

**CONAMUSA
MINISTERIO DE SALUD
ONUSIDA
PROYECTO VIGIA**

**PLAN ESTRATÉGICO MULTISECTORIAL 2007-2011
PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ITS Y VIH / SIDA
EN EL PERÚ**

Julio 2006

PRESENTACIÓN

El presente documento es fruto de un proceso amplio de planeamiento compartido y de involucramiento de diversos actores y sectores de la sociedad peruana, y evidencia la comprensión que un tema como las ITS y el VIH/SIDA es mucho más allá de un problema de salud y por tanto puede y debe ser enfrentado de manera multisectorial por el conjunto de las fuerzas del país.

Este proceso participativo ha implicado múltiples etapas. Se inició con una Reunión Técnica Consultiva con expertos desarrollada el 11 de abril del 2006, en la que se hicieron las recomendaciones que constituyeron la base técnica para la propuesta del Plan Estratégico Multisectorial (PEM), y se definieron las intervenciones más eficaces para la prevención y control de ITS y - VIH/SIDA acordes con el tipo de epidemia en el Perú. Un segundo momento ha sido un Taller de Planeamiento conjunto con actores, realizado el 4 y 5 de mayo que ha definido los problemas principales a resolver, los objetivos y las líneas estratégicas a considerar, y a partir del cual se ha elaborado un primer borrador del Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011, el cual se busca someter a una amplia consulta y discusión en el Foro Nacional. La discusión y aportes generados enriquecerán la propuesta inicial del Plan y servirán de insumos para la preparación de la versión final del Plan Estratégico Multisectorial (PEM). Finalmente se buscará darle viabilidad al PEM a través de un proceso de transferencia de la propuesta al nuevo Gobierno electo y la inclusión de los recursos en el Presupuesto 2007.

El trabajo se ha realizado en un marco de respeto y búsqueda de consensos permanentes entre todas las personas e instituciones involucradas en la problemática de las ITS y el VIH/SIDA.

Asimismo, este Plan recoge y utiliza la información recopilada y reportada en diversos documentos previos de análisis y evaluación realizados a nivel del país, realizado muchos de ellos al igual a través de procesos participativos y de consulta. Particularmente el Informe de Evaluación del Plan Estratégico del MINSA, 2001 – 2004, los Informes de Monitoreo y Evaluación de la implementación del compromiso del UNGASS por el Perú realizados tanto por ONUSIDA como por Via Libre (perspectiva de la sociedad civil) y el Informe sobre el Plan para el Acceso Universal.

Dicha planificación deberá guiar las acciones contra el VIH/SIDA en el Perú entre los años 2007 y 2011, tanto del sector gubernamental, como del sector no gubernamental y de la cooperación internacional

1. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial el SIDA es un problema de salud pública de la mayor importancia y uno de los desafíos más grandes para la vida y la dignidad de los seres humanos, situación a la cual no está ajeno nuestro país. Afecta a todas las personas, sin distinción de su condición económica, edad, sexo o raza, observándose además que los habitantes de los países en desarrollo son los más afectados y que las mujeres, los jóvenes y los niños, en particular las niñas, son muy vulnerables.

El Ministerio de Salud en el Perú ha reportado, según datos oficiales de la OGE-MINSA, 18059 casos de SIDA y 24449 casos de VIH notificados al 31/01/2006¹. Existen 7.000 PVVS que necesitan tratamiento de las cuales aproximadamente 6.298 (89,97%) ya recibe tratamiento Antiretroviral de gran actividad (TARGA) al mes de noviembre de 2005²; con el apoyo técnico financiero del Proyecto Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú financiado por el Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria.

De acuerdo la información sobre la magnitud y distribución de la epidemia por VIH/SIDA en el Perú, disponible a través de estudios de seroprevalencia que se realizan en determinados grupos poblacionales, y siguiendo la clasificación del estado de la epidemia propuesta por el Banco Mundial en 1997, y por la información con la que se cuenta es claro que en el Perú presenta una epidemia **concentrada**; es decir que la prevalencia de la infección por VIH en grupos con comportamientos de alto riesgo como en hombres que tienen sexo con hombres, pacientes con infecciones de transmisión sexual (ITS), es mayor del 5%, pero es menor del 1% en mujeres que se hacen el examen en su control prenatal, población considerada con conductas de bajo riesgo y que por lo tanto representan a la población general.

La importancia de reconocer el estadio de la epidemia en que se encuentra un país, radica en que hay ciertas recomendaciones de prevención y control que son mundialmente reconocidas como costo-efectivas que permitirían controlar la progresión de la epidemia y eventualmente reducirla.

Considerando que el 08 de septiembre del año 2000 en la Cumbre del Milenio, llevado a cabo en el marco de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 189 representantes de los estados, entre ellos los representantes de los países de la Subregión Andina (dentro de ellos el Perú), firmaron la Declaración del Milenio. El compromiso es alcanzar una serie de metas cuantificables, que pretenden ser una agenda integral para el desarrollo hacia el año 2015. Dentro de los ocho Objetivos establecidos, se cuenta el “Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades”; con la meta 7: haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA.

La Declaración de Compromiso que se aprobó en el Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH / SIDA que se llevó a cabo en junio del 2001 en Nueva York (UNGASS)³, puede marcar un antes y un después en la historia de la epidemia del VIH / SIDA, siendo lo más importante el seguimiento del

¹ Ministerio de Salud. OGE. Boletín Epidemiológico. Febrero 2006. Casos de SIDA según año de Diagnóstico. Perú, 1983 - 2005

² Ministerio de salud. Perú. Informe de la ESN PCITS/VIH/SIDA.

³ ONU. Asamblea General. Vigésimo sexto período extraordinario de sesiones. Resolución aprobada por la Asamblea General. Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA. 27 de junio de 2001.

cumplimiento de las metas trazadas en aquel Compromiso. Cabe recalcar que esta Declaración de Compromiso es muy amplia en la lucha contra la epidemia del VIH/SIDA y no solamente lo referente a tratamiento antirretroviral, pues abarca varias áreas como: liderazgo, prevención, atención apoyo, tratamiento y derechos humanos.

Es necesario reconocer que en los últimos años a pesar de existir una serie estrategias e intervenciones de comprobada eficiencia para la prevención de la transmisión del VIH, el número de casos de infección por VIH ha seguido incrementándose en el mundo. Existen diversas hipótesis para ello: la falta de comprensión para enfrentar la epidemia más allá del sector salud; la “negación o minimización” de la epidemia; el pobre o nulo acceso a los métodos de prevención como el condón; pobres coberturas de las intervenciones, las creencias o patrones culturales (tabúes y mitos) de nuestra población; el pobre efecto de las campañas educativas, independiente de su baja cobertura y asociado al patrón socio-psicológico de invulnerabilidad de los adolescentes y jóvenes⁴.

