Servizi di ricerca e formazione COI – *Country of Origin Information*

Rapporto di ricerca COI Realizzato dall'Ufficio Immigrazione di ARCI nazionale

- aggiornato al 03 luglio 2025

CONTESTO		**NOTE**
Paese di origine	Perù	N/D
QUESITO COI		**NOTE**
Tematica	Sanità	Assistenza sanitaria pubblica
Formulazione quesiti COI	**1. Informazioni riguardo all'accesso ai servizi sanitari per persone affette da HIV** **2. Informazioni riguardo a fenomeni di stigmatizzazione nei confronti delle persone LGBTQIA+**	

Nota metodologica

1. In considerazione dello specifico profilo tecnico dei quesiti, la ricerca è stata effettuata avvalendosi della collaborazione e del supporto tecnico della Associazione di supporto psicosociale "Approdi";

2. Il presente elaborato è stato sviluppato a partire dalle evidenze riscontrate negli articoli indicizzati nei principali database sanitari (tra cui pubmed; Medscape; e The Cochrane Library), motori di ricerca per articoli scientifici (tra cui Googlescholar e SciELO) e generali (Google) e report e/o documenti nazionali o internazionali. L'utilizzo di altre fonti di ricerca è stato specificatamente segnalato in nota. Al fine di garantire una maggiore completezza del quesito si è ritenuto utile inserire all'interno dell'elaborato delle informazioni generali rispetto all'organizzazione del sistema sanitario in Perù e le condizioni socio-economiche delle persone con disabilità.

3. Il presente Ufficio e l'associazione Approdi restano a disposizione per confrontarsi relativamente alle fonti e ai contenuti citati, oltre che per eventuali approfondimenti rispetto ai quesiti posti, le risultanze emerse e altre tematiche

Roma
03/07/2027

°°°

Lista delle abbreviazioni

CONADIS: National Council for the Integration of Persons with Disabilities
FFAA: Forze Armate
LGBTQIA+: Lesbiche, Gay, Bisessuali, Trans, Queer, Intersex, Assessuali, e altre minoranze
MINSA: Ministero della Salute
MSM: Men who have sex with men
OOP: Out-Of-Pocket Expenditure
PIL: Prodotto Interno Lordo
PNP: Polizia Nazionale
SERUM: Servicio Rural Urbano Marginal en Salud
SIS: Seguro Integral de Salud
TW: Transexual women

1. Informazioni riguardo all'accesso ai servizi sanitari per persone affette da disabilità

Introduzione

In via generale le fonti riportano come il Perù sia un Paese sudamericano a reddito medio-basso con una popolazione di circa 33 milioni di abitanti.[4] Il Paese ha istituzioni democratiche consolidate, anche se negli ultimi anni il processo democratico è stato minato da diverse accuse di corruzione di alto profilo.[5] Nel 2018 la spesa sanitaria è stata pari al 5,2% del prodotto interno lordo, una percentuale tra le più basse dell'America Latina, e il 29,15% delle spese sanitarie sono state spese out-of-pocket. L'aspettativa di vita in Perù è di 76 anni, una delle più alte dell'America Latina, e il punteggio dell'Indice di Sviluppo Umano del Paese è di 0,777 (79° nel mondo), in aumento rispetto allo 0,613 del 1990, a testimonianza del miglioramento degli standard di vita complessivi, compresa la salute.[7] Il Perù ha ratificato l'ICESCR nel 1978 e ha quindi l'obbligo internazionale di realizzare il diritto alla salute, come sancito dall'articolo 12:

> "...Peru is a lower-middle-income South American country with a population of approximately 33 million.[4] The country has established democratic institutions, although in recent years the democratic process has been undermined by several high-profile corruption allegations.[5] Health expenditure was 5.2% of the gross domestic product in 2018, which was among the lowest in Latin America, and 29.15% of health expenditures were out-of-pocket expenditures.[6] Life expectancy in Peru is 76 years, one of the highest in Latin America, and the country's Human Development Index score is 0.777 (79th in the world), which increased from 0.613 in 1990, reflecting improvements in overall standards of living, including health.[7] Peru ratified the ICESCR in 1978 and therefore has international obligations to realize the right to health as enshrined in article 12.…"[1]

Questo è in linea con quanto riportato da Amnesty International che sottolinea come il diritto alla salute sia riconosciuto nella Costituzione politica del Perù del 1993. L'articolo 7 recita: "Ogni individuo ha diritto alla protezione della propria salute, di quella del proprio ambiente familiare e di quella della comunità, nonché il dovere di contribuire alla sua promozione e difesa". L'articolo 9 stabilisce che lo Stato deve stabilire una politica sanitaria nazionale che il ramo esecutivo ha il potere di regolare e supervisionare.70 La natura del sistema sanitario a livello costituzionale prevede la partecipazione del settore pubblico e privato. L'articolo 11 della Costituzione afferma che "lo Stato garantisce il libero accesso alle prestazioni sanitarie e alle pensioni, attraverso enti pubblici, privati o misti".71 La Legge Generale sulla Salute 26842 delinea gli elementi più importanti relativi alla progettazione del sistema sanitario e le sue caratteristiche in termini di accessibilità, disponibilità, accettabilità e qualità. Per quanto riguarda la progettazione del sistema sanitario, la stessa legge riconosce che la salute pubblica è responsabilità dello Stato e la sua fornitura è di interesse pubblico. Nel Titolo preliminare di questa legge sono previsti alcuni elementi rilevanti per la presente analisi:

- "È responsabilità dello Stato promuovere le condizioni che garantiscono un'adeguata copertura delle prestazioni sanitarie alla popolazione, in termini socialmente accettabili di sicurezza, opportunità e qualità". 72

---

[1] Davies, Lowri 2022. "Advancing a Human Rights-Based Approach to Access to Medicines: Lessons Learned from the Constitutional Court of Peru". Health and Human Rights Journal, vol. 24, no. 1. https://www.hhrjournal.org/2022/04/04/advancing-a-human-rights-based-approach-to-access-to-medicines-lessons-learned-from-the-constitutional-court-of-peru/ [accessed 27 June 2025]

- Lo Stato promuove un'assicurazione universale e progressiva della popolazione per la protezione degli imprevisti che possono influire sulla salute della popolazione, in termini socialmente accettabili. livelli socialmente accettabili di sicurezza, tempestività e qualità". 72
- Lo Stato promuove l'assicurazione universale e progressiva della popolazione per la protezione degli imprevisti che possono colpire la salute e garantisce la libera scelta dei sistemi pensionistici, fatto salvo un sistema obbligatorio imposto dallo Stato, in modo che nessuno rimanga senza protezione. 73
- Il finanziamento statale è preferibilmente orientato verso azioni di sanità pubblica e per sovvenzionare totalmente o parzialmente le cure mediche per le popolazioni a basso reddito che non sono coperte da nessun altro sistema di assistenza sanitaria pubblica o privata. “74

In termini di qualità, l'articolo 2 della stessa legge afferma che tutti hanno il diritto di esigere che i servizi medici che ricevono corrispondano alle caratteristiche e agli attributi indicati e che ”siano conformi agli standard di qualità accettati nelle procedure e nelle pratiche istituzionali e professionali". 75 Allo stesso modo, l'articolo 37 stabilisce che in termini di disponibilità, le strutture e i servizi di supporto medico devono essere conformi ai requisiti stabiliti dall'Autorità Sanitaria - il Ministero della Salute (MINSA) - “in relazione agli impianti fisici, alle attrezzature, al personale sanitario, ai sistemi di sanificazione e al controllo dei rischi legati agli agenti fisici, chimici, biologici ed ergonomici dell'ambiente e ad altri che siano appropriati in base alla natura e alla complessità degli stessi".76 D'altra parte, oltre alle disposizioni della Costituzione, nel 2009 è stata approvata la Legge quadro sull'assicurazione sanitaria universale 29344, che mira a stabilire un quadro assicurativo universale. Questa legge stabilisce l'affiliazione obbligatoria di tutta la popolazione residente a qualsiasi sistema sanitario, l'approccio graduale per raggiungere la copertura universale, la garanzia di servizi di protezione sanitaria agli assicurati, la regolamentazione di questo, tra gli altri. La legge riafferma il ruolo di guida della MINSA sul settore sanitario, compresi il Seguro Integral de Salud (SIS), il Seguro Social de Salud (EsSalud), i servizi sanitari delle forze armate e della polizia, le Entidades Prestadoras de Salud (EPS), le assicurazioni sanitarie private e i servizi prepagati, tra gli altri sistemi.83:

> “...El derecho a la salud está reconocido en la Constitución Política del Perú de 1993. Su artículo 7 señala que: “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.” En su artículo 9 señala que el Estado debe establecer una política nacional de salud que el Poder Ejecutivo tiene la atribución de normar y supervisar.70 La naturaleza del sistema de salud a nivel constitucional contempla la participación del sector público y privado. La Constitución en su artículo 11 señala que el “Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas.”71 La Ley General de Salud 26842 señala los elementos más importantes en materia del diseño del sistema de salud y de sus características en materia de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad. Sobre el diseño del sistema de salud, la misma ley reconoce que la salud pública es responsabilidad del Estado y su provisión es de interés público. En el Título Preliminar de dicha ley, se prevén algunos elementos relevantes para el presente análisis:
> • “Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad.” 72
> • “El Estado promueve el aseguramiento universal y progresivo de la población para la protección de las contingen- cias que pueden afectar su salud y garantiza la libre elección de sistemas previsionales, sin perjuicio de un sistema obligatoriamente impuesto por el Estado para que nadie quede desprotegido.” 73

> • "El financiamiento del Estado se orienta preferentemente a las acciones de salud pública y a subsidiar total o par- cialmente la atención médica a las poblaciones de menores recursos, que no gocen de la cobertura de otro régimen de prestaciones de salud, público o privado."74
> En materia de calidad, el artículo 2 de la misma Ley señala que toda persona tiene derecho a exigir que los servicios mé- dicos que reciba correspondan a las características y atributos indicados, y que "cumplan con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales."75 Asimismo, el artículo 37 señala que en materia de disponibilidad los establecimientos y servicios médicos de apoyo de- berán de cumplir con los requisitos establecidos por la Autoridad de Salud- El Ministerio de Salud (MINSA)- "en relación a planta física, equipamiento, personal asistencial, sistemas de saneamiento y control de riesgos relacionados con los agentes ambientales físicos, químicos, biológicos y ergonómicos y demás que proceden atendiendo a la naturaleza y complejidad de los mismos."76 [...] Por otro lado, en complemento a lo dispuesto en la Constitución, en 2009 se aprobó la Ley Marco de Aseguramiento Uni- versal en Salud 29344, que tiene como objetivo establecer un marco universal de aseguramiento. [...] Dicha Ley establece la obligatoriedad de afiliación para toda la población residente a alguno de los sistemas de salud, la gradualidad para ir alcanzando la cobertura universal, la garantía de servicios de protección de salud a los asegurados, la regulación de este, entre otras. La Ley reafirma la función de rectoría sobre el sector salud del MINSA, incluyendo el Seguro Integral de Salud (SIS), el Seguro Social de Salud (EsSalud), las sanidades de fuerzas armadas y policiales, las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), los seguros privados de salud y servicios prepago, entre otros esquemas.83...."[2]

Da un punto di vista legislativo le fonti riportano come La Costituzione del Perù[3] e la sua interpretazione da parte della Corte Costituzionale forniscano un importante esempio dell'impegno politico dello Stato per migliorare l'accesso ai farmaci e del suo impegno nelle misure per promuoverlo.[14] L'attuale Costituzione è entrata in vigore nel 1993 e stabilisce i diritti e i doveri dei cittadini. Il diritto alla tutela della salute è riconosciuto dall'articolo 7.[...] Il diritto nazionale alla salute è in linea con gli standard internazionali. L'articolo 9 della Costituzione stabilisce che lo Stato è responsabile della determinazione della politica sanitaria nazionale per fornire un accesso paritario a tutti i servizi sanitari e l'articolo 11 prevede che il libero accesso alle prestazioni sanitarie sia garantito dallo Stato attraverso enti pubblici, privati o misti.[17] Questi articoli non includono esplicitamente un riferimento ai farmaci, sebbene facciano riferimento ai servizi sanitari, che comprendono la fornitura di farmaci. Lo Stato ha l'obbligo costituzionale di garantire il diritto alla salute della popolazione. María Sánchez-Moreno sostiene che i diritti sanciti dalla Costituzione non sono stati incorporati nelle pratiche pubbliche e che, a causa dell'instabilità del panorama politico dello Stato, la Costituzione non occupa una posizione stabile e autorevole.[18] Nel frattempo, Clara Sandoval e Carlos F. Cáceres sostengono che il diritto alla salute è trattato come un'aspirazione nazionale piuttosto che come un diritto che può essere fatto valere nei confronti dello Stato.[19] Il diritto alla salute non è contenuto nel primo capitolo (sui diritti fondamentali) ma nel secondo capitolo (sui diritti sociali ed economici), il che evidenzia che lo status del diritto alla salute all'interno della Costituzione non equivale a un diritto

---

[2] Amnistía Internacional. (2024, 29 de octubre). Perú: Derecho a la salud, privilegio de pocos (Índice AMR 46/8603/2024). https://www.amnesty.org/es/documents/amr46/8603/2024/es/ [accessed 27 June 2025]

[3] Per approfondire: Presidencia del Consejo de Ministros. (2024, 1 de febrero). Decreto Supremo Nº 012-2024-PCM: Decreto Supremo que declara el estado de emergencia en varios distritos por intensas precipitaciones pluviales [Decreto Supremo]. El Peruano. https://www.congreso.gob.pe/Docs/comisiones2024/Constitucion/files/ds012-2024.pdf [accessed 27 June 2025]

fondamentale.[20] Pertanto, ciò suggerisce che questo principio non è giuridicamente applicabile, ma è invece un principio direttivo della politica statale. Tuttavia, il modo in cui queste disposizioni sono state interpretate dai tribunali nazionali fornisce una guida autorevole sullo status del diritto alla salute, compreso l'accesso ai farmaci, nel Paese. La Corte Costituzionale ha il compito di esaminare i ricorsi di incostituzionalità.[21] Diverse decisioni chiave di questa Corte in relazione al diritto alla salute sono state istruttive per chiarire gli obblighi costituzionali dello Stato in materia di salute della popolazione:

> "...The Constitution of Peru and its interpretation by the Constitutional Court provides an important example of the state's political commitment to enhancing access to medicines and its engagement in measures to promote this.[14] The current Constitution came into force in 1993 and sets out the rights and duties of citizens. The right to the protection of health is recognized in article 7.[...] the national right to health is in line with international standards. Article 9 of the Constitution provides that the state is responsible for determining national health policy to provide equal access to all health services, and article 11 provides that free access to health benefits is guaranteed by the state through public, private, or mixed entities.[17] These articles do not explicitly include a reference to medicines, although they do refer to health services, which include the provision of medicines. The state has constitutional obligations to ensure that the right to health of the population is fulfilled. María Sánchez-Moreno argues that the rights within the Constitution have not been embedded into public practices and that due to the unstable political landscape of the state, the Constitution does not occupy a stable and authoritative position.[18] Meanwhile, Clara Sandoval and Carlos F. Cáceres argue that the right to health is treated as a national aspiration rather than an entitlement that can be enforced vis-à-vis the state.[19] The right to health is contained not in the first chapter (on fundamental rights) but in the second chapter (on social and economic rights), which highlights that the status of the right to health within the Constitution does not amount to a fundamental right.[20] Therefore, this suggests that this principle is not legally enforceable but is instead a directive principle of state policy. However, the manner in which these provisions have been interpreted by the national courts provides authoritative guidance on the status of the right to health, including access to medicines, in the country. The Constitutional Court has a duty to hear writs of unconstitutionality.[21] Several key decisions of this court in relation to the right to health have been instructive in clarifying the state's constitutional obligations concerning the health of the population…"[4,5]

---

[4] Davies, Lowri 2022. "Advancing a Human Rights-Based Approach to Access to Medicines: Lessons Learned from the Constitutional Court of Peru". Health and Human Rights Journal, vol. 24, no. 1. https://www.hhrjournal.org/2022/04/04/advancing-a-human-rights-based-approach-to-access-to-medicines-lessons-learned-from-the-constitutional-court-of-peru/ [accessed 27 June 2025]

[5] Nello specifico dell'HIV una fonte riporta una sentenza del caso Azanca Alhelí Meza García, la Corte Costituzionale del Perù ha stabilito che, sebbene il diritto alla salute non sia formalmente riconosciuto come diritto fondamentale dalla Costituzione, esso assume tale natura quando la sua violazione compromette altri diritti fondamentali, come il diritto alla vita. Il caso riguardava una paziente con diagnosi di HIV che, non potendo permettersi le cure mediche necessarie, aveva denunciato l'assenza di accesso continuo ai farmaci antiretrovirali da parte del Ministero della Salute, invocando la tutela dei suoi diritti costituzionali alla vita e alla salute. Per più informazioni: Davies, Lowri 2022. "Advancing a Human Rights-Based Approach to Access to Medicines: Lessons Learned from the Constitutional Court of Peru". Health and Human Rights Journal, vol. 24, no. 1. https://www.hhrjournal.org/2022/04/04/advancing-a-human-rights-based-approach-to-access-to-medicines-lessons-learned-from-the-constitutional-court-of-peru/ [accessed 27 June 2025]

Sempre Amnesty segnala come il Documento di commento generale n. 22 sottolinei l'obbligo per gli Stati parte di adottare misure volte a "prevenire, diagnosticare e trattare l'infertilità, i tumori dell'apparato riproduttivo, le infezioni sessualmente trasmesse e l'HIV/AIDS, in particolare con farmaci generici".211 Il concetto di "assistenza centrata sulla persona" implica sforzi di coordinamento e di completezza nel trattamento di varie malattie. Secondo l'OMS/Banca Mondiale/OCSE, "quando i sistemi sanitari faticano a fornire un'assistenza incentrata sulle persone, spesso è perché i servizi continuano a porre troppa enfasi sul trattamento di singole malattie, piuttosto che sulla prevenzione delle malattie o sulla promozione di una migliore salute e benessere. Il sistema dà la priorità alle cure specialistiche per i suoi investimenti e la concentrazione delle risorse".212:

> "...la Observación General 22 señala la obligación de los Estados Parte de tomar medidas que tengan como objetivo "la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la infecundidad, los cánceres del aparato reproductor, las in- fecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA, en particular con medicamentos genéricos."211 El concepto de provisión centrada en el paciente ("people-centered care") implica los esfuerzos de coordinación e integralidad en el tratamiento de diversas enfermedades. De acuerdo con la OMS/Banco Mundial / OCDE, "Cuando los sistemas sanitarios tienen difi- cultades para prestar una atención centrada en las personas suele ser porque los servicios siguen haciendo demasiado hincapié en el tratamiento de enfermedades individuales, en lugar de prevenir la enfermedad o promover una mejor salud y bienestar. El sistema prioriza la atención especializada para su inversión y concentración de recursos."212…."[6]

