PROYECTO DE LEY QUE DECLARA DE INTERÉS NACIONAL LA VULNERABILIDAD SOCIAL DE LOS PACIENTES CON VIH Y TBC.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA
ÁREA DE TRÁMITE DOCUMENTARIO
09 NOV. 2023
RECIBIDO
Hora: 7:04pm

Los congresistas de la República quienes suscriben, a iniciativa de la congresista **KELLY ROXANA PORTALATINO ÀVALOS,** miembro de la Bancada Parlamentaria **PERÚ LIBRE**, de conformidad con lo señalado en el artículo 107 de la Constitución Política del Perú, así como de los artículos 75 y 76 del Reglamento del Congreso de la República, presenta la siguiente fórmula legal.

FÓRMULA LEGAL

PROYECTO DE LEY QUE DECLARA DE INTERÉS NACIONAL LA VULNERABILIDAD SOCIAL DE LOS PACIENTES CON VIH Y TBC

Artículo 1.- Objeto de la presente ley

La presente ley tiene por objeto declarar de interés público la vulnerabilidad social de los pacientes con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y la tuberculosis (TBC).

Artículo 2.- Finalidad

La presente ley tiene por finalidad declarar de interés público la vulnerabilidad social de los pacientes con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y la tuberculosis (TBC), a fin de implementar políticas nacionales vinculadas a los Derechos Humanos, Protección Social, Igualdad de Género, Equidad y Justicia Social, Inclusión Social y Económica, abordando las determinantes sociales de la salud como la nutrición, el desarrollo infantil, niñez y adolescencia, jóvenes, pueblos originarios indígena, amazónicos, afrodescendientes, migrantes y desplazados, adultos mayores

Artículo 3.- Declaración de Interés nacional

Declárese de interés nacional la vulnerabilidad social de los pacientes con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y tuberculosis (TBC).

Lima, 16 de setiembre de 2023

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: PALACIOS HUAMAN Margot FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 09/11/2023 18:14:13-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: QUISPE MAMANI Wilson Rusbel FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 09/11/2023 16:14:08-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: PORTALATINO AVALOS Kelly Roxana FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 02/11/2023 17:22:04-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: GONZA CASTILLO Américo FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 07/11/2023 19:32:54-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: PALACIOS HUAMAN Margot FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 09/11/2023 18:13:24-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: MITA ALANOCA Isaac FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 08/11/2023 17:36:00-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: AGÜERO GUTIERREZ Maria Antonieta FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 08/11/2023 16:11:49-0500

1. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1.1. Introducción

La **Constitución Política del Perú** en el artículo VII establece "*Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad*".[1]

La **Ley 26842 Ley General de Salud**, en los artículos I, II, II, IV, V del texto preliminar establece que *"La salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo", "La protección de la salud es de interés público, por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla", "Toda persona tiene derecho a la protección de su salud en los términos y condiciones que establece la ley". "El derecho a la protección de la salud es irrenunciable", "La salud pública es responsabilidad primaria del Estado. La responsabilidad en materia de salud individual es compartida por el individuo, la sociedad y el Estado", "Es responsabilidad del Estado vigilar, cautelar y atender los problemas de desnutrición y de salud mental de la población, los de salud ambiental, así como los problemas de salud del discapacitado, del niño, del adolescente, de la madre y del anciano en situación de abandono social"*[2].

El **Decreto Supremo N° 002-2020-SA** que reglamenta la primera disposición complementaria final del Decreto Legislativo N° 1346 que establece disposiciones para optimizar los servicios que son financiados a través del seguro integral de Salud, desarrollando el concepto de vulnerabilidad sanitaria a efectos de viabilizar la afiliación regular de esas personas al régimen subsidiado del Seguro Integral de Salud (SIS)[3], por primera reconoce la vulnerabilidad sanitaria como un concepto multidimensional independientemente de su condición de pobreza que toma en cuenta aspectos cualitativos de la situación de precariedad de las poblaciones que viven con VIH/Sida, aquellas con el diagnostico de tuberculosis (TB) y aquellas con discapacidad severa.

Artículo 2. Definición de Vulnerabilidad Sanitaria
"Entiéndase por vulnerabilidad sanitaria para efectos de la aplicación de la Primera Disposicion Complementaria Final del Decreto Legislativo N° 1346 a aquella situación asociada a una condición de salud, que denota desventaja especialmente grave, a nivel económico, educativo, social, entre otros; lo cual limita la capacidad de desarrollarse, resistir o sobreponerse ante una enfermedad, riesgo de enfermar o morir, y que requiere que el Estado realice un mayor esfuerzo para facilitar la participacion con igualdad de oportunidades en la vida nacional y acceder a mejores condiciones de vida"[4]

[1] https://www.oas.org/juridico/spanish/per_res17.pdf
[2] https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/256661-26842
[3] https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/429592-002-2020-sa
[4] https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/514592/decreto-supremo-002-2020-SA.PDF?v=1581003003

Artículo 3. Poblaciones en la condición de vulnerabilidad sanitaria priorizada
"En el marco de la progresividad de la política de aseguramiento universal en salud, se incluye dentro de la afiliación regular al régimen subsidiado del Seguro Integral de Salud prevista en la Primera Disposicion Complementaria del Decreto Legislativo N° 1346, a las personas en situación de vulnerabilidad sanitaria que viven con el VIH/Sida, aquellas con el diagnostico de tuberculosis (TB) y aquellas con discapacidad severa".

Este reconocimiento de la "**condición de vulnerabilidad sanitaria**" permitió que miles de personas que viven con el VIH/Sida, aquellas con el diagnostico de tuberculosis (TB) y aquellas con discapacidad severa puedan ser afiliados al régimen subsidiado, con derecho al conjunto de prestaciones incluidas en el PEAS con un subsidio del 100%, actualmente siguen gozando de ese beneficio[5]

Si bien es cierto las personas que viven con el VIH/Sida, aquellas con el diagnostico de tuberculosis (TB) y aquellas con discapacidad severa gozan de este beneficio de acuerdo con la modificación del artículo 80 del reglamento de la Ley N° 29344 Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por el Decreto Supremo N° 0080-2010-SA, luego de la pandemia por la covid19 la vulnerabilidad se viene incrementando.

Según el **Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida** (ONUSIDA) en su Informe de síntesis sobre las interrupciones y adaptaciones del programa durante la pandemia de COVID-19 en 2020, Cómo prevenir las infecciones por el VIH ante una nueva pandemia[6]

"A lo largo de 2020, la pandemia de COVID-19 se extendió por todo el mundo, y puso en peligro a décadas de desarrollo ganado con esfuerzo y avances en salud pública. Los esfuerzos a nivel mundial y nacional para controlar la epidemia del sida se enfrentaron a amenazas sin precedentes". "Los avances logrados con esfuerzo en la prevención del VIH, con una disminución del 23 % en el número de nuevas personas infectadas con el VIH desde 2010, corren el riesgo de ser revertidos por la pandemia de COVID-19, y las poblaciones que ya han quedado atrás corren el riesgo de quedarse más rezagadas".

"La pandemia y las medidas puestas en marcha para contener su propagación han desencadenado una fuerte recesión económica, que está teniendo efectos devastadores y generalizados en las economías nacionales y los medios de vida de las personas". "Millones de personas se ven arrastradas a la pobreza extrema y la precariedad, siendo el África subsahariana y el sur de Asia los más afectados". "Las pruebas indican que la convergencia de la COVID-19 y el VIH está profundizando las desigualdades y agudizando las vulnerabilidades que durante mucho tiempo se han reconocido como los impulsores estructurales de la transmisión del VIH". "Es probable que la mejora de los medios de vida, la interrupción del acceso a la educación, el empeoramiento de las desigualdades de género, el aumento de la violencia contra las mujeres y la erosión de los derechos

[5] https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/514592/decreto-supremo-002-2020-SA.PDF?v=1581003003
[6]https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Status%20of%20HIV%20Prevention%20Services%20in%20the%20Time%20of%20COVID-19_es_web.pdf

humanos, con un aumento de las medidas legales y políticas punitivas en muchos entornos, aumenten el riesgo de contraer el VIH en los próximos años".

Según el **Instituto de Democracia y Derechos Humanos** (IDEHPUCP) unidad académica de la Pontificia Universidad Católica del Perú[7]

"En Perú se cuenta con una política en VIH, pero la misma no incluye de manera directa el abordaje de los determinantes sociales de la salud tales como la nacionalidad, el género, la ocupación, la clase social, entre otros, en la adherencia al tratamiento antirretroviral".

"Las brechas que se encuentran en nuestro sistema de salud actual en materia de VIH pueden deberse a dos razones: por un lado, se mantiene una visión economicista de la salud, esto es, la derivación de mayores recursos hacia la sanidad curativa como única estrategia sectorial y el mero suministro de la medicación requerida; por el otro, persisten graves problemas de gestión de los actores sociales, en medio de desinterés, falta de sensibilidad, el estigma y la poca preocupación en brindar atención integral de calidad. Tales carencias pueden llevar a que las recomendaciones publicadas por el Ministerio de Salud para asegurar la atención integral de las personas seropositivas durante el Estado de Emergencia sean solo una manifestación de buenas intenciones y no un verdadero instrumento de políticas públicas en salud que pueda garantizar la calidad de vida de las peruanas y peruanos viviendo con VIH y la de las que tuvieron que migrar a nuestro país para no morir".

"Es vital que se reemplace la simple caracterización de episodios causales del proceso salud-enfermedad, propios del paradigma biomédico, por una elaboración mucho más compleja, histórica y crítica de la forma como enferman y mueren las personas. El gran reto que plantea el manejo del VIH/SIDA en personas migrantes durante una crisis sanitaria mundial es precisamente eso: invitar a las nuevas generaciones de profesionales que, de una u otra manera son actores de la promoción de la salud, a mirar de manera compleja pero integrada todos los caminos, redes y contextos que puedan interpretar los procesos salud-enfermedad, desde una postura interseccional, e intersectorial. Quizá, en medio de esta pandemia, convenga insistir en que la importancia de vincular el estado de salud de las personas, la visibilización de los y las que no se nombran y el desarrollo comunitario está en el reconocimiento de la salud como un derecho humano y, por tanto, como un asunto de justicia social".

Según el **Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia** (UNICEF) en su informe "El VIH y el sida: Panorama mundial" se advierte de que la prolongación de la pandemia de COVID-19 está agravando las desigualdades que durante tanto tiempo ha provocado la epidemia de VIH, y está aumentando el riesgo de que los niños y niñas vulnerables, los adolescentes, las mujeres embarazadas y las madres lactantes no puedan acceder a los servicios de prevención y tratamiento del VIH que les pueden salvar la vida[8].