En el Perú se formuló un Plan Estratégico 2001 – 2004 para la Prevención y Control del VIH / SIDA en el Perú. Sin embargo este Plan, (1) no fue aprobado formalmente por la alta Dirección del Ministerio de Salud; (2) fue una adaptación del Plan CONTRASIDA sin participación de los actores sociales ni real multisectorialidad y (3) no tomó en cuenta muchas de las evidencias disponibles en el país al momento de su formulación referidas a la cultura y comportamientos sexuales en contextos sociales diversos⁵.

Todo este proceso se dio en el contexto de la desestructuración del Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETSS), obedeciendo a reformas parciales del modelo de atención, y la temporal influencia de políticas públicas, ejecutadas sobre todo entre el 2001 y 2003, que no impactaron positivamente sobre la formulación del Plan y los resultados alcanzados en el periodo. Por otro lado la consecuencia principal de la ausencia de aprobación formal del Plan fue que no se asignara el presupuesto necesario para su implementación.

En la actualidad, no existe ningún plan que rija estas mismas actividades, en un momento en el cual el país se encuentra en medio de la implementación del Programa de VIH/SIDA financiado por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. El Mecanismo de Coordinación de País que vigila que el componente de VIH financiado por el Fondo Mundial mantenga su concordancia con la propuesta original se denomina Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud o CONAMUSA.

Aunque dicho programa es integral y amplio, el mismo no da cuenta de toda la respuesta nacional ante el VIH/SIDA. Como resultado de esto, la respuesta ante el VIH/SIDA en el Perú está desarticulada entre los diferentes sectores. Con el fin de contar con una programación que guíe la implementación de programas y proyectos relacionados a VIH/SIDA en todo el país, de acuerdo con el principio de los “tres unos” esbozado por la cooperación internacional y aceptado por el CONAMUSA y el Ministerio de Salud, se ha realizado con cargo a los Fondos de Aceleración de Programas (PAF) un proceso participativo de Planificación Estratégica Multisectorial de

⁴ Kusunoki, L. y col. Informe sobre el seguimiento de la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA. 2005

⁵ ONUSIDA-MINSA-Policy. Evaluación del Plan Estratégico del MINSA, 2001 – 2004 para la Prevención y Control del VIH / SIDA en el Perú. Informe Final.

SIDA. Dicha planificación deberá guiar las acciones contra el VIH/SIDA en el Perú entre los años 2007 y 2011, tanto del sector gubernamental, como del sector no gubernamental y de la cooperación internacional.

2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

Contexto nacional

Desde el punto de vista socio demográfico, y considerando los datos reportados en el Censo 2005, el Perú tiene alrededor de 26,7 millones de habitantes, con un crecimiento poblacional estimado de 1,7 % para ese mismo año. La población urbana es del 73,9 %; la tasa de mortalidad infantil para el año 2005 se encuentra en 26 por 1000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad materna está en 185 x 100.000 NV⁶. La desnutrición crónica esta alrededor del 25%.

El Perú es un país con una diversidad étnica y con una población pluricultural, y multilingüe. De la población total del país, el 54.1 % se encuentra bajo la línea de pobreza, con ingresos inferiores a los requeridos para satisfacer sus necesidades básicas; un 20% de la población, no puede satisfacer sus requerimientos alimentarios básicos⁶, es decir están en el rango de extrema pobreza⁷.

En el país la proporción de población con inapropiadas condiciones básicas de vida es alta en departamentos de zonas rurales, al igual como en las zonas de fronteras. El grado de desempleo alcanzó el 10.2% en el 2000 y el subempleo llegó hasta el 50.8%. A pesar que la proporción de la población en pobreza descendió de 57.4 a 50.7% entre 1991 y 1997, ésta subió nuevamente a 54.1% en el 2004.

Las políticas que se proponen disminuir la pobreza únicamente en términos absolutos pueden ser limitadas para una sociedad en la que existen procesos paralelos de exclusión, estigma y discriminación entre grupos, entre los cuales se encuentran aquellos implicados muy fuertemente en la epidemia del VIH/SIDA. Estos factores muchas veces, contribuyen a perpetuar en estos grupos poblacionales muchas de las condiciones de exclusión social que probablemente favorecieron la adquisición de la infección. La reducción de la pobreza puede entenderse como un incremento de los ingresos monetarios de las personas o como un mayor acceso de éstas a educación, salud, protección social y otros servicios sociales, para así hacer cumplir sus derechos y aumentar sus capacidades.

A pesar que se ha alcanzado una importante mejora en algunos indicadores de salud del país, sin embargo, las grandes diferencias que enmascaran los promedios nacionales ocultan las inequidades existentes en la salud. La mayor o menor probabilidad de enfermar o morir, está en función de factores como el estrato socioeconómico, la condición de ruralismo, el género y el nivel educativo en que se encuentren las personas y las comunidades.

Situación del Sistema Nacional de Salud

⁶ ENDES 2004

Actualmente en el país, subsisten importantes barreras al acceso de la población a los servicios de salud. Aproximadamente un 20% de la población del país tiene posibilidades de acceder a los servicios del seguro social (EsSALUD), sólo el 12% accede a los servicios privados y 3% es atendido por la Sanidad de las Fuerzas Armadas (FFAA) y de la Policía Nacional del Perú (PNP). El otro 65% depende de los servicios públicos de salud, aunque se estima que entre un 20 a 25% del total no tiene posibilidades de acceder a ningún tipo de servicio de salud. Entre las barreras que impiden o limitan dicho acceso se encuentran las económicas, geográficas, culturales y las relacionadas a los prestadores y servicios de Salud.

El Seguro Integral de Salud (SIS), dentro del MINSA, administra los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud individual, de conformidad con la Política del Sector; garantiza estas prestaciones de salud a la población vulnerable en situación de pobreza extrema y pobreza, dentro de la Política de Aseguramiento Universal. Contribuye a la protección de los peruanos no asegurados, mediante un seguro integral de salud no contributivo. Tiene diferentes planes de atención según edad, Plan A, B, C, D y E encontrándose en los dos primeros explícitamente la “atención del niño nacido con VIH/SIDA”:⁷

Considerando que un 20% de la población total cuenta con la cobertura de EsSALUD, un porcentaje significativo del total de las PVVS que necesitan TARGA, estaría cubierta por ESSALUD. La restricción al respecto se da en la medida que la enfermedad dificulta la continuidad laboral de las personas PVVS con las consecuencias de desprotección que esto acarrea.

La segmentación de los prestadores de servicios que impide articular eficazmente las acciones de salud es causa de duplicidades e ineficiencia y dificulta el rol rector del MINSA. En general, hay una gran desarticulación y duplicidad de funciones entre diversos órganos estatales, no existiendo suficientes instancias de coordinación y planeamiento intersectorial.

Los Sub-sectores Ministerio de Salud, Sanidad de las FFAA y PNP, Essalud y el sector privado (de lucro y social) han sido en gran medida compartimentos estancos y existe una gran desproporción entre los recursos y las responsabilidades que tienen los diferentes sub-sectores.

