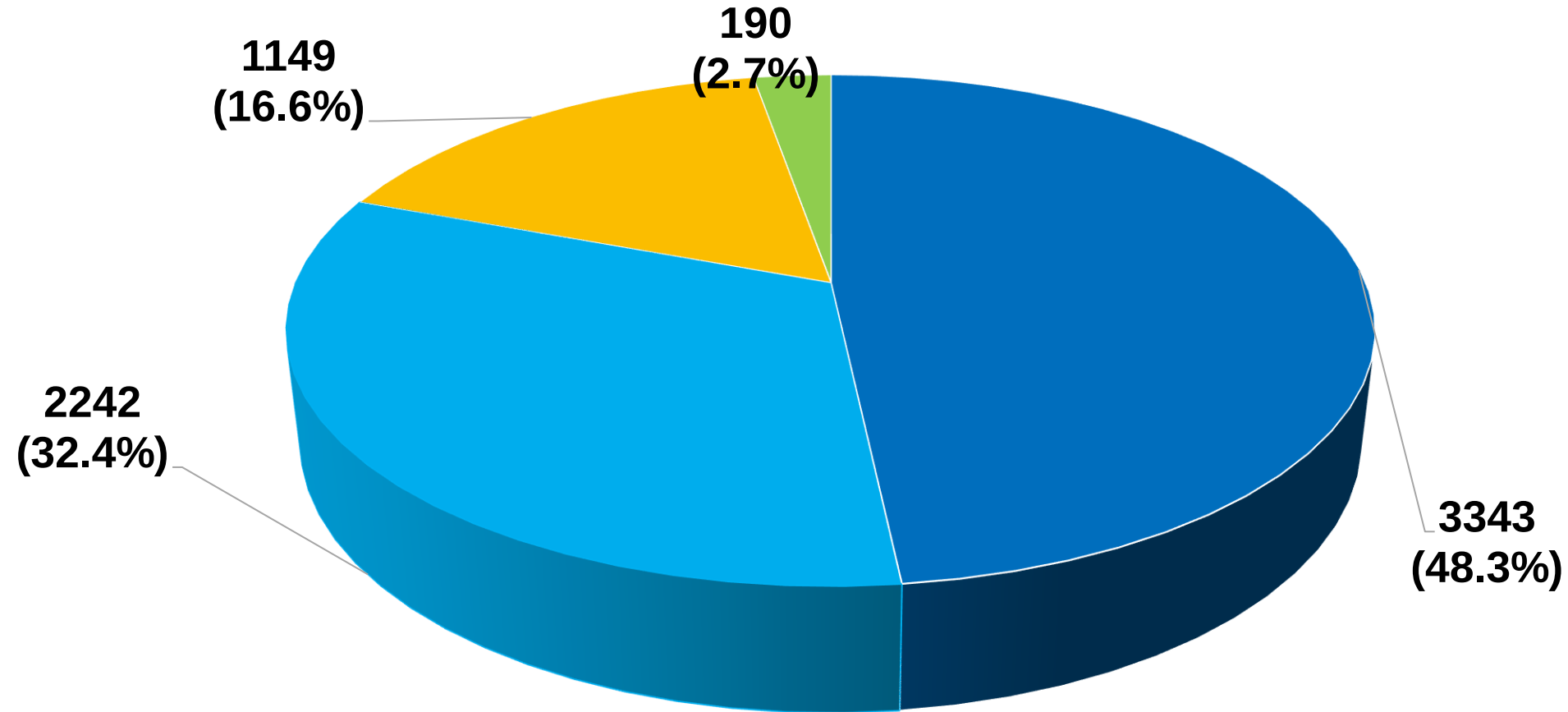
Periodo enero-junio 2025 y 2026

Resultados Semestre II (Enero-junio) – IVD PrEP

INDICADOR		RESULTADO SEMESTRE I	META SEMESTRE I	%
Número de POBLACIÓN CLAVE que recibió algún PRODUCTO PrEP al menos una vez durante el período de reporte.	Global	6,924	6,970	99.3%
Número de HSH que recibió algún PRODUCTO PrEP al menos una vez durante el período de reporte.	HSH en PrEP	4,880	5,979	81.6%
Número de Mujeres Trans que recibió algún PRODUCTO PrEP al menos una vez durante el período de reporte.	MT en PrEP	264	652	40.5%
Número de Trabajadoras Sexuales que recibió algún PRODUCTO PrEP al menos una vez durante el período de reporte.	TS en PrEP	1,124	339	331.6%