---

[7] https://idehpucp.pucp.edu.pe/analisis1/luchando-por-vihsibilidad-durante-la-pandemia-del-covid-19-panorama-actual-de-las-personas-venezolanas-seropositivas-en-nuestro-pais/

[8] Henrietta Fore, Directora Ejecutiva de UNICEF. https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/en-2020-un-nino-se-infecto-con-vih-cada-dos-minutos

"La epidemia de VIH comienza su quinto decenio en mitad de una pandemia mundial que ha sobrecargado los sistemas de salud y ha limitado el acceso a los servicios que pueden salvar vidas. Mientras tanto, el aumento de la pobreza, los problemas de salud mental y el abuso están incrementando el riesgo de infección entre los niños, las niñas y las mujeres", "Si no intensificamos los esfuerzos encaminados a subsanar las desigualdades que provoca la epidemia de VIH y que ha agravado la COVID-19, es posible que más niños se infecten con el VIH y pierdan la batalla contra el sida". Un dato alarmante es que dos de cada cinco niños que padecen VIH no conocen su estado, y solo algo más de la mitad de todos los niños que padecen VIH reciben tratamiento antirretroviral. Algunos de los obstáculos que impiden acceder adecuadamente a los servicios de VIH son conocidos y perduran desde hace tiempo, como es el caso de la discriminación y las desigualdades por razón de género. El informe subraya que, a principios de 2020, en muchos países se produjeron interrupciones importantes en los servicios de VIH a causa de la COVID-19. Las pruebas de detección del VIH en los niños de países muy afectados disminuyeron entre un 50% y un 70%, mientras que los nuevos tratamientos para niños menores de 14 años se redujeron entre un 25% y un 50%. Los confinamientos contribuyeron al aumento de las tasas de infección como consecuencia de los picos de violencia por razón de género, la restricción del acceso a una atención continuada y el desabastecimiento de productos básicos. Además, en algunos países se registró una disminución significativa de los partos en centros de salud, las pruebas de VIH entre las madres y los nuevos tratamientos antirretrovirales para el VIH. Un ejemplo extremo es el de la cobertura de los tratamientos antirretrovirales para las mujeres embarazadas de Asia Meridional, que disminuyó drásticamente de un 71% a un 56% en 2020. Si bien el uso de los servicios se restableció en junio de 2020, los niveles de cobertura siguen siendo muy inferiores a los que se registraban antes de la COVID-19, y aún no se conoce el verdadero alcance de sus repercusiones. Por si esto fuera poco, en regiones muy afectadas por el VIH, una pandemia prolongada podría perturbar aún más los servicios de atención de la salud y acentuar la desigualdad de la respuesta mundial al VIH. En 2020, un 89% de las nuevas infecciones pediátricas por VIH y un 88% de los niños, niñas y adolescentes que padecían VIH en todo el mundo se concentraban en África Subsahariana, y la propensión a infectarse con el VIH era seis veces más alta entre las niñas que entre los niños. Además, un 88% de las muertes infantiles relacionadas con el sida se registraron en África Subsahariana. Según el informe, a pesar de que se han logrado algunos avances en la lucha contra el VIH y el sida, los niños, las niñas y los adolescentes han seguido quedándose atrás en todas las regiones a lo largo de los últimos 10 años. La cobertura mundial del tratamiento antirretroviral para los niños sigue siendo muy inferior a la de las mujeres embarazadas (85%) y los adultos (74%). El porcentaje más elevado de niños y niñas que reciben tratamiento antirretroviral se registra en Asia Meridional (>95%), seguido de Oriente Medio y África del Norte (77%), Asia Oriental y el Pacífico (59%), África Oriental y Meridional (57%), América Latina y el Caribe (51%) y África Occidental y Central (36%).

La **Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel sobre VIH/sida de la Asamblea General de las Naciones Unidas** (2021) establece:

"Acabar con las desigualdades y estar en condiciones de poner fin al sida para 2030". En su artículo 65 b los estados miembros se comprometen a "aprobar y hacer cumplir leyes, políticas y prácticas que impidan la violencia y otras violaciones de los derechos de las personas que viven con el VIH, corren el riesgo de contraerlo o se ven afectadas por él, y protejan su derecho al más alto nivel posible de salud física y mental, su derecho a la educación y su derecho a un nivel de vida adecuado, incluso alimentación, vivienda, empleo y protección social adecuados, y que impidan la utilización de leyes que los

discriminen". Y en el artículo 67 j, señala: "Promover el acceso sin restricciones a respuestas eficaces en casos de emergencia sanitaria con pleno respeto de los derechos humanos y garantizar que el 95 % de las personas que viven con el VIH, corren el riesgo de contraerlo o se ven afectadas por él estén protegidas frente a las emergencias sanitarias, que el 90 % de las personas en entornos humanitarios tengan acceso a servicios integrados relacionados con el VIH y que el 95 % de las personas en entornos humanitarios con riesgo de contraer el VIH utilicen opciones de prevención combinada adecuadas, priorizadas, centradas en las personas y eficaces".

El **Artículo 9° del Convenio 102 de la Organización Internacional del Trabajo** (OIT) señala que las personas deberán gozar de adecuada protección de su salud y vida, debiendo tener acceso suficiente, oportuno y efectivo a prestaciones de salud, que le permitan conservar su vida y su salud.

Artículo 9 *Las personas protegidas deberán comprender: (a) sea a categorías prescritas de asalariados que en total constituyan, por lo menos, el 50 por ciento de todos los asalariados, así como a las cónyuges y a los hijos de los miembros de esas categorías; (b) sea a categorías prescritas de la población económicamente activa que en total constituyan, por lo menos, el 20 por ciento de todos los residentes, así como a las cónyuges y a los hijos de los miembros de esas categorías; (c) sea a categorías prescritas de residentes que en total constituyan, por lo menos, el 50 por ciento de todos los residentes; (d) o bien, cuando se haya formulado una declaración en virtud del artículo 3, a categorías prescritas de asalariados que en total constituyan, por lo menos, el 50 por ciento de los asalariados que trabajen en empresas industriales en las que estén empleadas, como mínimo, veinte personas, así como a las cónyuges y a los hijos de los asalariados de esas categorías.*

En ese mismo sentido se ha pronunciado el **Tribunal Constitucional de Perú** en el precedente de obligatorio cumplimiento que establece la sentencia recaída en el Expediente N.° 3208-2004- AA/TC[9]

"El Estado tiene el deber de implementar progresivamente y cada vez más consolidada políticas, planes y programas que mejoren la calidad de vida de las personas, con lo que el Estado queda obligado a promover condiciones de modo progresivo para que las personas gocen del derecho a la salud (FJ 6 y 7)".

La **epidemia del VIH/Sida** en Perú, según el **Centro Nacional de Epidemiologia, Prevención y Control de Enfermedades** del Ministerio de Salud (MINSA)[10]

"La epidemia del VIH en el país mantiene las características de una epidemia concentrada, por tener una prevalencia en población general menor al 1% y una prevalencia mayor del 5% en poblaciones de elevada prevalencia (en mujeres transgénero y hombres que tienen sexo con hombres). La vía de transmisión predominante es la vía sexual".

[9] http://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2005/03208-2004-AA.pdf
[10] https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/vigilancia-epidemiologica/vigilancia-epidemiologica-del-vih-sida/

"La vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA, se realiza de acuerdo a lo establecido en la NTS N° 115-MINSA/DGE V.01 "Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en el Perú". Las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA son objeto de notificación obligatoria. La notificación de los casos de infección por el VIH/SIDA y las ITS, así como la vigilancia centinela, del comportamiento y demás investigaciones complementarias se deben realizar garantizando la estricta confidencialidad de los datos. Determinando la Magnitud y Tendencia de la dinámica de la Epidemia del VIH-SIDA"

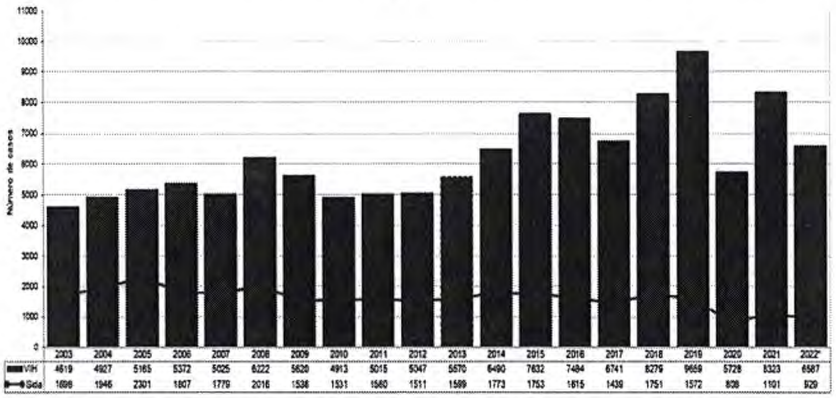
El Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades y la Red Nacional de Epidemiología (RENACE) realizan la Vigilancia Epidemiológica de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), según lo establecido en la "Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en el Perú".

La epidemia de VIH en el país es de tipo concentrada, es decir, la infección por VIH presenta una mayor transmisión y una prevalencia mayor en poblaciones clave. De acuerdo a las estimaciones que realiza este Centro Nacional, ***para el 2021 se estima que 98,000 personas*** *(IC95% 85 000 – 110 000) vivían con la infección VIH en el país, con una prevalencia de 0.4% (IC95% 0.3-0.4) en adultos de 15 a 49 años de edad, y una prevalencia mayor en población de hombres que tienen sexo con hombres (9.6%) y en mujeres transgénero (31.4%).*

Desde 1983, año en que se reportó el primer caso de sida en el país, a noviembre de 2022 se ha notificado en el sistema de vigilancia un total de 158,134 casos de infección por VIH, de los cuales 49,001 han sido diagnosticados como estadio sida.

La figura 1 muestra la tendencia de casos nuevos diagnosticados de infección por VIH y estadio sida en los últimos 20 años (2003-2022), en donde el número de casos de infección por VIH representa el 79% (124,418) respecto al histórico[11].

Figura1.
Número de casos VIH y estadio sida notificados según año diagnóstico, Perú, 2003-2022*



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA.
* Data actualizada al 30.nov.2022, sujeta a variación según procesos de vigilancia.

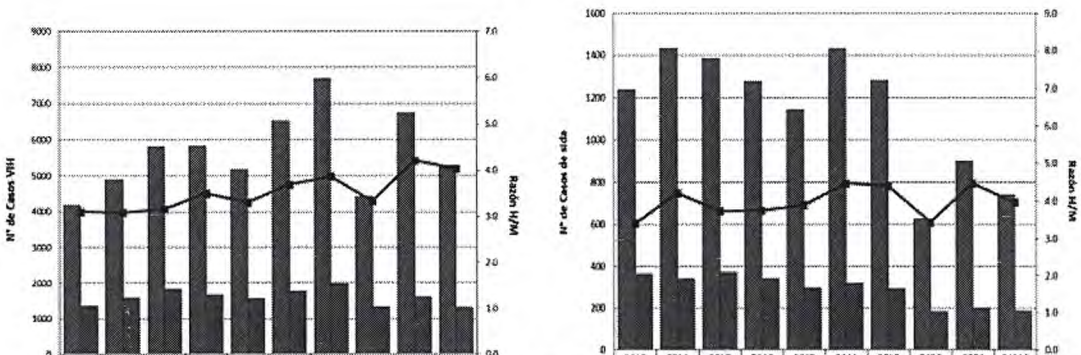
[11] https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/vih-sida/vih-sida_202211_12_111735.pdf

El número de casos nuevos reportados para el periodo 2020 – 2022, especialmente 2020, deben ser interpretados con cautela, ya que dado el contexto de pandemia en el que se encuentra el país a causa de la COVID-19, la oportunidad de la detección y notificación de casos nuevos diagnosticados se ha visto afectada.

En ese sentido, la curva de casos de infección por VIH muestra una tendencia ascendente, desde el 2013 hasta el 2019, mientras que los casos de sida, muestra un comportamiento casi estacionario en los consolidados anuales entre el 2009 y 2019. Se debe tener en cuenta que el 2015 cambió la definición de caso, haciéndola más sensible, por lo que se esperaba un incremento en el número de casos detectados.

Entre el 2013 al 2020, la razón anual hombre/mujer de los casos notificados se mantenía en 3 a 1. A partir del 2021 esta razón se ha incrementado a 4:1 (Figura 2). Para los casos en estadio sida, la razón se ha mostrado oscilante entre 3 a 4 hombres por cada mujer.

