



**Plan Andino para la eliminación del estigma y la discriminación contra las personas con VIH, población clave y población vulnerable en el sector salud al 2030**



**ONUSIDA**

**RedLAC+**  
Red Latinoamericana y del Caribe de Personas con VIH



Plan Andino para la Eliminación del Estigma y la Discriminación contra las personas con VIH, Población Clave y Población Vulnerable en el Sector Salud al 2030. ORAS-CONHU; 2026.

58 pág.; ilus. tab

Plan/ VIH/ Estigma/ Discriminación/ Salud Pública/ Derechos Humanos/ Población Clave/ Población Vulnerable/Región Andina/ Servicios de Salud/ Políticas Públicas/Perspectiva de Género.

Lima, Perú

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú: N° 2026-03907

### **Comité editorial**

Dr. Fernando Araos Dattoli. Secretario ejecutivo ORAS-CONHU

Dra. Javiera Menay Caballero. Secretaria adjunta ORAS-CONHU

Dra. Marianela Villalta Contreras. Ex Coordinadora de VIH/Sida ORAS-CONHU

### **Coordinación de publicaciones**

Lic. Yaneth Clavo Ortiz, Jefa de Comunicaciones ORAS-CONHU

Primera edición digital, marzo 2026

Diseño y diagramación: Lizbeth De la Cruz Blanco

### **©ORGANISMO ANDINO DE SALUD - CONVENIO HIPÓLITO UNANUE, 2026**

Av. Paseo de la República N.º 3832 - San Isidro. Tercer Piso. Lima, Perú

Teléfonos: (00-51-1) / 611 3700 <http://www.orasconhu.org/> [contacto@conhu.org.pe](mailto:contacto@conhu.org.pe)



Atribución-NoComercial-CompartirIgual

CC BY-NC-SA

---

Esta publicación ha sido realizada por el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) bajo el criterio de Acceso Abierto. La obra puede ser reseñada, usada, traducida y reproducida con fines académicos No Comerciales y en todo uso que se haga debe indicarse la fuente.

El contenido de este documento ha sido elaborado de manera conjunta por el Comité Andino de VIH/Hepatitis del ORAS-CONHU, ONUSIDA, RedLAC+ y ALEP+PC. El diseño y diagramación del Plan se realiza en el marco del Proyecto del ORAS-CONHU: “Fortalecimiento de la Implementación del Plan Andino de Eliminación del Estigma y la Discriminación contra las Personas con VIH, Población Clave y Población Vulnerable en el Sector Salud de Perú al 2030” que a su vez forma parte de Proyecto CRECE Perú, que cuenta con el apoyo de ONUSIDA y la Embajada de Canadá en Perú.

## **MINISTERIOS DE SALUD DE LA REGIÓN ANDINA**

Dra. Marcela Tatiana Flores Zambrana  
Ministra de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia

Dra. May Chomalí Garib  
Ministra de Salud de Chile

Dr. Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez  
Ministro de Salud y Protección Social de Colombia

María José Pinto González-Artigas  
Ministro de Salud Pública del Ecuador

Dr. Juan Carlos Velasco Guerrero  
Ministro de Salud del Perú

Dra. Nuramy Gutiérrez González  
Ministra del Poder Popular para la Salud de Venezuela

## **ORGANISMO ANDINO DE SALUD CONVENIO HIPÓLITO UNANUE**

### **Secretaría Ejecutiva**

Dr. Fernando Araos Dattoli  
Secretario Ejecutivo

Dra. Javiera Menay Caballero  
Secretaria Adjunta

## **COMITÉ ANDINO VIH/SIDA Y HEPATITIS**

### **Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia**

Martha Lourdes Carmiña Aliaga Lairana  
Responsable del Programa Nacional de Enfermedades Infecciosas.

Fabricio Alvaro Asin Sempertegui  
Jefe de la Unidad de Prevención y Control de Enfermedades.

### **Ministerio de Salud de Chile**

Edith Ortiz Nuñez  
Jefa Subrogante. Departamento Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS. División de Prevención y Control de Enfermedades.

Rafael Andrés Vidal Ortiz  
Profesional Departamento Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS. División de Prevención y Control de Enfermedades.

Andrea Peña Otárola  
Jefa del Programa Nacional de Control y Prevención de Hepatitis B y C. Departamento de Enfermedades Transmisibles. División de Prevención y Control de Enfermedades.

### **Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia**

Ricardo Luque Núñez  
Asesor  
Dirección de Promoción y Prevención

Jhony Alexander Riascos Oñate  
Contratista  
Grupo Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos

### **Ministerio de Salud Pública de Ecuador**

Mónica Amparo García García  
Gerenta del Proyecto de Reducción de las Enfermedades Crónicas. Transmisibles de Mayor Impacto en el Ecuador: VIH/sida, ITS, Tuberculosis y Hepatitis Viral B y C

Estefanía Natali Baños Morejón  
Especialista de Organización e Implementación de Políticas y Normativas de los Servicios del Primer Nivel

Jeanneth Angélica Acosta Acosta  
Especialista de Auditoría de Prestación de Servicios de Salud

Mayra Elizabeth Granja Acosta  
Especialista de Grupos de Atención Prioritaria

### **Ministerio de Salud de Perú**

Carlos Manuel Benites Villafane  
Director Ejecutivo de la Dirección de Prevención y Control de VIH-SIDA, ETS y Hepatitis. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

Flor de Maria Enmanuel Peceros Pelaez  
Responsable de Laboratorio de Referencia Nacional de Virus de Transmisión Sexual. Instituto Nacional de Salud

Carlos Augusto Yábar Varas  
Responsable de la Unidad de Virología. Instituto Nacional de Salud

### **Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela**

Yolimar Gil  
Coordinadora del Programa Nacional de VIH/SIDA/ITS y Hepatitis Virales. Viceministerio de Redes de Salud Colectiva

### **ORGANISMO ANDINO DE SALUD-CONVENIO HIPÓLITO UNANUE (ORAS-CONHU)**

Bertha Pineda Restrepo  
Coordinadora del Comité Andino de VIH/SIDA y Hepatitis

## **PARTICIPARON EN LA ELABORACIÓN DEL PLAN**

### **BOLIVIA**

Carlos Andrés De La Rocha Guerra

### **CHILE**

Leonardo Chaqueo Cornejo

Yasna Alarcón Vadulli

Rafael Vidal Ortiz

### **COLOMBIA**

Ricardo Luque Núñez

### **ECUADOR**

Rodrigo Reinaldo Tobar Robalino

Mayra Elizabeth Granja Acosta

### **PERÚ**

Carlos Manuel Benites Villafane

Alvaro García Córdova

Ana Vera Vargas

### **VENEZUELA**

Yolimar Josefina Gil Sojo

## **RED LATINOAMERICANA Y DEL CARIBE DE PERSONAS CON VIH (RedLAC+)**

Guiselly Flores Arroyo

Directora de RedLAC+, Incidencia Política en LATAM

Alfredo Mendieta

Punto Focal Venezuela, DDHH y Migración

Mayerline Vera

Punto Focal Colombia, Niñez, Mujer y Género

Fausto Vargas  
Punto Focal Ecuador, Alfabetización Jurídica y Litigio Estratégico

Fernando Cisneros  
Punto Focal Perú, Monitoreo Estratégico

Linder Zenteno  
Punto Focal Bolivia, Comunicaciones e Interculturalidad

**ORGANISMO ANDINO DE SALUD-CONVENIO HIPÓLITO UNANUE  
(ORAS-CONHU)**

Marianela Villalta Contreras  
Ex Coordinadora del Comité Andino de VIH/SIDA y Hepatitis

David Orlando Chávarri Venegas  
Consultor encargado de la elaboración del Plan

Ruby Díaz Arotoma  
Profesional de Salud Pública y Salud Global

# ACRÓNIMOS

**ALEP+PC:** Alianza Liderazgo Positivo y Poblaciones Clave.

**Dm2:** Diabetes mellitus tipo 2.

**E&D (ED):** Estigma y discriminación.

**HSH:** Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres.

**HTA:** Hipertensión arterial.

**INDEX:** Estudio de Índice de estigma y discriminación en personas con VIH.

**NAP:** Notificación asistida de parejas.

**OBC:** Organizaciones de Base Comunitaria

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud.

**ONUSIDA:** Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.

**ORAS-CONHU:** Organismo Andino de Salud- Convenio Hipólito Unanue.

**OSC:** Organismos de la Sociedad Civil.

**PAEDS PVIH-PC:** Plan Andino para la Eliminación del Estigma y la Discriminación contra las personas con VIH y Población Clave en el Sector Salud al 2030.

**PC:** Población clave.

**PEP:** Profilaxis Post exposición.

**PPL:** Personas privadas de su libertad.

**PrEP:** Profilaxis Pre Exposición.

**PV:** Población vulnerable.

**PVIH:** Personas con VIH.

**RedLAC+:** Red Latinoamericana y del Caribe de Personas con VIH.

**REMSAA:** Reunión de Ministros de Salud del Área Andina.

**RHUS:** Recursos Humanos de Salud.

**SIDA:** Síndrome de inmunodeficiencia humana adquirida.

**TAR:** Terapia antirretroviral.

**VIH:** Virus de inmunodeficiencia humana.

# CONTENIDO

	Pág.
<b>PRESENTACIÓN</b>	<b>7</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>8</b>
<b>2. ANTECEDENTES</b>	<b>12</b>
2.1. Cooperación internacional e integración regional	13
2.2. Avances normativos nacionales	14
<b>3. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>16</b>
3.1. Encuestas y estudios sobre estigma y discriminación	17
3.2. El estigma y la discriminación como barreras para la prevención integral de la infección por VIH y condiciones asociadas	19
<b>4. MARCO CONCEPTUAL</b>	<b>22</b>
4.1. Organizaciones de Bases Comunitarias como Aliadas	23
4.2. Pautas para reducir el estigma y la discriminación	23
4.3. Impacto del estigma y la discriminación en la salud	24
4.4. Determinantes sociales del estigma, la discriminación y el VIH	25
4.5. Género y derechos humanos en la respuesta al VIH	26
<b>5. OBJETIVOS</b>	<b>29</b>
5.1. Objetivo general	30
5.2. Objetivos específicos	30
<b>6. EJES</b>	<b>31</b>
6.1. Fomentar el cambio de comportamiento	32
6.2. Fomentar el incremento de la cobertura de servicios de salud integrales y de calidad	32
6.3. Promover políticas públicas y legislaciones inclusivas	32
<b>7. ENFOQUES</b>	<b>33</b>
7.1. Enfoque de derechos y principios rectores	34
7.2. Acciones basadas en evidencias	34
7.3. Determinantes sociales y perspectiva de género	34
7.4. Integralidad e inclusión	35
7.5. Participación comunitaria	35
<b>8. PROPÓSITO</b>	<b>36</b>
<b>9. LÍNEAS ESTRATÉGICAS</b>	<b>38</b>
<b>10. IMPLEMENTACIÓN Y FINANCIAMIENTO</b>	<b>42</b>
<b>11. MONITOREO Y EVALUACIÓN</b>	<b>45</b>
<b>12. RESPONSABILIDADES</b>	<b>49</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>51</b>
<b>GLOSARIO</b>	<b>55</b>

# PRESENTACIÓN

El Plan Andino para la Eliminación del Estigma y la Discriminación contra las Personas con VIH, Población Clave y Población Vulnerable en el Sector Salud al 2030 (PAEDS-PVIH-PC-PV) se presenta como una herramienta estratégica orientada a fortalecer la respuesta frente al VIH desde una perspectiva de salud pública y derechos humanos. Su elaboración responde a la necesidad de articular esfuerzos entre los servicios de salud de los Ministerios de Salud y otros sectores clave, con el propósito de avanzar hacia intervenciones más efectivas, inclusivas y sustentadas en evidencia científica.