El gasto público en salud en la década pasada cambió de US\$ 152 millones en 1990 a US\$ 203 millones en 1992, US\$ 421 en 1995 y US\$ 502 millones en 1998, reduciéndose a US\$ 427 millones en 1999.

De acuerdo con el estudio realizado por la firma Macroconsult para el Ministerio de Salud en 1997, el 13% del gasto corriente se destinaba a las unidades administrativas, el 54% a los hospitales (que sólo atienden el 30% de la demanda) y el 33% a los centros y puestos de salud (que atienden el 70% de la demanda cotidiana). De la misma manera, todos los estudios desde 1996 demuestran que el gasto público en salud no se concentra en los departamentos con mayores necesidades ni en los grupos más pobres de la población.

⁷ SIS. Planes de atención

La distribución del subsidio público por cuartiles revela que el cuartil 1 (el más pobre) recibe el 20.2% del subsidio, el cuartil 2 el 31.6%, el cuartil 3 el 26.6% y el cuartil 4 (el más rico) recibe el 21.6%.

Las brechas de financiamiento de salud siguen siendo grandes. El PBI para salud es deficitario en comparación con otros países latinoamericanos aún con menores recursos que Perú. El déficit estimado para 1997 está entre 1.4 y 3.2% del PBI. Por otro lado, el financiamiento en salud sigue siendo muy inequitativo, pues del total sólo el 25% es cubierto por el Estado, el 33.5% por los empleadores y un 36.9% es cubierto directamente por los hogares⁸.

El gasto per cápita en salud para 1997 era equivalente a 90 dólares que es aproximadamente la mitad del gasto en Latinoamérica (Banco Mundial 1999)

Situación, magnitud y evolución de la epidemia de VIH/SIDA en el Perú

La situación del VIH/SIDA en el Perú, es lo que el Banco Mundial ha catalogado como **epidemia concentrada**. Esto implica que la infección por VIH se encuentra mayoritariamente en “algún o algunos grupos” teniendo en estos, prevalencias mayores al 5%. También implica que las gestantes presentan prevalencias menores al 1%. Estos grupos de mayor prevalencia son (como sucede en el Perú) los grupos de Hombres que tienen sexo con otros Hombres (HSH). Esto implica, además, que la forma de transmisión del VIH en países con epidemias concentradas, como el Perú, es casi exclusivamente sexual. Para ilustrar esto, las prevalencias de VIH obtenidas por la vigilancia centinela 2002 se estimaban en HSH en 13.7% y en, mujeres embarazadas en 0.21%.

El primer caso de SIDA en el Perú se ha reportado en el año 1983, y según datos oficiales de la OGE– MINSA, se tiene 18059 casos de SIDA y 24449 casos de VIH notificados al 31/01/2006. La mayoría de los casos proceden de las ciudades y departamentos con mayor concentración urbana de la costa y de la selva (Lima-Callao, Loreto, Lambayeque, La Libertad, Ucayali, Arequipa, Junín, Piura, Ancash) y su diseminación correlacionaba con la mayor densidad poblacional y los flujos migratorios: Lima y Callao contienen el 73% de los casos registrados⁹.

⁸ OPS. Proyecciones de Financiamiento de la Atención de Salud: Perú 2002-2006.

⁹ OGE-MINSA. Boletín Epidemiológico Enero 2006.

Gráfico 1: Casos de SIDA notificados por departamento, Perú, 1983 – 2006.

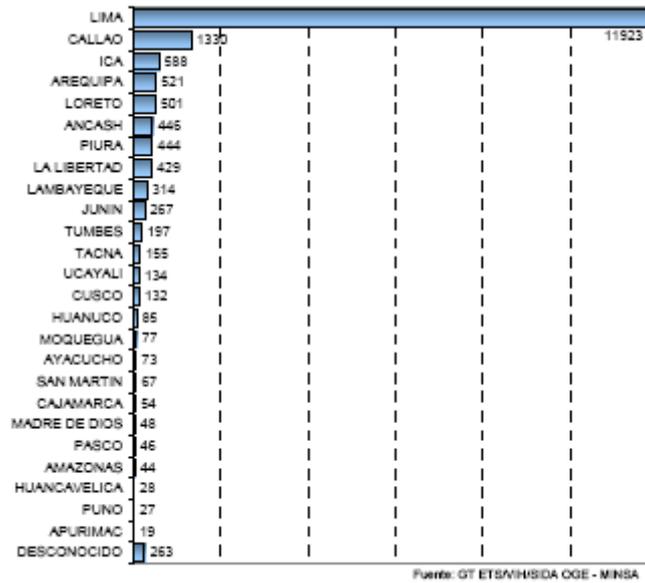
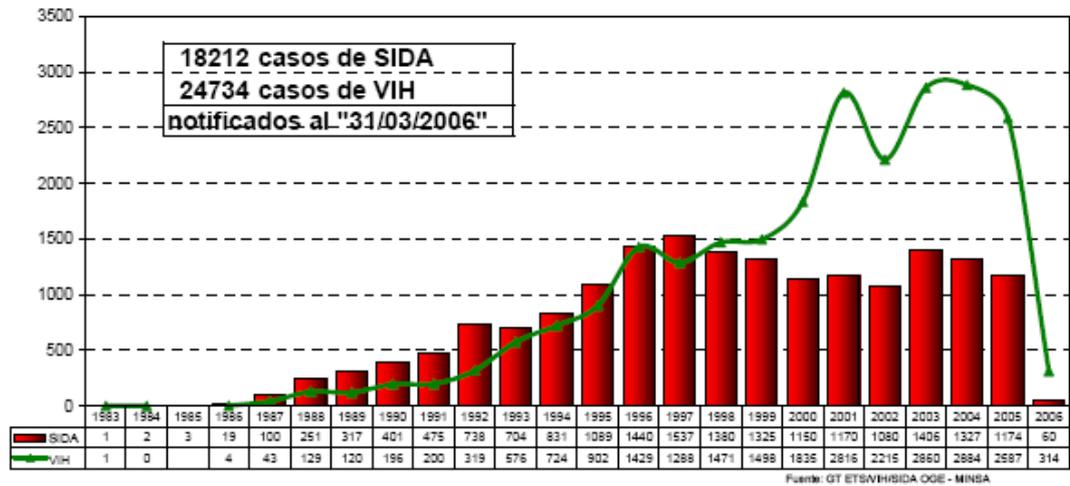
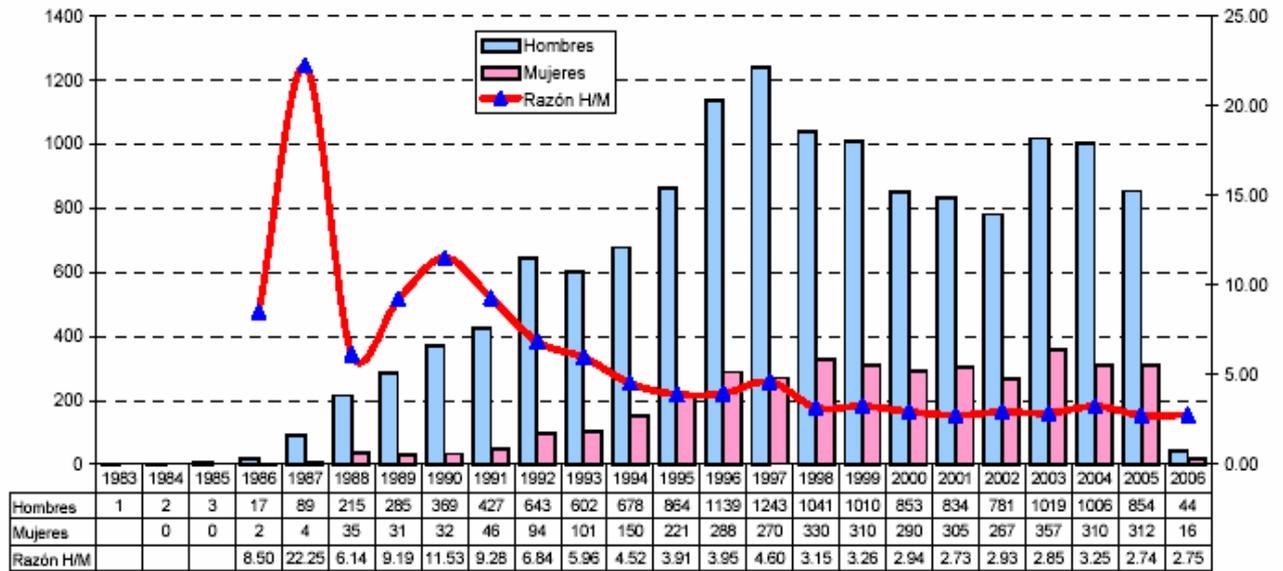