Periodo enero-junio 2025 y 2026

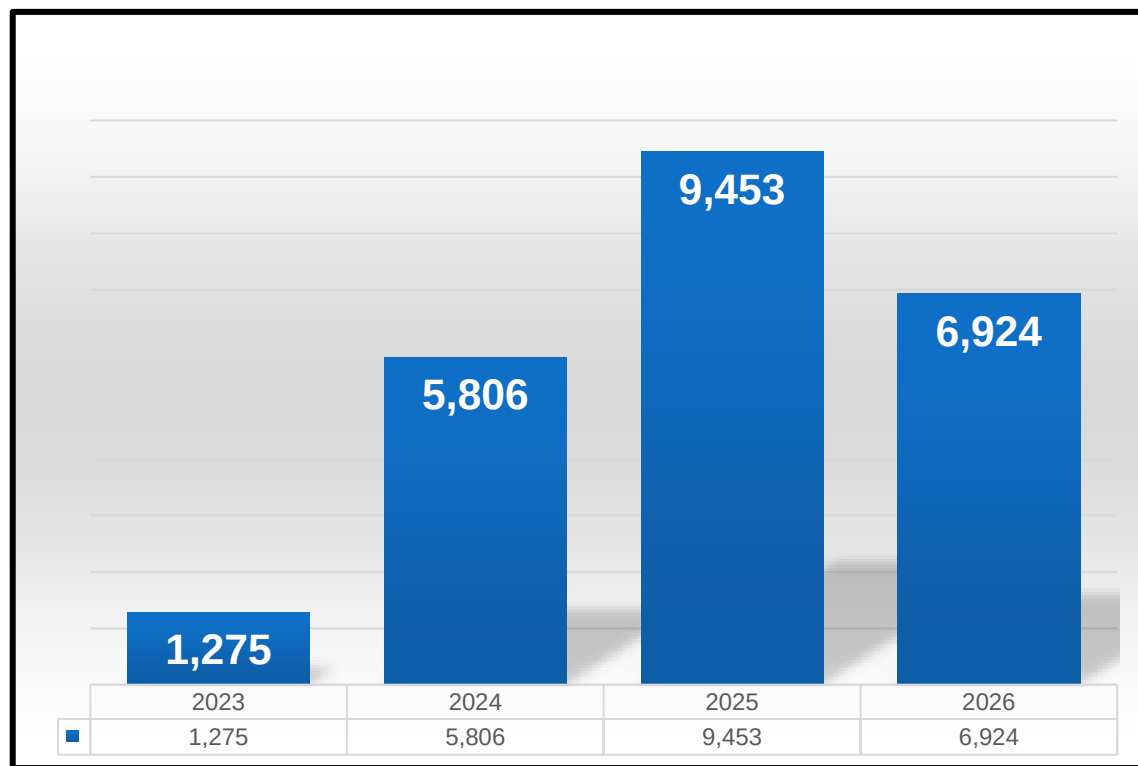
PrEP – Tipo de Ofertas



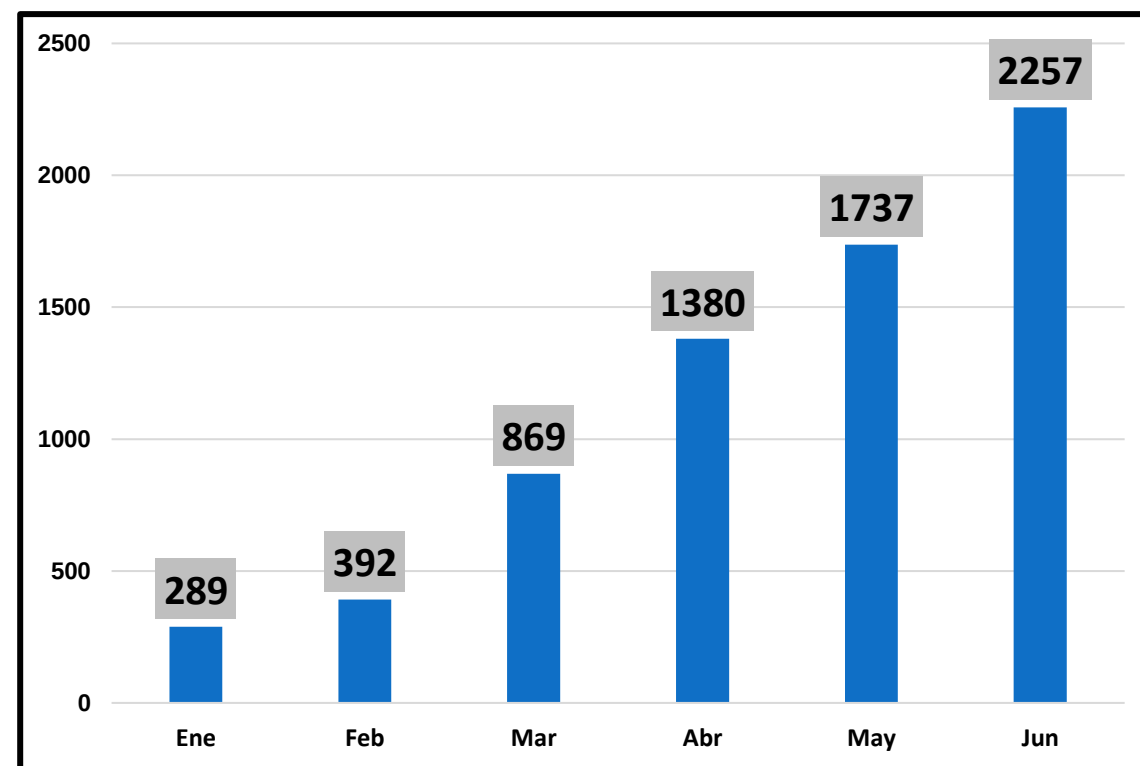
Meta: 6,970
Logro: 6,924
Alcance: 99.3%

■ MINSA ■ FIJA ■ MOVIL ■ COMUNITARIA

Evolución de la PrEP en Perú 2023-2026



Usuarios en PrEP 2023-2026



Usuarios en PrEP por mes 2026

Logros Trimestre I – IVD TAR

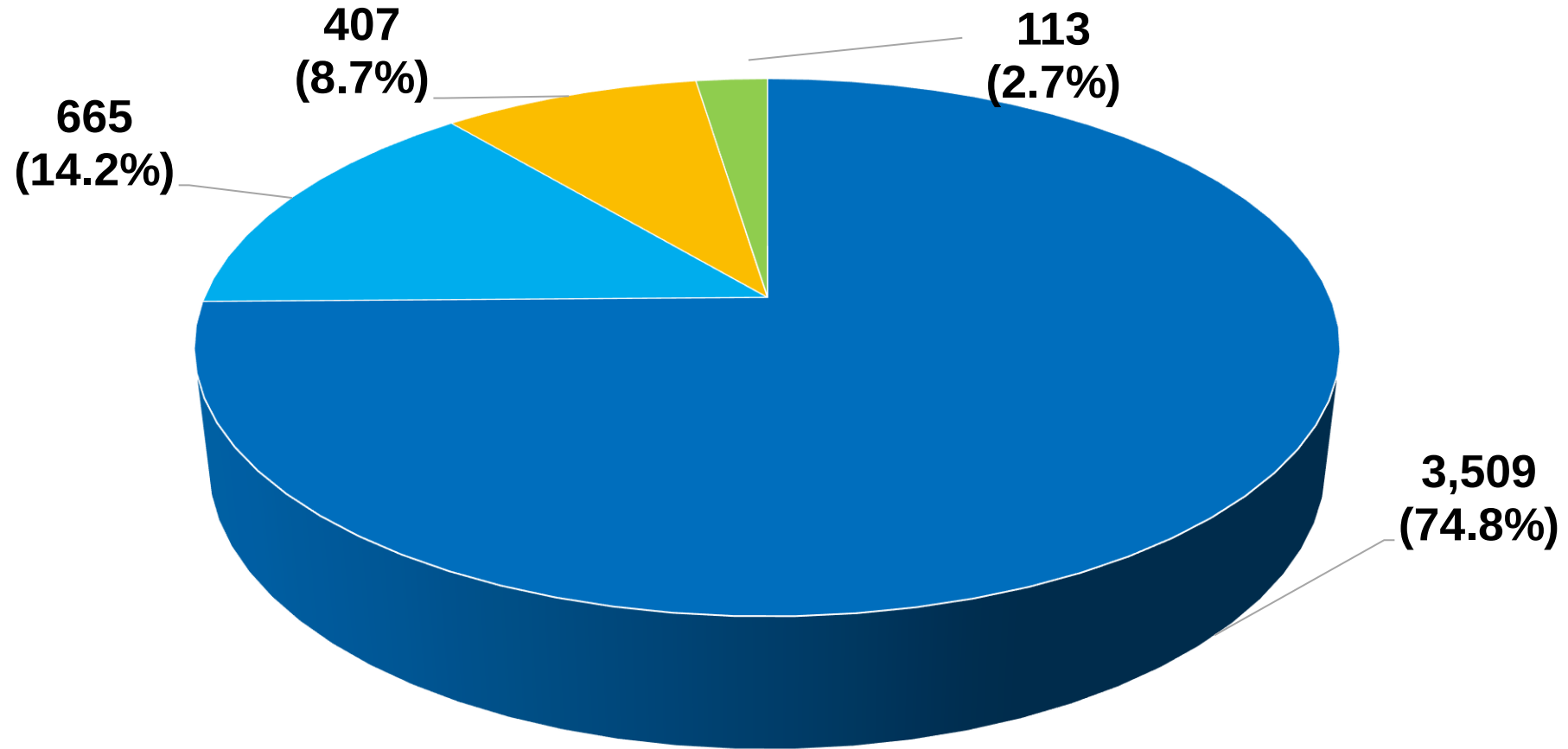
INDICADOR		RESULTADO SEMESTRE I	META SEMESTRE I	%
Número de personas que RECIBEN TAR entre todas las personas que viven con el VIH al final del período de reporte.	Global	4,694	4,035	116.3%

Nuevos ingresos y recuperación de abandonos en 2026

INDICADOR		RESULTADO SEMESTRE I	META AÑO I	%
Número de personas que RECIBEN TAR entre todas las personas que viven con el VIH al final del período de reporte.	Global	113,221	110,149	102.8%

Total PVV en TAR en 2026

TAR – Tipo de Ofertas



Meta: 4,694
Logro: 4,035
Alcance: 116.3%

■ MINSA ■ FIJA ■ MOVIL ■ COMUNITARIA

CONCLUSIONES



El pago por resultados ha sido un desafío; sin embargo, ha contribuido a mejorar la vinculación PrEP y TAR.



Se ha logrado automatizar la revisión de los resultados de las distintas estrategias.



Se ha identificado estrategias para mejorar los resultados (incentivos a EESS, BMU especializadas, OBC, entre otras).



En los próximos días se realizará la reasignación de metas para las OBC.



Se ha fortalecido el uso del sistema de información por parte de los equipos que se encuentran en PxR.



Hay una abundante carga administrativa que demanda esfuerzo y tiempo: contratos, renovaciones, renunciaciones.



No todo EESS nuevo puede ser parte de PxR debido al cumplimiento de las metas.



No todo el personal contratado ha podido continuar en el proceso de PxR.



GRACIAS.