Figura 2.
Número de casos VIH y estadio sida notificados según sexo y razón hombre/mujer, Perú, 2013-2022*



	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022*
Hombre	4183	4896	5800	5823	5177	6517	7677	4409	6728	5279
Mujer	1345	1584	1829	1661	1563	1762	1962	1319	1595	1308
Razon H/M	3.1	3.1	3.2	3.5	3.3	3.7	3.9	3.3	4.2	4.0

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022*
Hombre	1236	1433	1383	1275	1145	1431	1281	626	900	742
Mujer	363	340	370	340	294	320	291	182	201	187
Razon H/M	3.4	4.2	3.7	3.8	3.9	4.5	4.4	3.4	4.5	4.0

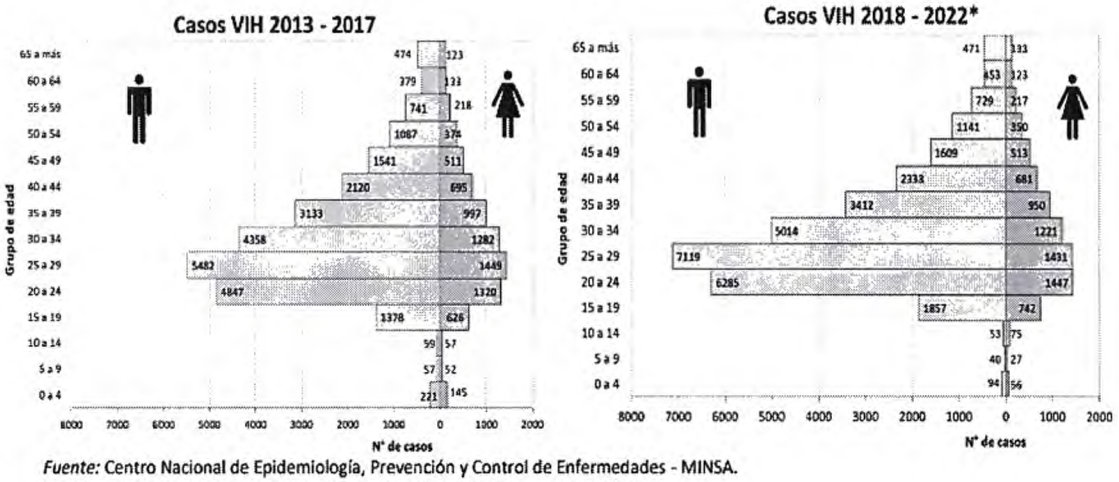
Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA.
* Data actualizada al 30.nov.2022, sujeta a variación según procesos de vigilancia.

En la distribución por rango de edad y sexo (Figura 3), la comparación por quinquenios (2013- 2017 y 2018-2022) muestra similitud en determinados componentes: predominio de casos en el sexo hombre (76% y 79% respectivamente), predominio de casos en el grupo de 20 a 39 años (67% y 70% respectivamente).*

Con respecto al último quinquenio (2018-2022):*

- *Del total de notificaciones, los casos en hombres incrementaron en un 18%.*
- *El grupo de 15 a 19 años incrementó en 39% (19% en mujeres y 35% en hombres)*
- *El grupo de 20 a 24 años incrementó en 25% (10% en mujeres y 30% en hombres)*
- *El grupo de 25 a 29 años incrementó en 23% (30% en hombres)*
- *El grupo de 30 a 34 años incrementó en 11% (15% en hombres)*
- *El grupo de 60 a 64 años incrementó en 13% (20% en hombres)*
- *El número de mujeres en edad fértil (15 a 49 años), incrementó en un 2%*

Figura 3.
Casos VIH según sexo y grupo de edad por quinquenios, Perú, 2013-2022*



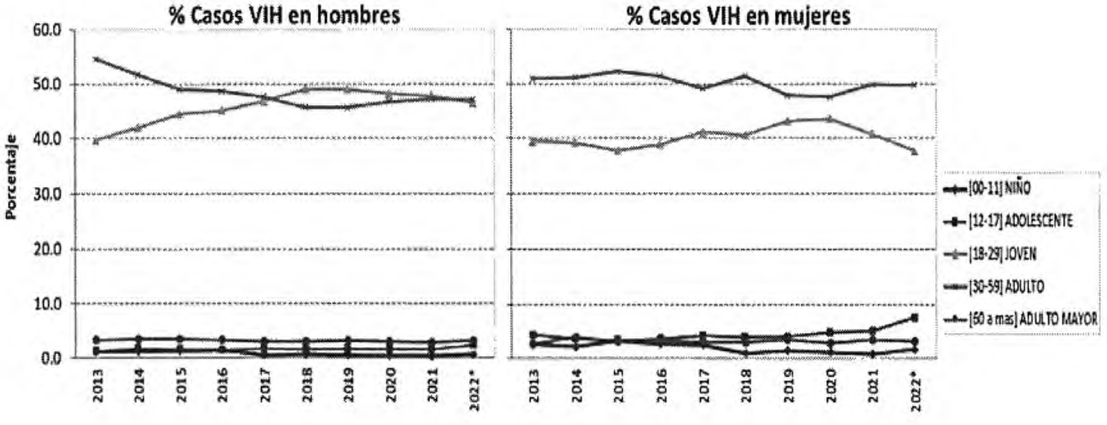
Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA.
* Data actualizada al 30.nov.2022, sujeta a variación según procesos de vigilancia.

En la distribución porcentual de casos diagnosticados de VIH por año, se observa predominio en la etapa de vida joven y adulto para ambos sexos.

En el grupo de mujeres, el número de casos en los últimos 10 años (2013 – 2022*), predomina la etapa de vida adulto (50.2%), seguido por la etapa joven (40.3%); la tendencia de casos, en general, para todas las etapas de vida, se ha mantenido constante durante este periodo.

En el grupo de hombres, 48.2% son adultos y 46.3% jóvenes, observando en esta última etapa de vida un incremento progresivo entre el 2013 y 2018 (Figura 4).

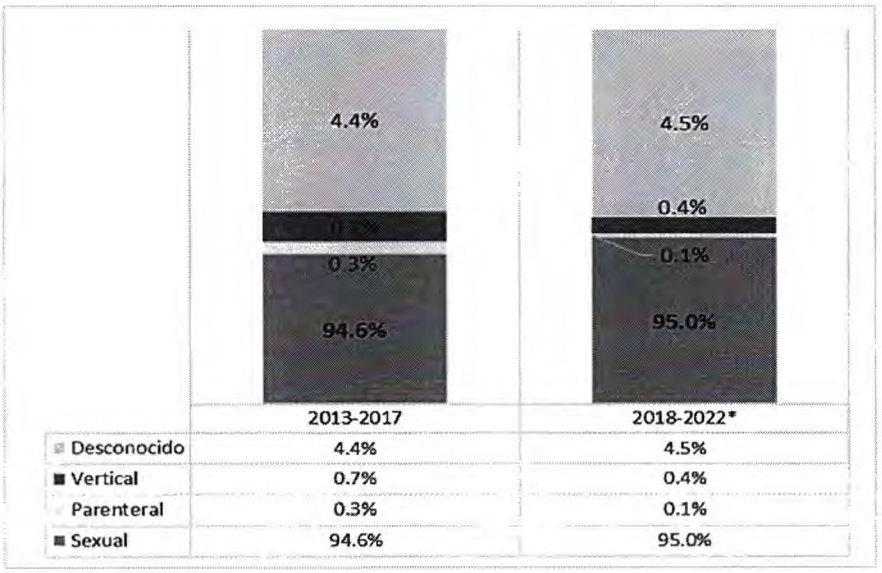
Figura 4.
Porcentaje de casos de VIH según etapas de vida por sexo, Perú, 2013-2022*



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA.
* Data actualizada al 30.nov.2022, sujeta a variación según procesos de vigilancia.

Desde el inicio de la epidemia en el país, la vía sexual ha sido la principal vía de transmisión, durante el último quinquenio (2017 - 2021), concentra el 95% de los casos notificados (Figura 5).

Figura 5.
Casos VIH según vías de transmisión por quinquenios, Perú 2013 – 2022*



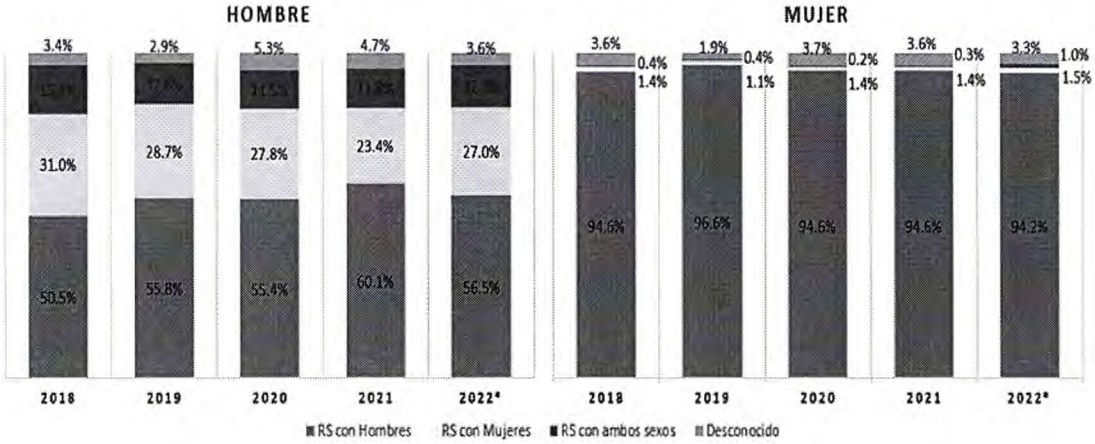
Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA.
* Data actualizada al 30.nov.2022, sujeta a variación según procesos de vigilancia.

La figura 6, muestra los casos de infección por VIH diagnosticados en el periodo 2018 a noviembre 2022, según el antecedente de relaciones sexuales, en hombres y mujeres de 20 a 39 años.

En el grupo de hombres, se observa que más del 50% de los casos, en cada periodo, refieren haber tenido alguna relación sexual con otro hombre, además este porcentaje va incrementando progresivamente cada año; cabe resaltar que el grupo de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), son parte de la población clave para la transmisión del VIH en el Perú.

Es importante, mencionar que la variable antecedente de relaciones sexuales fue incorporada a la vigilancia epidemiológica en el 2017, por lo que se encuentra mejor implementada en los periodos posteriores a su incorporación.

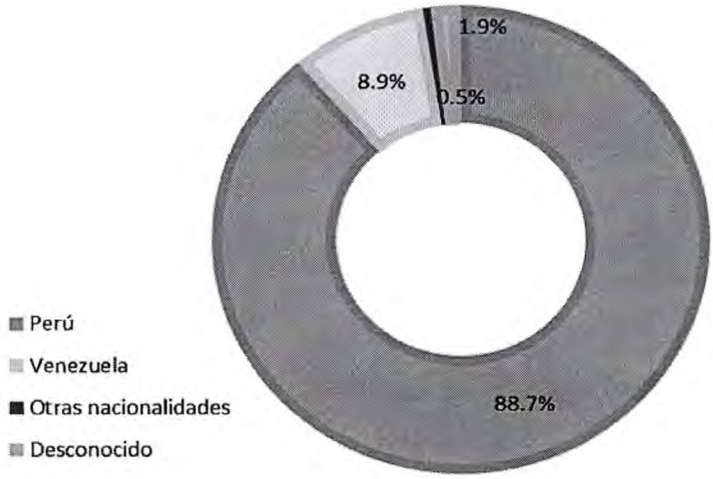
Figura 6.
Casos de VIH según antecedente de relaciones sexuales en hombres y mujeres de 20 a 39 años, Perú, 2018 – 2022*



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA.
* Data actualizada al 30.nov.2022, sujeta a variación según procesos de vigilancia.

En el último quinquenio, se ha observado un incremento de casos con otras nacionalidades, en ellas resalta la nacionalidad venezolana que conforman el 8.9% (3435) (figura 7).