Gráfico 2. Número de Casos notificados de VIH y SIDA según año de diagnostico, Perú, 1983 – 2006.



Por otro lado, el perfil de la epidemia entre los hombres y las mujeres ha mostrado cambios importantes en la medida que se ha reducido la razón hombre-mujer, desde 14 a 1 en 1990 hasta un nivel estable de 3 a 1 que ha mantenido en los últimos 8 años. Así tenemos que manteniendo el índice fue de 2.5 en el 2001, 3.4 en el 2004 y de 2.8 en el 2005. Esta razón nos muestra que, aunque ha disminuido, que la notificación de casos es mayoritariamente debido a casos en varones

Gráfico 3: Razón de masculinidad de los casos de SIDA según año de diagnóstico. Perú, 1983-2006

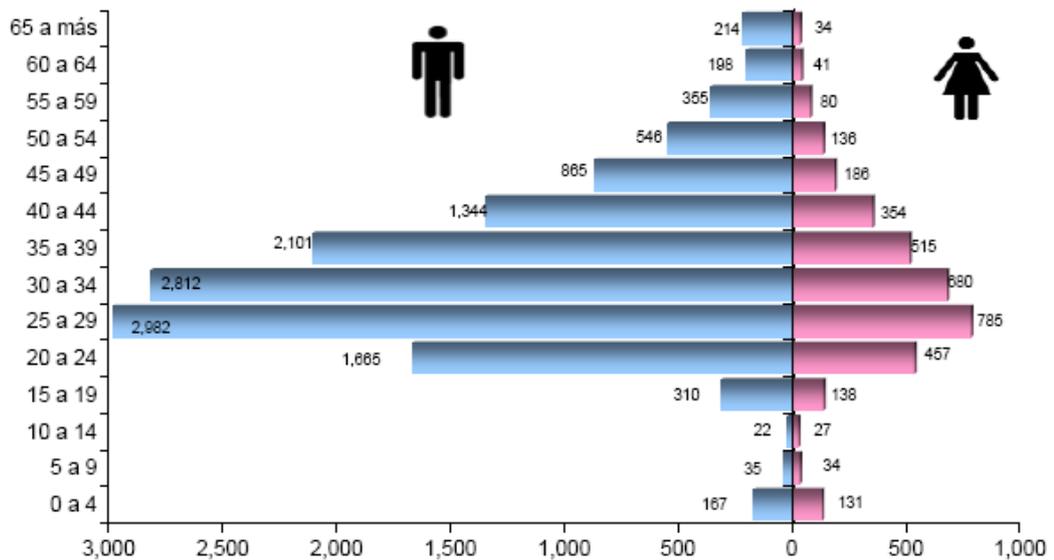


Fuente: GT ETS/VIH/SIDA OGE - MINSA

Fuente: MINSA. Datos de PROCETSS y OGE

Al evaluar los casos de SIDA de acuerdo a edad y sexo, podemos apreciar que la mayoría de casos se concentra entre jóvenes y adultos jóvenes en edad productiva: 25 a 34 años de edad, mostrando nuevamente que los hombres son los más afectados en comparación que las mujeres. (Ver gráfico 3)

Gráfico 4. SIDA: Distribución por edad y sexo. Perú, 1983 – 2006.



Fuente: GT ETS/VIH/SIDA OGE - MINSA

Al evaluar las vías de transmisión sexual, parenteral y vertical, se evidencia que la transmisión de la epidemia en el Perú es casi exclusivamente sexual (97%). La

transmisión Perinatal: el 2.1% y la transmisión parenteral en 1.1%. El 50% se infecta muy joven: la mediana de la infección por VIH está en 31 años.

2.1. Estudios de Vigilancia Centinela

Estos estudios de vigilancia nos entregan información mas representativa de la situación nacional comparada con la notificación de casos y permiten evaluar tendencias y comportamiento de la epidemia. Aunque cuentan con menor rigor metodológico que los estudios de prevalencia, brindan valiosa información para mejorar la eficacia de la prevención y control en los sistemas de salud. El monitoreo de las tendencias en la presentación de VIH y las ITS permite la mejor selección de estrategias a usar para su control y de los grupos de población a intervenir

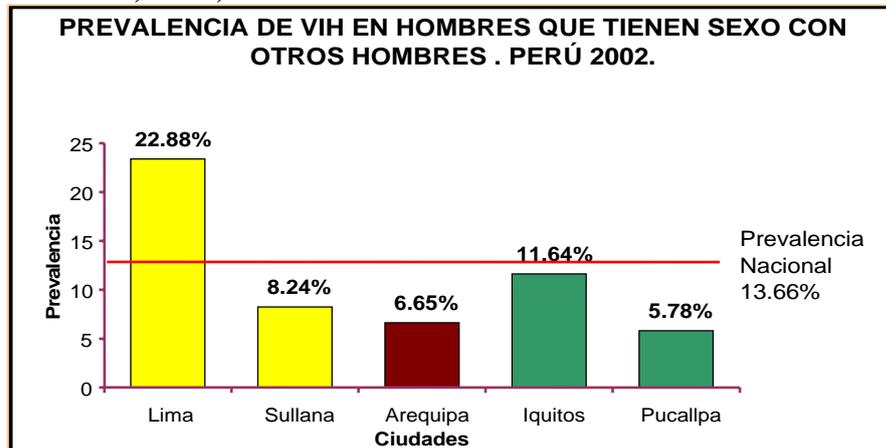
La vigilancia centinela se desarrolla en los grupos poblacionales específicos: gestantes usuarios de los servicios de control prenatal, hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y en Trabajadoras sexuales (TS).