PERÚ

Ministerio
de Salud

Subvención TB/VIH 2026-2028: “Reducir la carga del VIH y la tuberculosis en el Perú garantizando el acceso a servicios de salud integrales, oportunos y de calidad”

Avances del 1^{er} Semestre 2026 de la Subvención TB/VIH 2026 - 2028

Dra. Valentina Antonieta Alarcón Guizado

Directora ejecutiva

Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis

Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

Ministerio de Salud

20 de julio de 2026, Lima, Perú



Gobierno del Perú



INDICADORES VINCULADOS AL DESEMBOLOSO

IVD3:

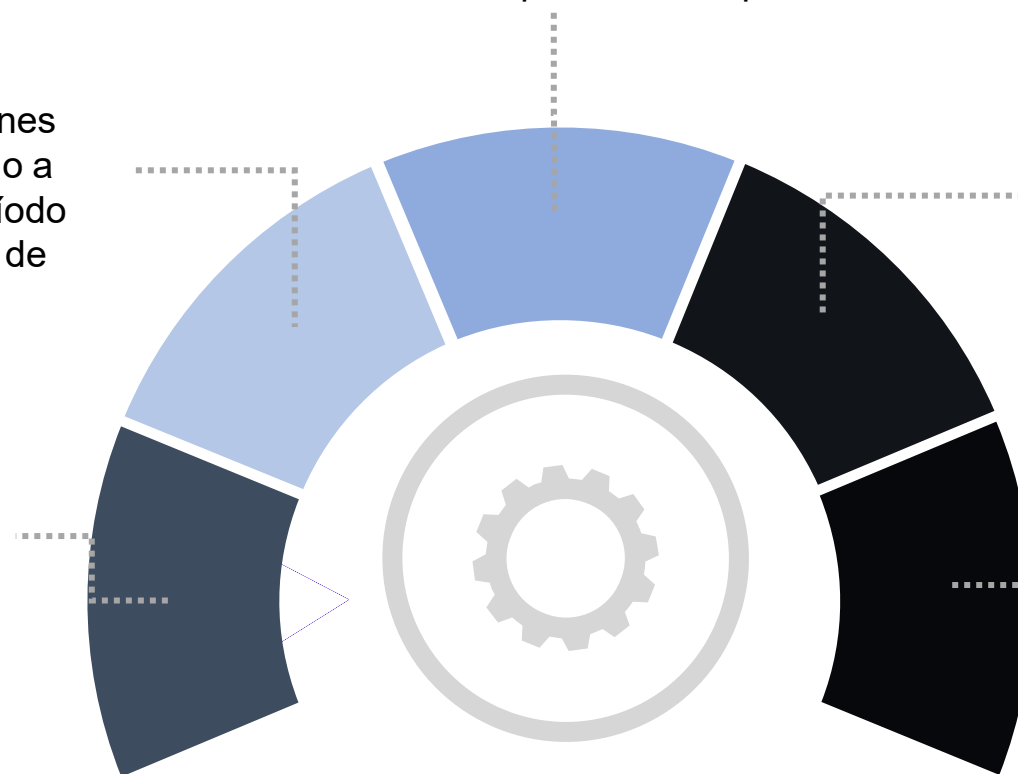
Número de personas que **RECIBEN TAR** entre todas las personas que viven con el VIH al final del período de reporte.

IVD2:

Número de personas de las poblaciones clave y vulnerable que se ha sometido a una **PRUEBA DE VIH** durante el período de reporte en programas específicos de PCV y que conocen sus resultados.

IVD1:

Número de personas de las poblaciones clave que recibieron algún **PRODUCTO PrEP** al menos una vez durante el período de reporte.



IVD4:

Número de **PERSONAS TAMIZADAS PARA TB** mediante radiología con inteligencia artificial (IA).

IVD5:

Porcentaje de **ÉXITO DE TRATAMIENTO** en pacientes con TB – RR y/o TB-MDR.

IVD 1-2-3: PERTENCEN A VIH

IVD 4-5: PERTENECEN A TB

IVD4: NÚMERO DE PERSONAS TAMIZADAS PARA TB MEDIANTE RADIOLOGÍA CON INTELIGENCIA ARTIFICIAL (IA)

BÚSQUEDA ACTIVA DE TB A NIVEL NACIONAL 2026 - 2028



DIRIS-DIRESA-GERESA CON BAT

29

TERRITORIOS SANITARIOS INTERVENIDOS

ALGORITMO DE TAMIZAJE

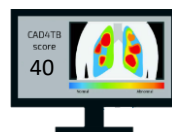
RAYOS X CON IA + BIOLOGIA MOLECULAR + EVALUACIÓN CLÍNICA

INSTRUMENTOS PARA EL TAMIZAJE

Rayos X portátil



Inteligencia artificial



Biología molecular



Personal de Salud



METAS DE IVD 4 PARA SUBVENCIÓN TB/VIH 2026 - 2028

CENTROS PENITENCIARIOS

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

META PROGRAMADA
2026 - 2028
92,097

META PROGRAMADA
2026 - 2028:
468,160

META PROGRAMADA
2026 - 2028:
34,560

HOTSPOT – COMUNIDAD CON MAYOR RIESGO DE TRANSMISIÓN DE TUBERCULOSIS

META PROGRAMADA 2026 – 2028:
594,817

IVD4: AVANCES AL PRIMER SEMESTRE 2026

TAMIZAJES REALIZADOS · I SEM.
86,657
Meta I Sem.: 76,766

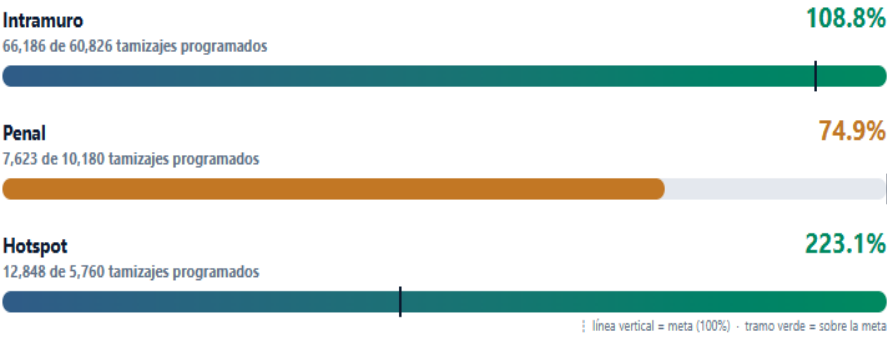
CUMPLIMIENTO META SEMESTRAL
112.9% vs. 100%
Superávit de 9,891 tamizajes sobre lo programado

AVANCE DE META ANUAL 2026
48.4%
Meta anual país: 178,960 tamizajes

POSITIVIDAD IA (SOSPECHA TB)
9.4%
8,130 lecturas "anormal" de 86,657

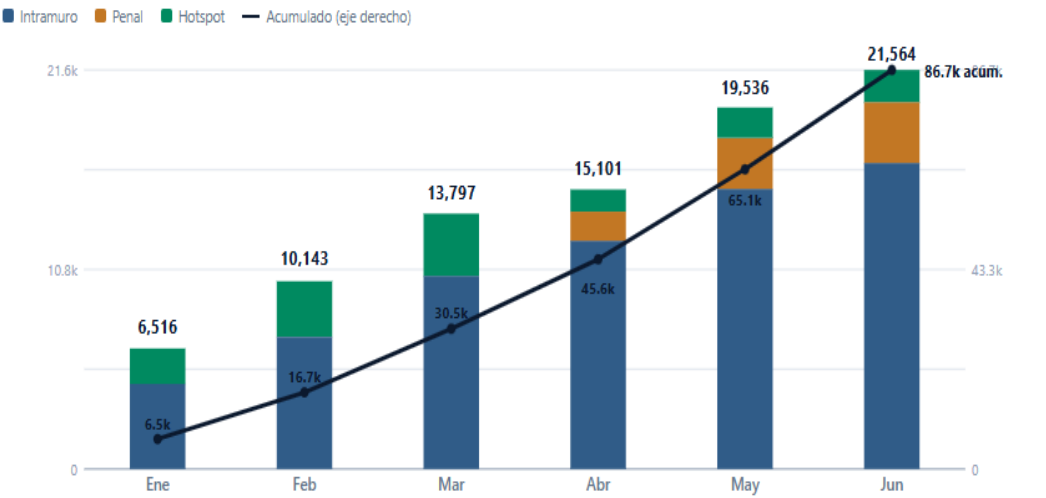
CUMPLIMIENTO DE META SEMESTRAL POR GRUPO

Avance vs. meta, I Sem. 2026



AVANCE MENSUAL Y ACUMULADO DE TAMIZAJES

Ene-jun 2026 - barras: mensual por grupo - línea: acumulado



- **Intramuro** (66,186; 76% del total) supera su meta en 8.8%, con salto de +98% entre T1 y T2.
- **Hotspot** lidera el sobrecumplimiento relativo (223.1%), con tendencia decreciente desde marzo.
- **Penal**, activo desde abril (sin meta en T1), llega a 74.9% de su meta semestral y acelera mes a mes.