Figura 7.
Porcentaje de casos VIH notificados según nacionalidad, Perú 2018 – 2022*

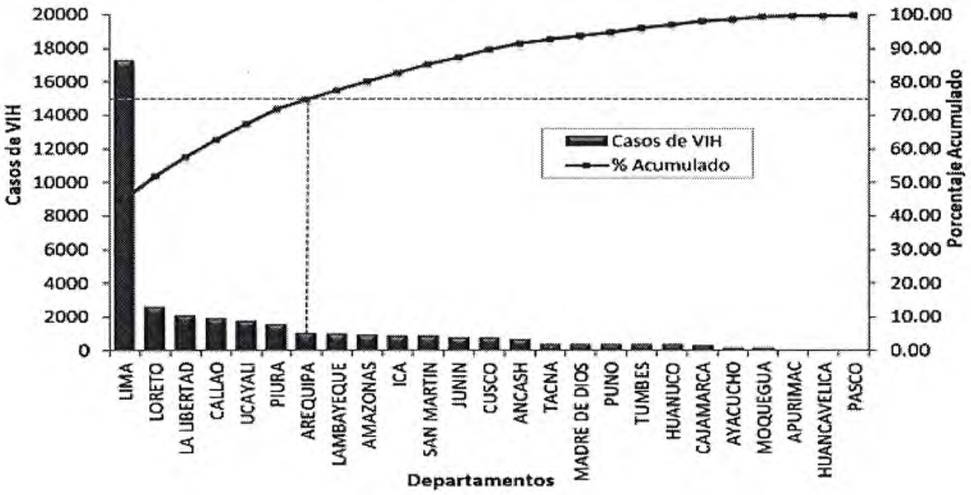


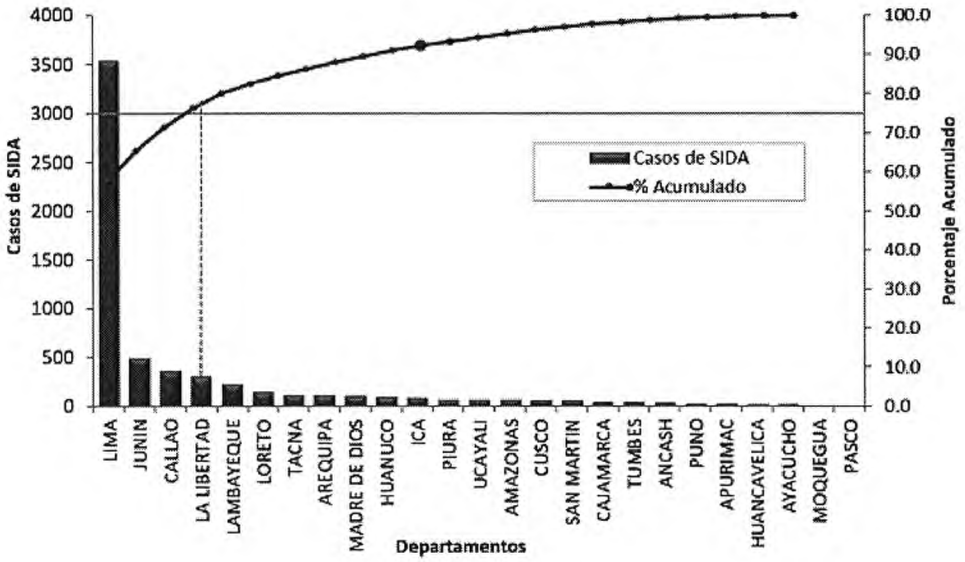
Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA.
* Data actualizada al 30.nov.2022, sujeta a variación según procesos de vigilancia.

Con respecto a la distribución de casos de infección por VIH en el Perú, en los últimos 5 años, el departamento de Lima ha notificado 45% del total de casos a nivel nacional, luego esta Loreto (7%), La Libertad (6 %), Callao (5%), Ucayali (5%), Piura (4%) y Arequipa (3%)

siendo los departamentos que concentran el 75% del total de casos notificados en el periodo (Figura 8). Del mismo modo, el 76% de los casos en estadio sida a nivel nacional fueron notificados por Lima (58%), Junín (8%), Callao (6%) y La Libertad (5%) (Figura 8).

Figura 8.
Frecuencia acumulada de casos VIH y Sida notificados por departamento
Perú 2018 – 2022*





Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA.
* Data actualizada al 30.nov.2022, sujeta a variación según procesos de vigilancia.

A nivel nacional, el número de casos nuevos notificados muestran una tendencia ascendente hasta el 2019, después de la cual se observa una aparente disminución, que estaría estrechamente relacionada con el contexto de pandemia por la COVID-19 y las medidas tomadas para contener su expansión.

Durante la pandemia por la COVID-19, el año 2020 muestra una gran disminución de la notificación de casos a nivel departamental y nacional, año en el cual se tomaron medidas como: limitada oferta de los servicios de atención de salud y laboratorios, reducción de personal por licencia o comorbilidades, reasignación de personal, medidas de confinamiento, y en general el temor de la población por adquirir la infección por el virus SARS-COV-2, por su severidad mayor descrita en las personas que viven con VIH, entre otros, contribuyeron a una menor detección de casos nuevos y por ende una menor notificación. Por tal motivo, se recomienda tomar las cifras del periodo 2020 y 2021 con cautela.

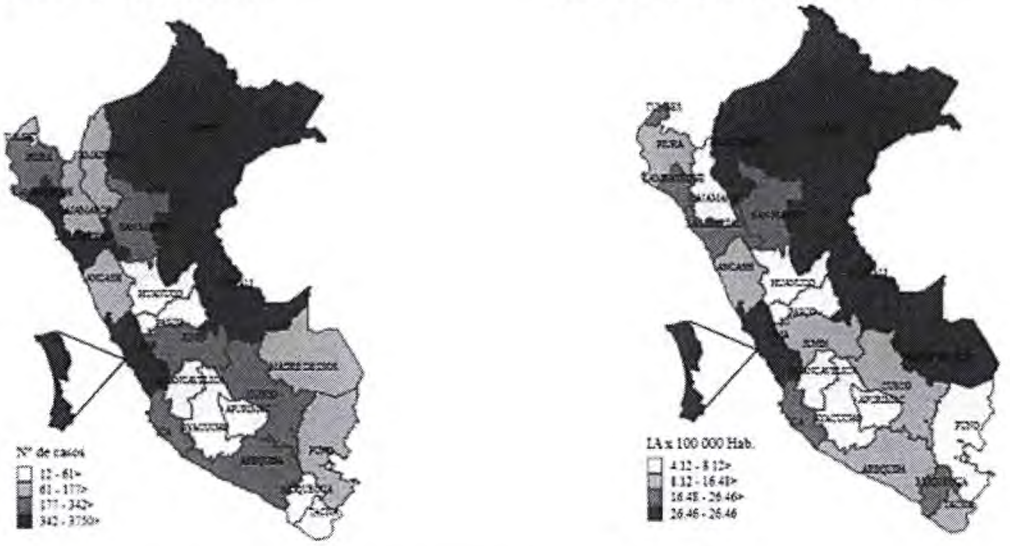
Tabla 1.
Número de casos VIH y tasa de casos notificados por año de diagnóstico según departamento, Perú, 2018 – 2022***

Departamento	Número de casos VIH notificados					Tendencia	Tasa de casos VIH notificados					Tendencia
	2018	2019	2020	2021	2022*		2018	2019	2020	2021	2022*	
Amazonas	228	211	128	147	300		54	49	30	34	70	
Ancash	141	181	89	176	168		12	15	8	15	14	
Apurimac	20	22	12	27	27		4	5	3	6	6	
Arequipa	340	333	146	228	82		26	25	10	15	5	
Ayacucho	63	56	35	45	36		9	8	5	7	5	
Cajamarca	72	92	49	107	82		5	6	3	7	6	
Callao	500	555	329	386	210		47	52	29	34	18	
Cusco	148	178	150	200	166		11	13	11	15	12	
Huancavelica	18	27	13	15	8		4	5	4	4	2	
Huánuco	102	107	60	59	86		12	12	8	8	11	
Ica	232	237	147	224	141		29	29	15	23	14	
Junín	175	211	131	201	147		13	15	10	15	11	
La Libertad	556	496	272	457	362		29	25	13	22	17	
Lambayeque	182	215	193	351	129		14	17	15	26	10	
Lima	3560	4509	2595	3759	2877		35	43	24	35	26	
Loreto	542	690	342	568	518		51	64	33	55	50	
Madre de Dios	93	108	75	84	71		63	72	43	47	38	
Moquegua	47	56	33	51	41		25	30	17	26	21	
Pasco	16	12	13	11	12		5	4	5	4	4	
Piura	286	417	235	343	341		15	22	11	17	16	
Puno	92	76	65	101	88		6	5	5	8	7	
San Martín	190	235	157	220	177		22	27	17	24	19	
Tacna	115	136	59	62	66		32	38	16	16	17	
Tumbes	72	101	84	62	96		29	41	33	24	37	
Ucayali	393	358	290	422	355		77	69	49	70	58	
PERÚ	**8183**	**9619**	**5702**	**8306**	**6586**		**25**	**30**	**17**	**25**	**20**	

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA.
* Data actualizada al 30.nov.2022, sujeta a variación según procesos de vigilancia.
** Tasa de casos: para el cálculo se consideró el número de casos nuevos de infección por VIH diagnosticados y notificados al sistema de vigilancia epidemiológica por 100 000 habitantes.

Figura 9.
Distribución de casos VIH y tasa de casos notificados por departamento
Perú 2022*

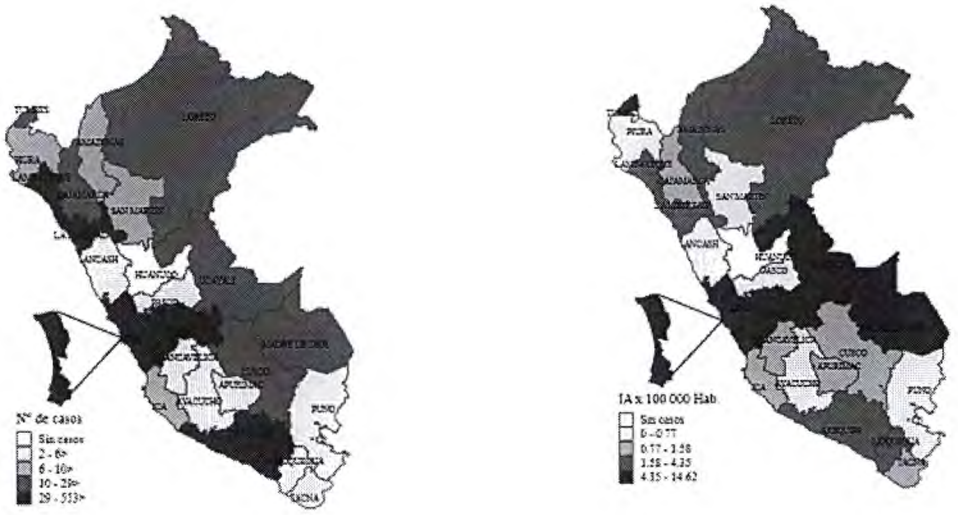
Casos VIH notificados **Tasa de casos VIH notificados**



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA.
* Data actualizada al 30.nov.2022, sujeta a variación según procesos de vigilancia.

Figura 10.
Distribución de casos Sida y tasa de casos notificados por departamento
Perú 2022*

Casos Sida notificados **Tasa de casos Sida notificados**



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA.
* Data actualizada al 30.nov.2022, sujeta a variación según procesos de vigilancia.

La epidemia de VIH en el país es de tipo concentrada, es decir, la infección por VIH presenta una mayor transmisión y una prevalencia mayor en poblaciones clave.

En los últimos años se observa un incremento en el número de casos diagnosticados entre los 20 a 34 años, así como en la población de hombres que tienen sexo con hombres.

Si bien hay mayores esfuerzos de tamizaje en poblaciones clave y en población general, se requiere fortalecer las intervenciones de prevención y control desde la etapa de vida adolescente, así como en jóvenes y adultos.

En el contexto de la pandemia de la COVID-19, la notificación de los casos de infección de VIH se vio afectada en su oportunidad y cobertura, sin embargo, el presente año se viene regularizando la detección, así como la notificación de los casos diagnosticados[12].

La **Tuberculosis en Perú,** según el **Centro Nacional de Epidemiologia, Prevención y Control de Enfermedades** del Ministerio de Salud (MINSA)[13]

"En el Perú anualmente se notifican alrededor de 27 mil casos nuevos de enfermedad activa y 17 mil casos nuevos de tuberculosis pulmonar frotis positivo, somos uno de los países con mayor cantidad de casos de tuberculosis en las Américas. Por otro lado, la emergencia de cepas resistentes ha complicado las actividades de prevención y control, en los últimos 2 años en el país se han reportado más de 1500 pacientes con tuberculosis multidrogo resistente (MDR) por año y alrededor de 100 casos de tuberculosis extensamente resistente (XDR) por año.