2.1.1. Vigilancia Centinela en Hombres que tienen sexo con otros Hombres (HSH).

Se han desarrollado varios estudios transversales de vigilancia en la población HSH a través de los últimos años: 1998 (PROCETSS), 2000 (PROCETSS-OGE), 2002 (OGE-IMPACTA), 2006 (OGE-PREVEN-IMPACTA).

La vigilancia centinela del año 2002 fue desarrollada por la OGE e IMPACTA en una población de 3,635 HSH de las ciudades de Lima, Piura, Iquitos, Arequipa y Pucallpa. Esta vigilancia, no representativa de la situación nacional, encontró una prevalencia nacional de VIH de 13,66%. (Ver gráfico 5)

Gráfico 5: Vigilancia Centinela en Hombres que tienen sexo con Hombres, Perú, 2002.



Además de la poca representatividad nacional, se presentan otras limitaciones de esta vigilancia centinela: no brinda un estimado correcto de todos los subgrupos de HSH y no permite diferenciar entre HSH que desarrollan comercio sexual del resto de HSH, ni se distinguen las distintas identidades de género inmersas, apareciendo como un grupo homogéneo, lo que dificulta la implementación más efectiva de las estrategias de prevención y tratamiento

2.1.2. Vigilancia Centinela en Trabajadoras Sexuales (TS).

Los estudios transversales de vigilancia se han desarrollan desde el año 1998 (PROCTSS-NMRCD). Los últimos estudios de vigilancia centinela fueron implementados en el 2002 (OGE-PREVEN) y 2005 (PREVEN).

El estudio del año 2002 incluyó 24 ciudades (No incluyo Lima ni Callao): Tumbes, Talara, Sullana, Piura, Iquitos, Cajamarca, Tarapoto, Chimbote, Huaraz, Huanuco, Pucallpa, Barranca, Cerro de Pasco, Huancayo, Cuzco, Ayacucho, Cuzco, Chincha, Ica, Juliaca, Arequipa, Puno, Ilo y Tacna. El reclutamiento de los participantes se realizó en los mismos lugares de comercio sexual. Se aplicó un cuestionario estandarizado para evaluar conductas sexuales y se colectó sangre y muestras vaginales y cervicales con las que se procesaron: RPR (para sífilis), ELISA para VIH (y confirmación según el caso), cultivo para tricomonas, gram para Vaginosis Bacteriana y PCR para Clamidia y Gonorrea. (Ver tabla 3).

Tabla 3: Prevalencia de VIH y otras ITS en TS, Perú, 2002.

| ITS | Prevalencia |
|----------------------|-------------|
| VIH | 0.6% |
| Sífilis | 3.9% |
| Clamidiasis | 14.4% |
| Gonorrea | 3.5% |
| Tricomoniasis | 7.9% |
| Vaginosis Bacteriana | 34% |

2.1.3. Vigilancia Centinela en Clientes de Trabajadoras Sexuales.

Esta vigilancia fue realizada por el Proyecto PREVEN en el 2002. Se incluyeron las mismas 24 ciudades y los clientes fueron reclutados en los mismos lugares de comercio sexual. Con 4,386 participantes (promedio de 183 por ciudad), se tuvo una tasa de participación mayor del 75% en 6 ciudades. El promedio de edad fue 30 años y el 52% eran casados o convivientes. (Ver tabla 4).

Tabla 4: Prevalencia de VIH y otra ITS para Clientes de TS, Perú, 2002

| ITS | Prevalencia |
|-------------|-------------|
| VIH | 0.7% |
| Sífilis | 2.0% |
| Clamidiasis | 4.0% |
| Gonorrea | 0.2% |

2.1.4. Vigilancia Centinela en Gestantes.

Los estudios de vigilancia centinela en gestantes que acuden a control prenatal se vienen desarrollando desde 1996. (ver tabla 5). La última vigilancia centinela fue realizada en año 2002, en 24 ciudades, por la OGE y la UNMSM, en 10,202 gestantes de entre 15 y 24 años, permitiendo tener resultados ajustados a nivel de regiones. La prevalencia nacional de VIH encontrada fue: 0.21 (costa: 0.3, sierra: 0.03, selva: 0.34). Actualmente, la DGE viene trabajando en una nueva vigilancia centinela en gestantes. Estas vigilancias permiten evaluar la epidemia en poblaciones de bajo riesgo y evaluar

la tendencia en poblaciones similares a la población general. Sin embargo, su información se limita solo a las gestantes que pueden acudir a los servicios de salud.

Tabla 4: Prevalencia de VIH y otra ITS según vigilancias centinelas de gestantes, Perú.

| Ciudad | Tamaño de la muestra | Agente Patógeno | Prueba Diagnóstica | Prevalencia (%) | Autor; año de estudio: |
|----------------|----------------------|-----------------------|-----------------------------------|-----------------------------|------------------------|
| Lima | 3,566 | <i>Sífilis</i> | RPR | 1.2 | PROCETSS 1996 |
| | | HIV | Western Blot | 0.3 | |
| Lima | 3,450 | <i>Sífilis</i> | RPR | 1.7 | PROCETSS 1997 |
| | | HIV | Western Blot | 0.6 | |
| Otras ciudades | 2,969 | <i>Sífilis</i> | RPR | 1.9 | PROCETSS 1996 |
| | | HIV | Western Blot | 0.03 | |
| Otras ciudades | 4,343 | <i>Sífilis</i> | RPR | 1.9 | PROCETSS 1997 |
| | | HIV | Western Blot | 0.2 | |
| Peru | 3,622 | HIV | Western Blot | 0.3 | MINSA 1999 |
| Perú | 9,429 | HIV | Western Blot | 0.26 | MINSA 2000 |
| Perú | 10,202 | <i>Sífilis</i> HIV | RPR Western Blot | 1.4% 0.21% | MINSA 2002 |

2.2. Estudios de Prevalencia.

Encuesta domiciliaria de ITS y conducta sexual, PREVEN 2002.

Estudio desarrollado por la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), dentro del marco del Proyecto PREVEN. Se incluyeron 24 ciudades con población mayor a 50,000 habitantes (No incluye Lima ni el Callao). El muestreo fue aleatorio por conglomerado y multietápico. Se incluyeron más de 15,000 hombres y mujeres de entre 18 a 29 años de edad en todo el país. Las muestras biológicas colectadas y las pruebas realizadas fueron: sangre para VIH y Sífilis o Fluido oral para VIH; Orina en varones para PCR para Clamidia y Gonorrea; hisopado vaginales autoaplicados en mujeres para PCR para Clamidia y gonorrea, y cultivo de tricomonas y gram para Vaginosis bacteriana. (Ver tabla 5 y 6).