El documento reconoce que el estigma y la discriminación continúan siendo barreras estructurales que limitan el acceso oportuno a la prevención, diagnóstico, tratamiento y la continuidad del cuidado. Frente a ello, propone un enfoque integral que articula información técnica, lineamientos estratégicos y acciones comunicacionales orientadas a transformar percepciones, mejorar prácticas institucionales y promover entornos seguros y libres de discriminación para las personas que viven con VIH y las poblaciones clave.

La propuesta se organiza en torno a cuatro ejes fundamentales:

1. Fortalecimiento institucional, para mejorar la capacidad de respuesta del sector salud mediante una gestión basada en la equidad, la calidad y el respeto de los derechos humanos.
2. Sensibilización y cambio de actitudes, dirigidos tanto al personal de salud como a la comunidad, priorizando mensajes éticos, humanizados y culturalmente pertinentes.
3. Participación social y comunitaria, reconociendo el rol protagónico de las organizaciones y redes de personas que viven con VIH, así como de la sociedad civil en su conjunto.
4. Seguimiento, evaluación y mejora continua, garantizando la medición del impacto, la rendición de cuentas y la sostenibilidad de las intervenciones.

Este plan está diseñado para ser implementado en los espacios donde se definen políticas públicas y se toman decisiones estratégicas. En ese marco, convoca a tomadores de decisiones, equipos de gestión, profesionales de la salud y actores institucionales a abordar el problema desde una mirada sistémica y basada en la evidencia, integrando los avances normativos, los compromisos internacionales y las buenas prácticas regionales.

En síntesis, este Plan aspira a ser más que un documento técnico. Se concibe como un instrumento de gestión orientado a la acción, que contribuya a cerrar brechas, reducir desigualdades y fortalecer el sistema de salud, haciéndolo más accesible, inclusivo y respetuoso de la dignidad humana. En este marco, la comunicación estratégica, alineada con los principios de la salud universal, impulsa cambios sostenibles que permiten avanzar hacia una respuesta integral, efectiva y centrada en las personas, reafirmando que el trabajo conjunto fortalece los resultados y amplía el impacto.

**DR. FERNANDO ARAOS DATTOLI**  
**Secretario Ejecutivo del ORAS-CONHU**

1.

INTRODUCCIÓN

**PAEDS 2030**

# 1. INTRODUCCIÓN

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) fue identificado a inicios de la década de 1980, marcando el inicio de una de las pandemias más devastadoras y de mayor impacto del siglo XX. Desde entonces y hasta 2023, más de 88 millones de personas en el mundo han adquirido el virus, y se estima que más de 42 millones han fallecido a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA. Esta pandemia ha transformado profundamente la salud pública, los sistemas sanitarios, las economías y las dinámicas sociales a nivel global.

En respuesta, la Organización Mundial de Salud (OMS) y ONUSIDA lideran la coordinación internacional para fortalecer la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el acompañamiento de las personas con VIH (PVIH). Entre sus principales líneas de acción destacan: (i) ampliar el acceso al diagnóstico, incorporando el autotest y reforzando el primer nivel de atención con apoyo de organizaciones de base comunitaria (OBC); (ii) implementar la estrategia de prevención combinada, que integra la profilaxis preexposición (PrEP), la profilaxis posexposición (PPE), la prevención comunitaria y las intervenciones conductuales y estructurales; y (iii) asegurar el acceso y la cobertura universal de la terapia antirretroviral (TAR).

A pesar de los avances, la respuesta mundial continúa enfrentando desafíos. En 2023, la incidencia de nuevas infecciones representó el 3 % de la prevalencia global (1,3 millones de nuevos casos entre 39 millones de personas con VIH), y 630 000 personas fallecieron por enfermedades relacionadas con el SIDA. Estas cifras evidencian que, aunque existen avances terapéuticos, la prevención y la reducción de brechas de acceso siguen siendo tareas pendientes de alto impacto estratégico (6).

Un cambio epidemiológico relevante es que, por primera vez desde el inicio de la pandemia, África subsahariana dejó de ser la región con mayor incidencia, siendo superada por América Latina. Entre 2010 y 2023, las nuevas infecciones aumentaron un 9 % en la región, con mayores incrementos en los países andinos (Perú, Colombia y Venezuela).

El acceso gratuito y universal a la TAR mediante los sistemas públicos de salud ha permitido una reducción del 28 % de muertes relacionadas con el VIH entre 2010 y 2023(7). No obstante, el incremento sostenido de nuevas infecciones requiere reforzar las estrategias de prevención primaria, eliminación del estigma, reducción de barreras institucionales y enfoque de atención centrado en las personas.

En los países andinos (Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela), el VIH es un desafío de salud pública con dinámicas diferenciadas. Aunque la prevalencia general es menor que en otras regiones de América Latina, la epidemia se concentra en poblaciones clave (PC) —como hombres que tienen sexo con hombres (HSH), personas trans, trabajadoras sexuales, personas que usan drogas inyectables y personas privadas de libertad (PPL)— así como en poblaciones en situación de vulnerabilidad (PV): población migrante, pueblos indígenas, mujeres, niñas y niños.

La Tabla 1 evidencia estos desafíos: el incremento de nuevas infecciones en Perú y Venezuela exige respuestas urgentes y focalizadas; mientras que la alta prevalencia en HSH y personas trans subraya la necesidad de estrategias diferenciadas que fortalezcan la prevención, el diagnóstico temprano y el acceso sostenido al tratamiento.

Tabla 1: Datos epidemiológicos del VIH en los países andinos, 2023.

DATOS / PAÍSES	BOLIVIA	CHILE	COLOMBIA	ECUADOR	PERÚ	VENEZUELA
<b>Personas con VIH (#)</b>	<b>31000</b>	<b>91000</b>	<b>230000</b>	<b>51000</b>	<b>110000</b>	<b>100000</b>
Nuevas Infecciones de VIH	2000	3400	13000	2200	6300	7600
Muestras relacionadas al SIDA (#)	630	SD	3700	<500	770	SD
Tendencia de las nuevas infecciones (%) (2010-2023)	-1	1	7	-9	81	98
<b>Prevalencia VIH (%)</b>						
Adultos 15 - 49 años	0,4	0,7	0,6	0,4	0,5	0,5
HSH	25,8	SD	17	10,2	10	34,1
Personas transgénero	30,8	SD	21,4	18,2	30,9	35,8
Trabajadoras sexuales	4,3	SD	1,2	1	1,3	2,6
PPL	1,1	0,4	2,9	SD	SD	1
Población migrante venezolana (*)	SD	SD	0,9	SD	1,1	-
Población indígena (**)	SD	SD	SD	SD	0,34	SD
<b>Prevención TMI</b>						
Mujeres embarazadas que necesitan TAR (#) Personas gestantes (***)	605	268 (****)	SD	746	SD	2200
Mujeres embarazadas en TAR (#)	541	266 (****)	SD	568	1057	791
Cobertura PTMI (%)	89	99,3 (****)	SD	76	SD	36

Fuentes: AIDSinfo. <https://aidsinfo.unaids.org/>

(\*) **Colombia:** Red Somos, Ministerio de Salud y Protección Social y Universidad Johns Hopkins, Encuesta Bioconductual sobre el VIH, la sífilis y el estado de salud de los venezolanos que viven en Colombia. Informe final. Bogotá y Baltimore (2023).

(\*) **Perú:** OIM Perú, Encuesta Bioconductual (BBS) en Migrantes Venezolanos que viven en Lima/Callao y Trujillo. (2023).

(\*\*) **UPCH:** Estudio epidemiológico para determinar prevalencia y comportamientos de riesgo asociados al VIH en comunidades indígenas de Condorcanqui y el Datem del Marañón (2018).

(\*\*\*) El término de "Personas gestantes" es manejado por Chile y se utiliza de modo de incluir a las personas que tienen un feto en desarrollo en su útero independiente de la identidad de género con que se identifican. De este modo, el término incluye tanto a mujeres cis, hombres trans como a personas con otras identidades de género.

(\*\*\*\*): Datos ofrecidos directamente por el Ministerio de Salud de Chile.

La tabla 1 también nos muestra otros perfiles de PV que requieren también especial atención, entre ellas:

**a) Mujeres, niñas y niños con VIH:** Las desigualdades estructurales, la violencia de género y las barreras de acceso a servicios de salud incrementan la vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH. La doble carga de estigma —por género y serología— limita el acceso al diagnóstico oportuno y a la TAR. En el caso de mujeres embarazadas, las brechas en la prevención de la transmisión materno-infantil (PTMI) siguen siendo un desafío crítico.

**b) Población migrante venezolana:** La prevalencia de VIH es mayor respecto a la observada tanto en el país de origen como en los países de acogida (principalmente Colombia y Perú). El estigma por condición migratoria y por serología genera obstáculos para el acceso a servicios esenciales y continuidad de tratamiento, ampliando la vulnerabilidad sanitaria.

**c) Población indígena:** Factores como pobreza, acceso limitado a servicios de salud con pertinencia cultural, barreras geográficas y falta de información preventiva elevan el riesgo de infección. En Perú, se ha reportado la prevalencia de VIH en algunas comunidades indígenas amazónicas<sup>1</sup>, lo que demanda estrategias interculturales y políticas públicas adaptadas al territorio.

*En general, los datos permiten afirmar que la respuesta al VIH en la Región Andina requiere avanzar hacia modelos centrados en las personas, libres de estigma y discriminación, con inversión sostenida en prevención y abordajes diferenciados por territorio y población. La evidencia disponible demuestra que fortalecer el primer nivel de atención, integrar a las Organizaciones de Base Comunitaria y garantizar la continuidad del tratamiento son pilares imprescindibles para frenar la expansión del VIH.*

---

<sup>1</sup>De acuerdo con el “Estudio epidemiológico para determinar prevalencia y comportamientos de riesgo asociados al VIH en comunidades indígenas de Condorcanqui y el Datem del Marañón (2019)” realizado por la Universidad Peruana Cayetano Heredia, la prevalencia total de VIH entre población indígena amazónica fue 0,34%; desglosada por población se halló 1,80% en el pueblo indígena awajún y 0,55% en el pueblo indígena wampis.

# 2.

## ANTECEDENTES

## 2. ANTECEDENTES

### 2.1. Cooperación internacional e integración regional

Desde 2013, la comunidad internacional ha reforzado su compromiso para eliminar la discriminación en el sector salud. Ese año, durante la Asamblea General de las Naciones Unidas y a iniciativa de ONUSIDA, se declaró el 1 de marzo como el Día para la Cero Discriminación, con el objetivo de visibilizar que el estigma y la discriminación continúan siendo barreras críticas para el acceso oportuno y equitativo a los servicios esenciales, incluido el acceso a la atención sanitaria.