DETALLE DE AVANCE POR TRIMESTRE Y CONSOLIDADO SEMESTRAL, POR GRUPO DE INTERVENCIÓN

Grupo	Trimestre 1 (Ene-Mar)			Trimestre 2 (Abr-Jun)			Consolidado I Semestre			Positividad IA (S1)
	Avance	Meta	%	Avance	Meta	%	Avance	Meta	%	
Intramuro	22,179	30,413	72.9%	44,007	30,413	144.7%	66,186	60,826	108.8%	9.5%
Penal	0	0	Sin meta	7,623	10,180	74.9%	7,623	10,180	74.9%	11.4%
Hotspot	8,277	2,880	287.4%	4,571	2,880	158.7%	12,848	5,760	223.1%	7.6%
Total país	30,456	33,293	91.5%	56,201	43,473	129.3%	86,657	76,766	112.9%	9.4%



IVD4: AVANCES OAT'S AL PRIMER SEMESTRE 2026

I. MARCO ESTRATÉGICO ANUAL (2026)

Anual

META PROGRAMADA TOTAL 2026

24,400 tamizados

Estructura anual de captación de pacientes con sospecha de TB mediante el apoyo de personal de OAT. El plan mantiene una carga anual estable enfocada en las dos líneas de acción prioritarias:

DISTRIBUCIÓN DE META OPERATIVA 2026

INTRAMURO OAT

22,000 (90.2%)

HOT SPOT OAT

2,400 (9.8%)



AVANCE REAL S1

13,664 Tamizados

EJECUCIÓN 2026

56.0% Logrado

II. PROGRAMACIÓN TRIMESTRAL (2026)

Hitos Trimestrales

CARGA DE OPERACIONES MENSUALIZADA

24,400 tamizados planificados

Distribución de metas por trimestre para el primer año de operaciones. Evalúa el desempeño alcanzado frente a la meta semestral acumulada de T1 y T2:

METAS Y AVANCES POR TRIMESTRE - 2026



ESTATUS DEL PERIODO (SEMESTRE I):

El primer semestre del año 2026 cierra con un **112.0% de avance** del plan de contingencia semestral (13,664 / 12,200), alcanzando el 56.0% de la meta anual programada para el periodo fiscal.

III. RESULTADOS OPERATIVOS S1-2026

Rendimiento

Avance real consolidado por componentes de ejecución frente al marco conceptual planificado para el periodo seleccionado:

1. CONSOLIDADO TOTAL OAT

112.0% Cumplimiento

Meta Programada: 12.200 tamizados

Avance Realizado: 13.664 tamizados

108.6% Cumplimiento

2. COMPONENTE INTRAMURO OAT

Meta Programada: 11.000 tamizados

Avance Realizado: 11.943 tamizados

3. COMPONENTE HOT SPOT OAT

143.4% Cumplimiento

Meta Programada: 1200 tamizados

Avance Realizado: 1721 tamizados

IVD4: AVANCES AL PRIMER SEMESTRE 2026

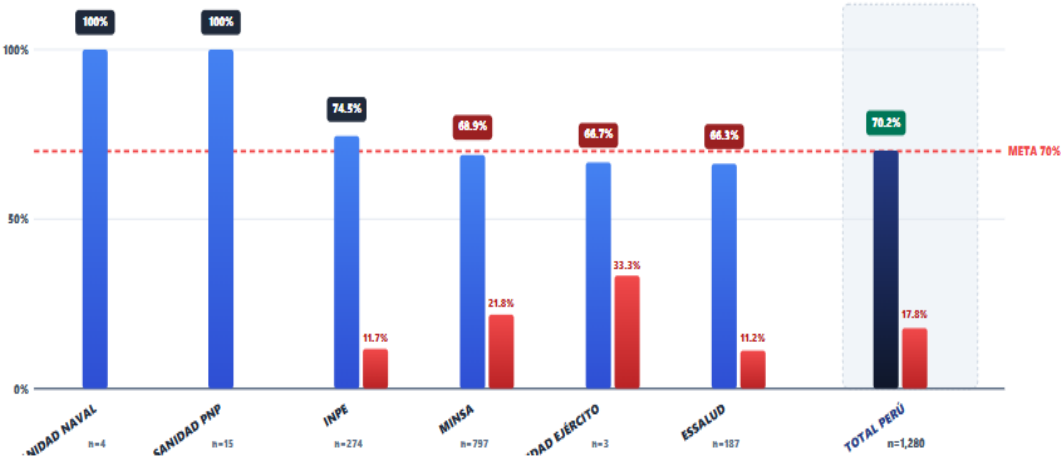


IVD5: PORCENTAJE DE ÉXITO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TB – RR Y/O TB-MDR – AVANCE 1 SEMESTRE 2026

COHORTE 2024 · ANÁLISIS DE SUBSECTOR SANITARIO Y ESQUEMAS CLÍNICOS

ÉXITO DE TRATAMIENTO Y ABANDONO POR INSTITUCIÓN VS. META (70%)

Comparativa robusta de la cohorte consolidada de 1,280 casos de TB-RR/TB-MDR con etiquetas claras

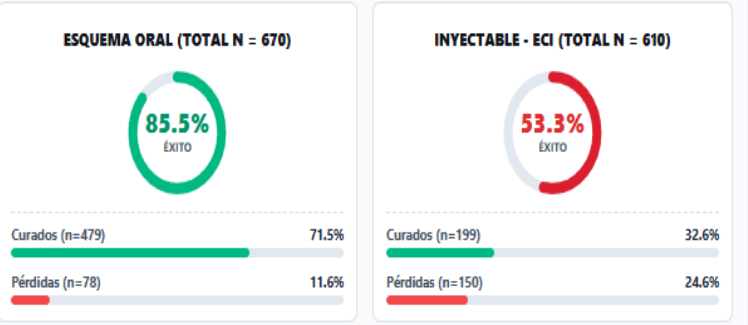


Éxito de Tratamiento Pérdida en el Seguimiento -- Meta Operativa 70%

COHORTE TOTAL EVALUADA
N = 1,280 CASOS

ÉXITO PAÍS
70.2%

DESEMPEÑO CLÍNICO POR ESQUEMA



DETALLE DE RESULTADOS DE TRATAMIENTO POR INSTITUCIÓN

Subsector / Institución	Éxito	Fallecidos	Pérdida Segto.	No Evaluado	Total
MINSA	549 (68.9%)	68 (8.5%)	174 (21.8%)	6 (0.8%)	797
INPE	204 (74.5%)	10 (3.6%)	32 (11.7%)	28 (10.2%)	274
ESSALUD	124 (66.3%)	12 (6.4%)	21 (11.2%)	30 (16.0%)	187
SANIDAD PNP	15 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	15
SANIDAD NAVAL	4 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4
SANIDAD EJÉRCITO	2 (66.7%)	0 (0%)	1 (33.3%)	0 (0%)	3
TOTAL PERÚ	898 (70.2%)	90 (7.0%)	228 (17.8%)	64 (5.0%)	1,280

RESULTADOS POR TIPO DE ESQUEMA TB MDR/RR (COHORTE 2024)

Esquema	Curado	Trat. Compl.	Éxito	Fallecidos	Pérdida Seg.	No Evaluado	Total
ESQUEMA ORAL	479 (71.5%)	94 (14.0%)	573 (85.5%)	19 (2.8%)	78 (11.6%)	0 (0.0%)	670
INJECTABLE (ECI)	199 (32.6%)	126 (20.7%)	325 (53.3%)	71 (11.6%)	150 (24.6%)	64 (10.5%)	610
TOTAL PERÚ	678 (53.0%)	220 (17.2%)	898 (70.2%)	90 (7.0%)	228 (17.8%)	64 (5.0%)	1,280



IVD5: AVANCES OAT'S AL PRIMER SEMESTRE 2026

I. MARCO ESTRATÉGICO ANUAL (2026)

Anual

META PROGRAMADA TOTAL 2026

827 intervenciones

Estructura anual de captación y acompañamiento social mediante brigadas OAT. El plan mantiene una carga anual enfocada en las líneas prioritarias:

DISTRIBUCIÓN DE META OPERATIVA 2026

CONSEJERÍA DE TB
440 (53.2%)

ACCESO SISFOH
352 (42.5%)

17.2%
AVANCE

AVANCE REAL S1
142 Intervenciones

EJECUCIÓN 2026
17.2% Logrado

II. PROGRAMACIÓN TRIMESTRAL (2026)

Hitos Trimestrales

CARGA DE OPERACIONES MENSUALIZADA

827 intervenciones planificadas

Distribución de metas por trimestre para el primer año de operaciones. Evalúa el desempeño alcanzado frente a la meta semestral acumulada de T1 y T2:

METAS Y AVANCES POR TRIMESTRE - 2026



ESTATUS DEL PERIODO (SEMESTRE I):

El primer semestre del año 2026 cierra con un **36.0% de avance** del plan de contingencia semestral (142 / 394), alcanzando el 17.2% de la meta anual programada para todo el período fiscal.