Tabla 5: Prevalencia de VIH en 24 ciudades del Perú en adultos de 18 a 29 años, PREVEN 2002

| Varones | | Mujeres | |
|--------------|-------|----------------|-------|
| Pucallpa | 1,90% | Huanuco | 0,40% |
| Iquitos | 1,60% | Pisco | 0,40% |
| Barranca | 0,90% | Pucallpa | 0,40% |
| Chincha Alta | 0,90% | Arequipa | 0,00% |
| Puno | 0,80% | Ayacucho | 0,00% |
| Arequipa | 0,50% | Barranca | 0,00% |
| Sullana | 0,50% | Cajamarca | 0,00% |
| Talara | 0,50% | Cerro de Pasco | 0,00% |

| | | | |
|----------------|-------|--------------|-------|
| Cerro de Pasco | 0,40% | Chimbote | 0,00% |
| Ica | 0,40% | Chincha Alta | 0,00% |
| Tacna | 0,40% | Cuzco | 0,00% |
| Tumbes | 0,40% | Huancayo | 0,00% |
| Ayacucho | 0,00% | Huaraz | 0,00% |
| Cajamarca | 0,00% | Ica | 0,00% |
| Chimbote | 0,00% | Ilo | 0,00% |
| Cuzco | 0,00% | Iquitos | 0,00% |
| Huancayo | 0,00% | Juliaca | 0,00% |
| Huaraz | 0,00% | Piura | 0,00% |
| Huanuco | 0,00% | Puno | 0,00% |
| Ilo | 0,00% | Sullana | 0,00% |
| Juliaca | 0,00% | Tacna | 0,00% |
| Pisco | 0,00% | Talara | 0,00% |
| Piura | 0,00% | Tarapoto | 0,00% |
| Tarapoto | 0,00% | Tumbes | 0,00% |
| Total | 0,40% | Total | 0,05% |

Tabla 6: Prevalencia de VIH y otras ITS en 24 ciudades del Perú, según sexo, en adultos de 18 a 29 años, PREVEN 2002 *

| | Varones | Mujeres |
|----------------------|---------|---------|
| VIH | 0.4% | 0.1% |
| Sífilis | 1.1% | 1.1% |
| Clamidiasis | 4.0% | 6.8% |
| Gonorrea | 0.3% | 0.8% |
| Tricomoniasis | | 5.2% |

Estimación del número de personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS) en el Perú:

Durante los últimos años, se han presentado diferentes aproximaciones en relación a la estimación del número de personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS) en el Perú. La siguiente tabla resume las últimas estimaciones:

| PVVS /(año) | Herramientas e Insumos | Fuente |
|----------------------|--|--|
| 60,000 (2000) | Vigilancias Centinelas Notificación de Casos | Situación del SIDA en el Perú al año 2000. Ministerio de Salud, Diciembre 2001. (Documento de Trabajo). |
| 76,633 (2002) | Vigilancia Centinela HSH 2000 (PROCETSS) Vigilancia Centinela en Gestantes 2000 (PROCETSS, OGE) | Acceso Universal a la Prevención y Control de VIH e ITS, (Informe Final ONUSIDA).2005 |
| 19,788 (2002) | Encuesta domiciliar de base poblacional de ITS y conducta sexual, PREVEN 2002 | PREVEN, 2006 www.proyectopreven.org |
| 40,092 (2003) | Método Delphi y metodología ONUSIDA | Diagnóstico de Necesidades e Identificación de Alternativas para la Implementación de un Programa de Terapia Antirretroviral para el VIH/SIDA en el Perú, 2003. www.minsa.gob.pe/pvigia/marcopublicaciones.htm |

Los estudios de prevalencia permiten hacer estimaciones en el número de personas viviendo con VIH/SIDA. Usando este estudio de prevalencia y asumiendo tasas de

subregistro similares en los diferentes estratos se estima una población de **19,788 personas viviendo con VIH/SIDA en el año 2002** a nivel nacional (incluye a Lima y Callao).

El 70% de las PVVS se encuentra entre los 20 y 39 años de edad. Según estimaciones de la Oficina General de Epidemiología 584 niños viven con el VIH y 230 en estadio SIDA, de los cuales 184 reciben TARGA a noviembre de 2005. No existe una cifra real de los huérfanos por el VIH-SIDA pero considerando las cifras proporcionadas por Instituciones que trabajan con niños afectados por el VIH se calcula que aproximadamente el 20% de niños afectados y el 60% de los niños que viven con el VIH son huérfanos¹⁰.

Existen 7.000 PVVS que necesitan tratamiento, de las cuales aproximadamente 6.298 (89,97%) ya recibe Tratamiento Antiretroviral de gran actividad (TARGA) al mes de noviembre de 2005, según Informe de la ESN PCITS/VIH/SIDA. Este tratamiento se brinda en su mayor parte con el apoyo técnico financiero del Proyecto Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú financiado por el Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria.

2.3. Infecciones de Transmisión Sexual

Una aproximación a la prevalencia poblacional de ITS, según ENDES 2000ⁱ, mostraba que en el último año 23% de las mujeres sexualmente activas habían presentado secreción genital, cerca del 1% tuvo una ITS y 3% alguna llaga o úlcera en sus genitales (ENDES, 2000). Esta encuesta no presenta dato alguno sobre hombres sexualmente activos.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) viene desarrollando este estudio desde el año 2000. El ENDES continua 2004-2005 se aplicó a un total de 12,465 mujeres en edad reproductiva o fértil (15 a 49 años de edad) a nivel nacional). Aunque no brinda información en relación a la seroprevalencia de VIH, el autoreporte de conocimientos de VIH y reconocimiento de sintomatología de ITS, ENDES 2004-2005 muestra que el 91% de la población femenina en edad fértil ha escuchado sobre el SIDA, mientras que un 83% considera que existen formas de prevenirlo, que es un incremento de 3 puntos porcentuales en relación a la ENDES 2000. Además, el estudio muestra que solo el 9% de las mujeres entrevistadas usaron condón en su última relación sexual con su esposo o compañero, siendo este porcentaje mayor en mujeres con educación superior; residentes en el área urbana y entre las que residen en Lima Metropolitana. En el caso de las mujeres que usaron condón en su última relación sexual, con un compañero con quien no vive, se encontró una proporción de uso del 29.8%.

Los resultados del ENDES 2000 del INEI permiten calcular la incidencia anual de síndromes de ITS, como se describe en la tabla siguiente:

Tabla 7: Incidencia anual de síndromes de ITS por características seleccionadas, Perú, ENDES 2000.