Tuttavia, le fonti riportano come il sistema sanitario peruviano sia però frammentato: il Ministero della Salute fornisce servizi sanitari a circa il 60% della popolazione e l'EsSalud (il sistema di previdenza sociale) a circa il 30% della popolazione.[8] L'esercito e la polizia dispongono di servizi sanitari propri che, insieme a enti del settore privato, forniscono servizi sanitari alla restante popolazione.[9] Questo sistema frammentato ha portato ad alcune inefficienze nella fornitura di assistenza sanitaria e a una distribuzione iniqua dei servizi nelle regioni più remote - come sarà approfondito nelle sezioni successive.[10] Dall'inizio del secolo, lo Stato ha compiuto sforzi per espandere la copertura sanitaria, anche introducendo un'assicurazione sanitaria completa e una copertura sanitaria obbligatoria per la popolazione. [11] Tuttavia, esistono ancora problemi in relazione alla qualità dei servizi e all'accesso all'assistenza sanitaria per la significativa popolazione indigena del Paese.[12] Inoltre, i problemi nella fornitura di servizi di assistenza sanitaria costituiscono una barriera fondamentale per l'accesso ai farmaci per molte persone nel Paese; sebbene siano disponibili servizi sanitari finanziati con fondi pubblici e copertura assicurativa sanitaria, il sottofinanziamento ha portato molti pazienti ad acquistare autonomamente i farmaci.[13]:

> "...Peru's health system is segmented, with the Ministry of Health providing health services for approximately 60% of the population, and EsSalud (the social security system) serving approximately 30% of the population.[8] The military and police have their own health services, which, together with private sector entities, provide health services to the remaining population.[9] This fragmented system has led to some inefficiencies in the provision of health care and to the inequitable distribution of services in remote regions.[10] Since the turn of the century, the state has been making efforts to expand health coverage, including by introducing comprehensive health insurance and mandatory health insurance coverage for the population.[11] However, problems still

[6] Amnistía Internacional. (2024, 29 de octubre). Perú: Derecho a la salud, privilegio de pocos (Índice AMR 46/8603/2024). https://www.amnesty.org/es/documents/amr46/8603/2024/es/ [accessed 27 June 2025]

> exist in relation to the quality of services, as well as access to health care for the country's significant Indigenous population.[12] Moreover, problems in the provision of health care services is a key barrier to access to medicines for many people in the country; although there are publicly funded health services and health insurance coverage available, underfunding has led to many patients purchasing medicines themselves.[13]…"[7]

Similmente, diverse fonti riportano come esistano barriere strutturali nell'accesso a un'assistenza sanitaria adeguata in Perù. 2 Di conseguenza, i tassi di automedicazione sono rimasti elevati e la domanda di cure mediche nelle farmacie, nelle cliniche private e negli ospedali è aumentata, gravando in modo sproporzionato sulle persone a basso reddito:

> "...Structural barriers existed in access to adequate healthcare.2 As a result, rates of self-medication remained high and there was increased demand for medical attention in pharmacies, private clinics and hospitals, disproportionately burdening people on lower incomes…"[8]

°

Epidemiologia e prevalenza dell'HIV

In via generale le fonti riportano come la prevalenza dell'HIV negli adulti in Perù è dello 0,3%, ed è considerata un'epidemia concentrata nelle popolazioni chiave. Le popolazioni chiave dell'epidemia di HIV sono le donne transgender (TG), gli uomini che hanno rapporti sessuali con uomini (MSM), i lavoratori del sesso (SW), le persone private della libertà (PPL) e le popolazioni indigene. Il gruppo più a rischio è quello dei TG con una prevalenza del 21%, seguito dagli MSM con una prevalenza del 12%. [In Perù, le risposte nazionali all'HIV e alla TBC sono gestite da due Direzioni del Ministero della Salute (MINSA). Le risposte nazionali sono regolate dai rispettivi piani strategici multisettoriali (Plan Estratégico Multisectorial de la respuesta al VIH/SIDA y otras ITS 2021-2024 e Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis en Perú 2021-2024), entrambi in fase di aggiornamento e che saranno allineati agli obiettivi 95-95-95 rispettivamente per l'HIV entro il 2030 e per "End TB". Il contributo del Fondo Globale a entrambe le risposte è stato significativo. [Per quanto riguarda l'HIV, il Perù ha compiuto progressi significativi ma non ha raggiunto gli obiettivi 90-90-90 per il 2020. Secondo i dati più recenti (2017), circa il 78% delle 72.000 PLHIV in Perù conosce il proprio stato, di cui circa l'87% ha ricevuto la terapia antiretrovirale (ART) e il 53% ha raggiunto la soppressione virale. Questa situazione sottolinea la debolezza del terzo pilastro della cascata di cure:

> "...La prevalencia de VIH en adultos en el Perú es de 0.3%, y se considera una epidemia concentrada en población clave. Las poblaciones clave de la epidemia de VIH son las mujeres trans (MT), hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadores sexuales (TS), personas privadas de su libertad (PPL) y pueblos indígenas. El grupo con mayor riesgo es MT con una prevalencia de 21%, seguido por HSH con una prevalencia de 12%. [...] En Perú las respuestas nacionales contra el VIH y

---

[7] Davies, Lowri 2022. "Advancing a Human Rights-Based Approach to Access to Medicines: Lessons Learned from the Constitutional Court of Peru". Health and Human Rights Journal, vol. 24, no. 1. https://www.hhrjournal.org/2022/04/04/advancing-a-human-rights-based-approach-to-access-to-medicines-lessons-learned-from-the-constitutional-court-of-peru/ [accessed 27 June 2025]

[8] Amnesty International: The State of the World's Human Rights; Peru 2024, 29 April 2025 https://www.ecoi.net/en/document/2124658.html [accessed 27 June 2025]

> la TB están regidas por dos Direcciones del Ministerio de Salud (MINSA). Las respuestas nacionales están regidas por sus planes estratégicos multisectoriales (Plan Estratégico Multisectorial de la respuesta al VIH/SIDA y otras ITS 2021-2024 y el Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis en Perú 2021-2024), ambos se encuentran en proceso de actualización y estarán alineados con las metas del 95-95-95 para VIH para 2030 respectivamente y de "Fin de la TB." La contribución del Fondo Mundial en ambas respuestas ha sido significativa. [...] En VIH, Perú logró avances significativos más no logró alcanzar las metas 90-90-90 para el 2020. De acuerdo con los datos más recientes (2017), alrededor del 78% de las 72,000 PVVIH estimadas en Perú conocen su estado, de los cuales se estima que 87% recibieron terapia antirretroviral (TARV) y 53% de ellos alcanzaron la supresión viral. Esta situación enfatiza la debilidad en tercer pilar de la cascada de atención…"[9]

L'Organizzazione Mondiale della Sanità riporta come nel 2022, il tasso di incidenza dell'infezione da virus dell'immunodeficienza umana (HIV) stimato (nuove diagnosi) era di 27,2 per 100.000 abitanti. Il tasso di mortalità per HIV aggiustato per età era di 2,6 per 100.000 abitanti nel 2019, specificando però che nel periodo tra il 2000-2019 questo indicatore è diminuito dell'88,3%:

> "...In 2022, the estimated human immunodeficiency virus (HIV) infection incidence rate (new diagnoses) was 27.2 per 100 000 population. The age-adjusted mortality rate for HIV was 2.6 per 100 000 population in 2019. It should be noted that during the 2000-2019 period this indicator decreased by 88.3%…"[10]

Tuttavia un'altra fonte riporta come dal 2010, la prevalenza è aumentata di quasi il 25% e i decessi legati all'AIDS sono aumentati del 15%.5 [...] Nonostante l'ART sia disponibile gratuitamente in tutte le regioni del Paese,6 il Perù ha raggiunto solo un moderato progresso nella gestione delle PLHIV7 , dato che il 60% (43.200) conosce il proprio status e il 60% riceve l'ART. Inoltre, solo il 32% dei peruviani che vivono con l'HIV è viralmente soppresso.8 Questi dati sono stime, poiché non esiste un sistema di monitoraggio nazionale.9 Il Perù non ha fornito dati per la più recente Country Score Card.10:

> "...Since 2010, prevalence has risen by almost 25%, and AIDS-related deaths have increased by 15%.5 [...] Despite ART being available without cost in all regions of the country,6 Peru has achieved only moderate progress in managing PLHIV7 as 60% (43 200) know their status and 60% receive ART. Furthermore, only 32% of Peruvians living with HIV are virally suppressed.8 These data are estimates as there is not a national monitoring system.9 Peru has not provided data for the newest country score card.10…"[11]

---

[9] Pharos Global Health Advisors. (2020, junio). Plan de acción para la sostenibilidad del VIH y TB, fase VF, junio 2020 [Informe técnico]. Pharos Global Health Advisors. https://pharosglobalhealth.com/wp-content/uploads/2020/09/PLAN-DE-ACCION-PARA-LA-SOSTENIBILIDAD-DEL-V-IH-Y-TB-VF-Junio.pdf [accessed 27 June 2025]

[10] WHO - World Health Organization: Health in the Americas; Peru - Country Profile, 2 September 2024 https://www.ecoi.net/en/document/2121841.html [accessed 27 June 2025]

[11] Alva, I. E., Orellana, E. R., Sanchez, J. H., Villayzán Aguilar, C., Pérez-Brumer, A. G., Salazar, X., Lama, J. R., & Clark, J. L. (2021). HIV-related stigma and uptake of antiretroviral treatment among incarcerated individuals living with HIV in Peru: A qualitative study. PLoS ONE, 16(10), e0258123. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258123 [accessed 27 June 2025]

L'UNAIDS riporta come siano approssimativamente 110 mila le persone affette da HIV e di queste solo l'81% stia assumendo una terapia antiretrovirale e che non sono disponibili informazioni rispetto alla popolazione maschile omossessuale:

People living with HIV	**110 000 [97 000 - 130 000]**
People living with HIV who know their status	**100 000**
Percent of people living with HIV who know their status	91 [78 - >98]
People living with HIV who are on ART	**91 000**
Percent of people living with HIV who are on ART	81 [70 - 96]
People living with HIV who have suppressed viral loads	**...**
Percent of people living with HIV who have suppressed viral loads	... [... - ...]

Coverage of adults and children receiving ART (%)	**81 [70 - 96]**
Adults aged 15 and over receiving ART	81 [70 - 97]
Women aged 15 and over receiving ART	84 [71 - >98]
Men aged 15 and over receiving ART	81 [69 - 97]
Children aged 0 to 14 receiving ART	... [... - ...]
Number of adults and children receiving ART (#)	**91 069**
Adults aged 15 and over receiving ART	90 030
Women aged 15 and over receiving ART	21 147
Men aged 15 and over receiving ART	68 883
Children aged 0 to 14 receiving ART	1039

Men who have sex with men

Population size estimate (#)	295 600	Region: National; Method: Unknown; Source: Spectrum
HIV prevalence (%)		
HIV testing and status awareness (%)		
Condom use (%)		

Tabella 1: Prevalenza e copertura della terapia di HIV. UNAIDS.[12][13]

Un'altra fonte riporta come tassi di prevalenza dell'HIV per gli MSM e i TW siano rispettivamente del 12,4% e del 30-49%, rispetto allo 0,4% della popolazione generale peruviana (31-34). La concentrazione dell'epidemia tra MSM e TW è netta rispetto ad altri gruppi ad alto rischio in Perù (ad esempio, le lavoratrici sessuali cisgender [tasso di prevalenza dell'HIV dello 0,5%]) (35). Queste disparità devono essere comprese attraverso la lente della vulnerabilità all'HIV (34, 36, 37), definita in termini di fattori a livello individuale, comunitario e sociale (38). A livello individuale, i fattori comportamentali che contribuiscono maggiormente alle disparità in materia di HIV in Perù

[12]UNAIDS. (2023). Peru. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/peru [accessed 27 June 2025]

[13] Questi dati sono in parziale disaccordo con quanto riportato dal CDC: Centers for Disease Control and Prevention. (2023, September 25). Peru. CDC. https://www.cdc.gov/global-hiv-tb/php/where-we-work/peru.html [accessed 27 June 2025]

sembrano essere di natura sessuale piuttosto che basati sull'uso di droghe, tra cui il basso uso di preservativi, il lavoro sessuale, lo stupro, il numero di partner sessuali e le infezioni co-morbide (ad esempio, la sifilide; 35,36). Recenti studi di modellazione hanno ulteriormente evidenziato l'importanza dei ruoli sessuali per quanto riguarda l'epidemia specifica del Perù, mettendo in evidenza una maggiore trasmissione da partner ricettivo a partner insertivo rispetto all'epidemia degli Stati Uniti (39). Questi fattori comportamentali, tuttavia, non si verificano nel vuoto. Infatti, gli atteggiamenti negativi della società nei confronti degli MSM e dei TW possono contribuire ai fattori di rischio sessuale sopra descritti in termini di percezione culturale (ad esempio, collegando i ruoli sessuali insertivi con la mascolinità e la riduzione del rischio di HIV), dinamiche di potere (ad esempio, basso uso di preservativi a causa di rapporti sessuali forzati e dinamiche di potere con partner eterosessuali identificati e/o clienti socioeconomicamente benestanti) e centri sanitari culturalmente limitati (36):

> "...HIV prevalence rates for MSM and TW are 12.4% and 30–49%, respectively, compared to 0.4% for the general Peruvian population (31–34). The concentration of the epidemic among MSM and TW is stark compared to other high-risk groups in Peru (e.g., cisgender female sex workers [HIV prevalence rate of 0.5%]) (35). These disparities should be understood through the lens of HIV vulnerability (34, 36, 37), defined in terms of factors at individual, community, and societal levels (38). At the individual level, the behavioral factors that contribute most to HIV disparities in Peru appear to be sexual rather than based on drug use, including low condom use, sex work, rape, number of sex partners, and co-morbid infections (e.g., syphilis; 35,36). Recent modeling studies have further highlighted the importance of sexual roles with regard to Peru's specific epidemic, highlighting greater receptive-to-insertive partner transmission relative to the United States epidemic (39). Such behavioral factors do not however occur in a vacuum. Indeed, negative societal attitudes toward MSM and TW may contribute to the sexual risk factors described above in terms of cultural perceptions (e.g., connecting insertive sex roles with masculinity and reduced HIV risk), power dynamics (e.g., low condom use due to forced sex and power dynamics with heterosexual-identified partners and/or socioeconomically affluent clients), and limited culturally astute healthcare centers (36)…"[14]

L'impatto sproporzionato su comunità marginalizzate è documentato anche dalla UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, che riporta come sia preoccupata per la gravità degli alti tassi di infezione da HIV tra la popolazione indigena dell'Amazzonia:

> "...The Committee remains concerned about the gravity of the high rates of HIV infection among the Indigenous population of the Amazon (art. 12). 49…"[15]

Similmente un'altra fonte riporta come le popolazioni indigene siano uno dei gruppi più colpiti dalle conseguenze dell'infezione da HIV e dall'accesso limitato all'assistenza sanitaria, rilevando

---

[14] Molina, Y., Rinehart, R., Rao, D., Amico, R., Ruiz, E., Brandes, P., Correa, C., Pasalar, S., Lama, J., Duerr, A., & Asociación Civil Impacta Salud y Educación. (2019). Experienced HIV-related stigma, coping, and psychological distress among sexual and gender minorities in Peru: A longitudinal mediation analysis [Studi condotti su una coorte peruviana]. AIDS and Behavior. PMCID 6408311, PMID 30506474. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6408311/ [accessed 27 June 2025]

[15] CESCR - UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights: Concluding observations on the fifth periodic report of Peru [E/C.12/PER/CO/5], 27 March 2025 https://www.ecoi.net/en/file/local/2125673/G2503416.pdf [accessed 27 June 2025]

che le popolazioni indigene hanno tassi più elevati di aderenza incompleta o di interruzione completa della ART rispetto alla popolazione generale, probabilmente a causa di fattori legati alla loro unicità culturale e ai loro punti di vista o interpretazioni sulla malattia e sui trattamenti convenzionali, nonché ad aspetti sociali come le barriere geografiche, l'accesso e la disponibilità di monitoraggio, ecc. [...] Il Perù è uno dei Paesi latinoamericani con il maggior numero di popolazioni indigene della regione. Secondo i dati ufficiali, nel 2017 si contavano 44 popolazioni indigene in 2703 comunità a livello nazionale [7]. D'altra parte, l'epidemiologia dell'infezione da HIV/AIDS in Perù presenta ancora le caratteristiche di un'epidemia concentrata, con una prevalenza stimata dello 0,3% negli adulti di età superiore ai 15 anni, un tasso di incidenza di 0,20 per 1000 abitanti, con circa 1000 decessi all'anno [8, 9]. Gli Awajun e i Wampis sono popolazioni indigene amazzoniche che rappresentano il 35,8% della popolazione indigena totale affetta da malattie sessualmente trasmissibili, compresa l'infezione da HIV [7]. Secondo le statistiche della Direzione Regionale della Sanità, i distretti con maggiore presenza di popolazioni Awajun e Wampis registrano oltre il 70% dei casi di infezione da HIV dell'intera regione [10]. Finalmente lo studio in oggetto riporta che solo il 28,8% delle persone indigene intervistate aveva una completa aderenza alla ART:

> "...Indigenous populations are one of the groups most affected by the consequences of HIV infection and limited access to healthcare. Previous research has found that indigenous populations have higher rates of incomplete adherence or complete discontinuation of ART compared to the general population, possibly due to factors related to their cultural uniqueness and their views or interpretations about disease and conventional treatments, as well as social aspects such as geographical barriers, access and availability of monitoring, etc [3,4,5]. [...] Peru is one of the Latin American countries with the largest number of indigenous populations in the region. According to official records, in 2017, there were 44 indigenous populations in 2703 communities at the national level [7]. On the other hand, the epidemiology of the HIV/AIDS infection in Peru still has characteristics of a concentrated epidemic, with an estimated prevalence of 0.3% in adults older than 15 years, an incidence rate of 0.20 per 1000 inhabitants, with approximately 1000 deaths per year [8, 9]. Awajun and Wampis are Amazonian indigenous populations, who represent 35.8% of the total indigenous population affected by sexually transmitted diseases, including HIV infection [7]. [...] According to statistics from the Regional Health Direction, the districts with the most presence of Awajun and Wampis populations report more than 70% of HIV infection cases from the entire region [10]. [...] 73.1% of participants mentioned that they were using only ART medications, but 18.8% reported using ART concomitant with medicinal plants. […] This research found that 28.8% of surveyed people had complete adherence to ART…"[16]

Similmente, un'altra fonte pubblicata dalla UN Committee on the Rights of the Child in risposta a un documento pubblicato dal Governo peruviano sulla prevalenza e trattamento dei bambini affetti da HIV[17] riporta come lo Stato peruviano non abbia adempiuto al suo dovere di prevenire l'HIV perché non sono state sviluppate strategie efficaci per educare i bambini e gli adolescenti alla