III. RESULTADOS OPERATIVOS S1-2026

Rendimiento

Avance real consolidado por componentes de ejecución frente al marco conceptual planificado para el período seleccionado:

1. CONSOLIDADO TOTAL OAT

36.0% Cumplimiento

Meta Programada: 394 intervenciones

Avance Realizado: 142 intervenciones

2. CONSEJERÍA DE TB

56.4% Cumplimiento

Meta Programada: 220 intervenciones

Avance Realizado: 124 intervenciones

3. ACCESO SISFOH

11.4% Cumplimiento

Meta Programada: 158 intervenciones

Avance Realizado: 18 intervenciones

Terapia preventiva: actividad sin programación durante todo el año 2026. inicio operativo programado en el 2027 (con una meta de 550 pacientes) y con continuidad en el año 2028 (con una meta de 880 pacientes)





Gracias

PROYECTO 461 · FONDO MUNDIAL · PERÚ

**Reducir la Carga del VIH y la Tuberculosis en Perú
Garantizando el Acceso a Servicios Sanitarios Integrales de Calidad y
Oportunos 2026 – 2028**

Avance de Ejecución Presupuestal 2026

Enero — Junio 2026

Ejecución Financiera

Avance de Ejecución Financiera · 2026

PPR IVD1–IVD5 · Enero – Junio 2026

Presupuesto 2026		Ejecución Junio 2026		% Avance		Saldo. Año 1	
\$ 9,004,427		\$ 4,543,587		50%		\$4,460,840	

IVD	Descripción	Presupuesto Año 1	Ejecución Enero – Junio 2026	% Avance Año 1	Saldo Año 1
IVD 1	PrEP – Profilaxis Pre-Exposición al VIH	\$925,535	\$393,912	43%	\$531,623
IVD 2	Tamizados – Pruebas de VIH en Población Clave	\$1,594,997	\$754,869	47%	\$840,128
IVD 3	TAR	\$1,307,382	\$624,221	48%	\$683,161
IVD 4	TB Diagnóstico – Tamizados con RX + IA	\$1,789,359	\$1,116,680	62%	\$672,678
IVD 5	TB Tratamiento – Tasa de Éxito TB-RR/DR	\$799,153	\$290,429	36%	\$508,724
-	Insumos	\$2,587,999	\$1,363,475	53%	\$1,224,525
TOTAL		\$9,004,427	\$4,543,587	50%	\$4,460,840

Nota: la ejecución presupuestal de la línea de insumos obedece al registro de las cotizaciones Wambo y GDF - en proceso de aprobación en las plataformas . Fuente: Reporte Ejecución Presupuestal Junio 2026.

SITUACIONES DE ENFERMEDAD DE TUBERCULOSIS (TB) Y VIH ENTRE TRABAJADORAS SEXUALES TRANS Y CIS EN EL CENTRO DE LIMA, PERÚ

K Solari, A Silva-Santisteban, V Vega, C Nieto2 K Peeters Grietens, S Dens & A Perez-Brumer, Juan Carlos Ramírez



Financiada:

Investigación sobre la implementación para abordar las enfermedades infecciosas asociadas a la pobreza en entornos urbanos y periurbanos con una perspectiva de género interseccional.



Desarrollada:



Contexto

Perú mantiene una de las mayores cargas de tuberculosis (TB) y tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR) en las Américas (OMS, 2026)

Lima y Callao reportan el 54,7 % de los casos de TB, el 73,3 % de los casos de TB-MDR y el 90 % de los casos de TB-XDR (MINSA, 2025)

El VIH continúa concentrado en poblaciones clave como HSH y trabajadoras sexuales, particularmente en mujeres transgénero, cuya prevalencia alcanza un 33,4% (CDC Perú, 2024)

Lima también presenta algunas de las tasas más elevadas de coinfección TB-VIH a nivel nacional (MINSA, 2022)

Preguntas

Cómo las situaciones urbanas influyen en los riesgos de TB y VIH.

Cómo estas vulnerabilidades se producen de manera diferente según género, lugar de origen, edad y condiciones laborales.

Qué estrategias desarrollan los grupos sociales para proteger su salud.

Objetivo General

Comprender cómo la situación social y espacial de las trabajadoras sexuales trans y cisgénero se intersecta con (a) configuraciones urbanas específicas presentes en la ciudad de Lima y (b) estratificadores sociales (como la identidad de género, el estatus migratorio, la edad y las condiciones laborales) para generar y potenciar riesgos y respuestas a la TB y el VIH en esta población.



Métodos

Objetivo 1: Explorar la situación social y espacial de las trabajadoras sexuales trans y cis en términos de exposición, acceso a los servicios y respuesta a la TB/VIH

Objetivo 2: Identificar, caracterizar y mapear el tejido urbano donde viven y trabajan las participantes

Métodos:

Entrevistas Semi-Estructuradas con población clave	15 Mujeres cisgénero y 20 mujeres trans
Entrevistas Semi-Estructuradas con informantes clave	9 personas (proveedores de salud, funcionarios públicos y líderes sociales)
Observación	2 espacios identificados
Observación Acompañada: Acompañamiento en rutinas diarias y acceso a servicios de salud	4 mujeres cisgénero y 2 mujeres trans

Talleres de Mapas Hablados: Dos (2) talleres con participantes clave sobre experiencias y conocimientos del área de estudio, vivienda y acceso al sistema de salud	2 talleres
Representaciones espaciales: Dibujos de espacios de trabajo sexual y activismo, los cuales pueden ser mapas, secciones, perspectivas, etc.	Mapas de las dos zonas de observación
Representaciones de vivienda: Mediante dibujos arquitectónicos se representaran las viviendas de las participantes	Representación de 8 viviendas