En relación con este compromiso, la Estrategia Mundial contra el SIDA 2021–2026 (8) establece metas orientadas a transformar los entornos legales, sociales y sanitarios.

Entre sus principales objetivos destacan que:

- Menos del 10 % de las personas con VIH (PVIH) sufran estigma y discriminación (E&D).
- Menos del 10 % de los países mantengan marcos legales o políticas punitivas que restrinjan el acceso a servicios de salud.
- Menos del 10 % de mujeres, niños, niñas, PVIH y poblaciones clave (PC) enfrenten desigualdades o violencia basada en género.

En 2017 se crea la Alianza Mundial para Erradicar el Estigma y la Discriminación relacionados con el VIH, una coalición integrada por ONUSIDA, ONU Mujeres, Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas (PNUD), redes globales de PVIH, la Delegación de ONG ante la Junta Coordinadora del Programa de ONUSIDA (JCP) y el Fondo Mundial.

Hasta octubre de 2024, 40 países se han adherido formalmente, entre ellos Colombia, Ecuador y Perú en representación de la Subregión Andina. Su compromiso se estructura en seis ámbitos prioritarios: 1) atención sanitaria; 2) educación; 3) lugar de trabajo; 4) sistemas jurídicos y comunidades; 5) personas, hogares y comunidades; y 6) situaciones de emergencia y emplazamientos de asistencia humanitaria.

En 2023, ONUSIDA y OPS/OMS implementaron el proyecto Soy Clave (9) en 11 países de América Latina —incluyendo Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú— para fortalecer el liderazgo comunitario, promover marcos regulatorios favorables y desarrollar servicios centrados en las personas. Entre los resultados destacan:

- Ecuador: se encuentra en curso la actualización normativa de la Ley de VIH.
- Bolivia y Perú: financiamiento de mini-grants para acciones de incidencia contra el estigma y la discriminación a través de ALEP.

En abril de 2024, la REMSAA Extraordinaria XXXVII/2 aprobó la elaboración del Plan Andino de Eliminación del Estigma y la Discriminación contra PVIH, PC y PV en el Sector Salud al 2030, incorporándolo al Plan Operativo Anual 2024 como una prioridad regional.

## 2.2. Avances normativos nacionales

Con el objetivo de reducir el estigma y la discriminación relacionados con el VIH, los países andinos han revisado y actualizado diversos instrumentos normativos. A continuación, se destacan avances y brechas:

- **Marco normativo:** Todos los países andinos reconocen el derecho a la salud y a una atención libre de estigma y discriminación por sexo, identidad, orientación o género; sin embargo, persisten brechas entre la norma y su implementación efectiva en los servicios.
- **Sistemas de información:** La interoperabilidad entre plataformas nacionales aún es limitada, afectando la oportunidad, calidad y trazabilidad de los datos.
- **Historia clínica electrónica:** Aunque existe normativa en los seis países, la interoperabilidad entre subsectores aún está en fase progresiva.
- **Leyes de VIH/SIDA:** Cinco de los seis países cuentan con leyes específicas, pero la mayoría supera los 10 años de vigencia y no incorpora enfoques actuales como determinantes sociales de la salud o interseccionalidad.
- **Planes nacionales multisectoriales:** La temática VIH está incluida, aunque no siempre se traduce en planes técnicos específicos, lo que limita su operativización.
- **Normas de atención integral del VIH/SIDA:** Incorporan recomendaciones recientes de ONUSIDA y OMS, pero se encuentran en implementación gradual, especialmente en áreas como autotest y PrEP.
- **Normas de atención para poblaciones clave:** Existen, pero no cubren a todas las PC según prevalencia ni están armonizadas entre países.
- **Estudios de prevalencia por poblaciones clave:** Disponibles, pero requieren actualización periódica para orientar decisiones basadas en evidencia e información.
- **Normativas relacionadas a estigma y discriminación:** Aunque el marco legal es amplio, las encuestas relacionadas a su implementación muestran brechas significativas en su cumplimiento dentro de los servicios de salud.

En síntesis, existen avances normativos importantes, pero persisten desafíos urgentes vinculados a: actualización legal, alineamiento con estándares de derechos humanos, fortalecimiento de inteligencia sanitaria y mejora de la cobertura universal en salud.

## Experiencias piloto y resultados preliminares

**Bolivia (2022):** La investigación operacional “Pulsómetro del Estigma y la Discriminación... Tómate el pulso” evidenció impacto positivo tras un programa de capacitación al personal de salud.

Estigma percibido: 29 % → 9 % (postintervención)

Discriminación reportada: 25 % → 17 % (postintervención)

Los resultados reflejan cambios favorables en actitudes y prácticas del personal, con potencial de escalamiento nacional.

**Chile (2023–2024):** Campañas contra estigma y discriminación lideradas por el Ministerio de Salud junto a sociedad civil. La eliminación del EyD es un eje estructural y transversal del Plan Estratégico 2025–2030 del Programa Nacional de VIH/SIDA e ITS.

**Perú (2023):** El Ministerio de Salud, en alianza con la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP), desarrolló el curso MOOC de Prevención y Control del VIH/SIDA, incorporando módulos de derechos humanos, estigma y discriminación para profesionales de salud.

**Ecuador (2023):** El Ministerio de Salud Pública y organizaciones de sociedad civil de PVIH y PC lanzaron la campaña “Yo No Discrimino”, orientada a reducir barreras de acceso y mejorar la calidad de la atención integral.

Los avances regionales muestran que la eliminación del estigma y la discriminación no es solo un imperativo ético, sino una condición habilitante para lograr resultados sanitarios sostenibles. La Región Andina cuenta con fortalezas regulatorias, experiencias piloto efectivas y acuerdos políticos recientes; el desafío ahora es operacionalizar, medir impacto y escalar lo que ya funciona.

Los avances regionales muestran que la eliminación del estigma y la discriminación no es solo un imperativo ético, sino una condición habilitante para lograr resultados sanitarios sostenibles. La Región Andina cuenta con fortalezas regulatorias, experiencias piloto efectivas y acuerdos políticos recientes; el desafío ahora es operacionalizar, medir impacto y escalar lo que ya funciona.

# 3.

## JUSTIFICACIÓN

## 3. JUSTIFICACIÓN

### 3.1. Encuestas y estudios sobre estigma y discriminación

A pesar de los avances normativos descritos en los antecedentes, en los países de la región andina persisten barreras culturales y socioeconómicas que profundizan el estigma relacionado con el VIH. Esta situación está respaldada por evidencia proveniente de estudios oficiales de los Estados. En Perú, por ejemplo, la II Encuesta Nacional de Derechos Humanos (10) señala que las personas LGBTI y las personas que viven con VIH (PVIH) son percibidas como los grupos más discriminados. El estudio revela que 1 de cada 3 personas ha experimentado discriminación durante el último año, principalmente en espacios públicos (28 %) y laborales (29 %), afectando de manera particularmente severa a personas privadas de libertad, migrantes y mujeres trans.

Asimismo, un 44 % de personas no denuncia los actos de discriminación por considerarlos “una pérdida de tiempo”, y solo el 12 % presenta una queja formal, lo que evidencia tanto desinformación sobre rutas de denuncia como desconfianza institucional.

Los estudios INDEX<sup>2</sup> de Estigma y Discriminación realizados en países andinos (11) confirman que las PVIH enfrentan dificultades adicionales vinculadas a actitudes sociales negativas (estigma externo), que afectan su autopercepción y bienestar emocional (estigma interno), además de limitaciones en el acceso a servicios de salud oportunos, accesibles y confidenciales.

A continuación, se presentan los principales hallazgos registrados en la región andina entre 2010 y 2023 de los estudios de estigma y discriminación:

#### 3.1.1. Exclusión de actividades educativas, sociales, familiares, religiosas y negación de trabajo o pérdida de fuente de ingreso

La tendencia regional muestra una reducción progresiva de la exclusión en espacios educativos, sociales, religiosas, familiares y laborales, lo que sugiere avances en aceptación social y acceso a oportunidades para las personas seropositivas. Entre 2011 y 2022 se registran los siguientes resultados:

- La exclusión de reuniones sociales disminuyó de 18 % a 16 % en Bolivia y de 11,5 % a 9 % en Ecuador.
- La exclusión de actividades familiares se redujo de 21 % a 20 % en Bolivia y de 12,5 % a 10 % en Ecuador; mientras que en Colombia y Perú disminuyó significativamente de 33,1 % a 8,7 % y de 28,2 % a 10 %, respectivamente.
- La exclusión de actividades religiosas se mantuvo sin variaciones relevantes entre 2011 y 2022.
- La negación de trabajo o pérdida de ingresos disminuyó de 49 % a 20 % en Bolivia, 43 % a 17,9 % en Colombia, 31,7 % a 12 % en Perú y 14,6 % a 12 % en Ecuador.

---

<sup>2</sup>Cabe resaltar que los estudios INDEX no incluyen a población menor de 18 años ni a PVIH con diagnóstico reciente.

- En el ámbito educativo, la exclusión cayó del 3 % (2010) al 0,5 % (2022) en Colombia, y Perú registró 0,5 % en 2018.

Estos resultados confirman que el estigma y la discriminación se intensifican cuando interactúan variables como estatus serológico, género e identidad, afectando con mayor intensidad a mujeres con VIH, mujeres trans y trabajadoras sexuales.

### 3.1.2. Discriminación y violencia

Al menos 1 de cada 4 PVIH en países andinos reporta murmuraciones o rumores perjudiciales; en Bolivia esta cifra asciende a 1 de cada 2. Aunque el acoso verbal y físico muestra una tendencia decreciente entre 2011 y 2023 —especialmente en Ecuador y Perú— sin embargo, persisten brechas críticas.

La violencia contra mujeres trans es particularmente alarmante: según INDEX 2018, 48,9 % de mujeres trans en Perú reportó haber sufrido agresiones físicas, lo que confirma la necesidad de intervenciones específicas e intersectoriales.

### 3.1.3. Autoestigma y salud mental

En la región andina:

- 20 % de PVIH manifiestan ideas suicidas.
- 40 % expresa sentimientos de culpa por vivir con VIH.
- 30 % considera que “no tiene valor”.

La afectación emocional es más pronunciada en mujeres trans y trabajadoras sexuales. En Ecuador, el INDEX 2.0 (2023) muestra que el 15 % de PVIH evitó reuniones sociales por temor a ser estigmatizadas en los últimos doce meses; esta cifra asciende a 17% en mujeres cisgénero, 22 % en mujeres lesbianas, bisexuales y 26 % en mujeres trans.

Asimismo, los estudios INDEX de 2023 realizados en Bolivia, Ecuador y Perú evidencian que las experiencias relacionadas con estigma y discriminación en estos tres países son más frecuentes en mujeres cisgénero y mujeres trans, en comparación con los hombres (11) (Ver Tabla 2).

*Tabla 2: Frecuencia de experiencias de estigma y discriminación en PVIH (2023).*

POBLACIÓN	BOLIVIA	ECUADOR	PERÚ
Mujeres cisgénero	66,3 %	55,7 %	64,1 %
Mujeres trans	64,4 %	73,8 %	61,8 %
Hombres	56,3 %	47,2 %	47 %

Fuentes: ONUSIDA (2023), INDEX 2.0. Informe comparado.