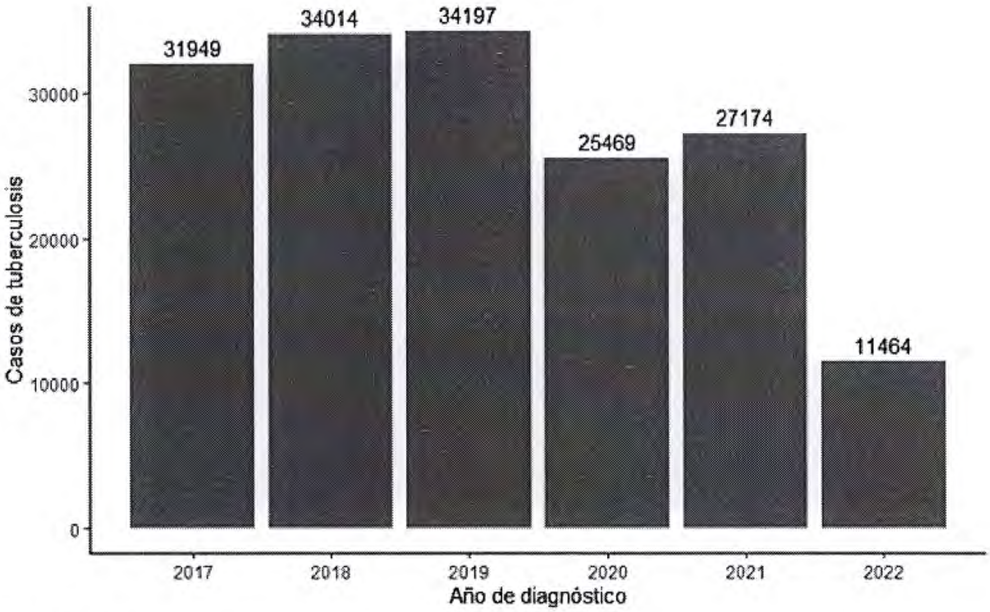
La tuberculosis es una enfermedad sujeta a vigilancia epidemiológica y de notificación obligatoria aprobada con Resolución Ministerial Nº 948- 2012/MINSA, además con la Directiva Sanitaria N° 053- MINSA/DGE-V01(aprobada con RM N° 179-2013/MINSA), se establecen los procesos para la notificación de casos en la vigilancia de tuberculosis

La implementación de un sistema de vigilancia epidemiológica de Tuberculosis en el país, tiene como finalidad fortalecer el sistema de información epidemiológica estandarizada que permita, evaluar el impacto de estrategias de prevención y control, así como generar evidencias que permitan optimizar la toma de decisiones.

[12] https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/vigilancia-epidemiologica/vigilancia-epidemiologica-del-vih-sida/
[13] https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/vigilancia-epidemiologica/vigilancia-de-tuberculosis/

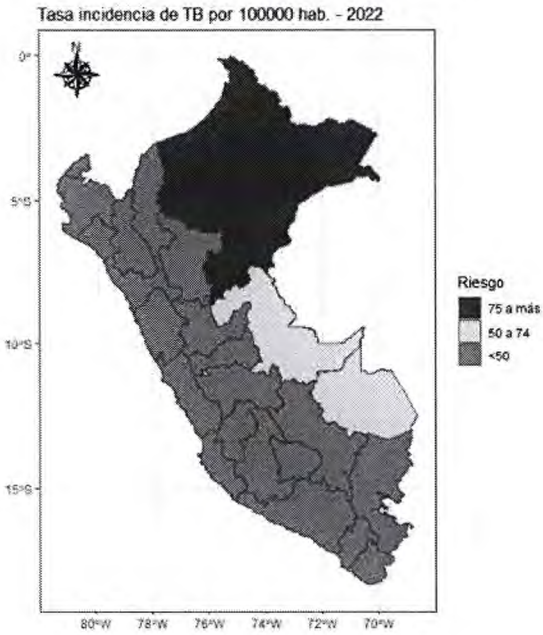
Tendencia de casos de TB, Perú 2017-2022*

Morbilidad de casos



Fuente: CDC-Perú
*información del 2022 al 30.06.2022

Morbilidad por TB, Perú 2019-2022*

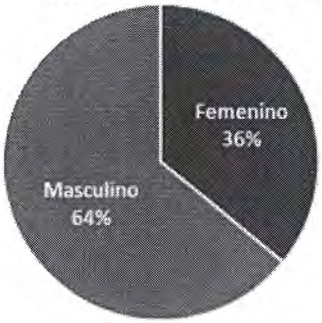


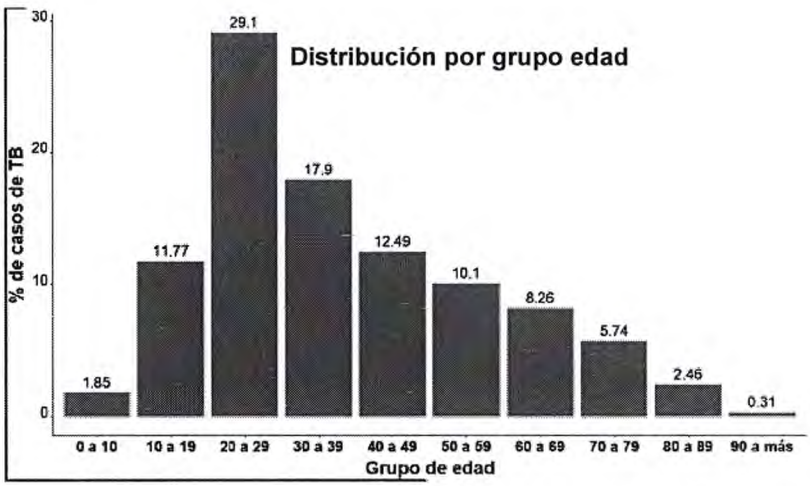
Departamento	2019	2020	2021	2022
PERÚ	105.14	78.06	82.25	34.32
AMAZONAS	18.97	15.93	21.36	10.94
ANCASH	66.31	49.21	47.82	19.59
APURIMAC	20.35	12.77	16.38	9.77
AREQUIPA	60.71	44.81	46.00	17.24
AYACUCHO	31.87	23.50	36.23	10.72
CAJAMARCA	15.81	11.01	13.87	6.46
CALLAO	180.46	124.71	127.39	51.12
CUSCO	35.50	28.00	27.18	9.47
HUANCAVELICA	19.64	13.96	14.27	5.41
HUANUCO	60.96	48.80	54.83	27.80
ICA	161.25	113.72	112.13	44.90
JUNIN	59.50	42.67	45.93	19.86
LA LIBERTAD	85.36	59.75	64.93	29.99
LAMBAYEQUE	89.26	47.15	55.18	22.11
LIMA	131.09	109.57	115.28	53.86
LIMA CENTRO	264.66	173.99	181.92	76.62
LIMA ESTE	148.57	114.27	108.47	41.05
LIMA NORTE	125.11	94.53	97.39	41.81
LIMA SUR	104.96	81.66	81.62	29.47
LORETO	140.10	121.45	144.18	75.22
MADRE DE DIOS	191.10	129.45	152.93	52.29
MOQUEGUA	83.00	76.79	68.09	25.05
PASCO	12.15	11.40	9.89	4.83
PIURA	32.70	21.73	27.71	11.41
PUNO	28.88	23.83	31.93	9.78
SAN MARTIN	41.48	31.57	33.78	16.00
TACNA	131.17	111.33	99.05	42.67
TUMBES	54.65	55.66	37.23	23.50
UCAYALI	209.77	144.12	164.35	74.32

Fuente: CDC-Perú
*información del 2022 al 30.06.2022

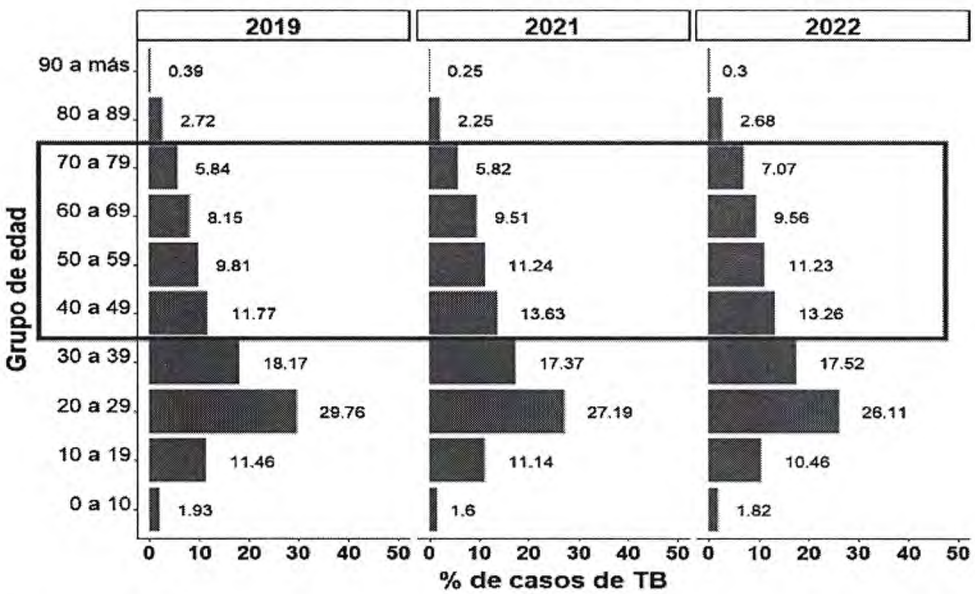
Distribución de casos de TB, Perú 2017-2022*

Distribución por sexo





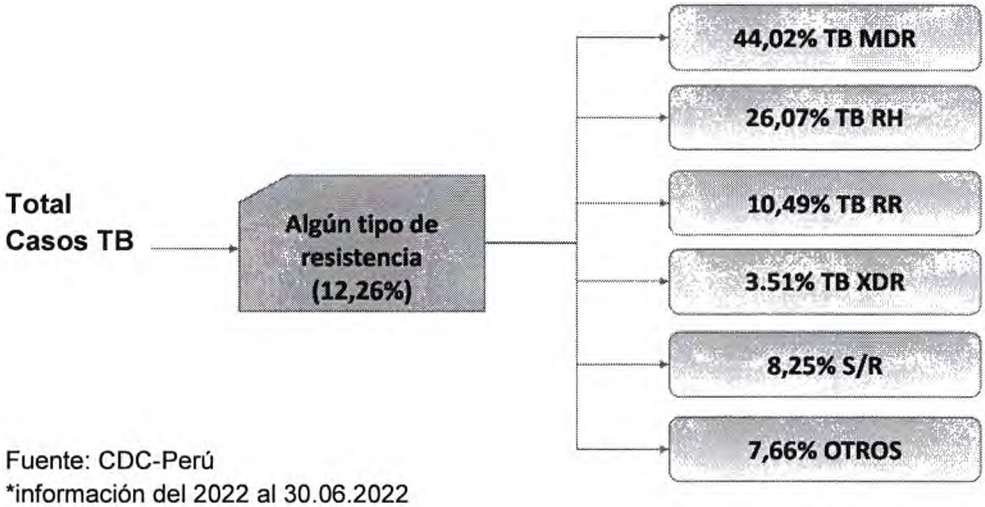
Distribución por sexo y año de inicio de tratamiento



Fuente: CDC-Perú
*información del 2022 al 30.06.2022

Dirección: Av. Abancay S/N – Cercado de Lima. Oficina 304 - Edificio Juan Santos Atahualpa
Correo electrónico: kportalatino@congreso.gob.pe Teléfono: 311 7777 Anexo: 7276

Comportamiento de la resistencia por TB, 2019-2022



Fuente: CDC-Perú
*información del 2022 al 30.06.2022

Condición de egreso de casos de TB sensible

Condicion de egreso	2017	2018	2019	2020	2021
Abandono	7.91	6.54	6.02	4.63	4.31
Curado	65.38	62.37	58.13	57.25	37.89
Fallecido	5.18	5.38	5.95	6.57	5.84
Fracaso	0.30	0.37	0.29	0.63	0.35
S/R	1.10	1.66	1.93	2.61	31.07
Tratamiento completo	20.13	23.69	27.67	28.30	20.55