¹⁰ Asociación Vía Libre y el Hogar San Camilo

| Característica | Ha tenido ETS | Flujo vaginal anormal | Úlceras o llagas genitales | ETS, flujo, úlceras o llagas | Número de mujeres |
|------------------------------|---------------|-----------------------|----------------------------|------------------------------|-------------------|
| Edad | | | | | |
| 15-19 | 0.3 | 19.6 | 2.8 | 21.1 | 1,256 |
| 20-24 | 1.6 | 22.7 | 2.9 | 25.5 | 3,117 |
| 25-29 | 1.0 | 25.5 | 3.7 | 28.0 | 3,621 |
| 30-39 | 1.0 | 24.5 | 3.6 | 26.8 | 7,194 |
| 40-49 | 0.5 | 19.8 | 3.2 | 21.7 | 5,517 |
| Estado conyugal | | | | | |
| Casada o unida | 0.9 | 22.8 | 3.6 | 25.1 | 15,627 |
| Divorc./separada/viuda | 1.0 | 23.8 | 3.0 | 25.8 | 2,236 |
| Soltera, ha tenido relac. | 1.1 | 22.5 | 2.6 | 24.6 | 2,841 |
| Área de residencia | | | | | |
| Urbana | 1.1 | 23.8 | 3.8 | 26.5 | 13,928 |
| Rural | 0.4 | 20.9 | 2.5 | 22.2 | 6,776 |
| Departamento | | | | | |
| Amazonas | 0.5 | 24.7 | 3.9 | 26.7 | 307 |
| Ancash | 0.4 | 18.9 | 1.2 | 19.9 | 793 |
| Apurímac | 0.6 | 18.6 | 2.4 | 20.3 | 294 |
| Arequipa | 0.9 | 26.5 | 3.6 | 28.4 | 910 |
| Ayacucho | 0.5 | 26.2 | 3.9 | 28.0 | 344 |
| Cajamarca | 1.0 | 24.1 | 3.9 | 26.9 | 1,123 |
| Cusco | 1.1 | 40.4 | 4.1 | 42.3 | 898 |
| Huancavelica | 0.5 | 12.7 | 2.0 | 14.3 | 312 |
| Huánuco | 0.7 | 22.0 | 3.5 | 24.0 | 593 |
| Ica | 1.0 | 26.4 | 3.9 | 28.9 | 552 |
| Junín | 1.1 | 38.8 | 2.0 | 40.5 | 989 |
| La Libertad | 0.5 | 12.1 | 3.7 | 14.2 | 1,071 |
| Lambayeque | 0.4 | 21.0 | 6.8 | 24.0 | 948 |
| Lima | 1.1 | 21.2 | 3.5 | 23.9 | 6,755 |
| Loreto | 1.1 | 20.4 | 1.0 | 21.8 | 723 |
| Madre de Dios | 1.5 | 21.6 | 1.2 | 23.6 | 57 |
| Moquegua | 0.9 | 19.7 | 3.1 | 21.9 | 135 |
| Pasco | 0.0 | 33.1 | 1.8 | 33.5 | 187 |
| Piura | 0.3 | 13.1 | 3.0 | 14.7 | 1,474 |
| Puno | 0.5 | 25.2 | 3.0 | 26.5 | 907 |
| San Martín | 0.8 | 27.9 | 2.9 | 29.7 | 590 |
| Tacna | 1.7 | 26.0 | 6.2 | 30.8 | 241 |
| Tumbes | 5.5 | 39.5 | 4.0 | 45.5 | 166 |
| Ucayali | 2.1 | 20.2 | 2.3 | 23.2 | 337 |
| Region natural | | | | | |
| Lima Metropolitana | 1.1 | 21.9 | 3.7 | 24.7 | 6,047 |
| Resto Costa | 0.9 | 18.1 | 4.1 | 20.6 | 5,032 |
| Sierra | 0.7 | 26.2 | 2.7 | 27.8 | 6,966 |
| Selva | 1.0 | 25.4 | 3.0 | 27.5 | 2,658 |
| Nivel de urbanización | | | | | |
| Lima Metropolitana | 1.1 | 21.9 | 3.7 | 24.7 | 6,047 |
| Otras ciudades grandes | 1.4 | 26.0 | 4.1 | 29.0 | 5,589 |
| Resto urbano | 0.7 | 23.5 | 3.3 | 25.3 | 2,292 |
| Rural | 0.4 | 20.9 | 2.5 | 22.2 | 6,776 |
| Nivel de educación | | | | | |
| Sin educación | 0.3 | 17.8 | 2.5 | 18.9 | 1,365 |
| Primaria | 0.5 | 20.9 | 3.4 | 22.7 | 6,944 |
| Secundaria | 1.1 | 24.7 | 3.7 | 27.3 | 8,073 |
| Superior | 1.4 | 24.2 | 3.0 | 26.8 | 4,322 |
| Total | 0.9 | 22.9 | 3.4 | 25.1 | 20,704 |

Culturas sexuales

Más de una docena de investigaciones realizadas por ONGs, en Lima y las provincias del Perú, entre adultos jóvenes y adolescentes, analizaban el imaginario social, la identidad de género, la historia y vida sexual y la salud sexual y reproductiva, incluyendo la prevención del VIH y SIDA, hallaron que las dinámicas sociales de migración estacional, comercio y sexo comercial habían modelado culturas sexuales locales. Estudios no publicados en adultos jóvenes y adolescentes del sexo masculino que tenían sexo con otros jóvenes de su mismo sexo, así como en jóvenes que hacían trabajo sexual señalaron hallazgos similares.

Como era previsible, las estadísticas disponibles a nivel oficial no lograban reflejar estas situaciones, que tenían que ver con la reproducción social del SIDA: Las poblaciones más afectadas por el VIH no eran individuos aislados sino personas socialmente integradas en mayor o menor grado pero dentro de un contexto cultural diverso. Las investigaciones concluían que el curso de la epidemia de VIH/SIDA se relacionaba con los patrones de reproducción social y solo en menor medida respondía al impacto de los esfuerzos de prevención de SIDA en las normas sociales y de comunicación relativas a lo sexual, que venía efectuándose desde el sector salud.

Sociedad civil y multisectorialidad

Como consecuencia de la creación del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, un mecanismo financiero que condicionaba sus donaciones a la existencia de niveles de estrecha colaboración entre los sectores de gobierno y la sociedad civil y la constitución de un Mecanismo de Coordinación del País. En el caso del Perú, se constituye la Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud (CONAMUSA), a través del cual se presentó el proyecto “Fortalecimiento de la Prevención y Control del VIH/SIDA y la TBC en el Perú” que recibió apoyo financiero por aproximadamente 23.6 millones de dólares para SIDA y 26.3 millones de dólares para tuberculosis. El proyecto inició su implementación en el tercer trimestre del 2004.

Un efecto inmediato del financiamiento del Fondo Mundial fue el mayor dinamismo de las organizaciones no gubernamentales y grupos de interés, tanto en la propia formulación del proyecto, como en la incidencia y facilitación para la implementación de actividades del proyecto.