---

[16] Bayer, A. M., Pino, A., Manrique, I., Davila, A., Galvez, G., Romero, Y., & Paz-Soldán, V. A. (2023). Understanding transgender women's HIV risk and engagement in care in Lima, Peru: A qualitative study. BMC Public Health, 23, Article 1501. https://doi.org/10.1186/s12889-023-15362-y [accessed 27 June 2025]

[17] Per più informazioni si veda: Government of Peru (author), CRC (ed. or publisher): Combined sixth and seventh periodic reports submitted by Peru under article 44 of the Convention, due in 2023 [21 March 2024] [CRC/C/PER/6-7], 23 May 2024
https://www.ecoi.net/en/file/local/2113091/G2408398.pdf [accessed 27 June 2025]

prevenzione dell'HIV. Ci sono adolescenti che vivono con l'HIV e c'è una mancanza di conoscenza dei metodi di trasmissione, che porta alla discriminazione di coloro che hanno il virus:

> "...The Peruvian State has not complied with its duty to prevent HIV because effective strategies to educate children and adolescents about HIV prevention have not been developed. [...] There are adolescents living with HIV, and there is a lack of knowledge about transmission methods, leading to discrimination against those with the virus.…"[18]

Questo è in linea con un'altro studio che riporta come le barriere all'aderenza alla cART erano numerose e includevano questioni emotive e di fase della vita, esperienze negative con la cART, questioni familiari e di assistenza (supporto, relazioni e questioni economiche) e questioni strutturali a livello di erogazione delle cure. È importante notare che le barriere a livello ospedaliero erano legate a ritardi del sistema sanitario piuttosto che, ad esempio, a personale inesperto o non qualificato, alla carenza di farmaci o allo stigma.:

> "...barriers to cART adherence were abundant and included life-stage and emotional issues, negative experiences with cART, family and caregiver issues (support, relationships and economic issues), and structural issues at the care delivery level [...] Importantly, hospital level barriers were related to health system delays rather than, for example, inexperienced or unqualified staff, drug shortages or stigma.…"[19]

°

Disponibilità di professionisti, trattamenti e farmaci

Le fonti evidenziano come del personale sanitario totale del Perù, circa il 13% è costituito da medici, il 13% da infermieri e il 6% da ostetrici (38). La media è di 0,82 medici ogni 1.000 persone (39), inferiore a quella degli Stati Uniti (2,6 medici ogni 1.000 persone) (39). La maggior parte degli operatori sanitari peruviani è concentrata nelle aree urbane, come la capitale Lima, che conta rispettivamente il 53 e il 40% dell'intero numero di medici e infermieri del paese (38, 40). Inoltre la scarsità dei professionisti sanitari è accentuata dal forte tasso di emigrazione di queste figure dal paese:

> "...Of Peru's total healthcare workforce, about 13% are physicians, 13% nurses, and 6% obstetric providers (38). There is an average of 0.82 physicians per 1,000 people (39), less than the United States (2.6 physicians per 1,000 people) (39). [...] The majority of Peruvian health professionals are concentrated in urban areas such as the capital city of Lima which has 53 and 40% of the country's entire quantity of doctors and nurses, respectively (38, 40). [...] These significant outmigration

---

[18] ARBI - Adolescentes Reporteros Bilingües - Cusco, Activemos por la igualdad - Lima, Adolescentes CNY - Ucayali, et al., published by CRC: Our Voices 2024; Alternative Report; Children and Adolescents Report on Progress and Challenges in the Fulfillment of their Human Rights in Peru, July 2024 https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/DownloadDraft.aspx?key=jU3AFfJszwQdQRE8AVdYP2HHkzIy7oRLDX31ZiK0U9NnWV9jtILT8IcPW6FWwcNlyq+kGC+oZjF4S/8nNKEo6A== [accessed 27 June 2025]

[19] Salazar, X., Núñez-Curto, A., Villayzán Aguilar, C., Cáceres, C. F., & Rodríguez-Madero, A. (2018). Stigma and discrimination related to sexual orientation and gender identity in health care settings: Perspectives of health professionals in Lima, Peru. Global Public Health, 13(10), 1502–1514. https://doi.org/10.1080/17441692.2017.1372354 [accessed 27 June 2025]

patterns impact all specialties of medicine, including neurology, making it crucial to retain neurologists to better address neurological health disparities in Peru…"[20]

Nello specifico, il Collegio Medico del Perà riporta come nel paese siano presenti :

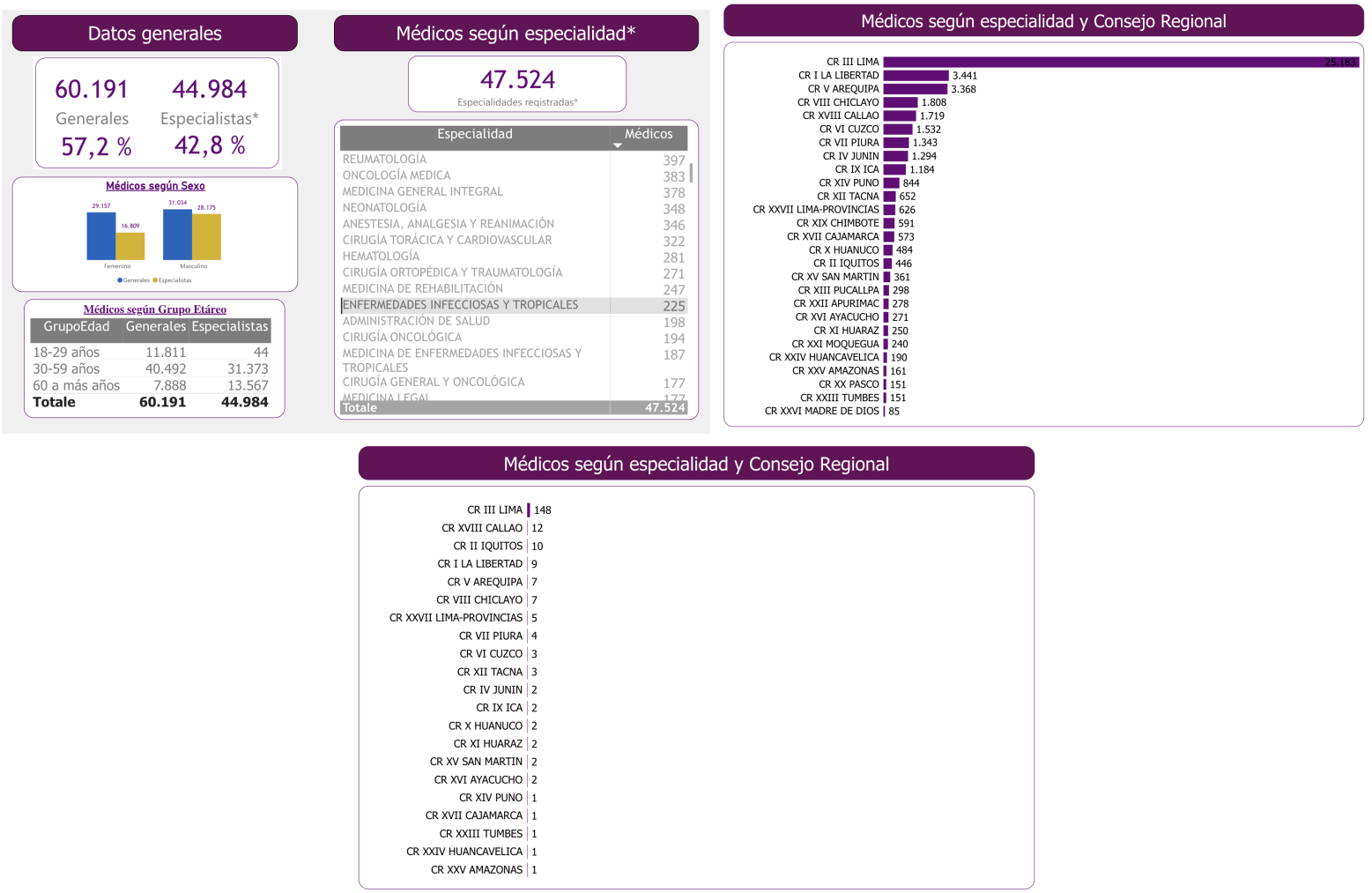


Immagine 1, 2 e 3: n°, specialità e localizzazione dei medici in Perù con approfondimento sugli infettivologi. Collegio Medico del Perù[21]

Rispetto alla disponibilità di farmaci, una recente fonte riporta come l'Associazione medica peruviana abbia denunciato la carenza di medicinali nelle strutture sanitarie pubbliche e l'inadeguatezza della risposta delle autorità per affrontare il problema:

[20] Almubaslat, F., Sanchez-Boluarte, S. S., & Diaz, M. M. (2023). A review of neurological health disparities in Peru. Frontiers in Public Health, 11. [Accessed on 23/10/2023]

[21] Colegio Médico del Perú. (2025). Médicos especialistas del CMP. https://www.cmp.org.pe/medicos-especialistas-del-cmp/ [accessed 27 June 2025]

> "...The Peruvian Medical Association denounced the shortage of medicines in public health facilities and the authorities' inadequate response to tackle the issue…"[22]

In Perù, la Direzione per la prevenzione e il controllo dell'HIV-AIDS, delle malattie sessualmente trasmissibili e delle epatiti (DPVIH) è l'unità responsabile della formulazione e dell'attuazione di politiche, norme[23] e linee guida per la riduzione della trasmissione del virus dell'immunodeficienza umana (HIV), delle infezioni sessualmente trasmissibili (IST) e delle epatiti a livello nazionale, con un approccio basato sui diritti umani, sul genere e sull'intercultura. Fa capo alla Direzione generale degli interventi strategici in materia di salute pubblica (Digiesp) del Ministero della Salute (Minsa). Progetta, coordina e monitora le strategie che contribuiscono allo screening, alla diagnosi precoce e al trattamento tempestivo dei casi di HIV, IST ed epatite, attraverso servizi differenziati offerti nelle strutture sanitarie che forniscono il trattamento antiretrovirale (ART), nei centri di riferimento per le infezioni sessualmente trasmissibili (CERITS) e nelle unità di assistenza medica periodica (UAMP). Si coordina inoltre con le agenzie di cooperazione internazionale come l'Organizzazione Panamericana della Sanità (PAHO), il Programma Congiunto delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS (UNAIDS), il Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia (UNICEF), il Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione (UNFPA), tra le altre, che forniscono supporto tecnico e finanziario alla lotta contro le IST, l'HIV e l'epatite virale. Partecipa attivamente alla gestione dei progetti in corso di attuazione a livello nazionale, finanziati dal Fondo globale per la lotta contro le IST, l'HIV e l'epatite virale:

> "...Dirección de Prevención y Control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis (DPVIH): Es la unidad responsable de formular e implementar políticas, normas y lineamientos para la reducción de la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), las infecciones de transmisión sexual (ITS) y la hepatitis a nivel nacional, bajo un enfoque de derechos humanos, género e interculturalidad. Depende de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (Digiesp) del Ministerio de Salud (Minsa). Diseña, coordina y monitorea las estrategias que contribuyen al tamizaje, el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de los casos de VIH, ITS y hepatitis, a través de servicios diferenciados que se ofrecen en los establecimientos de salud que brindan tratamiento antirretroviral (TAR), los Centros de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual (CERITS) y las Unidades de Atención Médica Periódica (UAMP). Asimismo, coordina con agencias de cooperación internacional como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), entre otras, quienes brindan apoyo técnico y financiero para la lucha contra las ITS, el VIH y las hepatitis virales. Participa activamente en la gestión de proyectos que se vienen ejecutando a nivel nacional, financiados por el Fondo Mundial para la lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria…"[24]

---

[22] Amnesty International: The State of the World's Human Rights; Peru 2024, 29 April 2025 https://www.ecoi.net/en/document/2124658.html [accessed 27 June 2025]

[23] Per più informazioni si veda l'ultima norma tecnica del Ministero della Salute riguardo all'HIV: Ministerio de Salud. (2020, 10 de diciembre). Resolución Ministerial N° 1024-2020/MINSA: Aprueba la Norma Técnica de Salud N° 169-MINSA/2020/DGIESP, "Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)" [Resolución Ministerial]. El Peruano. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1482085/Resoluci%C3%B3n%20Ministerial%20N%C2%B01024-2020-MINSA.PDF?v=1607780767 [accessed 27 June 2025]

[24] Government of Peru (author), HRC (ed. or publisher): National report submitted pursuant to Human Rights Council resolutions 5/1 and 16/21; Peru [A/HRC/WG.6/42/PER/1], 1 November 2022 https://www.ecoi.net/en/file/local/2084368/G2257633.pdf [accessed 27 June 2025]

Nell'ambito specifico dell'HIV, le fonti riportano come nel 2018, le persone affette da HIV abbiano visto aumentare la copertura della terapia antiretrovirale all'80% e l'incidenza della tubercolosi è scesa a 50,6 su 100.000 persone.259 Nel 2019, il 100% degli adolescenti a cui è stato diagnosticato l'HIV ha ricevuto le cure mediche necessarie.260 Nel 2020, la percentuale di pazienti affetti da tubercolosi sottoposti a screening per l'HIV è aumentata dal 79,6% al 91,3% a livello nazionale.261:

> "...In 2018, persons with HIV saw coverage of their antiretroviral therapy increase to 80 per cent and the incidence of tuberculosis dropped to 50.6 per 100,000 people.259 In 2019, 100 per cent of adolescents diagnosed with HIV received the necessary medical treatment.260 In 2020, the percentage of patients with tuberculosis who had been screened for HIV increased from 79.6 per cent to 91.3 per cent nationally.261…"[25]

Un altro studio riporta come nella popolazione studiata, il punteggio mediano della scala CEAT-HIV era di 77 punti e solo il 17% dei partecipanti aveva una buona aderenza al trattamento dell'HIV. [...] Il 75,7% della popolazione studiata ha riferito di non aver saltato alcuna dose nell'ultima settimana. Nella dimensione "Interazione medico-paziente", l'80,9% della popolazione ha giudicato buono il rapporto con il proprio medico. Nella dimensione "Storia di non aderenza", il 46,0% dei partecipanti ha riferito di aver interrotto il trattamento almeno una volta. Nella dimensione "Credenze del paziente", il 47,8% della popolazione ha indicato che l'aderenza al trattamento non era impegnativa [...] i pazienti con un'istruzione primaria o analfabeti hanno ottenuto un punteggio inferiore rispetto a quelli con un'istruzione superiore (PR aggiustato: 0,11, 95 % CI: da 0,04 a 1,36) [...] Regarding the "Treatment Compliance" dimension, a higher level of education was associated with improved adherence to ART. This finding is consistent with a study conducted in Brazil from 2017 to 2018,20 supporting the notion that individuals with lower educational attainment may face limitations in accessing information about the disease and its treatment. Consequently, this can lead to an inadequate understanding of ART and the potential harms of non-adherence.23 Additionally, there was a correlation between higher age and poor adherence to ART. Although this result did not maintain statistical significance in the adjusted regression, a similar study conducted in South Korea from 2009 to 2016 reported that users over 49 years old had a higher risk of non-adherence.6 This might be due to reduced job opportunities for this group of patients24 and a lower socioeconomic status, which could result in economic challenges that overshadow the priority of treatment:

> "...In our population, the median score on the CEAT-HIV scale was 77 points and only 17 % of participants had a good adherence to HIV treatment. [...] 75.7 % of the studied population reported that they had not missed any doses in the past week. In the "Doctor-Patient Interaction" dimension, 80.9 % of the population rated their relationship with their doctor as good. In the "History of Non-Adherence" dimension, 46.0 % of the participants reported having discontinued treatment at least once. In the "Patient Beliefs" dimension, 47.8 % of the population indicated that adhering to the treatment was not challenging [...] patients with primary education or who were illiterate scored lower than those with higher education (adjusted PR: 0.11, 95 % CI: 0.04 to 1.36) [...] Regarding the "Treatment Compliance" dimension, a higher level of education was associated with improved adherence to ART. This finding is consistent with a study conducted in Brazil from 2017 to

[25] Government of Peru (author), HRC (ed. or publisher): National report submitted pursuant to Human Rights Council resolutions 5/1 and 16/21; Peru [A/HRC/WG.6/42/PER/1], 1 November 2022 https://www.ecoi.net/en/file/local/2084368/G2257633.pdf [accessed 27 June 2025]

> 2018,20 supporting the notion that individuals with lower educational attainment may face limitations in accessing information about the disease and its treatment. Consequently, this can lead to an inadequate understanding of ART and the potential harms of non-adherence.23
> Additionally, there was a correlation between higher age and poor adherence to ART. Although this result did not maintain statistical significance in the adjusted regression, a similar study conducted in South Korea from 2009 to 2016 reported that users over 49 years old had a higher risk of non-adherence.6 This might be due to reduced job opportunities for this group of patients24 and a lower socioeconomic status, which could result in economic challenges that overshadow the priority of treatment…"[26]

Similmente un'altra fonte riporta come l'accesso alle ART è stato un fattore limitato che ha interferito con l'aderenza dei partecipanti a questo studio. Sebbene i dati non siano stati osservati in modo coerente in questo studio, diversi partecipanti si sono lamentati delle numerose procedure che ostacolano la fissazione di un nuovo appuntamento o la riprogrammazione di uno già esistente. Precedenti ricerche in questa regione del Perù hanno rilevato che le PLHIV erano in grado di accedere ai farmaci nonostante le barriere con l'assistenza del loro team sanitario.40:

> "...Access to ARTs was a limited factor that interfered with adherence for participants in this study. Previous studies found long lines and difficulty getting appointments were barriers for adherence to treatment.97 98 Although the data were not consistently observed in this study, several participants complained about numerous procedures, as barriers, to schedule a new or reschedule an existing appointment. Previous research in this region of Peru found PLHIV were able to access medications despite the barriers with the assistance of their healthcare team.40…"[27]

Nella lista dell'osservatorio dei prodotti farmacologici del Perù[28] sono presenti diversi farmaci per il trattamento dell'HIV, tuttavia essi sono disponibili solo in alcune località e a prezzi molto diversi. Sotto si riporta la disponibilità del Dolutegravir + Lamivudina + Tenofovir Disoproxil Fumarato:

---

[26] Sáenz-Castro, E., Huanca-Mamani, W., Quispe-Gutiérrez, R., & Ballón-Landaeta, P. (2024). Adherence to antiretroviral therapy among HIV patients at a hospital in southern Peru: Prevalence and associated factors. EClinicalMedicine, 61, 101_123. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.101123 [accessed 27 June 2025]

[27] Alva, I. E., Orellana, E. R., Sanchez, J. H., Villayzán Aguilar, C., Pérez-Brumer, A. G., Salazar, X., Lama, J. R., & Clark, J. L. (2021). HIV-related stigma and uptake of antiretroviral treatment among incarcerated individuals living with HIV in Peru: A qualitative study. PLoS ONE, 16(10), e0258123. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258123 [accessed 27 June 2025]

[28] Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID). (s.f.). Consulta de productos farmacéuticos autorizados. Ministerio de Salud del Perú. https://opm-digemid.minsa.gob.pe/#/consulta-producto [accessed 27 June 2025]