Estas cifras subrayan la necesidad de intervenciones que aborden causas estructurales de estigma y discriminación externo, y, simultáneamente, fortalezcan el empoderamiento, acompañamiento emocional y atención en salud mental, con énfasis en mujeres en toda su diversidad. Asimismo, es fundamental brindar soporte emocional —primeros auxilios psicológicos, acompañamiento emocional, terapia psicológica y tratamiento psiquiátrico, según corresponda—, así como integrar la atención en salud mental en los paquetes de servicios para personas con VIH.

### 3.1.4. Actitudes de las/los trabajadores de salud

Entre 2011 y 2023 disminuyó la negación de servicios de salud en Ecuador (16,3 % a 5 %) y Perú (20,7 % a 4 %). Sin embargo, persisten actitudes discriminatorias que vulneran derechos por parte de los recursos humanos de salud (RHUS):

- 1 de cada 10 PVIH en Colombia, Ecuador y Perú ha sufrido divulgación no consentida de su diagnóstico por personal de salud.
- 1 de cada 10 PVIH, en los países andinos, han recibido recomendaciones inapropiadas de no tener o criar hijos debido a su estado serológico, por parte de los RHUS.

La prevalencia de esta mala praxis aumentó entre 2011 y 2022, pasando de 31 % a 39 % en el área andina.

Esta situación demanda políticas sanitarias que fortalezcan la protección de datos, la ética profesional y la práctica clínica basada en derechos.

### 3.1.5. Incertidumbre sobre la confidencialidad

Pese a la existencia de normas específicas, 4 de cada 10 usuarios no consideran seguro su historial clínico. La percepción de riesgo es mayor en ámbitos rurales y pueblos indígenas, lo que evidencia la urgencia de fortalecer políticas y mecanismos de protección de datos —lográndose la confidencialidad y privacidad—, capacitación al personal y estrategias de comunicación institucional claras, consistentes y culturalmente pertinentes.

## 3.2. El estigma y la discriminación como barreras para la prevención integral de la infección por VIH y condiciones asociadas

**Estigma relacionado con el VIH (2):** El estigma se manifiesta como actitudes, comportamientos o juicios irracionales y negativos, generalmente motivados por el miedo y la desinformación. Persiste en nuestras sociedades la estigmatización hacia las personas con VIH, sus familias, y otras poblaciones clave en mayor riesgo de infección, como personas que se inyectan drogas, trabajadoras/es sexuales, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas transgénero. El estigma y la discriminación relacionados con el VIH constituyen problemas generalizados.

**Discriminación asociada con el VIH (2):** La discriminación comprende toda distinción, exclusión o restricción—expresada como acto u omisión—que directa o indirectamente se base en el estado serológico real o percibido de una persona. Es así como la discriminación asociada con el VIH afecta a personas con VIH, poblaciones clave y grupos en mayor riesgo de infección, tanto en el ámbito social como institucional (leyes y políticas injustas).

Según el informe mundial de ONUSIDA 2024 (7), si bien se reconocen avances en la implementación de leyes, políticas y prácticas más inclusivas en la respuesta al VIH, el estigma y la discriminación continúan siendo obstáculos decisivos. Estos persisten asociados al estado serológico, el género, la orientación sexual, la identidad de género y ciertas prácticas o comportamientos, impidiendo alcanzar los objetivos globales 10-10-10 y 30-60-80 al 2025.

Los datos derivados de encuestas en 42 países señalan que 47 % de las personas mantiene actitudes discriminatorias hacia las PVIH; esta proporción es incluso mayor en los servicios de salud, superando a la reportada en entornos educativos y laborales. En la misma línea, el Reporte Global del INDEX 2.0 (2023)—en 25 países— evidencia que casi el 25% de la PVIH ha sufrido estigma o discriminación al solicitar atención en salud no vinculada al VIH (12).

En consecuencia, el estigma y la discriminación dentro del sistema sanitario representan barreras críticas para la generación de confianza, el acceso oportuno a servicios y la consolidación de una prevención integral del VIH y condiciones asociadas. De acuerdo con el mismo informe (12), 2 de cada 5 PVIH presentan alguna condición añadida, como hepatitis viral, tuberculosis, infecciones de transmisión sexual (ITS), uso de drogas o afecciones de salud mental; sin embargo, el 40,8 % reporta no haber recibido tratamiento para al menos una de estas condiciones, lo que evidencia brechas en el abordaje integral.

Los estudios de estigma y discriminación realizados en los países andinos (11) muestran que entre 2 y 3 de cada 10 PVIH utilizan medicamentos vinculados a infecciones oportunistas o a comorbilidades asociadas. Entre estos medicamentos predominan los tratamientos para salud mental y, en menor medida, los orientados a ITS, hepatitis viral, hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM) y tuberculosis (TBC). Esta situación se agrava considerando que el 20 % manifiesta ideas suicidas y más del 50 % expresa sentimientos de culpa, lo que confirma el impacto del estigma en la salud emocional.

Frente a este escenario, se vuelve prioritario fortalecer la atención integral, libre de estigma y discriminación, en todos los niveles del sistema de salud público y privado. Si bien existen avances normativos en la región andina, aún es necesario:

- Actualizar y armonizar los marcos legales con enfoque en reducción del estigma y discriminación asociados con el VIH, en el sector salud.
- Asegurar la implementación efectiva, supervisión y fiscalización de las políticas de salud pública existentes.
- Integrar la salud mental, la prevención combinada y el acompañamiento comunitario como componentes estándar de la atención.
- Garantizar un abordaje centrado en derechos humanos, participación comunitaria e inclusión social, especialmente para poblaciones más expuestas.

**En conclusión, la elaboración de un Plan para eliminar el estigma y la discriminación contra las PVIH constituye una necesidad urgente y justificada. Abordar estos problemas no solo mejora la salud y el bienestar de las PVIH, sino que también contribuye a la construcción de comunidades más inclusivas y equitativas.**

**Un enfoque multidisciplinario, que incluya educación, sensibilización y cambios en políticas y prácticas, es fundamental para lograr una transformación significativa y duradera en la percepción y el tratamiento del VIH/SIDA.**

***“El estigma y la discriminación son barreras estructurales para el acceso a la salud.”***

# 4.

MARCO  
CONCEPTUAL

## 4. MARCO CONCEPTUAL

### 4.1. Organizaciones de Bases Comunitarias como Aliadas

Las organizaciones de base comunitaria (OBC) han sido actores esenciales en la respuesta frente al VIH. Su aporte se expresa tanto en acciones de incidencia para enfrentar el estigma y la discriminación, como en la consolidación de servicios comunitarios dirigidos a las PVIH y las PC, frecuentemente articulados con los Programas Nacionales de VIH.

El metaanálisis de Rigmor Berg et al., en 2021 (13) demuestra que el apoyo y acompañamiento entre pares se asocia con mejores resultados de vinculación al sistema de salud, mayor adherencia al tratamiento antirretroviral y mayores niveles de supresión viral.

Asimismo, estudios cualitativos recientes (Restrepo, del Campo y Rodríguez, 2024) (14) evidencian que las redes comunitarias cercanas a las PC brindan entornos de mayor confianza, con menor presencia de estigma y discriminación, y funcionan como espacios de contención emocional.

Estos estudios subrayan la necesidad de fortalecer las competencias de los miembros de las OBC —particularmente en alfabetización sanitaria, seguimiento comunitario y vigilancia ciudadana— para garantizar la calidad del acompañamiento, así como su participación activa en monitoreo, incidencia y fiscalización de acciones locales relacionadas con prevención del VIH y salud sexual y reproductiva.

### 4.2. Pautas para reducir el estigma y la discriminación

La Guía Práctica de la Alianza Mundial para eliminar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH (15), elaborada a partir de una revisión sistémica, plantea orientaciones clave para abordar el estigma desde una perspectiva integral. Estas pautas constituyen la base metodológica del presente Plan (ver Gráfico 1).

Gráfico: Pautas para abordar y reducir el estigma y la discriminación.



Fuente: Global Partnership for Action to Eliminate All Forms of HIV-Related Stigma and Discrimination. Practical Guide to Ending HIV-Related Stigma and Discrimination.

Revisiones sistemáticas y metaanálisis recientes, como el realizado por Ferguson et al. (2023) (16), confirman que la efectividad de las intervenciones depende de su diferenciación según tipos y espacios de estigma: internalizado, institucional (servicios de salud) y estructural (legal y políticas públicas). Se demuestra que el estigma puede reducirse mediante intervenciones combinadas que integren acciones individuales, comunitarias y normativas, con participación activa de las poblaciones afectadas.

Los componentes con mayor influencia demostrada fueron:

- Participación comunitaria con un Valor Informativo Relativo (VIR) de (45.7)
- Educación (33.6)
- Consejería (12.6)
- Acceso a especialistas en VIH (5.0)
- Acompañamiento cercano (3.0)

Las intervenciones en entornos sanitarios lograron una reducción significativa del estigma con una diferencia media estandarizada (SMD) de 0.71 (IC 95%: 0.60–0.84); mientras que las estrategias dirigidas al estigma internalizado mostraron reducciones más moderadas y no estadísticamente significativas (SMD 0.56; IC 95%: 0.31–1.02).

De forma consistente, Majeed et al. (2022) (17) concluyen que estrategias basadas en educación, contacto directo, activismo social, acceso a servicios y apoyo psicosocial son promisorios para reducir estigma y discriminación, especialmente en países de ingresos bajos y medios.

### 4.3. Impacto del estigma y la discriminación en la salud

La evidencia demuestra un impacto negativo directo del estigma y la discriminación en los resultados sanitarios de la PVIH. Por ejemplo: aplazamiento de consultas, abandono o interrupción del tratamiento antirretroviral y retraso en la vinculación al sistema de salud. Esto incrementa el riesgo de transmisión y dificulta la supresión viral necesaria para evitar la transmisibilidad del VIH.

Entre los informes y estudios disponibles, destaca los resultados del Informe Mundial 2023 del Índice de Estigma en personas con VIH 2.0 (12) registra que en los últimos 12 meses:

- 13,3 % de PVIH evitaron acudir a un establecimiento de salud aun necesiéndolo.
- 34,6 % interrumpieron o abandonaron su TAR por temor a que se conozca su estado serológico.
- 23,3 % lo suspendieron al no sentirse preparadas para afrontar su diagnóstico.
- Asimismo, el estigma y discriminación en servicios de VIH alcanza 13 %, mientras que en servicios no vinculados al VIH asciende a 24,9 %.

En los países andinos, el informe de la consultoría realizada para ONUSIDA sobre el Índice 2.0 (11) confirma que:

- El 17,5 % de la PVIH evitó acudir a establecimientos de salud pese a necesitar atención.
- Aproximadamente, el 48 % reportó estigma y discriminación en servicios de salud.
- El 31,6 % interrumpió o abandonó su tratamiento antirretroviral (TAR).
- El 18,7 % interrumpió o abandonó su TAR por temor a la divulgación de su estado serológico.
- El 40,53 % no reinició TAR por miedo a malos tratos o divulgación de su estado serológico sin su consentimiento.
- Y, el 29,9 % reportó una mala experiencia con un trabajador de salud.