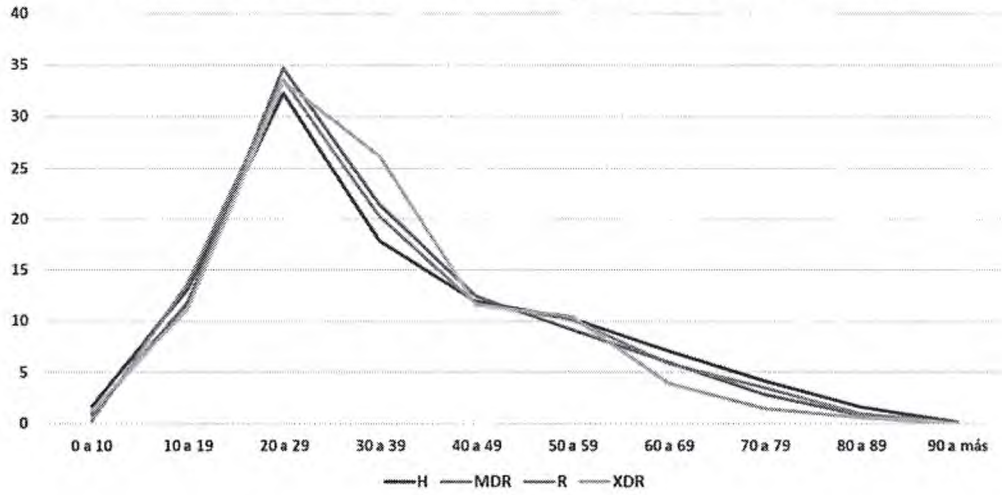
Fuente: CDC-Perú
*información del 2022 al 30.06.2022

Condición de egreso de casos de TB resistente

condicion_de_egreso	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Abandono	18.05	19.88	16.92	13.75	10.03	3.30
Curado	47.84	42.76	37.90	27.67	7.22	0.00
Fallecido	4.74	5.33	6.48	6.30	4.67	2.98
Fracaso	1.07	0.92	1.25	1.19	0.51	0.16
No evaluado	1.07	0.27	0.47	0.24	0.58	0.16
S/R	8.54	3.78	11.94	33.09	72.80	93.39
Tratamiento completo	18.70	27.08	25.04	17.77	4.20	0.00

Fuente: CDC-Perú
*información del 2022 al 30.06.2022

Distribución de tipo de resistencia por edad, Perú 2019-2021



Fuente: CDC-Perú
*información del 2022 al 30.06.2022

Se evidencia una disminución en la captación de casos de TB, evidenciándose que para el 2022, las regiones del oriente del Perú presentan una mayor morbilidad, en la cual se incluye DIRIS Lima Centro. Es llamativo el incremento del porcentaje de casos de TB en población de 40 a 80 años. Incremento del porcentaje de afectados con monoresistencia resistencia a rifampicina e isoniazida. Llama la atención el incremento de proporción de casos de TB resistente en Pasco y Junín[14]

Las epidemias de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y de tuberculosis (TB) continúan representando una grave amenaza para la salud pública en todo el mundo. La TB se encuentra dentro de las diez primeras causas de muerte a nivel global y es la principal causa de muerte por un único agente infeccioso. Una persona con tuberculosis activa puede infectar a lo largo de un año a entre 5 y 15 personas por contacto estrecho, y sin un tratamiento adecuado morirán el 45% de ellas, cifra que se eleva casi a 100% si, además, padecen infección por VIH[15]. Respecto a esta última, se estima que hay 38 millones de personas infectadas en el mundo y que ya han muerto 33 millones de personas como consecuencia de ello[16]. La comunidad internacional ha asumido el compromiso de poner fin a ambas epidemias para el año 2030, lo cual se ve reflejado en la Meta 3.3 de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS)[17].

[14] https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2022/SE272022/03.pdf
[15] OMS. Tuberculosis. Datos y cifras. Disponible en: https://www.whoint/eshiews-room/fact-sheetsidetailituberculosis
[16] OMS. VIH. Datos y cifras. Disponible en: https://www.whoint/es/news-room/fact-sheetsidetail/hiv-aids
[17] Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. New York: NNUU. Asamblea General. Septuagésimo período de sesiones; 2015.

En Perú ambos problemas de salud constituyen una prioridad sanitaria. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que existen 37,000 nuevos casos de TB cada año en Perú[18].

En lo que se refiere a infección por VIH, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) estima que existen 91,000 personas que viven con la infección en Perú (PVV) y que cada año hay 4,100 nuevos infectados[19].

Con la introducción de la pandemia de COVID-19 en el territorio nacional, el tamizaje y el acceso a los servicios de salud para diagnóstico, tratamiento y seguimiento clínico han sido severamente afectados en las personas con ambos problemas de salud. Así, en el año 2020 la cobertura de diagnóstico de casos de TB cayó de 89.1% el año 2019 a 66.4%[20], los tamizajes para infección por VIH se redujeron en 34% respecto al año 2019, el inicio de terapia antirretroviral contra VIH (TAR) disminuyó en 40% y los abandonos de TAR se incrementaron en 16%.

Igual data tenemos en con los pacientes con tuberculosis extensamente resistentes (TB XDR) y en tuberculosis multidrogo resistentes (TB MDR). en todos sus tipos el MINSA atiende al 95 % de pacientes.

Si bien es cierto La vulnerabilidad sanitaria ha sido por fin reconocida en este grupo de pacientes, pero es un reconocimiento en papel por la precariedad de nuestro sistema de salud y la falta de recursos n ha modificado en nada el manejo y la tasa de mortalidad de este significativo grupo de pacientes.

1.2. Justificación:

La vulnerabilidad se ha constituido en un rasgo social dominante en América Latina. Los impactos provocados por las formas de producción, las instituciones y los valores que caracterizan al nuevo patrón de desarrollo en los países de la región han dejado a los grupos de bajos ingresos y a las capas medias expuestos a elevados niveles de inseguridad e indefensión. Desde la constitución de los estados independientes, la pobreza y la mala distribución del ingreso estuvieron presentes en el capitalismo subdesarrollado latinoamericano[21].

[1818] Global tuberculosis report 2019. Geneva: World Health Organization; 2019.
[19] ONUSIDA. Perú. Datos. Disponible en: https://www.unaids.orgiesireqionscountriesicountries/peru
[20] Situación epidemiológica e indicadores programáticos de TB con énfasis en TB/DR. Presentación en la visita a Perú del Regional Green Light Committee. Lima: DPCTB/MINSA; octubre 2021.
[21] CEPAL, División de Estadística y Proyecciones Económicas https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/3facc730-98f5-4112-9ef5-9d4892cefd74/content#:~:text=La%20vulnerabilidad%20social%20es%20el,u%20obtener%20beneficios%20de%20ellos.

La **vulnerabilidad social** es el resultado de los impactos provocados por el patrón de desarrollo vigente pero también expresa la incapacidad de los grupos más débiles de la sociedad para enfrentarlos, neutralizarlos u obtener beneficios de ellos. Frecuentemente se identifica la condición de pobreza de la gente con vulnerabilidad. Sin embargo, la inseguridad e indefensión que caracterizan a ésta no son necesariamente atribuibles a la insuficiencia de ingresos, propia a la pobreza.

El Perú, como miembro de las Naciones Unidas, hizo suyos los **Objetivos de Desarrollo Sostenible**[22] (ODS) y tiene el compromiso de buscar que todas las personas disfruten de paz y prosperidad priorizando el progreso de los más rezagados. La meta es el 2030, y aunque la crisis sanitaria ha tornado imposible llegar, no es ni estratégico ni éticamente aceptable dejar de lado los esfuerzos por avanzar. En ese camino, es clave para el Perú empezar a construir su sistema de protección social. Como parte esencial del esfuerzo, el Estado debe fortalecer los programas sociales de protección existentes, asegurar su calidad y cobertura. Así, los servicios del Estado estarán disponibles y serán atractivos para todos y todas, y se generarán las condiciones que permitan crear este sistema en el país con la convicción de que la contribución tributaria personal y empresarial están al servicio del bien común.

El **Observatorio Nacional de la Violencia Contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar** determina que las personas en situación de vulnerabilidad son las que, por razón de su edad, género, estado físico o mental, o por circunstancias sociales, económicas, étnicas o culturales, se encuentran con especiales dificultades para ejercer con plenitud sus derechos. Pudiendo constituir causas de vulnerabilidad, las siguientes: la edad, la discapacidad, la pertenencia a comunidades indígenas o a minorías, la migración y el desplazamiento interno, la pobreza, el género, la orientación sexual, la privación de libertad, entre otras. Los grupos vulnerables contemplados en la **Ley 30364**, su Reglamento y el Plan Nacional Contra la Violencia de Género 2016-2021[23], son:

- Niñas, niños y adolescentes
- Personas adultas mayores
- Personas con discapacidad
- Personas LGTBI
- Mujeres migrantes
- Mujeres viviendo con virus de inmunodeficiencia humana – VIH
- Mujeres privadas de libertad
- Mujeres con discapacidad

Para la **Defensoría del Pueblo**, son Grupos de especial protección[24]:

- Pueblos indígenas
- Población afroperuana

[22] https://www.unicef.org/peru/articulos/delgada-linea-vulnerabilidad-proteccion-social-peru
[23] https://observatorioviolencia.pe/grupos-vulnerables-ley-n30364/
[24] https://www.defensoria.gob.pe/category/grupo-de-especial-proteccion/

- Personas privadas de libertad
- Mujer
- Niñez y Adolescencia
- Adulto Mayor
- Personas con discapacidad
- Población migrante
- Población LGBTI
- Personas que viven con VIH

El **Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social** tiene como misión la de "Mejorar la calidad de vida de la población en situación de vulnerabilidad y pobreza, promoviendo el ejercicio de sus derechos, el acceso a oportunidades y el desarrollo de sus propias capacidades". "Trabaja para erradicar la pobreza extrema y la desnutrición crónica infantil, y para que las niñas y niños de todo el territorio nacional reciban servicios universales de salud y educación de calidad".

El Programa de Complementación Alimentaria (PCA) del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) brinda apoyo alimentario a sus usuarios a través de los centros de atención agrupados en sus diversas modalidades, se ejecuta de forma descentralizada a través de 238 gobiernos locales (195 provinciales al interior del país y 43 distritales en Lima Metropolitana). Una de las Modalidades del Programa de Complementación Alimentaria (PCA) es el **Programa de Alimentación y Nutrición para el Paciente con Tuberculosis y Familia** (PANTBC) que se ejecuta a través de los centros de salud del Ministerio de Salud (MINSA). Proporciona a los usuarios una canasta de alimentos en crudo, que constituye un complemento alimentario que contribuye con su recuperación integral[25].

El **Programa Nacional de entrega de la pensión no contributiva a personas con discapacidad severa en situación de pobreza** (CONTIGO) del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) brinda una pensión no contributiva de S/ 300.00 soles a personas con discapacidad severa en situación de pobreza o pobreza extrema, cada dos meses, con la finalidad de contribuir en la mejora de la calidad de vida.

El **Reporte Sobre la Vulnerabilidad y Situación de las personas que viven con el VIH/Sida**[26] migrantes y peruanas en el marco de la pandemia de la COVID-19, registra algunas dimensiones de la vulnerabilidad social que dan cuenta de la profundidad y la magnitud del riesgo social en el que se encuentran las personas que viven con el VIH/SIDA a consecuencia del impacto de la pandemia de la COVID-19. El Ministerio de Salud (MINSA), mediante el Decreto Supremo N° 002-2020-SA, publicado en el diario oficial El Peruano, incorporó como afiliada al Seguro Integral de Salud (SIS) a la población en situación de «**vulnerabilidad sanitaria**».