Farmacia/Botica	Precio Unit. S/.
SERVICIO DE FARMACIA HOSPITAL CESAR VALLEJO MENDOZA	0.63
SERVICIO DE FARMACIA C.S. CATACAOS	0.63
CENTRO DE SALUD DE MAZAMARI	0.74
SERVICIO DE FARMACIA HOSPITAL DE LA AMISTAD PERU-COREA SANTA ROSA II-2	0.81
FARMACIA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI - VRAEM	0.86
SERVICIO DE FARMACIA HOSPITAL CESAR VALLEJO MENDOZA	1.00
SERVICIO DE FARMACIA C.S. CATACAOS	1.00
CUIDAFARMA	3.75
FARMACIA DE LA CLINICA INTERNACIONAL	9.10
FARMACIA DE LA CLINICA INTERNACIONAL- SEDE SAN BORJA	9.10
FARMACIA DEL POLICLINICO CENTRO AMBULATORIO CLINICA INTERNACIONAL SEDE-SURCO	9.10
FARMACIA DE LA CLINICA DE ATENCION ESPECIALIZADA AVIVA SEDE MENDIOLA	12.66
FARMACIA DEL POLICLINICO VIA LIBRE	115.00
FARMACIA DEL POLICLINICO INMENSA	130.00
FARMACIA DEL POLICLINICO INMENSA	145.00
FARMACIA DE LA CLINICA VALLESUR	157.66
FARMACIA DE LA CLINICA INTERNACIONAL	287.50
FARMACIA DE LA CLINICA INTERNACIONAL S.A.	287.50
FARMACIA DE LA CLINICA INTERNACIONAL- SEDE SAN BORJA	287.50

Tabella 1: Disponibilità del Dolutegravir + Lamivudina + Tenofovir Disoproxil Fumarato. Ministero del Perù[29]

°

Barriere economiche

Secondo le fonti il Perù ha uno degli indici di disuguaglianza più alti al mondo e questo spiega perché l'assistenza sanitaria di questo paese, così eterogeneo dal punto di vista socio economico e geografico, possa servire da modello per analizzare le disparità e le disuguaglianze nell'assistenza sanitaria che si riscontrano spesso in altri paesi meno sviluppati:

> "...Peru has one of the highest inequality indices in the world highlighting why the healthcare of this socioeconomically and geographically diverse country may serve as a model for analyzing healthcare disparities and inequalities often encountered in similar LMICs (16, 17)..."[30]

In questo senso, le fonti sottolineano come il governo peruviano si sia impegnato per la prima volta a fornire un'assistenza sanitaria universale ai suoi cittadini nel 1993, in seguito all'attuazione di diverse riforme governative e strutturali volte a migliorare la salute generale e il benessere finanziario del Paese. Grazie agli sforzi del Ministero della Salute (MINSA), il paese ha continuato a impegnarsi per fornire una copertura sanitaria universale e ridurre le disparità sanitarie ristrutturando il sistema sanitario nei due decenni successivi. Ad esempio, nel 2002 è stato istituito il programma di assicurazione sanitaria completa, conosciuto localmente come Seguro Integral de

[29] Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID). (s.f.). Consulta de productos farmacéuticos autorizados. Ministerio de Salud del Perú. https://opm-digemid.minsa.gob.pe/#/consulta-producto [accessed 27 June 2025]

[30] Almubaslat, F., Sanchez-Boluarte, S. S., & Diaz, M. M. (2023). A review of neurological health disparities in Peru. Frontiers in Public Health, 11. [accessed 27 June 2025]

Salud (SIS), che mirava a espandere la copertura sanitaria ai cittadini di basso livello socioeconomico. Altri sforzi per migliorare l'accesso alla salute e i risultati includono l'espansione della forza lavoro sanitaria aumentando i fondi alle scuole di medicina e ai programmi di infermieristica e richiedendo agli studenti di medicina appena laureati di lavorare in comunità rurali poco servite attraverso un programma chiamato Servicio Rural Urbano Marginal en Salud (SERUM). Nonostante gli sforzi per stabilire una copertura sanitaria universale, nel 2018 circa il 13% della popolazione peruviana non era ancora assicurata. Tuttavia, l'esecuzione di tali sforzi non è riuscita a fornire un'assistenza sanitaria di qualità, soprattutto per le popolazioni a basso reddito. Nonostante la copertura sanitaria universale attualmente disponibile per legge in Perù, tra il 10% e il 20% dei peruviani rimane escluso dai servizi sanitari offerti dal sistema sanitario peruviano. Sebbene EsSalud sia riuscito gradualmente ad aumentare la copertura sanitaria per i peruviani, uno studio del 2019 ha rilevato che in un periodo di 3 mesi, solo il 73,1% dei membri del programma che hanno richiesto assistenza medica ha effettivamente ricevuto servizi sanitari. Queste carenze nell'accesso hanno influenzato la percezione che i peruviani hanno della capacità del governo di fornire un'adeguata disponibilità di assistenza sanitaria. Un'indagine del 2022 ha rilevato che circa il 70% degli adulti peruviani considerava insufficiente l'accesso all'assistenza sanitaria:

> "...The Peruvian government first set out to provide universal healthcare to its citizens in 1993 following the implementation of several governmental and structural reforms that aimed to improve the country's overall health and financial well-being (27). With efforts led by the Ministry of Health (MINSA), the country continued its effort to provide universal health coverage and decrease health disparities by restructuring its healthcare system over the following two decades (27). For example, the Comprehensive Health Insurance program, locally known as Seguro Integral de Salud (SIS), was established in 2002 which aimed to expand health coverage to citizens of low socioeconomic status (27). Other efforts to improve health access and outcomes included expanding the health workforce by increasing funds to medical schools and nursing programs and requiring newly graduated medical students to work in underserved rural communities through a program called Servicio Rural Urbano Marginal en Salud (SERUM) (27). Despite efforts to establish universal health coverage, approximately 13% of Peru's population remains uninsured as of 2018 (28) [...] The execution of such efforts has fallen short of effectively providing a quality standard of healthcare, however, especially for lower-income populations (36). Despite the legal availability of universal healthcare coverage that now exists in Peru, between 10% and 20% of Peruvians remain excluded from health services offered by the Peruvian healthcare system (47). Although EsSalud has gradually succeeded at increasing health coverage for Peruvians (48), a 2019 study found that in a 3-month period, only 73.1% of program members who sought medical attention actually received healthcare services (48). These deficiencies in access have influenced how Peruvians perceive their government's ability to provide adequate healthcare availability. A 2022 survey found that approximately 70% of Peruvian adults viewed their access to healthcare as deficient (49)..."[31]

Come visto nelle sezioni precedenti, rispetto al finanziamento dei servizi sanitari, le fonti riportano come del prodotto interno lordo (PIL) totale del Perù, il 5,2% è stato speso per l'assistenza sanitaria nel 2019, il che equivale a circa 370 dollari a persona. Rispetto ad alcuni paesi HIC, nello stesso anno gli Stati Uniti hanno speso 10.866 dollari a persona per l'assistenza sanitaria, mentre Regno Unito, Australia e Germania hanno speso tra i 4.500 e i 6.500 dollari a persona. Nel complesso, la

[31] Almubaslat, F., Sanchez-Boluarte, S. S., & Diaz, M. M. (2023). A review of neurological health disparities in Peru. Frontiers in Public Health, 11. [accessed 27 June 2025]

particolare composizione demografica del Perù, unita alle sue limitate condizioni economiche, crea un ambiente sanitario finanziariamente limitato e sistematicamente iniquo, che insieme danno origine a una serie di disparità sanitarie. Oggi il Perù ha un sistema sanitario decentralizzato che consiste in cinque diverse entità. La MINSA con il programma SIS fornisce servizi sanitari al 60% della popolazione, EsSalud (l'equivalente peruviano di un programma di sicurezza sociale) al 30% della popolazione e le Forze Armate (FFAA), la Polizia Nazionale (PNP) e il settore privato insieme al restante 5%. Il sistema che ne deriva è composto da molteplici fornitori di assicurazioni e servizi sanitari che spesso operano con un alto grado di sovrapposizione e poco coordinamento tra loro. Ad oggi, le fonti di finanziamento dei sottosistemi sanitari del Perù sono: 1) Ministero della Salute del Perù (MINSA): Entrate fiscali e ticket per gli utenti.2) EsSalud: imposta sui salari del 9% pagata dai datori di lavoro dei lavoratori del settore formale. 3) Il settore privato: Spese vive delle singole famiglie":

> "...Of Peru's total gross domestic product (GDP), 5.2% was spent on healthcare in 2019 which equates to about $370 per person (25). In comparison to some HICs, the United States spent $10,866 per person on healthcare in that same year, while the United Kingdom, Australia, and Germany spent between $4,500 and $6,500 per person (26). Overall, Peru's unique demographic composition combined with its limited economic circumstances creates a healthcare environment that is financially restricted and systemically inequitable, which together, give rise to a number of health disparities [...] Today, Peru has a decentralized healthcare system that consists of five different entities. MINSA with the SIS program provides health services for 60% of the population, EsSalud (Peru's equivalent of a social security program) provides for 30% of the population, and the Armed Forces (FFAA), National Police (PNP), and the private sector together provide for the remaining 5% (30). The resulting system is made up of multiple providers of both health insurance and health services who often function with a high degree of overlap and little coordination between each other (31).
> Listed below are the financing sources of the healthcare sub-systems of Peru:
> - Ministry of Health of Peru (MINSA): Tax revenues and user fee co-payments (32, 33).
> - EsSalud: A 9% payroll tax paid by the employers of formal-sector workers (33).
> - Private Sector: Out-of-pocket expenditures by individual households (33)...."[32]

Questo è in linea con quanto riportato da Amnesty International che sottolinea come in Perù esistono diversi fondi assicurativi che forniscono diversi servizi sanitari da parte di diversi fornitori. Come mostrato nella Tabella 1, nel contesto del sistema sanitario peruviano, la struttura è organizzata in tre sistemi fondamentali: quello sovvenzionato, quello contributivo e quello privato. La frammentazione del sistema sanitario implica che diversi gruppi di popolazione avranno una copertura diversa. Come mostra il grafico 1, nelle fasce di reddito più basse la maggior parte della popolazione è assicurata dal SIS. L'85,7% del 10% dei percettori di reddito più bassi in Perù era coperto dal SIS, mentre solo il 21,7% dei percettori di reddito più alti era coperto dal sistema. Al contrario, mentre una percentuale molto piccola (3,2%) del 10% più basso aveva l'EsSalud, circa il 44% della popolazione del 10% più alto era assicurata con questo sistema. Per quanto riguarda le assicurazioni private, l'unico segmento con una copertura statisticamente significativa secondo l'ENAHO è il decile di reddito più ricco.98 La fonte ribadisce come il tipo di assicurazione sanitaria in Perù è determinato dal rapporto contrattuale che fornisce l'accesso alla sicurezza sociale, che è un determinante sociale. Essendo frammentato, il modello assicurativo scoraggia la messa in

[32] Almubaslat, F., Sanchez-Boluarte, S. S., & Diaz, M. M. (2023). A review of neurological health disparities in Peru. Frontiers in Public Health, 11. [accessed 27 June 2025]

comune99 delle risorse. [Di conseguenza, le persone con EsSalud - che tendono ad avere un reddito più elevato - dispongono di una rete di sicurezza per proteggersi da incidenti, malattie e altre eventualità che mitigano o attutiscono gli effetti sulla loro qualità di vita e sui loro mezzi di sostentamento.101 Nel frattempo, le persone con SIS - che tendono a essere le più povere - non dispongono di tali meccanismi o delle stesse fonti di finanziamento. Come mostra il grafico 1, nelle fasce di reddito più basse la maggior parte della popolazione è assicurata dal SIS. Di conseguenza, la struttura del sistema fa sì che potenzialmente le famiglie più povere abbiano meno accesso economico a questi meccanismi di protezione sociale.:

> "...En Perú existen diversos fondos de aseguramiento que brindan diferentes servicios de salud por parte de diferentes pro- veedores. Como se muestra en la Tabla 1, en el contexto del sistema de salud peruano, la estructura se organiza en tres sistemas fundamentales: el subsidiado, el contributivo y también el sector privado. La fragmentación del sistema de salud implica que diferentes grupos poblacionales tendrán una cobertura distinta.

TABLA 1. COBERTURA POR TIPO DE SEGURO DE SALUD, 2022

	NACIONAL	LIMA	AYACUCHO
SIS	60.7%	47.3%	80.7%
EsSalud	21.5%	27.9%	10.6%
Sin seguro	14.1%	17.6%	7.2%
Otros seguros	2.5%	4.6%	1.4%
Privado	1.2%	8.24	0.0%

Tabella 2: Copertura per tipo di assicurazione sanitaria. Amnesty International"[33]

> Como lo muestra la Gráfica 1, en los grupos de ingreso más bajos la mayoría de la población se encuentra asegurada por el SIS. Así, el 85.7% del 10% de menores ingresos en Perú se encontraba cubierta por el SIS, mientras que sólo el 21.7% de las personas ubicadas en el 10% de mayores ingresos económicos se encontraba en dicho esquema. De manera inversa, mientras que un porcentaje muy pequeño (3.2%) del 10% de menores ingresos contaba con EsSalud, cerca del 44% de la población del 10% de mayores ingresos se encontraba asegurado en este esquema. Con respecto a los seguros privados, el único segmento que cuenta con algún tipo de cobertura estadísticamente significativa de acuerdo con la ENAHO es el decil más rico de ingresos.98 Como se mencionó anteriormente, el tipo de seguro de la salud en el Perú está determinado por la relación contractual que da acceso a la seguridad social, que constituye un determinante social. Al estar fragmentado, el modelo de asegura-miento desincentiva la mancomunación99 de los recursos. [...] Esto tiene como consecuencia, que las personas con EsSalud – que suelen tener mayores ingresos- tengan una red de protección ante accidentes, enfermedades u otras eventualidades- que mitigan o amortiguan los efectos en su calidad y medios de vida.101 Mientras, las personas con SIS- que suelen ser las más pobres- no cuentan con dichos mecanismos ni con las mismas fuentes de financiamiento. Como consecuencia, el diseño de dicho sistema tiene como consecuencia que potencialmente los hogares más pobres tengan un menor acceso económico a estos mecanismos de protección social.

[33]Amnistía Internacional. (2024, 29 de octubre). Perú: Derecho a la salud, privilegio de pocos (Índice AMR 46/8603/2024). https://www.amnesty.org/es/documents/amr46/8603/2024/es/ [accessed 27 June 2025]

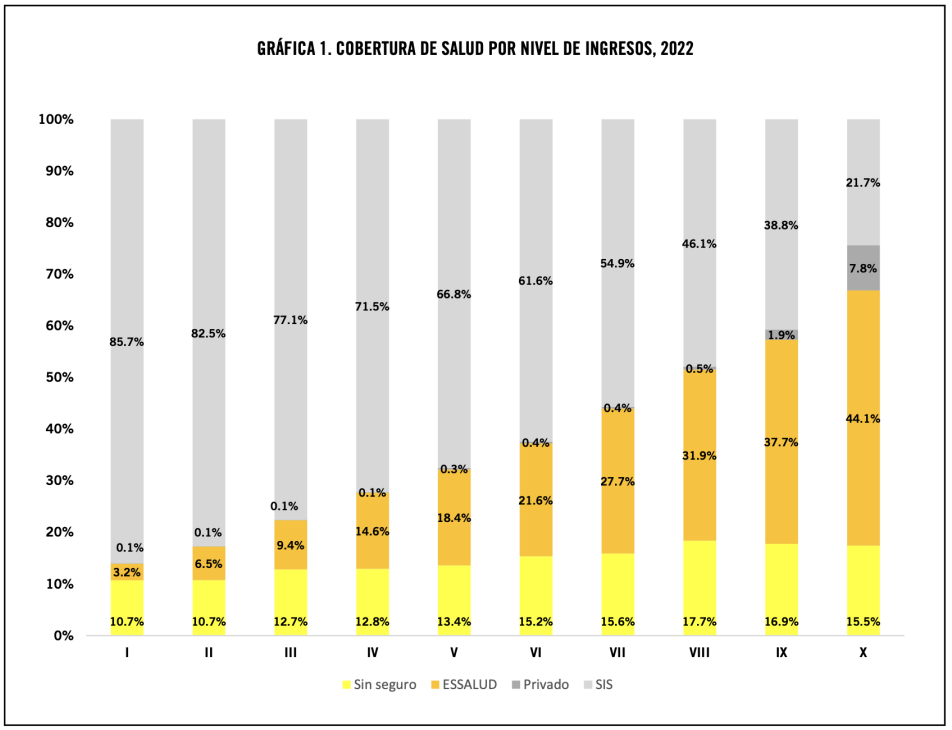


Grafico 1: Copertura sanitaria per reddito. Amnesty International[34]

La mancanza di finanziamenti e l'incompleta copertura dei sistemi assicurativi determina anche un incremento della OOP. Infatti, le fonti riportano come in Perù, circa il 61% delle spese vive per le cure mediche fornite da un fornitore di servizi sanitari pubblici (MINSA e governi regionali) è destinato a strutture private vicine (farmacie, centri diagnostici e laboratori). Sebbene la spesa out-of-pocket in Perù sia bassa (37%), nel 2012 era ancora la principale fonte di finanziamento dei servizi sanitari. L'insufficiente finanziamento del SIS è una delle cause della spesa out-of-pocket dei suoi beneficiari. Ciò richiede una discussione ai massimi livelli sul ruolo specifico del SIS come fondo di finanziamento e l'avvio di un'importante riforma finanziaria, non solo per aumentare i finanziamenti ma anche per migliorarne l'organizzazione e la trasparenza. Inoltre, l'offerta di servizi pubblici è limitata e richiede un intervento per affrontare le sfide legate all'aumento delle risorse umane, all'introduzione delle tecnologie e delle infrastrutture necessarie e, soprattutto, alla gestione del tutto per offrire alla popolazione i servizi di cui ha bisogno:

> "...In Peru, some 61% of out-of-pocket expenditure for medical care from a public health service provider (MINSA and regional governments) goes to nearby private facilities (pharmacies, diagnostic centers, and laboratories) (9). [...] Although out-of-pocket spending in Peru was low (37%), it was still the main source of health services financing in 2012 (9). [...] insufficient SIS financing is one of the causes of its beneficiaries' out–of–pocket expenditure. This calls for discussions at the highest level on the specific role of SIS as a financing fund and for launching a major financial reform, not only to increase financing but to improve its organization and transparency. Furthermore, the supply of public services is limited, requiring action to meet the challenges involved in increasing the supply of human resources, introducing the necessary

[34]Amnistía Internacional. (2024, 29 de octubre). Perú: Derecho a la salud, privilegio de pocos (Índice AMR 46/8603/2024). https://www.amnesty.org/es/documents/amr46/8603/2024/es/ [accessed 27 June 2025]

> technologies and infrastructure and, especially, managing it all to offer the population the services it needs…"[35]