La evidencia clínica respalda esta relación. Higgs et al. (2021) (18) muestran que un conteo de CD4 < 200 se asocia con mayor probabilidad de sufrir estigma y discriminación. En la misma línea, Gesesew et al. (2017) (19) confirman que quienes perciben alto estigma relacionado con el VIH tienen el doble de probabilidad de llegar tardíamente a la atención. En Colombia (2022) (20) se observó que una carga viral detectable triplica el riesgo de sufrir insultos, acoso o amenazas a causa del VIH (OR 2.84; IC 1.36–5.91; p 0.005).

Asimismo, en las encuestas de estigma y discriminación realizadas en los países andinos entre 2022 y 2023, se evidencia la persistencia de discriminación y acoso, así como de violencia mental y/o física. Aproximadamente el 5 % de las mujeres con VIH que acuden a los servicios de salud recibieron la recomendación de no tener o criar hijos, porcentaje que alcanza hasta el 39 % en Bolivia. De igual forma, se documentan violencias reproductivas: entre 3 % en Colombia, Ecuador y Perú y 38 % en Bolivia, donde las mujeres con VIH recibieron presiones para no tener hijos o para aceptar esterilizaciones no consentidas.

#### **4.4. Determinantes sociales del estigma, la discriminación y el VIH: La interseccionalidad de factores sociales y de género**

El estigma y la discriminación contra las PVIH se relacionan con determinantes sociales de la salud, como género, identidad, orientación sexual, etnia, nivel educativo y pobreza. Según el Índice Mundial 2.0 (2023), el estigma y discriminación en los últimos 12 meses es mayor en:

- Personas transgénero: 49,4 %
- Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH): 40,5 %
- Personas que usan drogas: 27 %
- Trabajadoras sexuales: 25,7 %

En los países andinos, el estigma en servicios de salud afecta especialmente a:

- Personas transgénero (51,3 % – 60,7 %),
- Personas con discapacidad (65,8 %),
- Personas privadas de libertad (65,3 %),
- Minorías étnicas o religiosas (64,3 %),
- Comunidades indígenas o aborígenes (61 %).

El Índice de Estigma y Discriminación realizado en Colombia (2022) (20), evidenció que mayor nivel educativo se asocia con menor estigma (OR 0,73; IC 0,607–0,882; p<0,001). Asimismo, Lua et al. (21) confirman que los determinantes sociales de la salud relacionados con la vulnerabilidad social –pobreza, analfabetismo y pertenencia a comunidades marginadas –, aumentan la carga de VIH/SIDA y barreras de acceso.

## 4.5. Género y derechos humanos en la respuesta al VIH

El enfoque de género y de derechos humanos es fundamental para comprender las desigualdades estructurales que alimentan la epidemia del VIH —entre ellas, el estigma y la discriminación— y para orientar una respuesta sanitaria integral, eficaz y centrada en las personas.

Desde el enfoque de género, es posible analizar de manera crítica cómo se produce y se perpetúa la transmisión del VIH entre las mujeres, en toda su diversidad. Muchas de ellas enfrentan un acceso limitado a información, recursos de prevención y capacidad de negociación para prácticas sexuales seguras, especialmente en contextos marcados por violencia, control social o dependencia económica (ONU Mujeres). Esta situación afecta de manera desproporcionada a mujeres pertenecientes a grupos históricamente excluidos, como mujeres lesbianas, bisexuales, trans e intersexuales, migrantes, indígenas, afrodescendientes, privadas de libertad y trabajadoras sexuales, entre otras. Asimismo, la violencia sexual —una grave y extendida violación de los derechos humanos— incrementa significativamente el riesgo de transmisión del VIH, particularmente entre niñas, adolescentes y mujeres jóvenes, tal como se reconoce en el 68.º período de sesiones de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer de las Naciones Unidas (22).

Este análisis no se limita a las mujeres. El enfoque de género permite comprender cómo las desigualdades también operan entre identidades diversas, en función de la edad, la etnia, la orientación sexual, la identidad de género y otros determinantes sociales, influyendo en las relaciones, los vínculos y el acceso a servicios de salud. De este modo, abarca tanto a hombres y mujeres heterosexuales como a las personas de la diversidad sexual y de género.

Por su parte, el enfoque de derechos humanos constituye un marco esencial en la respuesta al VIH, ya que se sustenta en normas y estándares internacionales orientados a garantizar la dignidad, la igualdad y la protección de los derechos fundamentales. El respeto y la promoción de los derechos humanos facilitan el acceso a la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el apoyo integral de las personas que viven con VIH (PVIH). En contraste, la ausencia de este enfoque profundiza el estigma y la discriminación, debilita la respuesta sanitaria y limita el ejercicio pleno de los derechos, generando un círculo de exclusión que incrementa la vulnerabilidad frente al VIH/SIDA.

En el Perú, al igual que en otros países de la región, si bien existe un marco normativo que promueve la igualdad y la no discriminación, su implementación continúa siendo parcial e insuficiente. Por ejemplo, la II Encuesta Nacional de Derechos Humanos (2020) evidencia que la población LGBTIQ+ es la más afectada por prácticas discriminatorias, seguida por las personas que viven con VIH. Persisten mitos, prejuicios y prácticas institucionales que obstaculizan el ejercicio pleno de derechos y el acceso a servicios de salud seguros, oportunos y libres de violencia.

Los resultados de dicha encuesta muestran que una proporción significativa de la población percibe que:

- La comunidad LGBTIQ+ sufre principalmente la vulneración del derecho a ser tratada con dignidad y a no ser discriminada (51 %) y del derecho a la libertad de opinión y expresión (37 %).
- El 46 % considera que “una persona trans vive en la confusión”, el 45 % cree que “la gente se vuelve homosexual debido a un trauma infantil” y el 36 % opina que “es peligroso dejar a un niño con una persona homosexual”.
- El 31 % afirma que “el SIDA es una enfermedad de homosexuales y personas trans”, y el 20 % considera que “las personas que viven con VIH no deberían trabajar porque ponen en riesgo a su entorno laboral”.
- El 19 % cree que “la homosexualidad es una enfermedad”.
- El 95,8 % de las mujeres trans que ejercen el trabajo sexual reportan haber sido víctimas de algún tipo de violencia.

De manera complementaria, el último informe sobre derechos humanos de la comunidad LGBTIQ+ en el Perú señala que, en muchos casos, las personas de este colectivo no pueden ejercer plenamente su autonomía. Además de enfrentar discriminación estructural en ámbitos como el empleo, la educación y la salud, son frecuentemente víctimas de violencia física y psicológica, agresiones sexuales, tortura y asesinatos. La persistencia de la homofobia y la transfobia, sumada a la ausencia de una protección legal efectiva frente a la discriminación por orientación sexual e identidad de género, incrementa la vulnerabilidad social y económica de estas poblaciones y las expone a graves violaciones de sus derechos humanos.

**En este contexto, tanto la evidencia científica como la experiencia regional coinciden que la educación en diversidad, la sensibilización institucional y la garantía efectiva de los derechos humanos constituyen pilares indispensables para transformar los entornos sanitarios y comunitarios, reducir el estigma y la discriminación, y fortalecer una respuesta al VIH verdaderamente inclusiva, equitativa y sostenible.**

## ESTIGMA, DISCRIMINACIÓN Y VIH ¿POR QUÉ ACTUAR?

La evidencia demuestra que el estigma y la discriminación siguen siendo barreras estructurales para el acceso oportuno, continuo y de calidad a los servicios de salud para las personas que viven con VIH y las poblaciones clave. Estas barreras se traducen en retrasos en el diagnóstico, abandono del tratamiento antirretroviral y mayor riesgo de transmisión del VIH.

Las organizaciones de base comunitaria cumplen un rol fundamental en la respuesta al VIH. El acompañamiento entre pares y el trabajo comunitario se asocian con mejores resultados en la vinculación a los servicios, la adherencia al tratamiento y la supresión viral. Por ello, fortalecer sus capacidades y su participación en el monitoreo y la incidencia es una estrategia clave del Plan. La evidencia internacional confirma que el estigma puede reducirse mediante intervenciones combinadas, que integren participación comunitaria, educación, consejería, acceso a servicios especializados y cambios normativos, diferenciando los tipos y espacios donde se produce el estigma: internalizado, institucional y estructural.

Asimismo, el estigma se ve agravado por determinantes sociales como el género, la orientación sexual, la identidad de género, la pobreza, la etnia y la exclusión social. Las personas trans, hombres que tienen sexo con hombres, comunidades indígenas, personas privadas de libertad y personas con discapacidad se ven afectadas de manera desproporcionada.

*El enfoque de género y de derechos humanos es indispensable para una respuesta integral al VIH. Garantizar la dignidad, la igualdad y la no discriminación no solo protege derechos fundamentales, sino que fortalece la eficacia de los sistemas de salud y contribuye a una respuesta sostenible frente a la epidemia (ONUSIDA, 2022).*

**“El estigma y la discriminación no solo dañan a las personas, debilitan los sistemas de salud y ponen en riesgo a toda la sociedad”.**

# 5.

## OBJETIVOS

## 5. OBJETIVOS



### Objetivo general

Promover la eliminación del estigma y la discriminación asociados al VIH que limitan el acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud, mediante acciones integrales que incorporen la perspectiva de género y el enfoque de derechos humanos en los entornos sanitarios.

### Objetivos específicos

1

#### Personal de salud libres de estigma discriminación

Fortalecer las competencias del personal de salud para generar cambios de comportamiento que favorezcan entornos libres de estigma y discriminación, garantizando la participación activa de las PVIH en la formulación, implementación y evaluación de políticas y programas.

2

#### Atención con enfoque de derechos

Incorporar enfoques de género, interculturalidad y derechos humanos en las intervenciones dirigidas a las PVIH, poblaciones clave (PC) y poblaciones vulnerables (PV), asegurando su pertinencia cultural y social.

3

#### Servicios integrales y dignos

Ampliar y consolidar los programas de prevención, diagnóstico y tratamiento integral del VIH y sus comorbilidades—incluyendo salud mental, enfermedades no transmisibles y tuberculosis— con especial énfasis en la atención segura, digna y confidencial de las PVIH, PC y PV.

4

#### Decisiones basadas en evidencia

Fortalecer los sistemas de vigilancia, monitoreo y evaluación para una toma de decisiones basada en evidencia y la adaptación continua de estrategias.

***“Eliminar el estigma y la discriminación salva vidas, fortalece el sistema de salud y garantiza derechos.”***

6.

EJES

**PAEDS 2030**

## 6. EJES

### 6.1. Fomentar el cambio de comportamiento

<b>En el personal de salud:</b>	Implementar capacitaciones especializadas, continuas y basadas en evidencia, centradas en la atención humanizada, el respeto de los derechos humanos y la eliminación de prejuicios asociados al VIH, promoviendo prácticas libres de estigma.
<b>En las PVIH, PC y su entorno familiar:</b>	Desarrollar intervenciones que fortalezcan habilidades para enfrentar el estigma, promover la autonomía en la toma de decisiones y favorecer su participación efectiva en los procesos de atención.
<b>En la población general:</b>	Ejecutar campañas de comunicación social con información técnica rigurosa, traducida a un lenguaje claro y accesible, orientadas a desmitificar creencias erróneas sobre el VIH/SIDA y promover la inclusión de las PVIH en espacios sociales, comunitarios, religiosos y familiares.