Observación acompañada en vivienda



Taller de mapas hablados

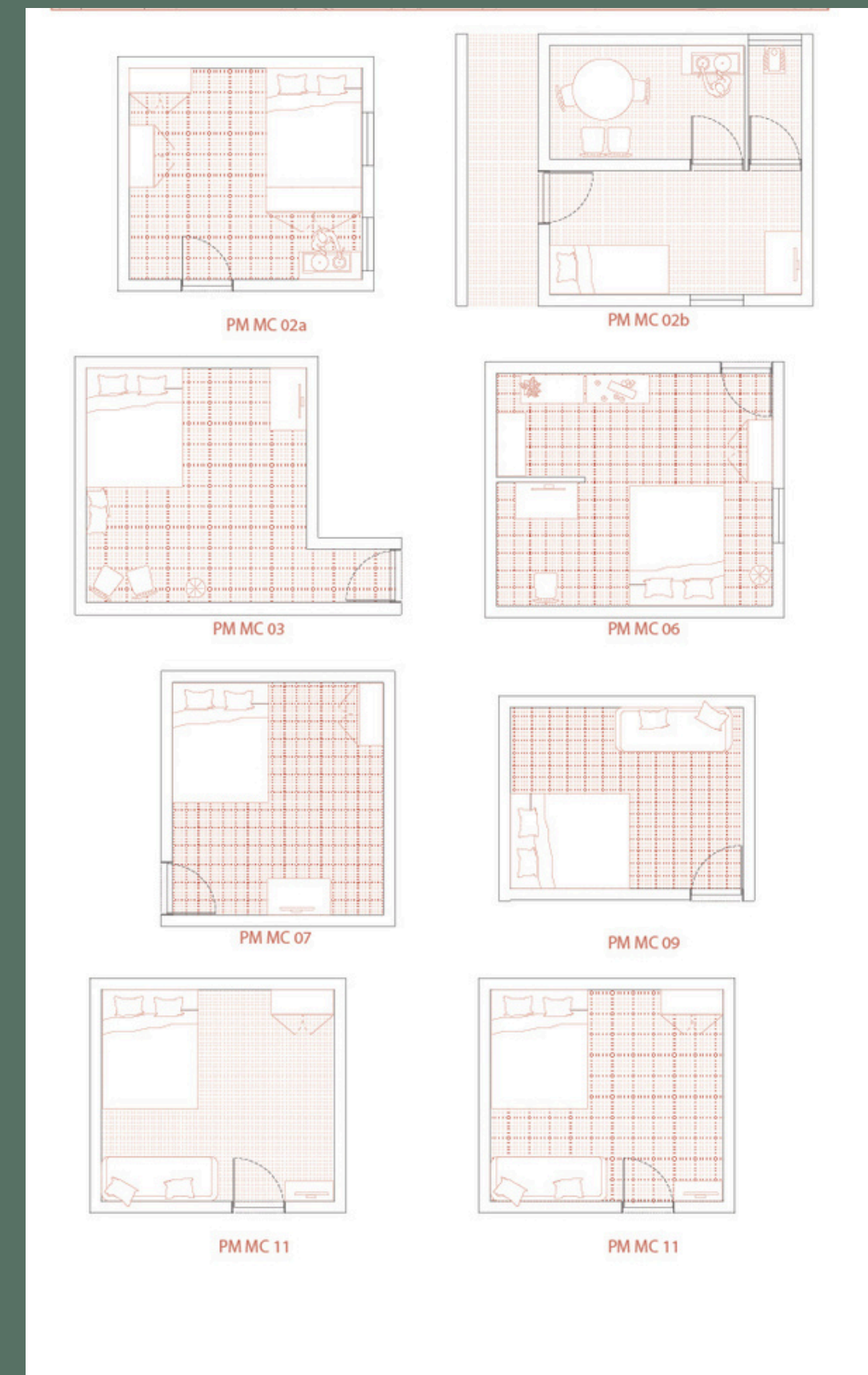
Característica de la vivienda

Las viviendas de las participantes son cuartos pequeños que se encuentran en casonas fraccionadas en múltiples habitaciones donde se comparten espacios comunes como baños, duchas, lavaderos y tendederos.

Se suelen pagar diariamente, y el costo varía entre 25 a 30 soles. En algunas casonas se ofrece un alquiler amueblado (cama, mesa y televisión).

Las habitaciones tienen fuentes de ventilación limitada, en algunos casos, la puerta es la única fuente de ventilación.

La mayoría de las participantes no tiene refrigerador en su cuarto y solo la mitad cuenta con cocina, por lo su alimentación depende de lo que puedan comprar en la calle.

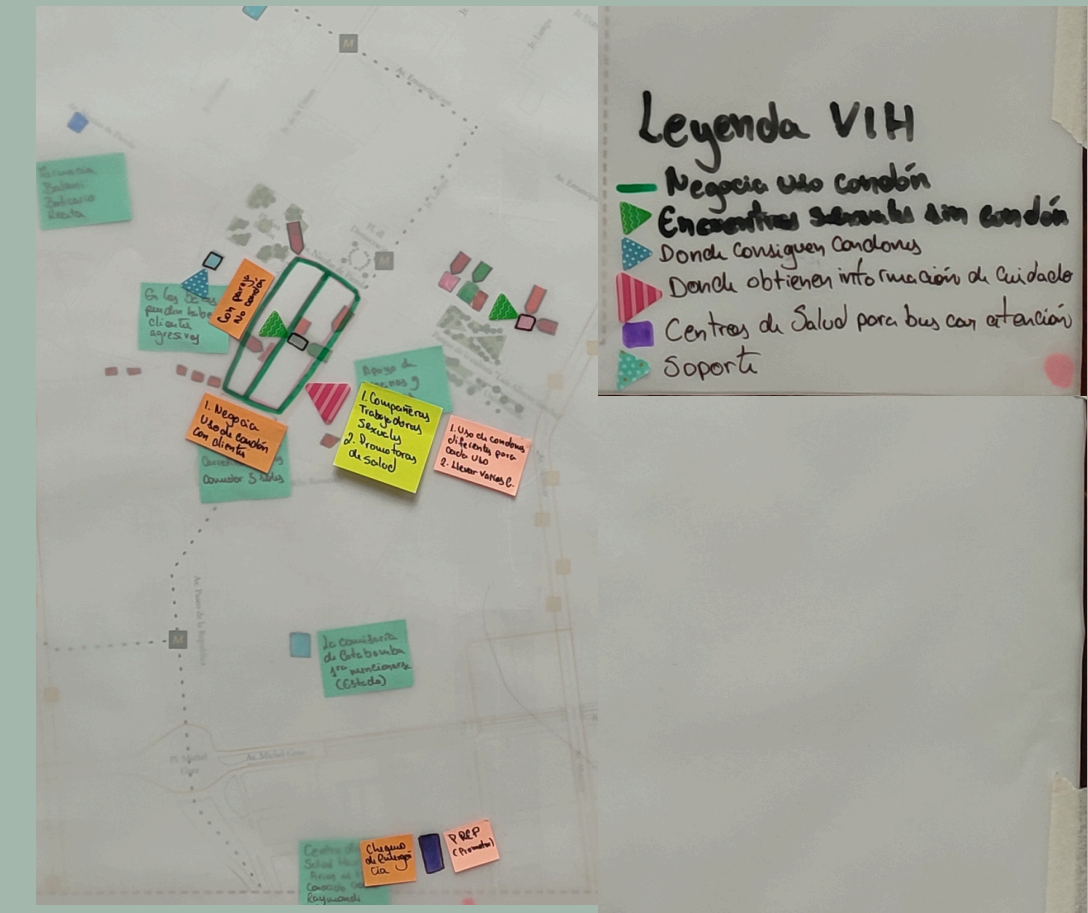
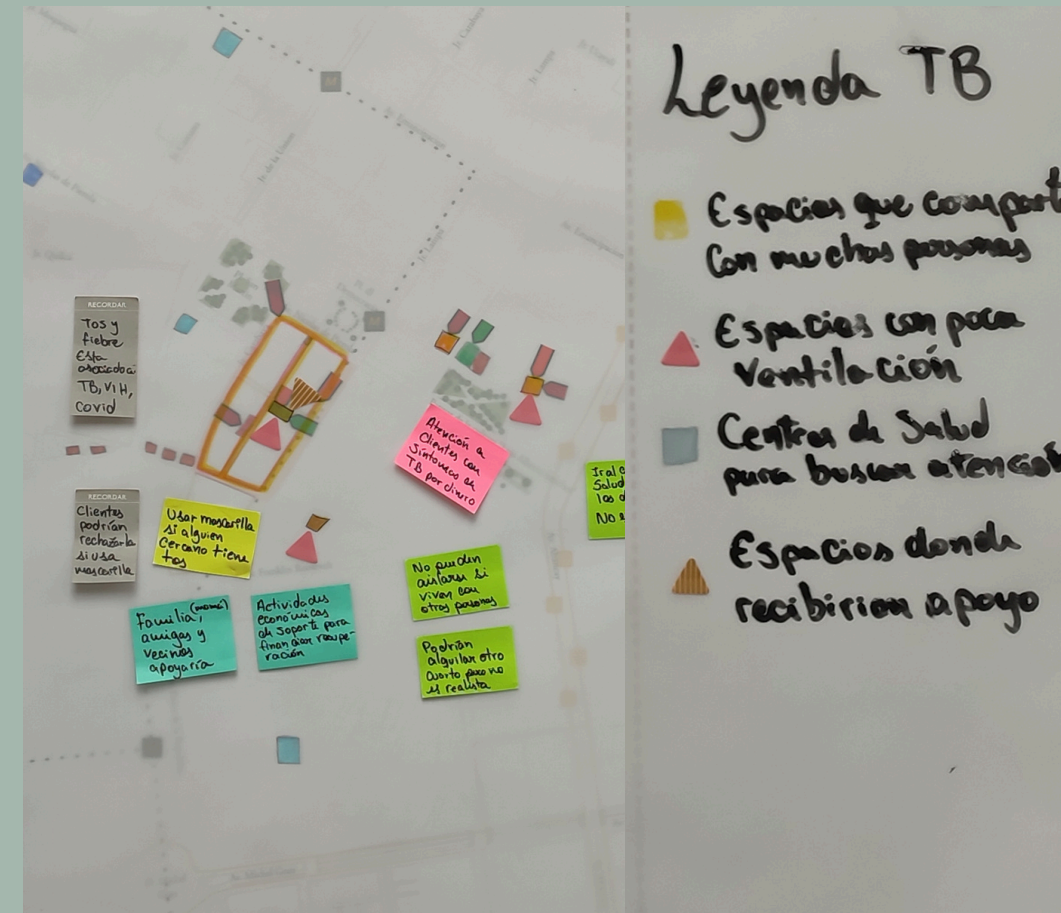
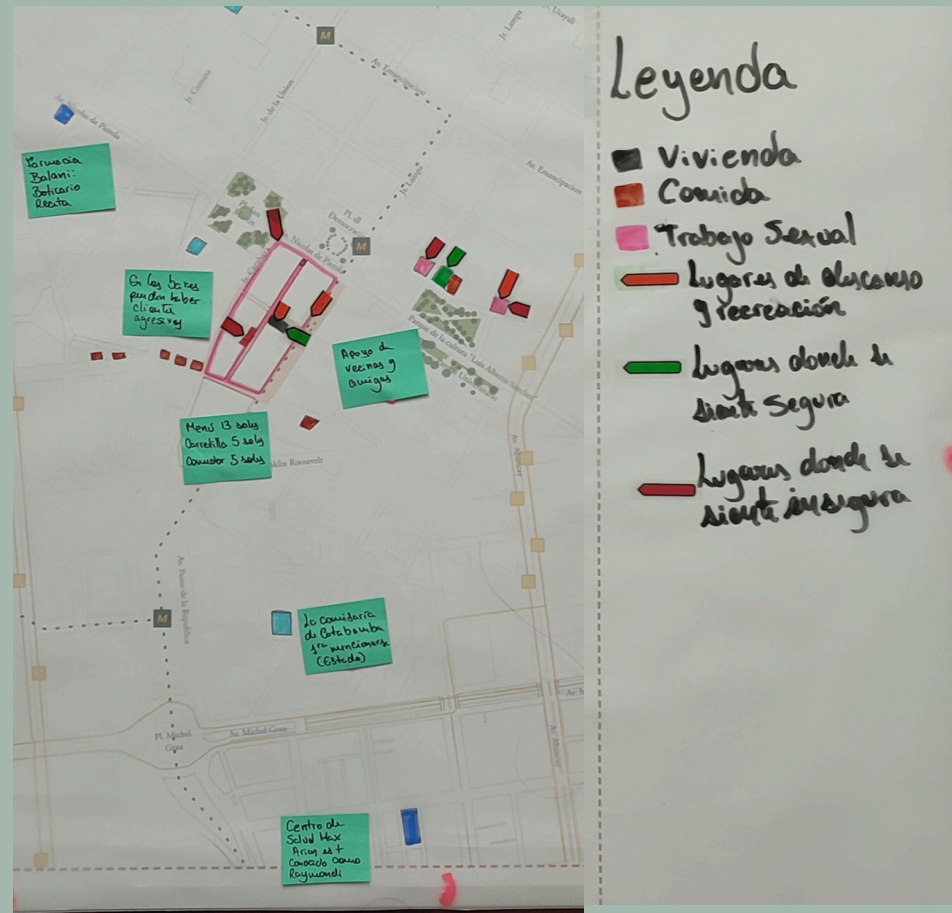