Questo fenomeno determina anche la presenza di barriere nell'accesso ai servizi. Infatti le fonti suggeriscono come molti non si recano alle visite ambulatoriali a causa delle risorse insufficienti per soddisfare le esigenze sanitarie legate all'invecchiamento della popolazione e alla transizione epidemiologica, oltre che per l'insoddisfazione che percepiscono nei confronti del sistema sanitario. Inoltre, il sistema sanitario frammentato e decentralizzato del Perù può indurre inefficienze, inefficacia e mercificazione dell'assistenza sanitaria. Di conseguenza, il sistema sanitario potrebbe non rispondere adeguatamente alle esigenze sanitarie delle persone socialmente svantaggiate, aumentando il rischio di impoverimento a causa dell'OOP:

> "...many do not attend outpatient consultations due to insufficient resources to meet aging population and epidemiological transition health needs [12] as well as the dissatisfaction they perceive with the health system [13]. In addition, the fragmented and decentralized health system in Peru may induce inefficiencies, ineffectiveness and commoditization of healthcare [14]. Thus, the health system may not adequately respond to the health needs of socially disadvantaged people, increasing the risk of impoverishment due to OOP…"[36]

Nello specifico dell'HIV, una fonte riporta come l'assicurazione sia segmentata, con gruppi ben definiti per ogni fondo sanitario. EsSalud offre una copertura per i lavoratori formali e le loro famiglie e finanzia i servizi sanitari nella propria rete di fornitori. Gli assicurati e le loro famiglie sono finanziati da contributi del datore di lavoro pari al 9% del salario del lavoratore e non devono pagare i servizi sanitari. La copertura dei servizi è completa, con pochissime esclusioni. Il Seguro Integral de Salud (SIS), che è l'assicurazione sanitaria pubblica, copre le persone povere, vulnerabili e prive di altre assicurazioni sanitarie. Il SIS è finanziato esclusivamente dal bilancio pubblico (gli assicurati non pagano per la copertura o i servizi). Gli assicurati del SIS hanno tre tipi di copertura: 1) il Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), che copre circa il 60% del carico di malattia, compresi l'HIV e la tubercolosi; 2) il Plan Complementario, che aumenta i massimali di copertura finanziaria e aumenta i servizi coperti con alcune esclusioni; 3) la Cobertura extraordinaria, che discute la copertura di servizi non inclusi nei piani precedenti su base individuale. Il SIS paga principalmente il "costo variabile" (farmaci e forniture) dei servizi forniti nelle reti di fornitori pubblici, mentre il costo fisso deve essere finanziato con risorse stanziate dal bilancio pubblico. Nel 2019, il 47% della popolazione aveva un'assicurazione sanitaria attraverso il SIS, il 25% attraverso Es Salud e il 5% attraverso altre assicurazioni, lasciando il 22% della popolazione non assicurata. L'offerta è frammentata da reti che coesistono in modo parallelo e disgiunto. Ciò si verifica con le due reti più grandi, la rete di fornitori pubblici (sotto la gestione dei Governi Regionali (GORE), dei Governi Locali (GOLO) e, nella città di Lima, della MINSA) e la rete EsSalud che [...] Dalla creazione del SIS nel 2002, la copertura si è estesa gradualmente. Nel 2007 è stata inclusa la popolazione povera non assicurata e nel 2013 le persone considerate vulnerabili, tra cui le persone affette da

---

[35] Petrera Pavone M, Jiménez Sánchez E. (2018) Determinantes del gasto de bolsillo en salud de la población pobre atendida en servicios de salud púbicos en Perú, 2010-2014. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e20. https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.20 [Accessed on 27/06/2025]

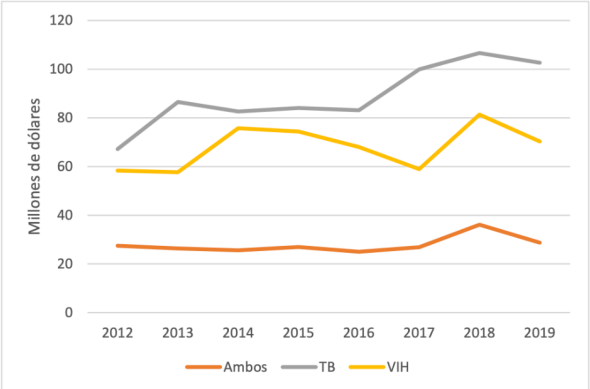
[36] Hernández-Vásquez A, Rojas-Roque C, Vargas-Fernández R, Rosselli D. Measuring Out-of-pocket Payment, Catastrophic Health Expenditure and the Related Socioeconomic Inequality in Peru: A Comparison Between 2008 and 2017. J Prev Med Public Health. 2020 Jul;53(4):266-274. doi: 10.3961/jpmph.20.035. Epub 2020 Jun 10. PMID: 32752596; PMCID: PMC7411247. [Accessed on 27/06/2025]

HIV o tubercolosi. L'iscrizione di persone con una certa capacità contributiva, come i lavoratori informali, che avrebbero dovuto aderire a sistemi semi-contributivi o contributivi, non è stata raggiunta, per cui nel 2019 si è deciso di concedere loro l'accesso al sistema assicurativo pubblico sovvenzionato SIS. [Le strategie per la TBC e l'HIV/AIDS sono finanziate attraverso il programma di bilancio per la TBC e l'HIV/AIDS (PP0016). Il PP0016 rappresenta in media il 4% della spesa per la funzione sanitaria nel periodo 2012-2019. Il budget del programma PP0016 è assegnato ai livelli centrale, regionale e locale, come illustrato nella Figura 6. La partecipazione più bassa del governo centrale all'esecuzione del bilancio del PP0016 si è registrata nel 2017 e nel 2019, rispettivamente con il 42,3% e il 42,1% del bilancio totale del PP0016, che è passato principalmente alle amministrazioni regionali e locali. La quota delle amministrazioni locali spicca solo nell'ultimo triennio 2017-2019:

> "...El aseguramiento es segmentado, con grupos bien definidos para cada fondo de salud. EsSalud ofrece cobertura para trabajadores formales y sus familias y financia los servicios de salud en su propia red de prestadores. Los asegurados y sus familias son financiados con aportes de sus empleadores que corresponde a 9% del salario del trabajador y no deberían pagar por los servicios de salud. La cobertura de servicios es completa con muy pocas exclusiones. El Seguro Integral de Salud (SIS), que es el seguro público, ofrece cobertura para la población pobre, vulnerable y sin otro seguro de salud. El SIS es financiado exclusivamente con recursos del presupuesto público (los asegurados no pagan por la cobertura ni por los servicios). Los asegurados del SIS tienen tres tipos de coberturas: 1) el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) que cubre aproximadamente el 60% de la carga de la enfermedad, incluido el VIH y la TB; 2) el Plan Complementario que aumenta los topes de la cobertura financiera y aumenta los servicios cubiertos con algunas exclusiones; y 3) la Cobertura extraordinaria que analiza la cobertura de servicios no incluidos en los planes anteriores, caso a caso. El SIS paga principalmente el "costo variable" (medicamentos e insumos) de los servicios prestados en las redes de prestadores públicos, el costo fijo debe financiarse con los recursos asignados a través del presupuesto público. Para el 2019, el 47% de la población tenía aseguramiento en salud a través del SIS, 25% a través de Es Salud y 5% otros seguros, con lo cual el 22% de la población carecía de aseguramiento. La provisión es fragmentada por redes que coexisten de manera paralela y desarticulada. Esto ocurre con las dos redes más grandes, la red de prestadores públicos (bajo la gestión de los Gobiernos Regionales (GOREs), Gobierno Locales (GOLOs) y en Lima Metropolitana del MINSA) y la red de EsSalud que. [...] Desde la creación del SIS en el año 2002 la cobertura se ha expandido paulatinamente. En el 2007 se incluyó a la población pobre sin seguro, y en el 2013 a las personas consideradas en condición de vulnerabilidad incluidos las personas con VIH o TB, entre otros. La afiliación de personas con alguna capacidad de pago, como los trabajadores informales, que se esperaba se afiliaran a sistemas semi-contributivo o contributivo no se logró, por lo que finalmente en el 2019, se optó por otorgarles acceso al sistema subsidiado del seguro público SIS. [...] Las estrategias de TBC y VIH/SIDA se financian a través del programa presupuestal TBC y VIH/SIDA (PP0016). El PP0016 representa en promedio el 4% del gasto en la función salud durante el período 2012-2019. El presupuesto del programa PP0016 se asigna al nivel central, regional y local según se muestra en la Figura 6. La participación del gobierno central en la ejecución del presupuesto del PP0016 más baja fue en el 2017 y en el 2019 con 42.3% a 42.1% del presupuesto total del PP0016, respectivamente, pasando principalmente a los gobiernos regionales y locales. La participación de los gobiernos locales destaca sólo en los últimos tres años 2017-2019…"[37]

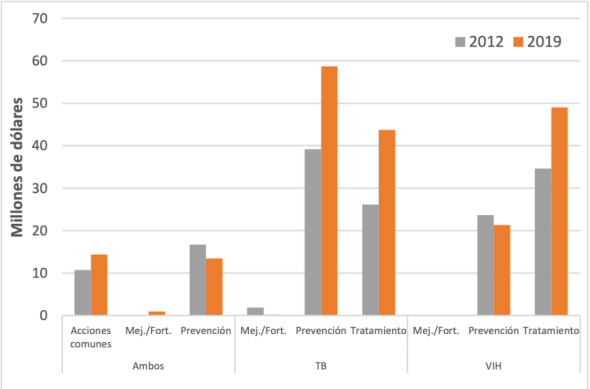
[37] Pharos Global Health Advisors. (2020, junio). Plan de acción para la sostenibilidad del VIH y TB, fase VF, junio 2020 [Informe técnico]. Pharos Global Health Advisors. https://pharosglobalhealth.com/wp-content/uploads/2020/09/PLAN-DE-ACCION-PARA-LA-SOSTENIBILIDAD-DEL-V-IH-Y-TB-VF-Junio.pdf [accessed 27 June 2025]

Figura 7: Gasto ejecutado del PP0016 (TB y VIH), por enfermedad, 2012-2019



Elaboración: Propia.
Fuente: MEF (2020b).

Figura 8: Gasto ejecutado del PP0016 (TB y VIH), por enfermedad y tipo de actividad/producto, 2012 y 2019



Elaboración: Propia.
Fuente: MEF (2020b).

Immagine 4 e 5: Investimenti nei programmi di HIV e TBC. PHAROS [38]

In parziale accordo, l'UNAIDS riporta come la spesa destinata ai programmi di HIV sia di 87 milioni di dollari, di cui 79 milioni da risorse interne e 7.900.000 dollari da risorse internazionali:

Total country-reported HIV expenditure (USD)	**87 000 000**	**Source:GAM_2024**
HIV expenditure from domestic public sources (USD)	79 100 000	Source:GAM_2024
HIV expenditure from domestic private sources (USD)		Source:GAM_2024
HIV expenditure from international sources (USD)	7 900 000	Source:GAM_2024

Tabella 3: Copertura sanitaria per reddito. UNAIDS.[39]

É però da sottolineare che un'altra fonte della stessa organizzazione riporta come la decisione degli Stati Uniti di congelare tutti i finanziamenti per l'assistenza all'estero ha avuto un impatto sui servizi di prevenzione dell'HIV in diversi Paesi dell'America Latina, tra cui il Perù. Ciò ha portato a significative interruzioni nei programmi di trattamento dell'HIV e di PrEP per i gruppi di migranti affetti da HIV e per le popolazioni chiave di migranti. Inoltre, ha ridotto gli sforzi di prevenzione dell'HIV condotti dalle comunità locali e ha diminuito l'aderenza al trattamento, la consulenza e le attività di sostegno sociale per i migranti con HIV o a rischio. Di conseguenza, in un Paese che ha già un numero crescente di nuove infezioni da HIV, aumentano i rischi di nuove infezioni da HIV, di tassi di mortalità più elevati e di un deterioramento della qualità delle cure per i migranti affetti da

[38] Pharos Global Health Advisors. (2020, junio). Plan de acción para la sostenibilidad del VIH y TB, fase VF, junio 2020 [Informe técnico]. Pharos Global Health Advisors. https://pharosglobalhealth.com/wp-content/uploads/2020/09/PLAN-DE-ACCION-PARA-LA-SOSTENIBILIDAD-DEL-V-IH-Y-TB-VF-Junio.pdf [accessed 27 June 2025]

[39]UNAIDS. (2023). Peru. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/peru [accessed 27 June 2025]

HIV. Situazione attuale: ICAP: questa ONG, che serve 2.300 migranti con HIV, ha ripreso le attività di terapia antiretrovirale (ART) dopo aver ricevuto una lettera due settimane fa. Tuttavia, i servizi comunitari a sostegno del reclutamento e dell'aderenza non sono ripresi e si stanno cercando fonti di finanziamento alternative. IMPACVIH: questa organizzazione comunitaria (CBO) stava negoziando le sovvenzioni del governo statunitense per le persone indigene affette da HIV prima del blocco dei finanziamenti. Ora è alla ricerca di nuovi donatori. Strutture gestite dalla comunità e dai pari: Sono state le più colpite, con una ridotta capacità di partecipare alle discussioni politiche e di raccogliere/riportare dati. Interruzioni: Distribuzione di preservativi e altri prodotti di prevenzione: Le scorte sono sufficienti per 6-12 mesi, ma l'accesso ai servizi di PrEP per le ragazze e le giovani donne (AGYW), i lavoratori del sesso, gli uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini (MSM) e le persone transgender (TG) è stato interrotto. Ridotta capacità di prevenzione dell'HIV: La disponibilità di consulenza e test per i lavoratori del sesso, gli MSM, le persone che si iniettano droghe (PWID), le persone TG e i detenuti è stata compromessa. Migranti con HIV: Le popolazioni chiave migranti sono le più colpite:

> "...The US decision to freeze all funding for foreign assistance has impacted HIV prevention services in several countries in Latin America, including Peru. This has led to significant disruptions in HIV treatment and PrEP programmes for groups of migrants with HIV and migrant key populations. It also reduced community-led HIV prevention efforts, and decreased treatment adherence, counseling, and social support activities for migrants with HIV or at risk. Consequently, in a country that already has an increasing number of new HIV infections, there are increased risks of more new HIV infections, higher mortality rates, and a deterioration in the quality of care for migrants living with HIV. Current Situation: ICAP: This NGO, serving 2,300 migrants with HIV, has resumed antiretroviral therapy (ART) activities after receiving a letter two weeks ago. However, community-based services supporting recruitment and adherence have not resumed and are seeking alternative funding sources. IMPACVIH: This community-based organization (CBO) was negotiating US Government grants for Indigenous people living with HIV before the funding freeze. They are now seeking new donors. Community-led and peer-led facilities: These have been most impacted, with reduced ability to participate in policy discussions and collect/report data. Disruptions: Distribution of condoms and other prevention commodities: There is sufficient stock for 6-12 months, but access to PrEP services for adolescent girls and young women (AGYW), sex workers, men who have sex with men (MSM), and transgender (TG) people has been disrupted. Reduced HIV prevention capacity: Availability of counseling and testing for sex workers, MSM, people who inject drugs (PWID), TG people, and prisoners has been affected. Migrants with HIV: Migrant key populations are the most affected…"[40]

Le fonti riportano come la terapia antiretrovirale gratuita è stata resa disponibile solo nel 2004. Di conseguenza, gli adolescenti affetti da HIV fanno parte della prima generazione che raggiunge l'età adulta. Ad oggi, i giovani che vivono con l'HIV hanno incontrato ostacoli all'aderenza al trattamento a livello individuale, familiare o di caregiver e strutturale. Tra i fattori che hanno interferito con il trattamento ci sono stati problemi emotivi e di fase della vita, effetti collaterali negativi della terapia, mancanza di informazioni sull'HIV e mancanza di risorse economiche. A volte ci sono complicazioni nella registrazione dell'assicurazione sanitaria, ritardi nell'accesso alle cure o una transizione complicata e burocratica dalle cure pediatriche a quelle per adulti. Una visita di routine

[40] UNAIDS. (2025, March 11). Impact of US funding freeze on HIV programmes in Peru [Press release]. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2025/march/20250311_Peru_fs [Accessed on 27/06/2025]

per l'HIV, ad esempio, può durare un'intera mattinata, impedendo ai genitori di andare al lavoro e creando difficoltà economiche alle famiglie che vivono ai margini:

> "...Free antiretroviral therapy was only made available in 2004. As a result, adolescents living with HIV now are among the first generation to reach adulthood. [...] young people living with HIV faced barriers to treatment adherence at the individual, family or caregiver, and structural levels. Among the factors that interfered with treatment were life-stage and emotional issues, negative side effects from therapy, a lack of information about HIV, and a lack of economic resources. [...] Sometimes there are complications in health insurance registration, delays in accessing care, or a complicated and bureaucratic transition from pediatric to adult care. A routine HIV care visit, for example, can last an entire morning, preventing parents from going to work and creating financial difficulties for families living on the margins…"[41]

Il peso economico dell'accesso alle cure è particolarmente critico per le popolazioni indigene, in quanto una fonte riporta che nel 2023, il 28% della popolazione viveva al di sotto della soglia di povertà monetaria nazionale di 67 dollari al mese, con un forte aumento rispetto al 20% del 2019, prima della pandemia, secondo gli ultimi dati ufficiali. Le persone che vivevano in condizioni di estrema povertà erano il 5,7% della popolazione nel 2023, rispetto al 3% del 2019. I bambini, le persone che vivono nelle aree rurali e coloro che si dichiarano neri o indigeni vivono in modo sproporzionato in condizioni di povertà.:

> "...As of 2023, 28 percent of the population lived under the national monetary poverty line of US$67 per month, a sharp increase from 20 percent in 2019—pre-pandemic, latest official data showed. People living in extreme poverty amounted to 5.7 percent of the population in 2023, compared to 3 percent in 2019. Children, people living in rural areas, and those who self-report as Black or Indigenous disproportionately live in poverty…"[42]

Similmente, un'altra fonte riporta come sebbene le aree rurali nei paesi a basso reddito siano spesso caratterizzate da scarse risorse e da maggiori esigenze di assistenza sanitaria, il possesso di un'assicurazione sanitaria è simile sia per i residenti delle aree rurali che per quelli delle aree urbane in Perù. Ciò potrebbe essere dovuto al fatto che il governo peruviano ha implementato un'assicurazione sanitaria completa ed esclusiva per le persone provenienti da aree con scarse risorse e rappresenta quindi un'opportunità per il governo e per i decisori politici di migliorare l'accesso all'assistenza sanitaria per le persone con disabilità indipendentemente dalla loro area di residenza:

> "...While rural areas in LMICs are often low-resourced and have more needs beyond healthcare, our results show that possession of health insurance was similar for both rural and urban residents in Peru. This is possibly because the Peruvian government implemented a comprehensive health insurance exclusive for people from under-resourced areas in 2001, and it thus represents an

[41] Partners In Health. (2020, July 9). Research: Adolescents in Peru face barriers to HIV treatment adherence. Partners In Health. https://www.pih.org/article/research-adolescents-peru-face-barriers-hiv-treatment-adherence [accessed 27 June 2025]