### 6.2. Fomentar el incremento de la cobertura de servicios de salud integrales y de calidad

La construcción de entornos libres de estigma y discriminación fortalece la confianza en los servicios de salud y mejora la adherencia a la atención. Esto permitirá ampliar el acceso a servicios integrales de prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH y sus comorbilidades, así como a la salud mental y la salud sexual y reproductiva, impactando de manera positiva en la salud individual y colectiva.

### 6.3. Promover políticas públicas y legislaciones inclusivas

Si bien la Región Andina ha logrado avances normativos en materia de estigma y discriminación, persiste la necesidad de actualizar y fortalecer las políticas públicas para garantizar su aplicación efectiva. Ello permitirá consolidar servicios de salud más seguros, confiables y centrados en las personas para las PVIH, PC y PV, así como avanzar hacia entornos educativos, laborales y comunitarios libres de estigma y discriminación.

***“Eliminar el estigma y la discriminación transforma los servicios, protege derechos y salva vidas.”***

# 7.

## ENFOQUES

## 7. ENFOQUES

### 7.1. Enfoque de derechos y principios rectores

En línea con la Estrategia Global contra el SIDA 2021-2026 de ONUSIDA (8), el plan se sustenta en el enfoque de derechos humanos que, garantiza el derecho a la salud, la igualdad ante la ley y la no discriminación. Reconoce el estigma y la discriminación como vulneraciones de derechos humanos que profundizan desigualdades y restringen el acceso a servicios esenciales.

Este plan se articula con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, principalmente el ODS 3 (salud y bienestar) y el ODS 10 (reducción de desigualdades), priorizando a las personas que forman parte de la PC y PV, incluyendo a mujeres, jóvenes, personas LGBTIQ+, población migrante e indígena, entre otros grupos históricamente excluidos.

### 7.2. Acciones basadas en evidencias

Las intervenciones se sustentan en evidencia científica, basada en estudios recientes, datos epidemiológicos regionales y el marco normativo sanitario andino. Las estrategias orientadas a la eliminación del estigma y la discriminación incorporan buenas prácticas (véase el Marco Conceptual), educación continua, participación comunitaria y políticas inclusivas que han demostrado ser efectivas para reducir las barreras de acceso a los servicios de salud.

El seguimiento mediante indicadores cualitativos y cuantitativos permitirá evaluar los avances, ajustar oportunamente las acciones y asegurar una mejora progresiva de las intervenciones. Asimismo, se prioriza la generación de investigación continua que permita adecuar las estrategias a las necesidades y realidades cambiantes de las poblaciones afectadas.

### 7.3. Determinantes sociales y perspectiva de género

Siguiendo el planteamiento de Marmot, “el estigma y la discriminación están profundamente arraigados en los determinantes sociales de la salud, como la pobreza, la educación, el género y la pertenencia étnica” (26). En ese sentido, el plan reconoce que el estigma se sostiene en determinantes estructurales que reproducen desigualdades y limitan el acceso equitativo a la salud. Por ello, propone acciones intersectoriales orientadas a reducir brechas y a promover la igualdad en el acceso a servicios de salud oportunos y de calidad.

Asimismo, la perspectiva de género permite comprender cómo mujeres, hombres y personas no binarias experimentan de manera diferenciada los efectos del estigma y la discriminación, y orienta intervenciones que priorizan la autonomía, la prevención de la violencia y la igualdad de oportunidades. Las mujeres, en particular, enfrentan mayores riesgos de violencia y exclusión asociados al estigma relacionado con el VIH, lo que refuerza la necesidad de implementar acciones específicas que promuevan la igualdad de género y el ejercicio pleno de sus derechos.

## 7.4. Integralidad e inclusión

Se adopta un enfoque integral orientado a la cobertura universal, el acceso equitativo a los servicios de salud y el acompañamiento psicosocial. La coordinación y articulación intersectorial entre salud, educación, trabajo y justicia resultan fundamentales para una respuesta efectiva y sostenida frente al estigma y la discriminación. Este enfoque promueve la formulación e implementación de políticas públicas inclusivas que consideren las necesidades específicas de cada población, con especial énfasis en aquellas en mayor situación de vulnerabilidad y exclusión, garantizando así la inclusión y la equidad en la ejecución del plan.

## 7.5. Participación comunitaria

La participación de las comunidades afectadas es un pilar fundamental para el éxito de este plan. El reconocimiento del papel esencial que desempeñan las personas que viven con VIH (PVIH) y las poblaciones clave constituye un principio transversal. Su involucramiento activo en el diseño, la implementación y la evaluación de las políticas garantiza intervenciones pertinentes, sostenibles y basadas en experiencias reales. Asimismo, su participación contribuye a transformar los servicios de salud y a fortalecer la confianza en las instituciones sanitarias.

8.

PROPÓSITO

**PAEDS 2030**

## 8. PROPÓSITO

El Plan Andino de Eliminación del Estigma y la Discriminación contra las PVIH y PC en el Sector Salud al 2030 tiene como propósito consolidar entornos sanitarios libres de estigma y discriminación en los países andinos. Para ello, propone estrategias integrales orientadas a garantizar el acceso equitativo a la atención de salud, la plena integración social y el ejercicio efectivo de los derechos humanos, priorizando la reducción de barreras estructurales, el fortalecimiento de los marcos normativos y la participación activa de las personas afectadas en la toma de decisiones.

El logro de este propósito requiere del compromiso sostenido y coordinado de todos los actores del sistema de salud: personal sanitario, autoridades nacionales, organizaciones comunitarias, sociedad civil y sectores aliados.

**Beneficios esperados en la población objetivo:** La eliminación del estigma y la discriminación en los servicios de salud contribuirá significativamente a:

**a.** Facilitar el acceso oportuno y equitativo a servicios de salud, favoreciendo el diagnóstico temprano, el inicio inmediato del TAR y la adherencia sostenida al tratamiento.

**b.** Mejorar los resultados de los programas de prevención, incluida la prevención combinada (condones, lubricantes, PrEP y otras estrategias), disminuyendo nuevas infecciones y fortaleciendo la protección integral de la salud física y mental.

**c.** Fortalecer el bienestar psicológico y emocional, reduciendo el estrés asociado al estigma y evitando situaciones de depresión y aislamiento social en las PVIH.

**d.** Garantizar el ejercicio de derechos humanos, impulsando el conocimiento y aplicación de marcos legales que protejan a PVIH y poblaciones clave.

**e.** Promover el empoderamiento y la participación comunitaria, asegurando entornos donde las PVIH y PC intervengan en la planificación, ejecución y evaluación de políticas.

**f.** Reducir la mortalidad asociada al VIH, mediante la disminución de retrasos diagnósticos y barreras de acceso, con especial énfasis en mujeres, niñas, niños, poblaciones trans, trabajadoras sexuales, migrantes y otras poblaciones vulnerables.

9.

LÍNEAS  
ESTRATÉGICAS

**PAEDS 2030**

## 9. LÍNEAS ESTRATÉGICAS

Las líneas estratégicas y las acciones propuestas se implementarán de manera progresiva, de acuerdo con las prioridades nacionales y el nivel de avance de cada país andino, con énfasis en el fortalecimiento de aquellos ámbitos que requieren mayor atención:

### 9.1. Fortalecimiento de competencias de los Recursos Humanos de Salud (RHUS) dirigidas a otorgar una atención de calidad sobre la base de las evidencias, destrezas y respeto a todas las personas sin discriminación

i. Formación continua del personal de salud en VIH, derechos humanos y prácticas inclusivas, con un enfoque transversal de género e interculturalidad.

ii. Fortalecimiento de la comunicación interna, de manera efectiva y sostenida, para asegurar una atención articulada, respetuosa y libre de discriminación en la gestión de los servicios dirigidos a PVIH, poblaciones clave y poblaciones vulnerables. Este fortalecimiento involucra a todo el personal de los establecimientos de salud: administrativo, directivo, de seguridad, logístico, clínico, de laboratorio y de salud comunitaria, entre otros.

iii. Incorporación de modelos de interacción participativos con PVIH, poblaciones clave y poblaciones vulnerables, así como con educadores pares, articulados a sistemas de reporte y retroalimentación (ver línea estratégica 9.5).

### 9.2. Políticas y normativas inclusivas

i. Actualización de la Ley de VIH, incorporando los determinantes sociales de la salud, el enfoque de género y un abordaje explícito del estigma y la discriminación en los entornos sanitarios.

ii. Incorporación de las recomendaciones de ONUSIDA y la OMS, incluyendo la prevención combinada, la notificación asistida a las parejas (NAP), el autotest y otras estrategias basadas en evidencia.

iii. Actualización y/o desarrollo de guías de atención integral dirigidas a poblaciones clave y poblaciones vulnerables, con protocolos de atención respetuosos, libres de estigma, discriminación y violencia.

### 9.3. Atención integral de calidad e interprogramática

i. Articulación interprogramática con salud mental, salud sexual y reproductiva, tuberculosis y enfermedades no transmisibles, entre otros.

ii. Coordinación con áreas de promoción de la salud y de pueblos indígenas.

iii. Brindar servicios de asesoramiento y apoyo psicológico para víctimas de estigma, discriminación o violencia basada en género.

iv. Promover la creación de grupos de apoyo con participación comunitaria de las PVIH, PC y educadores pares.

### 9.4. Participación comunitaria

i. Formación continua de las OBC en VIH, derechos humanos, estigma y discriminación.

ii. Articulación con OBC y otros actores para el abordaje comunitario del estigma y la discriminación contra las PVIH, PC y PV.

iii. Sostenibilidad normativa para la participación comunitaria en la prevención del E&D dentro de las estrategias de atención integral.

iv. Participación de PVIH y PC en el diseño e implementación de políticas y estrategias de intervención, entre ellas, auto test y PrEP.

### 9.5. Sistema de información e interoperabilidad de historias clínicas

i. Fortalecimiento del sistema nacional de información en VIH, incluyendo la consolidación de la cascada de atención y del sistema de referencia y contrarreferencia, de manera que se evidencie la articulación interprogramática.

ii. Operativización de las historias clínicas electrónicas y garantía de su interoperabilidad entre los distintos subsectores del sistema de salud.

iii. Implementación de mecanismos confidenciales de quejas y denuncias, accesibles y seguros, que permitan a las personas reportar casos de discriminación y recibir una respuesta oportuna y efectiva.

iv. Desarrollo de una política de datos abiertos y desagregados por género, edad, etnia y poblaciones de interés, incluidas las diversas poblaciones clave, con el fin de facilitar la toma de decisiones y la acción coordinada de los distintos actores en la respuesta al VIH.