REFLEXIONES PRELIMINARES



Zonas de fricción



Capa 1 Territorio cotidiano

Capa 2 Situación de TB

Capa 3 Situación de VIH

En un mismo espacio se encuentran: CAPA 1: la vivienda, el trabajo sexual, el acceso a alimentos (puestos ambulantes, mercados y comedores), acceso a salud (farmacia, centros de salud y visita de promotores de salud). CAPA 2: lugares donde se entra en contacto con muchas personas (calles de trabajo sexual, vivienda, hoteles, mercados), lugares con poca ventilación (su vivienda y hoteles) y espacios donde puede sentir presión para tener sexo sin condón (espacio de trabajo), o donde la pueden coaccionar a tener sexo sin condón (hoteles). CAPA 3: lugares donde puede encontrar apoyo en caso de enfermarse (compañeras de trabajo, organizaciones de trabajadoras sexuales y vecinas).

¿Qué situaciones potencian riesgos frente a la TB?

- Viviendas hacinadas
- Ser una persona viviendo con VIH
- Estar en contacto con muchas personas por el trabajo sexual.
- Trabajar en hoteles con habitaciones fraccionadas y poco ventiladas.
- Ritmos de alimentación alterados por horarios de trabajo sexual.

¿Qué situaciones generan respuestas de cuidado frente a la TB?

- Acceso a alimentación asequible gracias al comedor parroquial y los vendedores ambulantes de comida de la zona. En caso de ser diagnosticada, tarjeta de alimentos.
- Contar con una red de apoyo (compañeras y vecinas) que te brinde ayuda económica (actividades pro-fondo) en caso de enfermar.
- Visitas a centros de salud para chequeos regulares.
- Atención dirigida a los pacientes para cumplir tratamiento.



¿Qué situaciones potencian riesgos frente al VIH?

- Sexo sin preservativos en el TS debido a presiones económicas (eje: alimentación de hijos, pago de vivienda).
- Ser migrante indocumentada y no conocer el sistema de salud.
- Clientes que se quitan el condón sin su consentimiento.
- No conocer la ruta de atención en caso se tenga contacto de riesgo.



¿Qué situaciones generan respuestas de cuidado frente al VIH?

- Acceso a condones y revisiones periódicas gratuitas en los centros de salud.
- Trato cercano y libre de estigmatización.
- Visita de promotores a las zonas de TS
- Información compartida entre compañeras para el autocuidado.
- Contar con una red de apoyo (compañeras y vecinas) que te brinde ayuda económica (actividades pro-fondo) en caso de enfermar.



Próximas actividades

Objetivo 3: Generar evidencia breve y accionable para promover intervenciones desde una perspectiva de género interseccional, tomando en cuenta el contexto urbano para la prevención de la TB/VIH en trabajadoras sexuales transgénero y cisgénero, basada en un análisis interdisciplinario y participativo.

Método

Trabajo de campo: • Completar entrevista con informantes clave	Laboratorio comunitario (LAB-1): Una sesión de presentación de resultados y feedback para validar las interpretaciones y reflexionar colectivamente sobre sus implicaciones.
Análisis: • Modificación del codebook • Codificación de entrevistas • Representaciones espaciales	Laboratorio con especialistas (LAB-2): Una sesión para presentar resultados preliminares con el fin de promover intervenciones contextualizadas con enfoque de género.

Gracias

Referencias

- Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. (2024). Boletín VIH 2024: Situación epidemiológica del VIH-SIDA en el Perú.
- Errea, R., Puma, D., Gonzales, E., Rodríguez, C., Hernández, N. G., Ramos, K., Ramos, L., Rondón, D., Tovar, M., Lecca, L., & Peinado, J. (2025). Mujeres transgénero en Lima, Perú: una población con alto riesgo de tuberculosis. *Acta Médica Peruana*, 42(1), 78–80. <https://doi.org/10.35663/amp.2025.421.3219>
- Hinchliffe, S., Bingham, N., Allen, J., & Carter, S. (2017). *Pathological Lives: Disease, Space and Biopolitics*. John Wiley & Sons.
- Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza de Lima Metropolitana. (2025, 21 de julio). Alerta N.º 02-2025-MCLCP Lima Metropolitana: Urge fortalecer y articular las políticas de prevención en los distritos de Lima Metropolitana frente a los determinantes sociales de la salud para ponerle fin a la tuberculosis.
- Ministerio de Salud del Perú, Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis. (2022, diciembre). Boletín de Tuberculosis N.º 03 – diciembre de 2022, Volumen 3(6).
- Ministerio de Salud. (2025). Reporte de Seguimiento del Programa Presupuestal 0016: TB-VIH/SIDA. Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis (DPCTB). Lima, Perú: MINSA. Recuperado de https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2025/reporte-seguimiento/Reporte_PP_0016_2025_III.pdf
- Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis profile: Peru [Internet]. Geneva: World Health Organization; [cited 2026 Jun 18]. Available from: https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?_inputs_&tab=%22charts%22&lan=%22ES%22&iso3=%22PER%22&entity_type=%22country%22

Más allá de los determinantes de salud : Enfoque de situaciones de enfermedad

Desde este enfoque, la enfermedad no depende únicamente de la presencia de un virus o una bacteria. Depende de una configuración de relaciones sociales, espaciales, institucionales y biológicas que puede aumentar o disminuir las posibilidades de transmisión, cuidado y recuperación (Hinchliffe, Bingham, Allen, & Carter. , 2017)