[42] HRW - Human Rights Watch: World Report 2025 - Peru, 16 January 2025 https://www.ecoi.net/en/document/2120108.html [accessed 27 June 2025]

> opportunity for government and decision-makers to improve access to healthcare for PWD regardless their area of residence…"[43]

Tuttavia è da sottolineare che in uno studio che ha coinvolto le popolazioni indigene peruviane è riportato come la maggior parte dei partecipanti abbia riferito di avere un'assicurazione statale fornita dal Ministero della Salute - Seguro Integral de Salud (90,9%), ma il 4,8% ha dichiarato di non avere alcuna assicurazione sanitaria. Inoltre, il tempo mediano per recarsi al centro di assistenza primaria è stato di 10 (5-30) minuti con un massimo di cinque giorni circa. Il 41,3% dei partecipanti ha riferito di aver sostenuto qualsiasi tipo di spesa per recarsi al centro sanitario e il 30,8% ha parlato di spese per l'acquisto del trattamento dell'HIV.[...] È stata riscontrata un'associazione tra il fatto di avere un'occupazione e la probabilità di avere un'aderenza completa alla ART. Oltre l'80% degli intervistati ha dichiarato di vivere in famiglia e circa il 40% di avere un lavoro occasionale. Questi fattori sociali sono strettamente correlati alle condizioni di povertà. [Al contrario, fattori come il possesso di un reddito mensile o la segnalazione di effetti avversi erano correlati alla non completa aderenza. Questo studio ha rilevato che, nelle persone che ricevono uno stipendio, il reddito mediano era inferiore al salario di base in Perù. [...] Rapporti qualitativi locali suggeriscono che gli indigeni che hanno avuto effetti avversi hanno avuto una maggiore probabilità di abbandonare il trattamento, a causa della mancanza di mezzi di trasporto per raggiungere i servizi sanitari, della mancanza di farmaci e delle conseguenti spese vive per assumere il trattamento degli effetti avversi, e della mancanza di professionisti della salute negli stabilimenti di livello primario:

> "...Most of the participants reported having state insurance provided by the Ministry of Health - Seguro Integral de Salud (90.9%), but 4.8% mentioned not having any health insurance. Additionally, the median time to travel to the primary care center was 10 (5–30) minutes with a maximum of five days approximately. 41.3% of participants reported any type of expense for traveling to the health center, and 30.8% mentioned making any expense to buy HIV treatment.[...] An association between having an occupation and the probability of having complete ART adherence was found. More than 80% of surveyed people reported living with their families and approximately 40% reported having occasional jobs. These social factors are closely related to poverty conditions. [...] In contrast, factors such as having any monthly income or reporting adverse effects were related to not having complete adherence. This study found that, in people who receive a salary, the median income was lower than the basic salary in Peru. [...] Local qualitative reports suggest that indigenous people who had adverse effects had a higher probability of abandoning the treatment, due to lack of transportation to reach health services, lack of medicines and the consequent out-of-pocket expense to assume treatment of adverse effects, and lack of health professionals in primary level establishments.…"[44]

°

[43] Moscoso-Porras, M., Fuhs, A. K., & Carbone, A. (2019). Access barriers to medical facilities for people with physical disabilities: the case of Peru. Cadernos de Saúde Pública, 35, e00050417. https://www.scielo.br/j/csp/a/V6h9qYpMnF7JRHYD6GVzf4s/ [accessed 27 June 2025]

[44] Bayer, A. M., Pino, A., Manrique, I., Davila, A., Galvez, G., Romero, Y., & Paz-Soldán, V. A. (2023). Understanding transgender women's HIV risk and engagement in care in Lima, Peru: A qualitative study. BMC Public Health, 23, Article 1501. https://doi.org/10.1186/s12889-023-15362-y [accessed 27 June 2025]

Disponibilità di strutture, barriere geografiche e strutturali

Amnesty international riporta come, considerando che il Perù sia considerato dalla Banca Mondiale un Paese a reddito medio-alto, tuttavia l'indicatore della disponibilità di posti letto in Perù con le ultime informazioni comparabili a livello internazionale non soddisfa gli standard dell'OMS e gli sforzi graduali compiuti dallo Stato per migliorare la disponibilità sono stati insufficienti[45]. Come mostra il grafico 5, mentre la media nazionale registrata è di 9,4 posti letto per 10.000 abitanti,119 ci sono dipartimenti come Lima che concentrano il 43% dei posti letto registrati, pur avendo solo il 33% della popolazione nazionale, mentre altri dipartimenti come Ayacucho registrano una media di 8,6 posti letto per 10.000 abitanti, inferiore alla media nazionale.120:

> "...dado que Perú es considerado por el Banco Mundial como un país de ingreso medio alto, el indicador de disponibilidad de camas en Perú con la última información comparable internacionalmente no cumple con los estándares de la OMS y los esfuerzos graduales que ha hecho el Estado para mejorar la disponibilidad han sido insuficientes. Como lo muestra la Gráfica 5, mientras que el promedio nacional registrado es de 9.4 camas por cada 10 mil habitan- tes,119 existen departamentos como Lima que concentran el 43% de las camas registradas, a pesar de sólo contar con el 33% de la población nacional, mientras que otros departamentos como Ayacucho registran un promedio de camas de 8.6 por cada 10 mil habitantes, lo que es menor a la media nacional.120

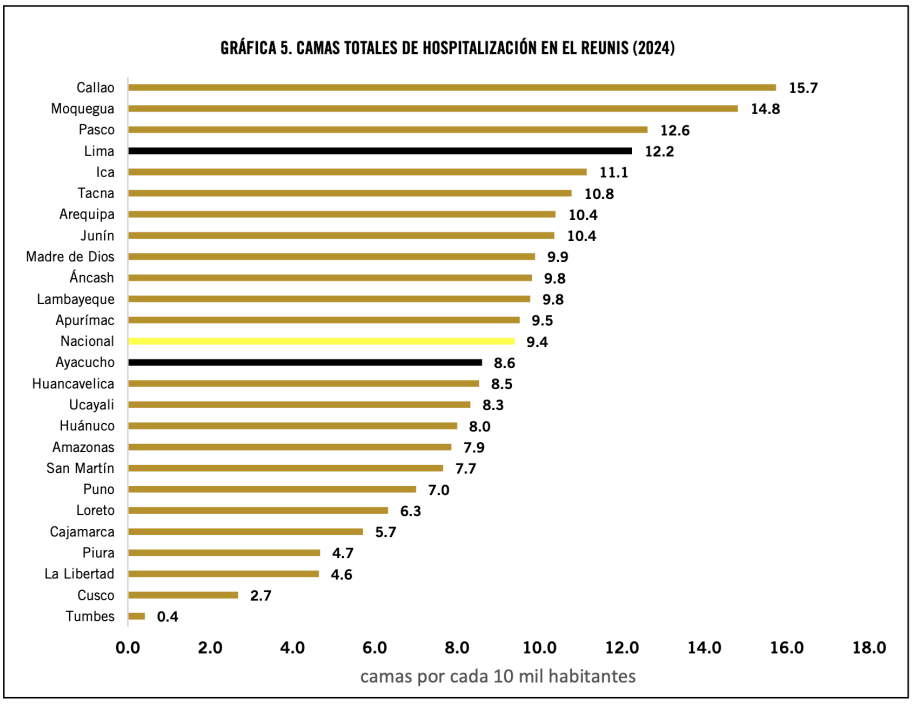


Grafico 2: N° di letti per l'ospedalizzazione. Amnesty International.…"[46]

[45] Per il confronto con altri paesi si veda pg. 35 della seguente fonte: Amnistía Internacional. (2024, 29 de octubre). Perú: Derecho a la salud, privilegio de pocos (Índice AMR 46/8603/2024). https://www.amnesty.org/es/documents/amr46/8603/2024/es/ [accessed 27 June 2025]

[46] Amnistía Internacional. (2024, 29 de octubre). Perú: Derecho a la salud, privilegio de pocos (Índice AMR 46/8603/2024). https://www.amnesty.org/es/documents/amr46/8603/2024/es/ [accessed 27 June 2025]

Secondo le fonti, nonostante gli sforzi per ampliare l'accesso alla salute, il sistema sanitario peruviano fatica ancora a fornire risorse sanitarie alle regioni rurali, i cui abitanti sono in gran parte indigeni e rappresentano circa il 20% della popolazione nazionale. Queste comunità si trovano spesso a ore di distanza dai centri medici specializzati situati nelle città e molti non hanno le capacità economiche e di trasporto per recarsi in questi luoghi. Inoltre, le barriere strutturali hanno limitato la fornitura di servizi e forniture mediche alle comunità rurali. L'insieme di questi fattori ha portato a lunghi tempi di attesa per consultare i medici, ha contribuito ad aumentare i tassi di mortalità infantile e i livelli di malnutrizione, malattie infettive e problemi gastrointestinali. Nel complesso, le barriere geografiche all'accesso alla salute, sommate alle pratiche socioculturali che favoriscono metodi alternativi di pratica medica, contribuiscono alle disparità sanitarie delle comunità rurali e indigene del Perù. Queste disparità hanno portato a risultati sanitari peggiori in tutti i campi della medicina:

> "...Despite efforts to expand health access, the Peruvian healthcare system still struggles to provide health-related resources to its rural regions, whose inhabitants are largely Indigenous people that make up approximately 20% of the nation's population (23, 34). These communities are often located hours from specialty medical centers located in urban cities and many lack the economic and transportation capabilities to travel to these sites. In addition, structural barriers have limited the delivery of medical services and supplies to rural communities (34). Together, these factors have led to long wait times to see providers, contributed to higher rates of infant mortality, and increased levels of malnutrition, infectious diseases, and gastrointestinal problems (35). Overall, geographic barriers to health access, compounded by sociocultural practices that favor alternative methods of medical practice contribute to the health disparities faced by rural and Indigenous communities in Peru. These disparities have led to poorer health outcomes across all fields of medicine…"[47]

Questo è in linea con quanto documentato dal Human right Watch che riporta che esistono profonde disparità nella capacità delle persone di realizzare i propri diritti economici e sociali. Le comunità urbane e costiere del Perù godono di un migliore accesso ai servizi pubblici rispetto alle popolazioni rurali e indigene. L'ultimo censimento nazionale del 2017 mostra che solo il 52% degli indigeni aveva accesso a un sistema fognario pubblico, rispetto al 75% della popolazione generale, e solo un terzo delle comunità indigene in Amazzonia aveva accesso a una struttura sanitaria. L'Ufficio dell'Ombudsman ha segnalato la carenza di personale e la mancanza di elettricità nelle strutture sanitarie dell'Amazzonia utilizzate soprattutto dagli Indigeni:

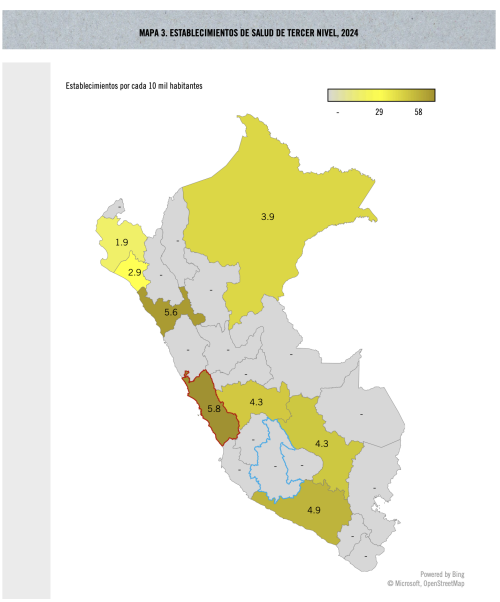
> "...There are deep disparities in people's ability to realize their economic and social rights. Peru's urban and coastal communities enjoy better access to public services than rural and Indigenous populations. The latest national census from 2017 shows that only 52 percent of Indigenous people had access to a public sewage system, compared to 75 percent of the general population, and only one-third of Indigenous communities in the Amazon had access to a health facility. The Ombudsperson's Office reported understaffing and lack of electricity in health facilities in the Amazon mostly used by Indigenous people…"[48]

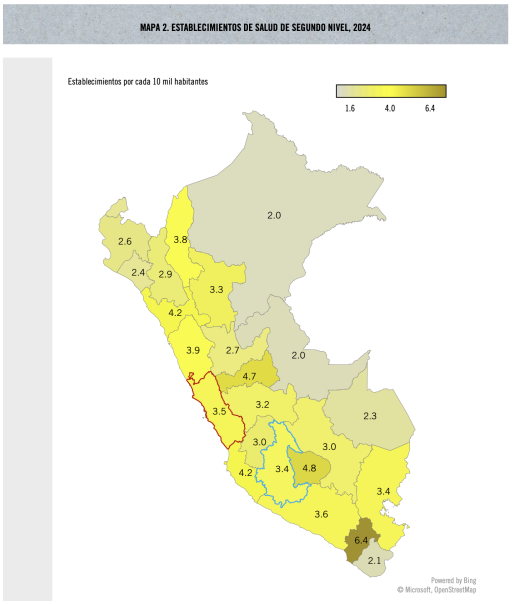
---

[47] Almubaslat, F., Sanchez-Boluarte, S. S., & Diaz, M. M. (2023). A review of neurological health disparities in Peru. Frontiers in Public Health, 11. [Accessed on 23/10/2023]

[48] HRW - Human Rights Watch: World Report 2025 - Peru, 16 January 2025 https://www.ecoi.net/en/document/2120108.html [accessed 27 June 2025]

Nello specifico Amnesty International riporta come la distribuzione dei diversi centri di salute sia molto eterogenea nelle diverse regioni del Perù, con un'assenza di centri di terzo livello nelle zone rurali:





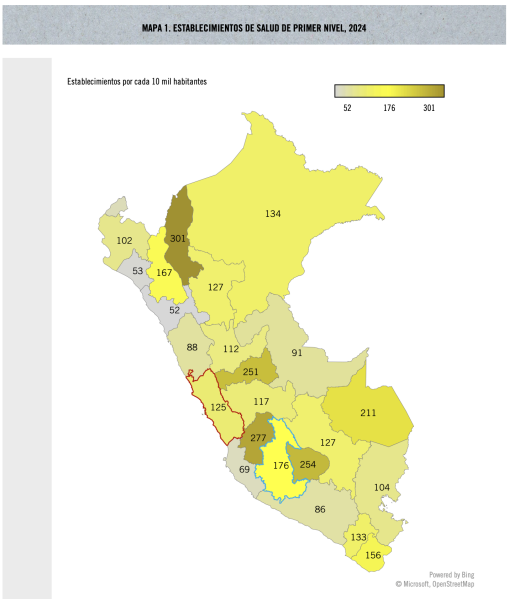


Immagine 5, 6 e 7: N° di letti per l'ospedalizzazione. Amnesty International[49]

Finalmente, le fonti riportano come l'inadeguato accesso ai servizi sanitari nelle aree rurali del Perù può essere aggravato anche da fattori culturali tra le comunità indigene, dove molti cercano ancora i guaritori tradizionali come fonte primaria di assistenza sanitaria. I guaritori tradizionali spesso eseguono varie cerimonie spirituali e utilizzano medicine ricavate da piante, animali e minerali della terra circostante per curare le malattie invece dei farmaci commerciali e delle tecniche mediche utilizzate dagli operatori sanitari:

> "...Inadequate access to healthcare services in rural areas of Peru may also be exacerbated by cultural factors among Indigenous communities where many still seek traditional healers as their primary source of healthcare (35). Traditional healers often perform various spiritual ceremonies and use medicines made from plants, animals, and minerals from the surrounding land to treat disease instead of commercial pharmaceuticals and medical techniques used by healthcare workers (35)…"[50]

Tuttavia, Amnesty International riporta come il mancato accesso da parte delle popolazioni rurali sia più facilmente associato alla mancanza di finanziamenti per poter recarsi ai centri di salute:

---

[49] Amnistía Internacional. (2024, 29 de octubre). Perú: Derecho a la salud, privilegio de pocos (Índice AMR 46/8603/2024). https://www.amnesty.org/es/documents/amr46/8603/2024/es/ [accessed 27 June 2025]

[50] Hashemi, G., Wickenden, M., Bright, T., & Kuper, H. (2022). Barriers to accessing primary healthcare services for people with disabilities in low and middle-income countries, a Meta-synthesis of qualitative studies. Disability and Rehabilitation, 44(8), 1207-1220. [Accessed on 23/10/2023]

"...Un porcentaje mayor de las personas enfermas en condición de pobreza extrema o viviendo en zonas rurales reporta proble- mas de acceso por la distancia a establecimientos de salud.