## 9.6. Desarrollo de investigación y análisis de datos

i. Realización de estudios de prevalencia de VIH en poblaciones clave y poblaciones vulnerables, que permitan identificar factores facilitadores y barreras en el acceso a la prevención, el diagnóstico y la atención.

ii. Actualización periódica de encuestas sobre estigma y discriminación, incorporando los enfoques de género, derechos humanos e interseccionalidad.

iii. Diseño y desarrollo de investigaciones aplicadas orientadas a identificar barreras y factores facilitadores para la eliminación del estigma y la discriminación contra las personas que viven con VIH, así como contra poblaciones clave y poblaciones vulnerables.

iv. Implementación de proyectos piloto, adaptados a los contextos nacionales, basados en modelos exitosos de eliminación del estigma y la discriminación contra las personas que viven con VIH, poblaciones clave y poblaciones vulnerables.

## 9.7. Monitoreo y evaluación

i. Definición e implementación de mecanismos de monitoreo de resultados e indicadores, que permitan dar seguimiento sistemático a los avances del plan.

ii. Desarrollo de evaluaciones anuales sobre los niveles de estigma y discriminación en el sector salud, con el objetivo de ajustar y fortalecer las estrategias de intervención según los resultados obtenidos.

## 9.8. Abordaje multisectorial e internacional

i. Incidencia en plataformas multisectoriales e internacionales para la protección y promoción de los derechos de las personas que viven con VIH (PVIH), poblaciones clave (PC) y poblaciones vulnerables (PV).

ii. Promoción y fortalecimiento de la Educación Sexual Integral (ESI) en los programas escolares, como estrategia para reducir el estigma y la discriminación hacia las PVIH, promover la salud sexual y reproductiva y prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS).

iii. Articulación intersectorial de acciones entre los sectores de salud, protección social (incluida la prevención y atención de la violencia basada en género), justicia e inclusión social (programas sociales y de alimentación), con el fin de garantizar la protección integral de los derechos humanos de las PVIH, PC y PV.

iv. Incorporación de los países de la subregión andina a la Alianza Mundial contra el Estigma y la Discriminación relacionadas con el VIH, como compromiso político y estratégico para fortalecer la respuesta regional.

# 10.

## IMPLEMENTACIÓN Y FINANCIAMIENTO

# 10. IMPLEMENTACIÓN Y FINANCIAMIENTO

## 10.1. Cronograma

Para su implementación se están considerando tres fases, las mismas que se desarrollarán entre el 2025 y 2030 (de acuerdo con la priorización realizada por los países andinos):

F A S E  1	<p><b>Acciones de alto impacto inmediato (2025 – 2026):</b></p> <p>Durante esta fase se desarrollarán las actividades relacionadas con las líneas y acciones estratégicas que permitan generar resultados inmediatos. Las actividades propuestas incluyen: fortalecimiento de competencias del personal sanitario, actualización de normativas e implementación de reuniones y campañas de sensibilización en entornos comunitarios y de atención sanitaria con participación de PVIH, PC y PV.</p>
	F A S E  2
F A S E  3	<p><b>Acciones de consolidación (2027 – 2028):</b></p> <p>Durante esta fase, se buscará consolidar los avances alcanzados en la fase anterior. Las acciones estarán enfocadas en fortalecer los sistemas de monitoreo y evaluación, y promover la integración y articulación interprogramática de servicios en todos los niveles del sistema de salud.</p>
	F A S E  3

## 10.2. Recursos

A continuación, se detallan los recursos necesarios para la implementación del Plan:

### 10.2.1. Recursos humanos

- **Capacitación y formación continua:** Es necesaria la capacitación continua del personal que forma parte de los diversos servicios de los establecimientos de salud, incluyendo personal sanitario asistencial y administrativo, personal de apoyo comunitario y otros actores claves, que aseguren proveerles de herramientas para la atención y monitoreo de las PVIH, PC y PV, libres de estigma y discriminación.

- **Equipo multidisciplinario:** La ejecución del Plan requiere de un equipo multidisciplinario que incluya médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, científicos sociales y personal administrativo. Se debe considerar la incorporación de PVIH, PC, PV y/o educadores pares, y expertos en interculturalidad.

### 10.2.2. Recursos financieros:

Para asegurar la ejecución y sostenibilidad del Plan es fundamental identificar y/o gestionar las fuentes de financiamiento, entre ellas:

- **Asignación de Presupuesto Nacional:** Con la finalidad de garantizar la ejecución del Plan, se debe asignar al menos un 20% del presupuesto nacional de VIH a acciones que contribuyan a la eliminación de la discriminación en torno al VIH o, de no ser posible, gestionar los recursos adicionales y/o disponibles.
- **Apoyo de Organismos Internacionales:** Para complementar los fondos nacionales se buscará el apoyo financiero de organismos internacionales que permitan y garanticen la ejecución integral del Plan Andino para la Eliminación del Estigma y la Discriminación contra las personas con VIH y Población Clave en el Sector Salud al 2030 (PAEDS-PVIH-PC).

# 11.

## MONITOREO Y EVALUACIÓN

# 11. MONITOREO Y EVALUACIÓN

Se implementará un sistema de monitoreo y evaluación de la ejecución del Plan, orientado a medir avances, identificar brechas y ajustar las estrategias cuando sea necesario<sup>3</sup>. El seguimiento del uso e implementación del presente Plan será responsabilidad de los Ministerios de Salud de los países andinos y de la Secretaría Ejecutiva del ORAS-CONHU (Ver los puntos 12.1 y 12.2).

## 11.1. Indicadores

<b>11.1.1. Indicadores sobre Conocimiento y Actitudes de los Recursos Humanos de Salud (RHUS)</b>	Porcentaje de RHUS con actitudes discriminatorias hacia personas con VIH (PVIH), población clave (PC) y personas vulnerables (PV).
	Porcentaje de trabajadores de salud capacitados en derechos humanos y marcos jurídicos relacionados con la no discriminación en VIH.
	Porcentaje de personal de salud con opiniones estigmatizantes hacia las PVIH, PC y PV.
	Porcentaje de RHUS que implementan acciones afirmativas para proporcionar servicios inclusivos y respetuosos hacia PVIH, PC y PV.
<b>11.1.2. Indicadores sobre Políticas Públicas</b>	Porcentaje de políticas y documentos normativos actualizados para la atención integral de PVIH, PC y PV que incluyan acciones específicas
	Actualización de la Ley de VIH y evaluación de su impacto en la reducción del estigma y la discriminación.
	Porcentaje de participación de PVIH, PC y PV en la elaboración y actualización de normas de atención integral.

<sup>3</sup>Las acciones afirmativas se refieren a acciones específicas para promover la igualdad de trato y garantizar el acceso a los servicios de salud; en el marco del plan pueden incluir: (i) Capacitación y sensibilización del personal, (ii) EESS con políticas inclusivas que prohíban la discriminación, (iii) Incorporación de estrategias y protocolos para garantizar EESS adaptados a necesidades de las PVIH y PC, (iv) Promoción de la participación de las PVIH en las actividades del EESS”

<b>11.1.3. Indicadores de Atención Integral de Calidad e Interprogramática</b>	Porcentaje de PVIH y PC que reportan haber sido negadas de servicios de salud (VIH y no VIH).
	Porcentaje de PVIH y PC que informan haber sido discriminadas en servicios de salud.
	Porcentaje de PVIH, PC y PV que reportan haber recibido atención libre de estigma y discriminación.
	Porcentaje de PVIH, PC y PV que reportan violaciones de confidencialidad en los últimos 12 meses.
	Número de mujeres que reportan coacción en su elección del método de parto debido a su estado serológico, y acciones implementadas para prevenir y abordar estos casos.
	Porcentaje de PVIH que reportan haber enfrentado condiciones sobre anticoncepción para acceder a la terapia antirretroviral (TAR), y medidas correctivas implementadas.

<b>11.1.4. Indicadores de Participación Comunitaria</b>	Porcentaje de líderes comunitarios de organizaciones basadas en la comunidad (OBC) con conocimiento adecuado sobre mecanismos de transmisión y prevención del VIH.
	Porcentaje de líderes comunitarios de OBC capacitados en derechos humanos y normas contra la discriminación por VIH.
	Porcentaje de servicios de salud que incorporan promotores de salud pares en la atención de PVIH.
	Porcentaje de PVIH, PC y PV que reportan recibir atención integral a través de intervenciones que involucren tanto al sector salud como a OBC.

<b>11.1.5. Indicadores de Sistemas de Información e Interoperabilidad de Historias Clínicas</b>	Existencia de sistema nacional de información de VIH que incluya la "Cascada de VIH" (indicadores clave de la atención del VIH).
	Implementación de un sistema de historias clínicas electrónicas (HCE) para registrar la atención integral de PVIH, PC y PV.

11.1.6. Indicadores de Desarrollo de Investigación y Análisis de Datos	Número de plataformas de datos abiertos que incorporan factores facilitadores y barreras (identificados en estudios previos) entre sus variables de recopilación y análisis de datos.
	Número de estudios de prevalencia de VIH entre PC y otras poblaciones en situación de vulnerabilidad realizados durante el periodo de evaluación.
	Porcentaje de implementación de estudios piloto de modelos exitosos para la eliminación del estigma y la discriminación.

11.1.7. Indicadores de Abordaje Multisectorial e Internacional	Número de planes específicos y multisectoriales para la atención integral del VIH actualizados e implementados.
	Número de países andinos que participan en la Alianza Mundial contra el Estigma y la Discriminación.

## 11.2. Mecanismos de retroalimentación

Se implementarán mecanismos de retroalimentación periódica con la finalidad de identificar oportunidades de mejora. Estos mecanismos incluirán:

- **Realización de encuestas anónimas a usuarios del Plan:** Con la finalidad de conocer la percepción de los avances y áreas que requieren atención adicional se realizarán encuestas a los beneficiarios de manera semestral.
- **Informes de Retroalimentación de Socios Clave:** Reuniones trimestrales con las instituciones y organizaciones que participan en la implementación del Plan para evaluar la eficacia de las estrategias empleadas y ajustar las actividades según las recomendaciones obtenidas.
- **Reuniones con Organizaciones de la Sociedad Civil y Organizaciones de Bases Comunitarias:** Reuniones semestrales con representantes de PVV y poblaciones clave para obtener retroalimentación directa sobre la implementación de las actividades y su impacto en la reducción del estigma y la discriminación.
- Reuniones técnicas con los países andinos a través del Comité Andino de VIH del ORAS-CONHU sobre el seguimiento del Plan (monitoreo y evaluación) así como socialización de experiencias y lecciones aprendidas.

# 12.

## RESPONSABILIDADES

**PAEDS 2030**

## 12. RESPONSABILIDADES

### 12.1. De los Países de la Región Andina

Los países de la región andina, a través de sus Programas Nacionales de VIH/SIDA, son responsables de la implementación y monitoreo del presente Plan en sus respectivos territorios. Su labor incluye garantizar las condiciones técnicas, normativas y presupuestales necesarias para su cumplimiento.

### 12.2. De IORAS-CONHU

El IORAS-CONHU ejercerá el rol de coordinación subregional, con responsabilidad en el monitoreo y evaluación del avance del Plan a nivel andino. Para ello, promoverá la articulación técnica entre los países, considerando prioridades, contextos y niveles de desarrollo normativo y programático.

### 12.3. De ONUSIDA

ONUSIDA brindará asistencia técnica y apoyo estratégico, a solicitud de los países, para fortalecer la implementación del Plan.