[25] https://www.gob.pe/11779-ministerio-de-desarrollo-e-inclusion-social-programa-de-complementacion-alimentaria-pca
[26] https://www.r4v.info/sites/default/files/2021-07/202104_ACH_CCEFIRO_Reporte%202020%20sobre%20vulnerabilidad%20VIH.pdf

Así, en el marco de la progresividad de la política de aseguramiento universal en salud, se incluye dentro de la afiliación regular al régimen subsidiado del SIS, a las personas que viven con el VIH/SIDA, con diagnóstico de tuberculosis (TB) y a aquellas con discapacidad severa, que tendrán derecho al conjunto de prestaciones con un subsidio del 100 %. Esta norma desarrolla el concepto de vulnerabilidad sanitaria para viabilizar la afiliación regular al régimen subsidiado del SIS, entendido como aquella situación asociada a una condición de salud que denota desventaja especialmente grave, a nivel económico, educativo y social, entre otros. Esta condición limita la capacidad de desarrollarse, resistir o sobreponerse ante una enfermedad, riesgo de enfermar o morir, y requiere que el Estado realice un mayor esfuerzo para facilitar la participación con igualdad de oportunidades en la vida nacional y acceder a mejores condiciones de vida. Esta política pública sobre VIH/SIDA, sin embargo, no reconoce la vulnerabilidad social que se expresa con mayor gravedad a consecuencia de la COVID-19.

ONUSIDA pide a los gobiernos que cumplan con su compromiso para alcanzar el desarrollo sostenible de no dejar a nadie atrás mediante el fortalecimiento de los Sistemas de Protección Social[27], incluido el conjunto de estándares mínimos conocidos como «pisos», frente a la pandemia de la COVID-19 y mejorando la capacidad de respuesta de los sistemas de protección social a las necesidades y vulnerabilidades básicas y cambiantes de las personas, en particular para las personas que viven con, están en riesgo y se ven afectadas por el VIH, incluidas las poblaciones clave[28] y los jóvenes, las mujeres y las niñas, las personas con discapacidad, los refugiados, los solicitantes de asilo, los migrantes y las poblaciones en estado de inseguridad alimentaria o desnutrición y en entornos humanitarios. Estos grupos de personas se encuentran entre las poblaciones de mayor vulnerabilidad frente a la COVID-19 y son especialmente vulnerables a las desigualdades económicas, los espacios sociales y las interrupciones en la prestación y el acceso efectivo a los servicios básicos y la asistencia social.

La **Protección Social** puede ayudar a mitigar los grandes impactos sociales y económicos del VIH en los hogares y personas, siempre que los programas sean sensibles a las necesidades particulares de las personas que viven con el VIH y se ven afectadas por el mismo. La **Protección Social** puede ayudar a enfrentar los múltiples determinantes sociales de la epidemia desigualdades de ingresos, desigualdades de género, exclusión social y así contribuir a una reducción en nuevas infecciones. La **Protección Social** puede ayudar a abordar las barreras del

[27] https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/call-to-action-social-protection-covid19_en.pdf

[28] ONUSIDA considera a los homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los profesionales del sexo, las personas transgénero y las personas que se inyectan drogas, como los cuatro principales grupos de población clave, pero reconoce que los presos y otras personas encarceladas también son particularmente vulnerables al VIH y con frecuencia carecen de acceso a servicios. Los países deben definir las poblaciones específicas que son clave para su epidemia y respuesta en función del contexto epidemiológico y social

lado de la demanda para acceder a servicios contra el VIH, con la posibilidad de mejorar los resultados en la prevención, tratamiento y atención y apoyo[29].

La **Protección Social** se ha definido como "todas aquellas iniciativas públicas y privadas que proporcionan ingresos o transferencias de consumo a los pobres, protegen a los vulnerables frente a los riesgos de subsistencia y mejoran el estatus y los derechos sociales de los marginados; con el objetivo general de reducir la vulnerabilidad económica y social de los grupos pobres, vulnerables y marginados".[30]

La **Protección Social** puede ayudar a reducir las desventajas y desigualdades que hacen que las personas sean susceptibles a la infección por VIH, ayudar a superar las barreras de acceso al tratamiento y mitigar el impacto del VIH en la pobreza de los hogares y la exclusión social. Se sabe mucho sobre los factores que hacen que los hogares y comunidades sean más o menos resistentes a los impactos de la epidemia. La pobreza puede hacer que los hogares sean menos capaces a hacer frente a los crecientes costos de salud y a la disminución de los ingresos debido a una enfermedad crónica; los niños sin el cuidado de sus padres incluyendo a muchos niños huérfanos por el SIDA tienen peores resultados de desarrollo que aquellos que cuentan con el cuidado de sus padres.
El SIDA reduce los ingresos del hogar[31],[32] la producción agrícola[33] y las oportunidades educativas,[34] aumenta el absentismo laboral y prolonga la pobreza intergeneracional[35].

La **Protección Social** puede reducir considerablemente la vulnerabilidad relacionada con el VIH y es un factor crítico que permite obtener resultados exitosos en la prevención y tratamiento del VIH. Aunque gran parte del interés en la **Protección Social** ha sido a raíz del éxito de las transferencias monetarias y otras transferencias sociales (alimentos, vales, etc.), la **Protección Social** integral en el

---

[29] Nota orientativa sobre VIH y Protección Social https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/publication/wcms_221157.pdf
[30] Devereux & Sabates-Wheeler, 2004, Transformative Social Protection, IDS
[31] Bachmann. M. y Booysen, F. 2003. Health and economic impact of HIV/AIDS on South African households: a cohort study. BMC Public Health 2003, 3:14. Fox, M. et al. 2004. The Impact of HIV/AIDS on Labour Productivity in Kenya. Trop Med and International Health, 9:3, 318–24
[32] Un reciente estudio sobre el impacto del VIH en Camboya detalla las formas en que el VIH afecta a las economías domésticas: una familia afectada por el VIH en Camboya es un 23% más propensa a ser pobre que una no afectada, incluso cuando se tiene en cuenta el nivel de educación del cabeza de familia, la residencia urbana/rural y otras variables. Autoridad Nacional para el SIDA y la ONU. 2010. El impacto socioeconómico del VIH a nivel del hogar en Camboya.
[33] Gillespie, S. y Kadiyala, S. 2005. HIV/AIDS and Food and Nutrition Security: From Evidence to Action, IFPRI.
[34] Steinberg, M. et al. 2002. Hitting Home: How households cope with the impact of the HIV/AIDS epidemic, a survey of households affected by HIV/AIDS in South Africa. Henry J. Kaiser Family Foundation, Health Systems Trust. Birdsall, N. y Hamoudi, A. 2004. AIDS and the Accumulation and Utilization of Human Capital in Africa in the Macroeconomics of AIDS, IMF.
[35] Nota orientativa sobre VIH y Protección Social https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/publication/wcms_221157.pdf

contexto del VIH abarca tanto la asistencia económica, así como los enfoques para abordar la desigualdad y la exclusión social.

La **Protección Social** es particularmente relevante para el VIH debido a su capacidad para enfrentar cuestiones tales como la desigualdad de género, el estigma relacionado con el VIH y la discriminación que exacerban la marginación y la vulnerabilidad que afrontan poblaciones clave con alto riesgo de infección. La evidencia también sugiere otro potencial importante de la protección social: interrumpir el ciclo de estar afectado por el SIDA a pasar a estar infectado por el VIH.

La **Protección Social** es sensible al VIH cuando incluye a las personas que están en riesgo de infección por el VIH o que son susceptibles de verse afectadas por las consecuencias del VIH. La protección social sensible al VIH puede agruparse en tres grandes categorías de intervención: 1) Protección financiera mediante transferencias monetarias previsibles, alimentos u otras transferencias para los afectados por el VIH y las personas más vulnerables; 2) Programas que apoyen el acceso a servicios de calidad asequible, incluyendo tratamiento, servicios médicos y educativos, por ejemplo a través de la exoneración del pago del seguro médico y los gastos escolares; 3) Políticas, legislación y regulación para satisfacer las necesidades y defender los derechos de los más vulnerables y marginados.

La desigualdad alimenta la susceptibilidad a la infección por el VIH; la pobreza también juega un papel, aunque los vínculos entre el VIH, la pobreza y la desigualdad son complejos y multidireccionales.[36] Una preocupación particular es cómo la desigualdad de género pone en riesgo de una manera desproporcionada a las niñas adolescentes y a las mujeres jóvenes, especialmente en los contextos de mayor prevalencia.

La **Protección Social** puede reducir el riesgo de transmisión del VIH debido a la desigualdad económica y de género, mediante la reducción de las disparidades en los ingresos y ofreciendo a niñas y mujeres un acceso más equitativo a los recursos y activos económicos

La **Protección Social del paciente que vive con VIH y TB** es la razón de ser **de esta iniciativa legislativa.** con el Decreto Legislativo N° 1346 y el Decreto Supremo N° 02-2020 SA se ha avanzado de manera importante en el reconocimiento de la vulnerabilidad sanitaria que afecta a las peruanas y peruanos con VIH y TB

En nuestro país la discriminación y el estigma ha llevado que pacientes con VIH y TB sufran despedidos de sus centros laborales y muchos de ellos no acceden a un puesto de trabajo decente. El VIH y la tuberculosis en el mundo está directamente relacionada con la pobreza extrema

[36] Piot, P. et al. 2007. Squaring the Circle: AIDS, Poverty, and Human Development. PLoS Med 4(10): e314.

La economía se contrajo en 11% por ciento en el año 2020, su mayor caída en 30 años y la más grande en América Latina ese año. Como resultado, la tasa de pobreza nacional se incrementó a 30.1% por ciento, un nivel que no se había visto desde 2010, y la pobreza extrema alcanzó 5.1% por ciento en 2020, comparable con la tasa de 2013. Para fines de 2021 la economía se había recuperado, pero la pobreza y la pobreza extrema mantuvieron los niveles de 2012 y 2015, respectivamente.

La magnitud de la pérdida de bienestar durante la crisis reveló la fragilidad de las mejoras sociales alcanzadas en las dos décadas anteriores. Estos índices de pobreza y los índices de desempleo hacen que miles de pacientes con VIH y TB no accedan a recibir tratamiento oportuno por incremento del gasto de bolsillo en transporte (pasajes), no se alimenten correctamente y que no contribuyan a la nutrición y recuperación del sistema inmunitario.

1.3. Marco Normativo

- Constitución Política del Perú
- Ley 26842, Ley General de Salud.
- Decreto Legislativo 1346
- Decreto Supremo 02-2020 SA
- La Estrategia mundial contra el sida 2021-2026 Acabar con las Desigualdades. Acabar con el Sida[37]

Tanto los instrumentos normativos internacionales, como la legislación peruana vigente, guardan concordancia en que la salud es un derecho y que los Estados miembros son los llamados a regular, vigilar, y promover este derecho a la salud, en favor de sus ciudadanos, asimismo son los responsables de proteger el acceso de todas las personas, sin excepción, a los servicios de salud, con la finalidad de brindarles un nivel de vida adecuado, determinando políticas públicas de transcendencia, las cuales permitan generar impacto en la población objetivo.

De esta manera encontramos que, la Declaración Universal de Derechos Humanos, en su artículo 25, inciso 1, ha prescrito que, «Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...)»[38]. Estos componentes, comprometen a cada uno de los Estados miembros a ejecutar estas disposiciones.

En el caso peruano, en concordancia con la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Constitución Política del Perú de 1993, reconoce que el Estado Peruano es quien determina la política nacional de salud, asimismo, es el

[37] https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_es.pdf
[38] DECLARACIÓN UNIVERASAL DE DERECHOS HUMANOS Artículo 25 Inc. 1 (...)

responsable de conducirla en forma plural y descentralizados para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud[39].

Asimismo, nuestra Ley 26842, Ley General de Salud, en concordancia con la Constitución Política, señala en su artículo II del Título Preliminar, «La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla».[40]

En síntesis, el derecho a la salud tiene carácter universal, en al sentido las políticas públicas que se implementen tienden a alcanzar la justicia social en beneficio de las personas en general con énfasis en las más vulnerables.

2. ANÁLISIS COSTO – BENEFICIO

La presente iniciativa legislativa no irroga gastos al tesoro público, en tanto, la naturaleza o el espíritu de la norma se fundamenta en la calidad de declarativa, la cual busca reconocer la vulnerabilidad social de todos los pacientes con VIH y TBC y que gocen del reconocimiento del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social y de todos los entes del estado.