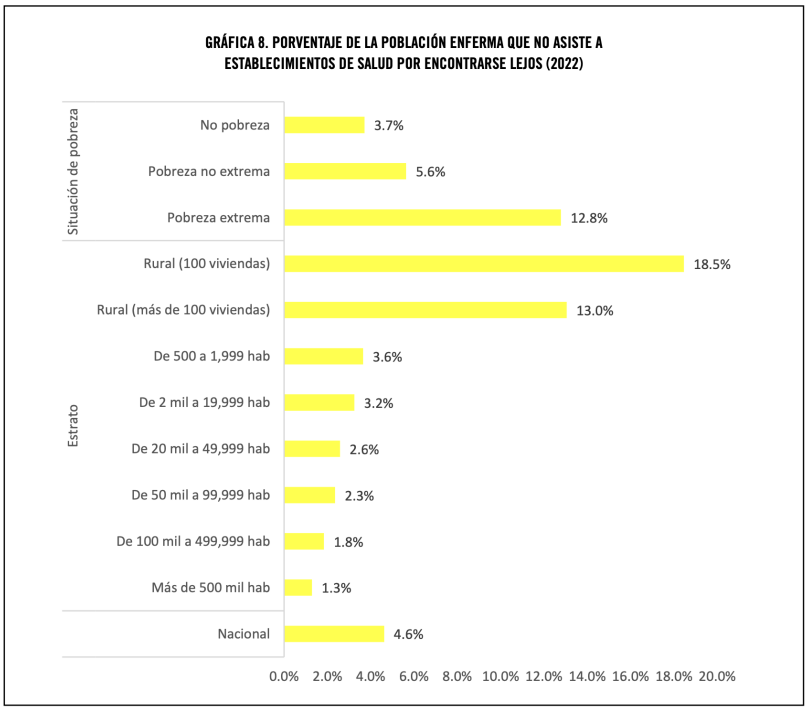


Grafico 3: N° di persone malate che non accede ai servizi di salute in quanto lontani. Amnesty International.…"[51]

°

Barriere culturali e stigmatizzazione

In via generale l'accesso ai servizi di salute in Perù è scoraggiato da diversi fattori, tra cui anche la mancanza di fiducia istituzionale dopo la violenza da parte delle forze dell'ordine nelle dimostrazioni[52] che ha impattato più gravemente le persone indigene e di colore:

[51] Amnistía Internacional. (2024, 29 de octubre). Perú: Derecho a la salud, privilegio de pocos (Índice AMR 46/8603/2024). https://www.amnesty.org/es/documents/amr46/8603/2024/es/ [accessed 27 June 2025]

[52] Per più informazioni rispetto alle manifestazioni e la documentazione delle violenze contro persone indigene si vedano:
European Union Agency for Asylum. (2023, October). Country of origin information report: Peru – Country focus.
https://euaa.europa.eu/sites/default/files/publications/2023-10/2023_10_EUAA_COI_Report_Peru_Country_Focus_0.pdf [accessed 27 June 2025]
Amnistía Internacional. (2023, 25 de mayo). Racismo letal: Ejecuciones extrajudiciales y uso ilegítimo de la fuerza por los cuerpos de seguridad del Perú (Índice AMR 46/6761/2023).
https://www.amnesty.org/es/documents/amr46/6761/2023/es/ [accessed 27 June 2025]

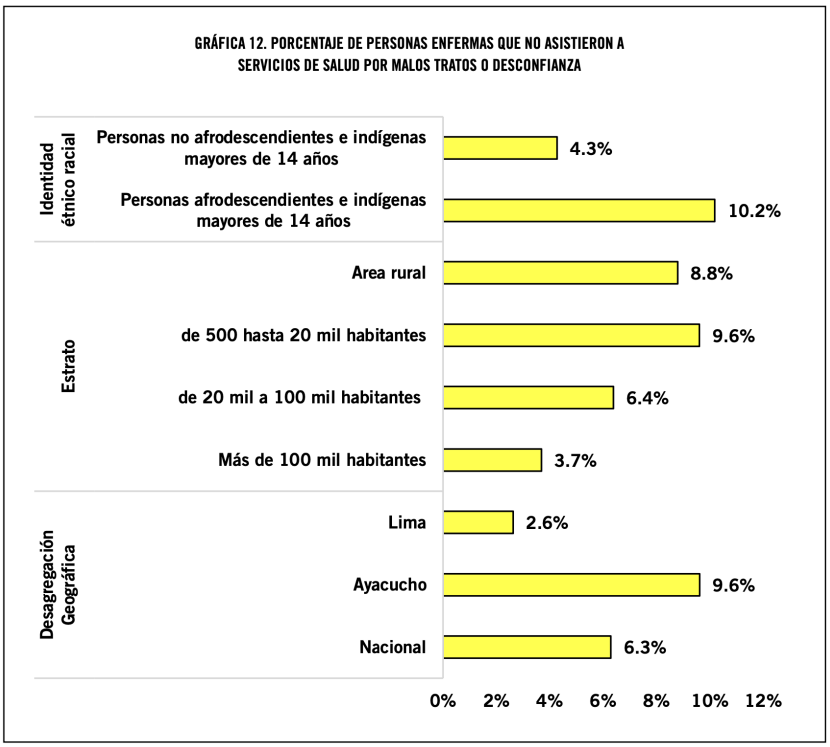


Grafico 3: Copertura sanitaria per reddito. Amnesty International[53]

Nello specifico delle popolazioni indigene con HIV, uno studio riporta come alla domanda sulla loro concettualizzazione della malattia, la maggior parte (82,7%) ha fatto riferimento a una causa coerente con le attuali conoscenze su questa malattia (trasmissione sessuale o trasfusione di sangue); tuttavia, il 13% dei partecipanti ha fatto riferimento a concetti della malattia legati a origini magico-religiose. La maggior parte dei partecipanti (51,0%) ha riferito di aver ricevuto un supporto familiare scarso e il 26,9% ha percepito un supporto familiare molto scarso. Inoltre, l'84,1% ha riferito di aver percepito una stigmatizzazione nelle strutture sanitarie a causa della propria condizione e l'86,1% ha menzionato di essere stato discriminato per il fatto di essersi visto negare l'assistenza nei servizi sanitari a causa della propria malattia:

> "...When they were asked about their conceptualization of the disease, the majority (82.7%) referred to a cause consistent with current knowledge about this disease (sexual transmission or blood transfusion); however, 13% of participants referred to concepts of the disease related to magical-religious origins. Most of the participants (51.0%) reported receiving poor family support, and 26.9% perceived very poor family support. Additionally, 84.1% reported perceiving stigmatization in their health facility due to their condition and 86.1% mentioned having been discriminated against by being denied care in health services due to their illness…."[54]

[53]Amnistía Internacional. (2024, 29 de octubre). Perú: Derecho a la salud, privilegio de pocos (Índice AMR 46/8603/2024). https://www.amnesty.org/es/documents/amr46/8603/2024/es/ [accessed 27 June 2025]

[54] Bayer, A. M., Pino, A., Manrique, I., Davila, A., Galvez, G., Romero, Y., & Paz-Soldán, V. A. (2023). Understanding transgender women's HIV risk and engagement in care in Lima, Peru: A qualitative study. BMC Public Health, 23, Article 1501. https://doi.org/10.1186/s12889-023-15362-y [accessed 27 June 2025]

Le fonti riportano come HIV sia altamente stigmatizzata. Nello specifico la dottoressa Molly Franke, epidemiologa della Harvard Medical School e collaboratrice di lunga data della PIH in Perù, afferma: "Molti adolescenti non l'hanno necessariamente rivelato al di fuori della loro famiglia. Per mantenere la loro diagnosi privata, potrebbero non prendere i farmaci quando sono fuori con gli amici o con un fidanzato o una fidanzata, per paura di essere rivelati e rifiutati". I ricercatori del PIH hanno anche scoperto che le relazioni familiari complicate o la mancanza di sostegno da parte della famiglia possono far sembrare il mantenimento del trattamento una battaglia in salita per gli adolescenti. Tutto questo si aggiunge alle sfide che alcuni adolescenti affetti da HIV già affrontano, poiché l'epidemia di HIV colpisce in modo sproporzionato la comunità LGBTQ+. Wong ricorda di aver sentito un paziente transgender che esitava a partecipare alla ricerca per paura di essere rifiutato:

> "...HIV is highly stigmatized," says Dr. Molly Franke, co-author of the study, Harvard Medical School epidemiologist, and longtime collaborator with PIH in Peru. "So a lot of the adolescents haven't necessarily disclosed outside of their immediate family. In order to keep their diagnosis private, they may not take their medication when they are out with friends or with a boyfriend or girlfriend, out of fear of disclosure and rejection." PIH researchers also found that complicated family relationships or lack of familial support can make staying on treatment feel like an uphill battle for adolescents. [...] All of this overlays challenges that some adolescents living with HIV already face, as the HIV epidemic disproportionately impacts the LGBTQ+ community. Wong recalls hearing from a transgender patient who hesitated to participate in the research due to fears of rejection…"[55]

La stigmatizzazione dell'HIV ha diverse conseguenze, nello specifico una fonte riporta come le persone con HIV e AIDS hanno dovuto affrontare discriminazioni e molestie diffuse per quanto riguarda l'occupazione, l'alloggio e l'inclusione sociale:

> "...persons with HIV and AIDS faced widespread discrimination and harassment with respect to employment, housing, and social inclusion…"[56,57]

Un'altra fonte invece riporta come gli studi abbiano mostrato un'ampia variazione della salute mentale tra i peruviani che vivono con l'HIV (ad esempio, 7-49% dei campioni con sintomi depressivi; 40, 41, 42). Questi tassi elevati sottolineano l'importanza di identificare i determinanti dei problemi di salute mentale tra le PLWH peruviane. La fonte ha riscontrato che il coping maladattivo legato all'HIV media ampiamente la relazione tra lo stigma legato all'HIV vissuto e il disagio psicologico; lo stigma HIV-correlato vissuto era associato allo stigma HIV-correlato interiorizzato. Tuttavia, lo stigma interiorizzato legato all'HIV non è stato associato ai risultati della salute mentale.:

---

[55] Partners In Health. (2020, July 9). Research: Adolescents in Peru face barriers to HIV treatment adherence. Partners In Health. https://www.pih.org/article/research-adolescents-peru-face-barriers-hiv-treatment-adherence [accessed 27 June 2025]

[56] USDOS - US Department of State: 2023 Country Report on Human Rights Practices: Peru, 23 April 2024 https://www.ecoi.net/en/document/2107752.html [accessed 27 June 2025]

[57] Similmente si veda: USDOS - US Department of State: 2022 Country Report on Human Rights Practices: Peru, 20 March 2023 https://www.ecoi.net/en/document/2089223.html [accessed 27 June 2025]

> "...studies have shown wide variation in mental health among Peruvians living with HIV (e.g., 7–49% of samples with depressive symptoms; 40, 41, 42). These high rates underscore the importance of identifying determinants of mental health problems among Peruvian PLWH. [...] we found that HIV-related maladaptive coping largely mediated the relationship between experienced HIV-related stigma on psychological distress. [...] experienced HIV-related stigma was associated with internalized HIV-related stigma. [...] Yet, internalized HIV-related stigma was not associated with mental health outcomes…"[58]

Questo è in linea con il quadro normativo della discriminazione nell'ambito di assunzione lavorativa, in quanto una fonte riporta come la la legge vieti la discriminazione sul lavoro basata su razza, colore, sesso, religione, opinioni politiche, origine nazionale, cittadinanza, origine sociale, disabilità, età, lingua o status sociale. La legge non identifica specificamente la discriminazione basata sull'orientamento sessuale, sull'identità di genere, sullo stato di sieropositività o su altre malattie trasmissibili:

> "...The law prohibits employment discrimination based on race, color, sex, religion, political opinion, national origin, citizenship, social origin, disability, age, language, or social status. The law does not specifically identify discrimination based on sexual orientation, gender identity, HIV-positive status, or other communicable diseases…"[59]

°°°

2. Informazioni riguardo a fenomeni di stigmatizzazione nei confronti delle persone LGBTQIA+

In via generale, sebbene come sottolineato nell'ultimo report delle Nazioni Unite la situazione di discriminazione delle persone LGBTQIA+ risulta preoccupante e necessita di azione da diversi paesi internazionali[60], le fonti segnalano come non esistano leggi che criminalizzino la condotta sessuale consensuale tra adulti dello stesso sesso, il travestitismo e altri comportamenti legati a caratteristiche sessuali o di genere. Le organizzazioni della società civile hanno riferito che, occasionalmente, le norme a livello locale contro l'"indecenza" e il "bighellonaggio" hanno colpito in modo sproporzionato le persone LGBTQI+ e che gli abusi nell'applicazione delle leggi locali contro le persone che praticano sesso a scopo di lucro sono stati più frequenti nei confronti delle donne transgender:

---

[58] Molina, Y., Rinehart, R., Rao, D., Amico, K. R., Vázquez, E. A., Brandes, P., Correa, C., Pasalar, S., Lama, J. R., Duerr, A., & Asociación Civil Impacta Salud y Educación. (2019). Experienced HIV-related stigma, coping, and psychological distress among sexual and gender minorities in Peru: A longitudinal mediation analysis. AIDS and Behavior, 23(6), 1546–1556. https://doi.org/10.1007/s10461-018-2317-1 [accessed 27 June 2025]

[59] USDOS - US Department of State: Country Report on Human Rights Practices 2019 - Peru, 11 March 2020 https://www.ecoi.net/en/document/2027483.html [accessed 27 June 2025]

[60] HRC - UN Human Rights Council (formerly UN Commission on Human Rights): Report of the Working Group on the Universal Periodic Review; Peru [A/HRC/53/8], 5 April 2023 https://www.ecoi.net/en/file/local/2092615/G2303617.pdf [accessed 27 June 2025]

> "...Criminalization: There were no laws criminalizing consensual same-sex sexual conduct between adults, cross-dressing, and other sexual or gender characteristic-related behaviors. Civil society organizations reported that occasionally, local-level regulations against "indecency" and "loitering" disproportionally affected LGBTQI+ individuals, and abuse in the application of local laws against individuals in commercial sex was more prevalent against transgender women. Violence and Harassment: Harassment and abuse of transgender individuals, including by police and other authorities, was a serious problem. LGBTQI+ persons were particularly vulnerable to human trafficking and largely lacked access to comprehensive protective services.…"[61]

In accordo con la precedente fonte l'EUAA riporta come l'attività consensuale tra persone dello stesso sesso non è illegale o criminalizzata.408 Tuttavia, sono state segnalate discriminazioni ufficiali e sociali nei confronti delle persone LGBTI nei settori dell'occupazione, dell'alloggio, dell'istruzione, dell'assistenza sanitaria e delle forze dell'ordine.409 Ad esempio, secondo l'ONG di difesa delle persone LGBTI, Promsex, alle persone LGBTI è stato impedito di proseguire gli studi per motivi economici (69,3%), per discriminazione/violenza (15,4), per paura della discriminazione (7,7) o per motivi personali (7,57).410 La stessa fonte ha riferito che il 63,3% delle persone LGBTI intervistate ha avuto accesso ai servizi sanitari, mentre il 36,7% ha dichiarato di non averne.411 In Perù le coppie dello stesso sesso non possono sposarsi o contrarre un'unione civile.412 [Promsex ha riferito che nei casi di violenza e discriminazione contro le persone LGBTI di cui era a conoscenza, il 43,2% era di natura psicologica, il 34,8% fisica e il 22% sessuale; la maggior parte dei casi era legata alla famiglia (55,3%) o a persone sconosciute (38,6%). 6).414 La Procura ha pubblicato un rapporto sulle uccisioni di 84 persone LGBTI tra il 2012 e il 2021, rilevando che la maggior parte degli omicidi si è verificata a La Libertad, Lima e Lima-Norte e che la maggior parte di essi ha riguardato maschi omosessuali (59,2%) o donne transgender (37,5%). La maggior parte dei crimini non ha avuto un autore identificato, con conseguente alta probabilità di impunità.415 La Costituzione prevede ampie disposizioni contro la discriminazione e consente l'avvio di denunce per motivi legati all'orientamento sessuale e al genere; tuttavia, sono poche le leggi nazionali che prevedono tutele specifiche per questo gruppo.425 Secondo l'USDOS, "alcune regioni e municipalità, tra cui La Libertad, Loreto, Piura e San Martín, hanno regolamenti che vietano esplicitamente la discriminazione contro le persone LGBTQI+ e prevedono agevolazioni amministrative ma non accuse penali". 426 Le fonti hanno indicato una generale mancanza di statistiche ufficiali sulla situazione della violenza e della discriminazione nei confronti delle persone LGBTI.428 La Procura ha riferito nel 2022 di aver incorporato i dati sulla violenza e la discriminazione nei confronti delle persone LGBTI nel suo database statistico.429 [...] La Corte interamericana dei diritti umani ha emesso sentenze contro il Perù, anche in due casi distinti di vittime transgender che sono state discriminate (2023)430 e torturate dalla polizia (2020)431 rispettivamente nel 2004 e nel 2008. Le sentenze includevano anche ordini di risarcimento432 e di implementazione di guide per le persone LGBTI sui servizi e sulla formazione per i funzionari giudiziari e amministrativi.433 Altre misure devono ancora essere implementate.434 Il Perù ha riferito di aver offerto tali sessioni di formazione e diverse guide nel 2022.435 [...] Il rapporto annuale 2021 di Promsex sulla situazione delle persone LGBTI ha riferito che nel 94,9% dei casi di cui era a conoscenza, le vittime non hanno denunciato gli episodi di violenza, né hanno avuto accesso ai servizi dello Stato. Inoltre, il 17,5% degli intervistati che hanno denunciato ha subito discriminazioni durante l'accesso ai servizi dello Stato in caso di violenza.437:

---

[61] USDOS - US Department of State: 2023 Country Report on Human Rights Practices: Peru, 23 April 2024 https://www.ecoi.net/en/document/2107752.html [accessed 27 June 2025]

> "...Consensual same-sex activity is not illegal or criminalised.408 However, there were reports of official and society discrimination against LGBTI persons in areas of employment, housing, education, healthcare, and law enforcement.409 For example, according to LGBTI advocacy NGO, Promsex, LGBTI persons were prevented from pursuing education for economic reasons (69.3 percent), discrimination/violence (15.4), fear of discrimination (7.7), or for personal reasons (7.57).410 The same source reported that 63.3 percent of LGBTI persons surveyed had access to health services, while 36.7 percent indicated that they did not.411 Same-sex couples are not permitted to marry or enter a civil union in Peru.412 [...] Promsex reported that in the cases of violence and discrimination against LGBTI persons that it was aware of, 43.2 percent was psychological, 34.8 was physical, and 22 was sexual; the majority of cases being linked to family (55.3 percent) or unknown persons (38.6).414 The Public Prosecution Service published a report on the killings of 84 LGBTI people between 2012-2021; noting most killings occurred in La Libertad, Lima, and Lima-Norte and most being homosexual males (59.2 percent) or transgender women (37.5). Most crimes did not have an identified perpetrator, leading to high likelihood of impunity.415 [...] The Constitution provides broad provisions against discrimination and permits the launching of complaints due to reasons of sexual orientation and gender; there were few national laws providing protections however, specific to this group.425 According to USDOS, 'some regions and municipalities, including La Libertad, Loreto, Piura, and San Martín, had regulations that explicitly prohibit discrimination against LGBTQI+ persons and provide administrative relief but not criminal charges.' 426 [...] Sources indicated a general lack of official statistics on the situation of violence and discrimination against LGBTI people.428 The Public Prosecution Service reported in 2022 that it has incorporated data on violence and discrimination against LGBTI into its statistical Database.429 [...] The Inter-American Court on Human Rights ruled against Peru, including in two separate cases of transgender victims who were discriminated against (2023)430 and tortured by police (2020) 431 in 2004 and 2008 respectively. The rulings also included orders for reparations432 and orders to implement guides for LGBTI people on services and training for judicial and administrative officials.433 Other measures have yet to be implemented.434 Peru reported offering such training sessions and several guides in 2022.435 [...] Promsex' 2021 annual report on the situation of LGBTI persons reported that in 94.9 percent of the cases it was aware of, the victims did not report incidents of violence, nor did they access the services of the state. Furthermore, 17.5 percent of those surveyed who did report it experienced discrimination while accessing the services of the state in cases of violence.437…"[62]

Similmente altre fonti riportano la presenza di violenze e discriminazioni nei confronti delle persone LGBTQIA+. Nello specifico viene sottolineato come le molestie e gli abusi nei confronti delle persone transgender, anche da parte della polizia e di altre autorità, siano un problema serio. Le persone LGBTQI+ sono particolarmente vulnerabili alla tratta di esseri umani e non hanno accesso a servizi di protezione completi. [Discriminazione: La Costituzione prevedeva un ampio divieto di discriminazione e gli individui potevano presentare richieste legali di discriminazione basate sull'orientamento sessuale o sull'identità di genere. La legge non identificava specificamente la discriminazione basata sull'orientamento sessuale o sull'identità di genere, e la discriminazione sul lavoro si verificava. Poche leggi, tuttavia, menzionavano l'orientamento sessuale e l'identità di genere come categorie esplicite per la protezione dalla discriminazione, lasciando spazio a interpretazioni che trascuravano i diritti delle persone LGBTQI+. Alcune regioni e municipalità, tra cui La Libertad, Loreto, Piura e San Martín, avevano regolamenti che proibivano