### 12.4. De las Organizaciones de Base Comunitaria de la Sociedad Civil (OBCs)

Las OBCs desempeñan un rol fundamental como actoras corresponsables en la implementación del Plan. Su participación se centra en la vigilancia social, la retroalimentación continua y el monitoreo comunitario, en los países donde se esté implementando el presente Plan. Esta participación favorece la transparencia, la rendición de cuentas y el fortalecimiento del enfoque de derechos humanos.

# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**PAEDS 2030**

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2024). Salud universal. Recuperado el 29 de septiembre de 2024, de <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal#:~:text=El%20acceso%20universal%20a%20la,as%C3%AD%20como%20a%20medicamentos%20de>
2. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). (2018). Alianza mundial de acciones para eliminar todas las formas de estigma y la discriminación relacionadas con el VIH. <https://www.unaids.org/es/resources/documents/2018/global-partnership-hiv-stigma-discrimination>
3. ONUSIDA. (2024). Grupos de población clave. Recuperado el 29 de septiembre de 2024, de <https://www.unaids.org/es/topic/key-populations>
4. ONUSIDA. (2015). Orientaciones terminológicas de ONUSIDA. [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2015\\_terminology\\_guidelines\\_es.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_es.pdf)
5. Clinical Info HIV.gov. (2021). Glosario de términos relacionados con el VIH/SIDA (9.ª ed.). <https://clinicalinfo.hiv.gov/sites/default/files/glossary/Glossary-Spanish-HIVinfo.pdf>
6. ONUSIDA. (2024). Hoja informativa: Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia. <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
7. ONUSIDA. (2024). La urgencia del ahora: El sida frente a una encrucijada. Actualización mundial sobre el sida 2024. <https://www.unaids.org/es/resources/documents/2024/global-aids-update-2024>
8. ONUSIDA. (2021). Estrategia mundial contra el sida 2021-2026: Acabar con las desigualdades. Acabar con el sida. [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026\\_es.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_es.pdf)
9. ONUSIDA–OPS/OMS. (2023). Proyecto Soy Clave. <https://soyclave.org/>
10. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos del Perú. (2021). II Encuesta Nacional de Derechos Humanos. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1611180/3.-Informe-completo-de-la-II-Encuesta-Nacional-de-Derechos-Humanos.pdf>
11. ONUSIDA. (2023). Index 2.0: Informe comparado Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú.
12. Global Network of People Living with HIV (GNP+). (2023). People Living with HIV Stigma Index 2.0: Global Report 2023. <https://www.stigmaindex.org/wp-content/uploads/2023/11/PLHIV-Stigma-Index-Global-Report-2023-3.pdf>
13. Berg, R. C., Page, S., & Øgård-Repål, A. (2021). The effectiveness of peer-support for people living with HIV: A systematic review and meta-analysis. PLoS One, 16(6), e0252623. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252623>

14. Restrepo Pineda, J. E., Morales, Z. C. T., & Garzón, S. A. R. (2024). Participación social y comunitaria frente a la respuesta al VIH. *Interface (Botucatu)*, 28, e230152. <https://doi.org/10.1590/interface.230152>
15. Global Partnership. (2023). Practical guide to ending HIV-related stigma and discrimination. [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/GlobalPartnershipStigmaDiscrimination\\_PracticalGuide\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/GlobalPartnershipStigmaDiscrimination_PracticalGuide_en.pdf)
16. Ferguson L, Gruskin S, Bolshakova M, Rozelle M, Yagyu S, Kasoka K, Oraro-Lawrence T, Motala A, Stackpool-Moore L, Hempel S. Systematic review and quantitative and qualitative comparative analysis of interventions to address HIV-related stigma and discrimination. *AIDS*. 2023 Nov 1;37(13):1919-1939. doi: 10.1097/QAD.0000000000003628. Epub 2023 Jun 19. PMID: 37352492; PMCID: PMC10552822. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10552822/>
17. Majeed, T., Hopkin, G., Wang, K., et al. (2024). Anti-stigma interventions in low- and middle-income countries: A systematic review. *E Clinical Medicine*, 72, 102612. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102612>
18. Armoon B, Higgs P, Fleury MJ, Bayat AH, Moghaddam LF, Bayani A, Fakhri Y. Socio-demographic, clinical and service use determinants associated with HIV related stigma among people living with HIV/AIDS: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res*. 2021 Sep 22;21(1):1004. doi: 10.1186/s12913-021-06980-6. PMID: 34551772; PMCID: PMC8459487. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8459487/>
19. Gesesew H.A., Tesfay Gebremedhin A, Demissie TD, Kerie MW, Sudhakar M, Mwanri L. Significant association between perceived HIV related stigma and late presentation for HIV/AIDS care in low and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017 Mar 30;12(3):e0173928. doi: 10.1371/journal.pone.0173928. PMID: 28358828; PMCID: PMC5373570. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5373570/>
20. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2022). Romper el círculo: Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia. [https://www.slideshare.net/Estrategia\\_VIH\\_Colombia/romper-el-circuloindice-de-estigma-y-discriminacion-en-personas-que-viven-con-vihsida-en-colombiapdf?from\\_m\\_app=ios](https://www.slideshare.net/Estrategia_VIH_Colombia/romper-el-circuloindice-de-estigma-y-discriminacion-en-personas-que-viven-con-vihsida-en-colombiapdf?from_m_app=ios)
21. Iracema Lua, Andrea F. Silva, Nathalia S. Guimarães, Laio Magno, Julia Pescarini, Rodrigo V.R. Anderle, Maria Yury Ichihara, Mauricio L. Barreto, Carlos A.S. Teles Santos, Louisa Chenciner, Luis Eugênio Souza, James Macinko, Ines Dourado, Davide Rasella, The effects of social determinants of health on acquired immune deficiency syndrome in a low-income population of Brazil: a retrospective cohort study of 28.3 million individuals, *The Lancet Regional Health - Americas*, Volume 24, 2023, 100554, ISSN 2667-193X. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667193X2300128X>

22. Naciones Unidas. (2024). Consejo Económico y Social. 68° Periodo de sesiones de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer. Las mujeres, las niñas y el VIH y el Sida. <https://documents.un.org/doc/undoc/ltd/n24/071/27/pdf/n2407127.pdf>
23. ONU Mujeres. (2024). VIH y SIDA. Recuperado el 28 de octubre de 2024, de: <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/hiv-and-aids#:~:text=La%20desigualdad%20de%20g%C3%A9nero%20contribuye%20a%20la%20propagaci%C3%B3n,menos%20recursos%20para%20poner%20en%20pr%C3%A1ctica%20medidas%20preventivas.>
24. ACDNUH. (2024). Manual sobre el VIH y los derechos humanos para instituciones nacionales de derechos humanos. [https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/HandbookHIV\\_NHRIs\\_sp.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/HandbookHIV_NHRIs_sp.pdf)
25. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2022). Inclusive health policies to leave no one behind. <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2022-07/UNDP%20Strategic%20Plan%202022-2025.pdf>
26. Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099–1104. doi: 10.1016/S0140-6736(05)71146-6. PMID: 15781105. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(05\)71146-6/fulltext.](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(05)71146-6/fulltext)

# GLOSARIO

**PAEDS 2030**

## GLOSARIO

- **Acceso Universal a la Salud (1):** El acceso universal y la cobertura universal de salud garantizan que todas las personas y comunidades reciban, sin discriminación, servicios integrales de salud adecuados, oportunos y de calidad, definidos según las necesidades nacionales. Esto incluye el acceso a medicamentos seguros, eficaces y asequibles, sin que ello genere dificultades financieras para los usuarios, en especial para quienes se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad. Dado que cada país presenta realidades y prioridades distintas, las metas de acceso universal se establecen y adaptan a nivel nacional.

j

- **Estigma relacionado con el VIH (2):** El estigma se expresa mediante actitudes, comportamientos o juicios irracionales y negativos, generalmente motivados por el miedo, la desinformación y prejuicios arraigados. En muchos entornos persisten prácticas estigmatizantes hacia las personas con VIH, sus familias y poblaciones clave con mayor riesgo de infección, como personas que se inyectan drogas, trabajadoras/es sexuales, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas transgénero. El estigma y la discriminación asociados al VIH continúan siendo problemas estructurales y generalizados que afectan la respuesta sanitaria.

- **Discriminación asociada con el VIH (2):** La discriminación comprende toda distinción, exclusión o restricción—como acto u omisión—que directa o indirectamente se base en el estado serológico real o percibido de una persona. Esta discriminación vulnera derechos y afecta tanto a personas con VIH como a poblaciones clave y grupos en mayor riesgo de infección, manifestándose tanto en interacciones sociales como en ámbitos institucionales, a través de leyes, políticas o prácticas injustas.

- **Determinantes Sociales de la Salud:** Son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, así como los factores estructurales que configuran estas condiciones: políticas públicas, sistemas económicos, programas de desarrollo social, normas socioculturales y estructuras de gobernanza. Estos determinantes influyen directamente en los resultados en salud y en el acceso equitativo a servicios esenciales.

- **Poblaciones Clave (3):** Según ONUSIDA, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, trabajadores sexuales, personas transgénero, personas que se inyectan drogas y personas privadas de libertad constituyen cinco grupos definidos como poblaciones clave con mayor vulnerabilidad frente al VIH. Estos grupos enfrentan múltiples barreras para acceder a servicios básicos, incluidos los de salud, debido a estigma, criminalización, exclusión social y limitaciones normativas.

- **Población vulnerable (4):** ONUSIDA considera poblaciones vulnerables a aquellos grupos expuestos a presiones sociales, económicas o culturales que incrementan su riesgo frente a infecciones como el VIH. Entre ellas se encuentran personas migrantes, pueblos indígenas, mujeres, niñas y sobrevivientes de violencia o abuso sexual.

- **Organización de Base Comunitaria (OBC) (5):** Entidad pública o privada sin fines de lucro que representa parcial o totalmente a una comunidad, con el propósito de promover y defender sus derechos, fortalecer la participación ciudadana e incidir políticamente en asuntos que impactan en su bienestar y desarrollo.

El PAEDS 2030 es una apuesta colectiva por la dignidad, la equidad y la vida. Es reconocer que el estigma y la discriminación no son solo expresiones sociales, sino barreras reales que limitan el acceso a la salud y vulneran derechos fundamentales.

Este Plan convoca a los Estados, a los servicios de salud, a las comunidades y a la sociedad en su conjunto a transformar los entornos sanitarios en espacios seguros, respetuosos y libres de estigma, donde todas las personas puedan ejercer plenamente su derecho a la salud.

Avanzar hacia servicios de salud sin estigma ni discriminación es avanzar hacia una respuesta más justa, eficaz y humana frente al VIH, basada en la evidencia, la participación comunitaria y el principio de que nadie debe quedarse atrás.

**“Sin estigma ni discriminación, la salud es un derecho que se ejerce plenamente.”**



## SEDE CENTRAL

Av. Paseo de la República N° 3832, Lima 27-Perú  
Telf.(0051-1) 422-6862/611 3700






---

## VISÍTANOS

[contacto@conhu.org.pe](mailto:contacto@conhu.org.pe)  
<http://www.orasconhu.org>

---

## SÍGUENOS EN REDES

-  OrganismoAndinodeSalud
-  orasconhu
-  @orasconhu
-  OrganismoAndinodeSalud
-  OrganismoAndinodeSalud