Pasar de:

A :

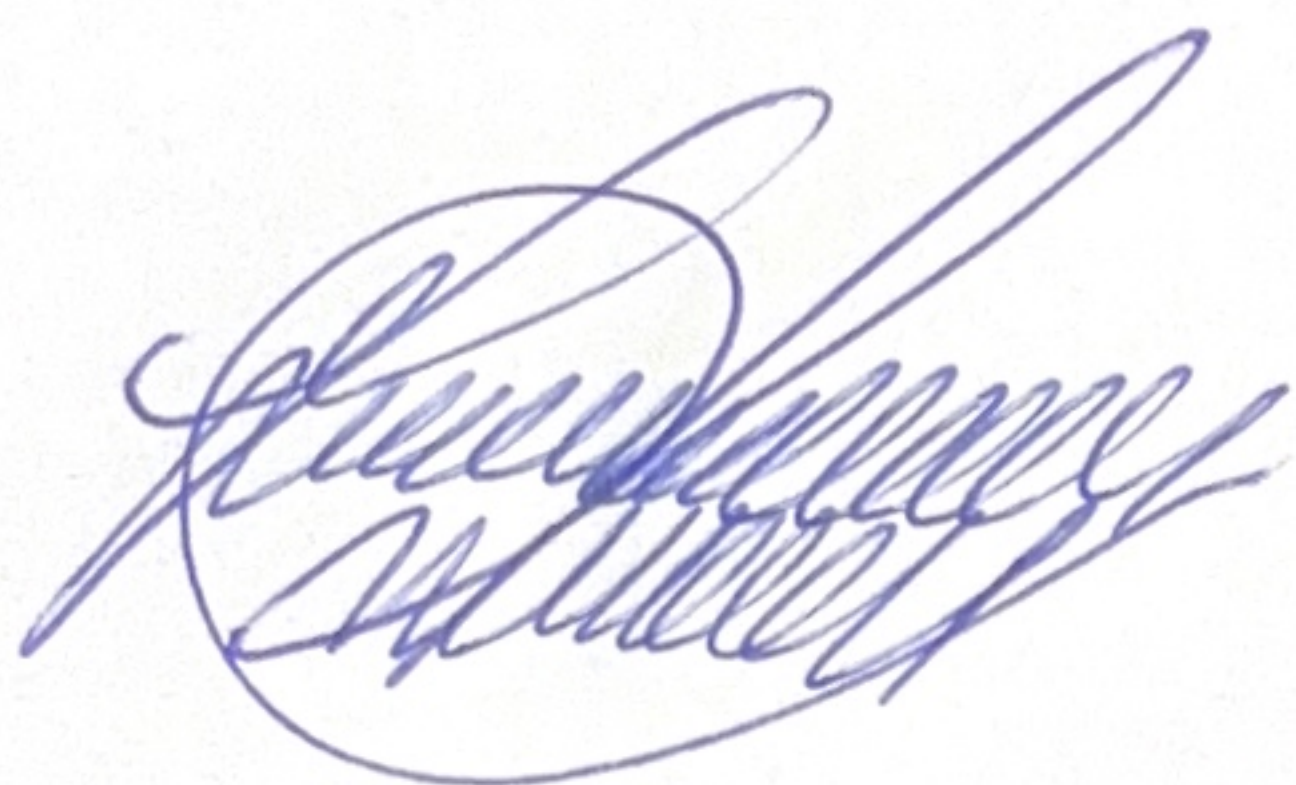
- | | | |
|---|---|--|
| • Identificar factores | → | • Identificar configuraciones |
| • Análisis estructural | → | • Análisis situado y relacional |
| • Las prácticas humanas determinan la salud | → | • Las situaciones de salud son más que humanas (espacios, objetos, tecnologías y organismos) |
| • Espacio como contexto | → | • Espacio como mediador activo |

Yo, Álvaro Alonso García Cedeno identificada con DNI N.º 0774874/ como

representante de la Secretaría Ejecutiva CONAMUSA, declaro haber leído el Acta de Secretaría

Ejecutiva realizada el martes 21 de julio del 2026 y estar conforme con lo que en ella se expresa.

Firma



Sector al que representa: DPIH / MINSA

Cargo dentro de la CONAMUSA (Titular/Alternativo): Alternativo

Fecha: 21 / 07 / 2026

Yo, ROGER SAUD DE VILLAR DELGADO ; identificada con DNI N.º 09080363 como

representante de la Secretaría Ejecutiva CONAMUSA, declaro haber leído el Acta de Secretaría

Ejecutiva realizada el martes 21 de julio del 2026 y estar conforme con lo que en ella se expresa.

Firma



Sector al que representa:

PVV

Cargo dentro de la CONAMUSA (Titular/Alternativo):

TITULAR

Fecha:

Yo, Josée Acuña Cepeda ; identificada con DNI N.º 09256892 como

representante de la Secretaría Ejecutiva CONAMUSA, declaro haber leído el Acta de Secretaría

Ejecutiva realizada el martes 21 de julio del 2026 y estar conforme con lo que en ella se expresa.


Firma

Sector al que representa: Comunidad Pius

Cargo dentro de la CONAMUSA (Titular/Alternativo): Representante Titular Pius

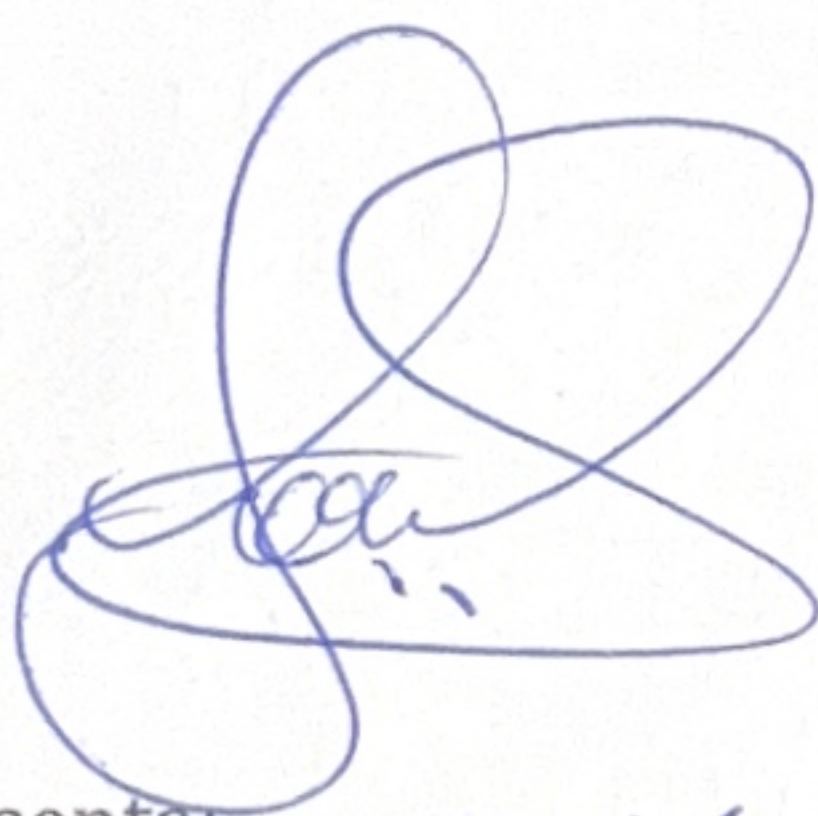
Fecha: 18/08/2026 Acto 21 de Julio S.E.

Yo, Javier Jesús Llamaza Jacinto ; identificada con DNI N.º 22080358 como

representante de la Secretaría Ejecutiva CONAMUSA, declaro haber leído el Acta de Secretaría

Ejecutiva realizada el martes 21 de julio del 2026 y estar conforme con lo que en ella se expresa.

Firma



Sector al que representa:

DIUBS

Cargo dentro de la CONAMUSA (Titular/Alternativo):

titular

Fecha:

18/08/26

Yo; Manuel Siccha, identificado con DNI N° 46381565; como representante de la Secretaría Ejecutiva CONAMUSA, declaro haber leído el Acta de Secretaría Ejecutiva realizada el martes 21 de julio del 2026 y estar conforme con lo que en ella se expresa.

Firma



Sector al que representa:

Cargo dentro de la CONAMUSA (Titular/Alternativo):

Fecha: 20/08/2026