[62] European Union Agency for Asylum. (2023, September). COI report: Peru – Country focus. https://euaa.europa.eu/publications/coi-report-peru-country-focus [accessed 27 June 2025]

esplicitamente la discriminazione contro le persone LGBTQI+ e prevedevano agevolazioni amministrative ma non accuse penali. La legge non riconosceva esplicitamente le coppie LGBTQI+ e le loro famiglie e non concedeva loro pari diritti. A Lima, le autorità per l'immigrazione hanno negato il permesso di soggiorno a un membro di una coppia omosessuale sposata all'estero che ha cercato di ottenere la residenza temporanea nel Paese, nonostante abbiano concesso la residenza all'altro membro della coppia e ai loro due figli. Funzionari governativi, rappresentanti di ONG, giornalisti e leader sociali hanno riferito di discriminazioni ufficiali e sociali nei confronti delle persone LGBTQI+ per quanto riguarda l'accesso equo e paritario all'occupazione, all'alloggio, all'istruzione, alla protezione da parte delle forze dell'ordine e all'assistenza sanitaria sulla base dell'orientamento sessuale e dell'identità di genere. I rappresentanti delle ONG hanno riferito che le autorità preposte all'applicazione della legge hanno ripetutamente omesso di proteggere e, a volte, ignorato i diritti dei cittadini LGBTQI+:

> "...Violence and Harassment: Harassment and abuse of transgender individuals, including by police and other authorities, was a serious problem. LGBTQI+ persons were particularly vulnerable to human trafficking and largely lacked access to comprehensive protective services. [...] Discrimination: The constitution included a broad prohibition against discrimination, and individuals could file legal claims of discrimination based on sexual orientation or gender identity. The law did not specifically identify discrimination based on sexual orientation or gender identity, and employment discrimination occurred. Few laws, however, mentioned sexual orientation and gender identity as explicit categories for protection from discrimination, which left room for interpretation that overlooked rights for LGBTQI+ persons. Some regions and municipalities, including La Libertad, Loreto, Piura, and San Martín, had regulations that explicitly prohibited discrimination against LGBTQI+ persons and provided administrative relief but not criminal charges. The law did not explicitly recognize LGBTQI+ couples and their families and did not grant them equal rights. In Lima, immigration authorities denied a residence permit to one member of a same-sex couple married abroad who sought temporary residence in the country, despite granting residency to the other member of the couple and their two children. Government officials, NGO representatives, journalists, and social leaders reported official and societal discrimination against LGBTQI+ persons in fair and equal access to employment, housing, education, law enforcement protection, and health care based on sexual orientation and gender identity. NGO representatives reported law enforcement authorities repeatedly failed to protect and, on occasion, disregarded the rights of LGBTQI+ citizens…"[63]

Rispetto alla disponibilità di un riconoscimento legale del genere, una fonte riporta come la legge prevedeva che le persone transgender avessero il diritto di aggiornare i loro documenti di identità nazionale per riflettere la loro identità di genere, ma richiedeva un lungo e costoso processo di contestazione legale con risultati imprevedibili. Le persone transgender, quindi, spesso non disponevano di carte d'identità nazionali accurate, il che limitava il loro accesso ai servizi governativi. Esperti e attivisti ritengono che questo sia un ostacolo importante per l'applicazione dei diritti delle persone transgender. Le persone intersessuali e non binarie non avevano un riconoscimento ufficiale del genere. Pratiche mediche o psicologiche involontarie o coercitive: Le persone LGBTQI+ hanno riferito di casi in cui sono state convinte o costrette a sottoporsi a trattamenti di "terapia di conversione" per cambiare il loro orientamento sessuale o la loro identità di genere a causa di "ambienti familiari ostili". Non sono stati segnalati interventi chirurgici non

[63] USDOS - US Department of State: 2023 Country Report on Human Rights Practices: Peru, 23 April 2024 https://www.ecoi.net/en/document/2107752.html [accessed 27 June 2025]

necessari o irreversibili su bambini o adulti non consenzienti. Restrizioni alla libertà di espressione, associazione o riunione pacifica: Non ci sono leggi che limitano la libertà di espressione, associazione o assemblea pacifica delle persone LGBTQI+ o dei sostenitori LGBTQI+.

> "...Availability of Legal Gender Recognition: The law provided transgender persons the right to update their national identity documents to reflect their gender identity, but it required a long, expensive legal challenge process with unpredictable results. Transgender persons, therefore, often did not have accurate national identification cards, which limited their access to government services. Experts and activists considered this a major obstacle for the enforcement of transgender persons' rights. Intersex and nonbinary persons lacked official gender recognition. Involuntary or Coercive Medical or Psychological Practices: LGBTQI+ persons reported instances in which they were persuaded or forced to seek "conversion therapy" treatments to change their sexual orientation or gender identity due to "hostile family environments." There were no reports of medically unnecessary or irreversible surgeries performed on children or nonconsenting adult persons. Restrictions of Freedom of Expression, Association, or Peaceful Assembly: There were no laws restricting freedom of expression, association, or peaceful assembly of LGBTQI+ persons or LGBTQI+ advocates…"[64]

Similmente le fonti riportano come in Perù diritti delle persone LGBTI non siano rispettati e il Congresso non è riuscito ad approvare una legge sul riconoscimento legale del genere e sull'uguaglianza matrimoniale. Un decreto del Ministero della Salute ha dichiarato la "transessualità" un "disturbo mentale", in contrasto con le linee guida dell'OMS. A seguito di reclami, il Ministero ha chiarito che in pratica le persone transessuali non dovrebbero essere trattate come affette da disturbi mentali, ma il decreto è rimasto in vigore. Le organizzazioni della società civile hanno criticato una proposta di legge sulle unioni civili per le coppie omosessuali avanzata al Congresso, in quanto considerata discriminatoria, incentrata sulla protezione del patrimonio e non comprendente tutti i diritti delle coppie omosessuali, come l'ottenimento della nazionalità o della residenza:

> "...The rights of LGBTI people continued to be disregarded and Congress failed to pass a law on legal gender recognition and marriage equality. A decree by the Ministry of Health declared "transsexuality" a "mental disorder", contrary to WHO guidelines. Following complaints, the ministry clarified that in practice transgender people should not be treated as having mental disorders, but the decree remained in place. Civil society organizations criticized a civil union bill for same-sex couples that advanced in Congress, as it was considered discriminatory, focused on the protection of patrimony and did not include all rights of same-sex couples, such as obtaining nationality or residence…"[65]

Questo è in linea con quanto documentato dal Human Rights Watch che riporta come a maggio 2024, l'amministrazione del presidente Boluarte ha pubblicato un decreto presidenziale che classifica le identità trans come condizioni di salute mentale nel Piano di assicurazione sanitaria

---

[64] USDOS - US Department of State: 2023 Country Report on Human Rights Practices: Peru, 23 April 2024 https://www.ecoi.net/en/document/2107752.html [accessed 27 June 2025]

[65] Amnesty International: The State of the World's Human Rights; Peru 2024, 29 April 2025 https://www.ecoi.net/en/document/2124658.html [accessed 27 June 2025]

essenziale del Paese[66]. Dopo le forti critiche delle organizzazioni per i diritti umani, il ministero della Salute ha sospeso l'attuazione del decreto. Il Perù non consente il matrimonio tra persone dello stesso sesso né il riconoscimento legale del genere per le persone transgender e non dispone di una legislazione completa contro la discriminazione LGBT:

> "...In May, President Boluarte's administration published a presidential decree classifying trans identities as mental health conditions in the country's Essential Health Insurance Plan. After vociferous criticism from human rights organizations, the health ministry suspended the implementation of the decree. Peru does not allow same-sex marriage or legal gender recognition for transgender people, and lacks comprehensive anti-LGBT discrimination legislation…"[67]

Le fonti riportano che le discriminazioni sono presenti anche in ambito sanitario, infatti una fonte riporta come le persone anziane LGBTQ+ subiscano discriminazioni anche in ambito sanitario. Riferiscono di essere state pubblicamente scambiate di nome dal personale sanitario, violando la loro privacy e creando rischi di protezione, oltre a dover affrontare la presunzione che qualsiasi condizione di salute da loro segnalata sia legata all'HIV/AIDS, anche quando non sono sieropositive. Sebbene le donne trans abbiano il diritto di accedere alla terapia ormonale, questo diritto si applica solo entro una certa fascia di età, il che significa che le donne trans più anziane non hanno gli stessi:

> "...Older LGBTQ+ persons also experience discrimination in healthcare settings. They report being publicly misgendered by health staff which violates their privacy and creates protection risks, as well as facing presumptions that any health conditions they raise are related to HIV/AIDS, even when they are not HIV-positive. While trans women have the right to access hormone therapy, this right only applies within a certain age range, meaning older trans women do not have the same rights…"[68]

---

[66] Per più informazioni si veda: Human Rights Watch. (2024, June 27). Peru walks back anti-trans guidance in health system. https://www.hrw.org/news/2024/06/27/peru-walks-back-anti-trans-guidance-health-system [accessed 27 June 2025]

[67] HRW - Human Rights Watch: World Report 2025 - Peru, 16 January 2025 https://www.ecoi.net/en/document/2120108.html [accessed 27 June 2025]

[68] OHCHR - UN Office of the High Commissioner for Human Rights: Preliminary findings and recommendations from the United Nations Independent Expert on the enjoyment of all human rights by older persons, Dr Claudia Mahler, at the end of her official visit to Peru, 22 March 2024 https://www.ecoi.net/en/file/local/2107327/20240322-eom-peru-ie-older-persons-en.docx [accessed 27 June 2025]

Bibliografia

Alva, I. E., Orellana, E. R., Sanchez, J. H., Villayzán Aguilar, C., Pérez-Brumer, A. G., Salazar, X., Lama, J. R., & Clark, J. L. (2021). HIV-related stigma and uptake of antiretroviral treatment among incarcerated individuals living with HIV in Peru: A qualitative study. PLoS ONE, 16(10), e0258123. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258123 [accessed 27 June 2025]

Amnistía Internacional. (2024, 29 de octubre). Perú: Derecho a la salud, privilegio de pocos (Índice AMR 46/8603/2024). https://www.amnesty.org/es/documents/amr46/8603/2024/es/ [accessed 27 June 2025]

Amnistía Internacional. (2023, 25 de mayo). Racismo letal: Ejecuciones extrajudiciales y uso ilegítimo de la fuerza por los cuerpos de seguridad del Perú (Índice AMR 46/6761/2023). https://www.amnesty.org/es/documents/amr46/6761/2023/es/ [accessed 27 June 2025]

Amnesty International: The State of the World's Human Rights; Peru 2024, 29 April 2025 https://www.ecoi.net/en/document/2124658.html [accessed 27 June 2025]

ARBI - Adolescentes Reporteros Bilingües - Cusco, Activemos por la igualdad - Lima, Adolescentes CNY - Ucayali, et al., published by CRC: Our Voices 2024; Alternative Report; Children and Adolescents Report on Progress and Challenges in the Fulfillment of their Human Rights in Peru, July 2024 https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/DownloadDraft.aspx?key=jU3AFfJszwQdQRE8AVdYP2HHkzIy7oRLDX31ZiK0U9NnWV9jtILT8IcPW6FWwcNlyq+kGC+oZjF4S/8nNKEo6A== [accessed 27 June 2025]

Bayer, A. M., Pino, A., Manrique, I., Davila, A., Galvez, G., Romero, Y., & Paz-Soldán, V. A. (2023). Understanding transgender women's HIV risk and engagement in care in Lima, Peru: A qualitative study. BMC Public Health, 23, Article 1501. https://doi.org/10.1186/s12889-023-15362-y [accessed 27 June 2025]

Centers for Disease Control and Prevention. (2023, September 25). Peru. CDC. https://www.cdc.gov/global-hiv-tb/php/where-we-work/peru.html [accessed 27 June 2025]

Colegio Médico del Perú. (2025). Médicos especialistas del CMP. https://www.cmp.org.pe/medicos-especialistas-del-cmp/ [accessed 27 June 2025]

Davies, Lowri 2022. "Advancing a Human Rights-Based Approach to Access to Medicines: Lessons Learned from the Constitutional Court of Peru". Health and Human Rights Journal, vol. 24, no. 1. https://www.hhrjournal.org/2022/04/04/advancing-a-human-rights-based-approach-to-access-to-medicines-lessons-learned-from-the-constitutional-court-of-peru/ [accessed 27 June 2025]

Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID). (s.f.). Consulta de productos farmacéuticos autorizados. Ministerio de Salud del Perú. https://opm-digemid.minsa.gob.pe/#/consulta-producto [accessed 27 June 2025]

European Union Agency for Asylum. (2023, October). Country of origin information report: Peru – Country focus. https://euaa.europa.eu/sites/default/files/publications/2023-10/2023_10_EUAA_COI_Report_Peru_Country_Focus_0.pdf [accessed 27 June 2025]

Government of Peru (author), CRC (ed. or publisher): Combined sixth and seventh periodic reports submitted by Peru under article 44 of the Convention, due in 2023 [21 March 2024] [CRC/C/PER/6-7], 23 May 2024 https://www.ecoi.net/en/file/local/2113091/G2408398.pdf [accessed 27 June 2025]

Hashemi, G., Wickenden, M., Bright, T., & Kuper, H. (2022). Barriers to accessing primary healthcare services for people with disabilities in low and middle-income countries, a Meta-synthesis of qualitative studies. Disability and Rehabilitation, 44(8), 1207-1220. [Accessed on 23/10/2023]

HRC - UN Human Rights Council (formerly UN Commission on Human Rights): Report of the Working Group on the Universal Periodic Review; Peru [A/HRC/53/8], 5 April 2023 https://www.ecoi.net/en/file/local/2092615/G2303617.pdf [accessed 27 June 2025]

Hernández-Vásquez A, Rojas-Roque C, Vargas-Fernández R, Rosselli D. Measuring Out-of-pocket Payment, Catastrophic Health Expenditure and the Related Socioeconomic Inequality in Peru: A Comparison Between 2008 and 2017. J Prev Med Public Health. 2020 Jul;53(4):266-274. doi: 10.3961/jpmph.20.035. Epub 2020 Jun 10. PMID: 32752596; PMCID: PMC7411247. [Accessed on 27/06/2025]

HRW - Human Rights Watch: World Report 2025 - Peru, 16 January 2025 https://www.ecoi.net/en/document/2120108.html [accessed 27 June 2025]

Human Rights Watch. (2024, June 27). Peru walks back anti-trans guidance in health system. https://www.hrw.org/news/2024/06/27/peru-walks-back-anti-trans-guidance-health-system [accessed 27 June 2025]

Ministerio de Salud. (2020, 10 de diciembre). Resolución Ministerial N° 1024-2020/MINSA: Aprueba la Norma Técnica de Salud N° 169-MINSA/2020/DGIESP, “Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)” [Resolución Ministerial]. El Peruano. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1482085/Resoluci%C3%B3n%20Ministerial%20N%C2%B01024-2020-MINSA.PDF?v=1607780767 [accessed 27 June 2025]

Molina, Y., Rinehart, R., Rao, D., Amico, R., Ruiz, E., Brandes, P., Correa, C., Pasalar, S., Lama, J., Duerr, A., & Asociación Civil Impacta Salud y Educación. (2019). Experienced HIV-related stigma, coping, and psychological distress among sexual and gender minorities in Peru: A longitudinal mediation analysis [Studi condotti su una coorte peruviana]. AIDS and Behavior. PMCID 6408311, PMID 30506474. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6408311/ [accessed 27 June 2025]

Moscoso-Porras, M., Fuhs, A. K., & Carbone, A. (2019). Access barriers to medical facilities for people with physical disabilities: the case of Peru. Cadernos de Saúde Pública, 35, e00050417. https://www.scielo.br/j/csp/a/V6h9qYpMnF7JRHYD6GVzf4s/ [accessed 27 June 2025]

OHCHR - UN Office of the High Commissioner for Human Rights: Preliminary findings and recommendations from the United Nations Independent Expert on the enjoyment of all human rights by older persons, Dr Claudia Mahler, at the end of her official visit to Peru, 22 March 2024 https://www.ecoi.net/en/file/local/2107327/20240322-eom-peru-ie-older-persons-en.docx [accessed 27 June 2025]

Partners In Health. (2020, July 9). Research: Adolescents in Peru face barriers to HIV treatment adherence. Partners In Health. https://www.pih.org/article/research-adolescents-peru-face-barriers-hiv-treatment-adherence [accessed 27 June 2025]

Petrera Pavone M, Jiménez Sánchez E. (2018) Determinantes del gasto de bolsillo en salud de la población pobre atendida en servicios de salud púbicos en Perú, 2010-2014. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e20. https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.20 [Accessed on 27/06/2025]

Pharos Global Health Advisors. (2020, junio). Plan de acción para la sostenibilidad del VIH y TB, fase VF, junio 2020 [Informe técnico]. Pharos Global Health Advisors. https://pharosglobalhealth.com/wp-content/uploads/2020/09/PLAN-DE-ACCION-PARA-LA-SOSTENIBILIDAD-DEL-V-IH-Y-TB-VF-Junio.pdf [accessed 27 June 2025]

Presidencia del Consejo de Ministros. (2024, 1 de febrero). Decreto Supremo Nº 012-2024-PCM: Decreto

Supremo que declara el estado de emergencia en varios distritos por intensas precipitaciones pluviales [Decreto Supremo]. El Peruano.

https://www.congreso.gob.pe/Docs/comisiones2024/Constitucion/files/ds012-2024.pdf [accessed 27 June 2025]

Sáenz-Castro, E., Huanca-Mamani, W., Quispe-Gutiérrez, R., & Ballón-Landaeta, P. (2024). Adherence to antiretroviral therapy among HIV patients at a hospital in southern Peru: Prevalence and associated factors. EClinicalMedicine, 61, 101_123. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.101123 [accessed 27 June 2025]

Salazar, X., Núñez-Curto, A., Villayzán Aguilar, C., Cáceres, C. F., & Rodríguez-Madero, A. (2018). Stigma and discrimination related to sexual orientation and gender identity in health care settings: Perspectives of health professionals in Lima, Peru. Global Public Health, 13(10), 1502–1514. https://doi.org/10.1080/17441692.2017.1372354 [accessed 27 June 2025]

UNAIDS. (2023). Peru. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/peru [accessed 27 June 2025]

UNAIDS. (2025, March 11). Impact of US funding freeze on HIV programmes in Peru [Press release]. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2025/march/20250311_Peru_fs [Accessed on 27/06/2025]

USDOS - US Department of State: 2023 Country Report on Human Rights Practices: Peru, 23 April 2024 https://www.ecoi.net/en/document/2107752.html [accessed 27 June 2025]

USDOS - US Department of State: 2022 Country Report on Human Rights Practices: Peru, 20 March 2023 https://www.ecoi.net/en/document/2089223.html [accessed 27 June 2025]

WHO - World Health Organization: Health in the Americas; Peru - Country Profile, 2 September 2024 https://www.ecoi.net/en/document/2121841.html [accessed 27 June 2025]