3. EFECTO DE LA VIGENCIA DE LA NORMA EN NUESTRA LEGISLACIÓN NACIONAL

La presente iniciativa Legislativa aspira declarar de interés público y reconocer la vulnerabilidad social que afecta a los pacientes con VIH y TBC en cada una de las regiones del país con el objeto de acercar la salud a los ciudadanos peruanos sin discriminación. Se trata del derecho a la salud, acceso a la justicia social que demandan los pacientes con VIH y TB; no es posible llegar al logro de los objetivos de desarrollo sostenibles al 2030 sin políticas de protección social sensibles al VIH y la TB para no dejarlos atrás.

La norma propuesta tiene plena concordancia con la legislación nacional en materia de salud, particularmente en los aspectos vinculados a protección financiera de los riesgos en salud y protección de los riesgos en salud pública. Resolución Legislativa del Congreso N°002-2022-2023-CR por la que se aprueba la agenda legislativa para el periodo anual de sesiones 2022-2023:

[39] CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL PERÚ DE 1993 Artículo 9. (...)
[40] LEY 26842, LEY GENERAL DE SALUD TÍTULO PRELIMINAR Artículo I II III (...)

Objetivo 2: Equidad y Justicia Social

Politica de Estado	Temas/ Proyecto de Ley
10.Reducción de la Pobreza	26.Lucha Contra La Pobreza
11.Promoción de la Igualdad de Oportunidades sin Discriminación	27.Contra la Discriminación, el Racismo y el Trato desigual Injustificado
	28.Búsqueda de la igualdad y reconocimiento en las relaciones laborales
13.Acceso Universal a los servicios de Salud y a la Seguridad Social	42.Mejora en el servicio de salud
	43.Medidas para superar la pandemia del Covid-19
14.Acceso al Empleo Pleno, Digno y Productivo	50.Mejora en los derechos y condiciones laborales
15.Promoción de la Seguridad Alimentaria y Nutrición	60.Seguridad Alimentaria
16.Fortalecimiento de la Familia, Protección y Promoción de la Niñez, la Adolescencia y la Juventud	61.Defensa y protección de la familia, la niñez, la adolescencia y la juventud

La norma propuesta contribuye específicamente a la plena implementación de lo establecido en el DL 1346 y en el DS 002-2020-SA, que establece la condición de vulnerabilidad sanitaria a efectos de viabilizar la afiliación regular al régimen subsidiado del SIS e incluye dentro de esta condición a las personas que viven con el VIH/Sida y aquellas con diagnóstico de TB.

4. CONCORDANCIA CON EL ACUERDO NACIONAL

La presente iniciativa legislativa la ubicamos dentro del marco de la décima, décimo tercera, décimo cuarta, décimo quinta y décimo sexta Política de Estado la cual forma parte integrante del Acuerdo Nacional sobre política de desarrollo con equidad y justicia social, la misma que a la letra señala:

EQUIDAD Y JUSTICIA SOCIAL

Décima Política de Estado
Reducción de la Pobreza

Nos comprometemos a dar prioridad efectiva a la lucha contra la pobreza y a la reducción de la desigualdad social, aplicando políticas integrales y mecanismos orientados a garantizar la igualdad de oportunidades económicas, sociales y políticas. Asimismo, nos comprometemos a combatir la discriminación por razones de inequidad entre hombres y mujeres, origen étnico, raza, edad, credo o discapacidad. En tal sentido, privilegiaremos la asistencia a los grupos en extrema pobreza, excluidos y vulnerables. **Con este objetivo, partiendo de un enfoque de desarrollo humano sustentable, con equidad entre hombres y mujeres, sin discriminación, y en forma descentralizada, el Estado**

Décimo Primera Política de Estado
Promoción de la Igualdad de Oportunidades sin Discriminación

Nos comprometemos a dar prioridad efectiva a la promoción de la igualdad de oportunidades, reconociendo que en nuestro país existen diversas expresiones de discriminación e inequidad social, en particular contra la mujer, la infancia, los adultos mayores, las personas integrantes de comunidades Étnicas, los discapacitados y las personas desprovistas de sustento, entre otras. La reducción y posterior erradicación de estas expresiones de desigualdad requieren temporalmente de acciones afirmativas del Estado y de la sociedad, aplicando políticas y estableciendo mecanismos orientados a garantizar la igualdad de oportunidades económicas, sociales y políticas para toda la población. **Con este objetivo, el Estado**: (a) combatir· toda forma de discriminación, promoviendo la igualdad de oportunidades;(b) fortalecer· la participación de las mujeres como sujetos sociales y políticos que dialogan y conciertan con el Estado y la sociedad civil;(c) fortalecer· una institución al más alto nivel del Estado en su rol rector de políticas y programas para la promoción de la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, es decir, equidad de género; (d) dará acceso equitativo a las mujeres a recursos productivos y empleo ;(e) desarrollar· sistemas que permitan proteger a niños, niñas, adolescentes, adultos mayores, mujeres responsables de hogar, personas desprovistas de sustento, personas con discapacidad y otras personas discriminadas o excluidas; y (f) promover· y proteger· los derechos de los integrantes de las comunidades étnicas discriminadas, impulsando programas de desarrollo social que los favorezcan integralmente.

Décimo Tercera Política de Estado
Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social

Nos comprometemos a asegurar las condiciones para un acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en las zonas de concentración de pobreza y en las poblaciones más vulnerables. Nos comprometemos también a promover la participación ciudadana en la gestión y evaluación de los servicios públicos de salud. **Con este objetivo el Estado**: (a) potenciará la promoción de la salud, la prevención y control de enfermedades transmisibles y crónico degenerativas; (b) promoverá la prevención y el control de enfermedades mentales y de los problemas de drogadicción; (f) ampliará y descentralizará los servicios de salud, especialmente en las áreas más pobres del país, priorizándolos hacia las madres, niños, adultos mayores y discapacitados; (g) fortalecerá las redes sociales en salud, para lo cual garantizará y facilitará la participación ciudadana y comunitaria en el diseño, seguimiento, evaluación y control de las políticas de salud, en concordancia con los planes locales y regionales correspondientes; (i) promoverá el acceso gratuito y masivo de la población a los servicios públicos de salud y la participación regulada y complementaria del sector privado; (j) promoverá el acceso universal a la seguridad social y fortalecerá un fondo de salud para atender a la población que no es asistida por los sistemas de seguridad

social existentes; (k) desarrollará políticas de salud ocupacionales, extendiendo las mismas a la seguridad social[41].

Décimo Cuarta Política de Estado
Acceso al Empleo Pleno, Digno y Productivo

Nos comprometemos a promover y propiciar, en el marco de una economía social de mercado, la creación descentralizada de nuevos puestos de trabajo, en concordancia con los planes de desarrollo nacional, regional y local. Asimismo, nos comprometemos a mejorar la calidad del empleo, con ingresos y condiciones adecuadas, y acceso a la seguridad social para permitir una vida digna. Nos comprometemos además a fomentar el ahorro, así como la inversión privada y pública responsables, especialmente en sectores generadores de empleo sostenible.

Décimo Quinta Política de Estado
Promoción de la Seguridad Alimentaria y Nutrición

Nos comprometemos a establecer una política de seguridad alimentaria que permita la disponibilidad y el acceso de la población a alimentos suficientes y de calidad, para garantizar una vida activa y saludable dentro de una concepción de desarrollo humano integral.

Décimo Sexta Política de Estado
Fortalecimiento de la Familia, Protección y Promoción de la Niñez, la Adolescencia y la Juventud

Nos comprometemos a fortalecer la familia como espacio fundamental del desarrollo integral de las personas, promoviendo el matrimonio y una comunidad familiar respetuosa de la dignidad y de los derechos de todos sus integrantes. Es política de Estado prevenir, sancionar y erradicar las diversas manifestaciones de violencia que se producen en las relaciones familiares. Nos proponemos, asimismo, garantizar el bienestar, el desarrollo integral y una vida digna para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, en especial de aquellos que se encuentran en situación de riesgo, pobreza y exclusión. Promoveremos espacios institucionales y entornos barriales que permitan la convivencia pacífica y la seguridad personal, así como una cultura de respeto a los valores morales, culturales y sociales.

[41] ACUERDO NACIONAL. OBJETIVOS DEL ACUERDO NACIONAL. ACCESO UNIVERSAL A LOS SERVICIOS DE SALUD Y A LA SEGURIDAD SOCIAL. Rescatado de https://www.acuerdonacional.pe/politicas-de-estado-del-acuerdo-nacional/politicas-de-estado%e2%80%8b/politicas-de-estado-castellano/ii-equidad-y-justicia-social/13-acceso-universal-a-los-servicios-de-salud-y-a-la-seguridad-social/

5. CONCORDANCIA CON LAS POLÍTICAS NACIONALES

La presente iniciativa legislativa la ubicamos dentro del marco de las Políticas Nacionales que se detallan a continuación:

1. Política Nacional Multisectorial de Salud (MINSA) aprobada el 24/08/2020
2. Política Nacional de Igualdad de Género (MPV) aprobada el 04/04/2019

En el marco del Decreto Supremo N° 029-2018-PCM, el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN) brindó asistencia técnica en a los sectores que aprobaron 14 Políticas Nacionales. En ese sentido, se resalta que las políticas nacionales definen los objetivos prioritarios, los lineamientos, los estándares nacionales de cumplimiento y la provisión de servicios que deben ser entregados a la población para resolver los problemas identificados.

Las Políticas Nacionales aprobadas bajo la metodología del CEPLAN, se enmarcan en las políticas de Estado, la Política General de Gobierno y los objetivos del Plan Estratégico de Desarrollo Nacional, además responden a la identificación de problemas o necesidades que enfrenta la población, los cuales son priorizados en la agenda pública. Estas políticas nacionales resaltan la rectoría de los ministerios sobre las políticas nacionales y la necesidad de que las políticas de los gobiernos regionales y locales se encuentren concordadas con ellas, en correspondencia con el carácter unitario del gobierno, lo cual permitirá a los equipos sectoriales, diseñar, formular, implementar, realizar el seguimiento y evaluación a sus políticas.

El estado peruano viene elaborando la **Politica Nacional de Derechos Humanos**, sobre la base del Plan Nacional de Derechos Humanos (PNDH) 2018-2021, que fue concebido con la finalidad de garantizar el cumplimiento de los derechos humanos en el Perú a través de la acción coordinada entre las instituciones del Estado, especialmente, a favor de los grupos de especial protección. El objetivo final es, en definitiva, la plena vigencia de la dignidad humana, una idea orientadora cuyos efectos cotidianos aún requieren ser afirmados en la práctica social e institucional.
El PNDH 2018-2021 se creó a iniciativa del MINJUSDH, con el esfuerzo y compromiso de los sectores del Estado, la participación de las organizaciones que representan a la sociedad civil y la cooperación de organismos internacionales. El PNDH es un referente esencial para los diversos sectores del Poder Ejecutivo y gobiernos en sus tres niveles: nacional, regional y local que contribuye con la consolidación de un estado democrático donde nadie se quede atrás. Así, el PNDH 2018-2021 es una manera como el Estado se organiza para dar cumplimiento a los derechos humanos y a mejorar la calidad de vida de las personas, sin discriminación, evidenciando la conexión entre las vidas cotidianas de las personas y los derechos humanos que permite la generación de cambios e impactos positivos en las personas. Contiene cinco lineamientos estratégicos; 150 acciones estratégicas y 281 indicadores con la finalidad de garantizar derechos para todas las personas, reforzando el enfoque de derechos humanos en la gestión pública y promoviendo una cultura de derechos y la paz. El eje del PNDH 2018-2021 lo constituyen las políticas públicas y propuestas normativas dirigidas a mejorar la situación de los derechos humanos de 13 grupos de especial protección:

- Personas adultas mayores;
- Población afroperuana;
- Personas con discapacidad;
- Mujeres; Niños, niñas y adolescentes;
- Personas privadas de libertad;
- Personas con VIH/SIDA y personas con TBC;
- Trabajadoras y trabajadores del hogar;
- Personas LGBTI;
- Defensores y defensoras de derechos humanos;
- Pueblos indígenas;
- Personas en situación de movilidad y, finalmente,
- Personas víctimas de la violencia ocurrida entre los años 1980 y 2000.

Las Políticas Nacionales son de cumplimiento obligatorio por todas las entidades y niveles de gobierno, como lo indica su reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 029-2018-PCM y modificatorias.