Sin embargo, el posicionamiento de algunas organizaciones miembros de CONAMUSA como ejecutoras parece haber mermado los esfuerzos de construcción de una agenda nacional de políticas públicas y vigilancia social desde la sociedad civil. En la actualidad podríamos afirmar que CONAMUSA constituye aún una multisectorialidad en proceso de construcción.

Existe la necesidad sentida de una respuesta multisectorial orgánica en la lucha contra el SIDA para optimizar el uso de los recursos y potenciar el accionar de los diferentes actores. Si bien es cierto se avanzó considerablemente en articular las respuestas desde los sectores estatales y la coordinación entre sociedad civil y Estado para desarrollar el Proyecto del Fondo Mundial, es una tarea aún pendiente fortalecerla.

3. ANÁLISIS DE LA RESPUESTA NACIONAL Y DE LOS ACTORES

3.1 Respuesta del sector salud

El **Ministerio de Salud (MINSA)**, es el organismo a quien le corresponde el ejercicio de la rectoría en salud del país, siendo uno de los principales actores y ejecutores. Es el que estructura la normas de acción contra el VIH/SIDA, las mismas que regulan la actividad de los otros subsectores. Sin embargo, la percepción de los actores es que su rol rector aún debe ser consolidado y en particular debieran fortalecerse las competencias para mejorar las negociaciones con la sociedad Civil y con su ejercicio de liderazgo con otros sectores del Estado.

La Dirección General de Salud de las Personas, órgano de línea del MINSA, cuenta desde el 27 de julio de 2004 (RM. 721-2004/MINSA) con las denominadas Estrategias Sanitarias Nacionales (ESN) una de las cuales es la **Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA**, donde se gestionan las actividades de lucha contra el VIH y SIDA.

La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS y VIH / SIDA (ESN ITS/VIH/SIDA) se percibe con voluntad concertadora y generando una cultura de dialogo propicia para el trabajo conjunto con la sociedad civil, sin embargo se reconoce que la respuesta del MINSA se limita por la distribución inorgánica de los roles al interior de distintas instancias ministeriales y con procesos gerenciales aún de limitado desempeño¹¹.

Si bien se destaca como una fortaleza nacional la existencia de una estructura y de estrategias básicas de la ESN ITS/VIH/SIDA, los actores coinciden en que estos elementos son claramente perfectibles. Por otro lado, la falta de un proceso de transición del modelo de programa vertical a estrategia de atención Integral ha dado como resultado la desorganización de la estrategia

Producto de una serie de procesos, dirigidos a modificar el marco legal y la estructura de organización del MINSA, y avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud, se inició un proceso de reforma del modelo de atención de salud que si bien apuntaba a resolver las superposiciones e ineficacias del sistema, así como el fraccionamiento en el enfoque de atención a las personas provocado por el modelo de atención de daños, en la práctica generó dificultades en la gestión institucional, el retroceso sobre los avances logrados y el incumplimiento de metas y objetivos de atención en algunos de los problemas de mayor relevancia en Salud Pública¹².

Los Programas de Salud que hasta ese momento tenían una relativa dependencia administrativa de la DGSP, con una marcada autonomía funcional y una estructura organizativa de corte vertical a nivel nacional, fueron desactivados y el manejo de sus actividades pasó al Área de Control de Riesgos y Daños. Las modificaciones en la dependencia administrativa del Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA dentro de la estructura orgánica del MINSA, definitivamente han restado poder de

¹¹ Policy-ONUSIDA. 2005. Evaluación del Plan Estratégico del MINSA, 2001 – 2004 para la Prevención y Control del VIH / SIDA en el Perú.

¹² Evaluaciones externas realizadas a los programas de salud mostraron serios problemas en el logro de las metas.

decisión al Programa, hoy ESN de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA, al reducirse hasta un sexto nivel de jerarquía dentro de esta estructura.

En el carácter de la respuesta sectorial a las ITS/VIH/SIDA en el Perú, es posible distinguir tres momentos de respuesta: el primero (1983 – 1995), abarcó trece años y se caracterizó por una débil planificación, a la vez que una marcada concentración intrasectorial asentada en hospitales, mientras que la proyección a la población tuvo discretos elementos de difusión de la presencia de la epidemia. Un segundo momento de siete años (1995 - 2000) de respuesta se caracterizó por una fuerte planificación subsectorial, crecimiento y organización en torno a servicios de salud y estrategias sobre todo biomédicas dirigidas fundamentalmente a los grupos vulnerables, pero con persistencia de una incipiente multisectorialidad y articulación con la sociedad civil. Un tercer momento de respuesta (entre el 2001 - 2003) estuvo caracterizado por la ruptura de las políticas y resquebrajamiento de las estrategias de prevención y control del VIH/SIDA previamente desarrolladas.

En este último periodo el MINSA desarrolló un Plan Estratégico para la Prevención y Control de las ITS/VIH/SIDA 2001 – 2004, e inició acciones para la elaboración de un Plan Multisectorial. Sin embargo, este plan no fue aprobado formalmente por instancia alguna y, consecuentemente, no se asignaron los presupuestos requeridos para su implementación.

Se distingue con claridad la diferencia entre las acciones del MINSA desde el PROCETSS de 1996, el PROCETSS del 2001 y la Estrategia Sanitaria Nacional (ESNPCIVS) desde el 2004. Configuran tres momentos de una secuencia de cambios de la organización ministerial, desde el programa vertical con un ejercicio de poder “todopoderoso” hacia una estrategia nacional operante pero disminuida en la toma de decisiones, pasando por un período de profunda crisis, desactivación del programa vertical y apogeo de una gestión correspondiente al período 2001 – 2003 con poco apoyo político a acciones contra el VIH y SIDA.

La transición desde la desarticulación del Programa de Control de ETS y SIDA (PROCETSS) y la actual Estrategia Nacional dio lugar a que algunos procesos tomen más tiempo en adecuarse al cambio; por ejemplo el sistema de información, elemento muy importante para el diagnóstico de la situación y para la toma de decisiones.

En este contexto, la ejecución, con financiamiento del Fondo Mundial, del Proyecto de Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en la Fase I, ha permitido el inicio de actividades de prevención y control, así como el TARGA a lo cual debemos de agregarle el gran esfuerzo desplegado por el país, la introducción de pruebas rápidas para el diagnóstico del VIH en la gestante y otras, cuyo impacto en la evolución de la epidemia se podrán observar en los siguientes años. El Proyecto se desarrolla con contrapartida del Ministerio de Salud y de las entidades que conforman la CONAMUSA - Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud (CONAMUSA) que engloba a los sectores de gobierno, la sociedad civil y la cooperación internacional.

La implementación del Programa de Tratamiento AntiRetroviral de Gran Actividad (TARGA), es definitivamente relevado por los actores como uno de los logros alcanzados por el Estado y el país. En tal sentido, 6.298 PVVS ya recibe TARGA al

mes de noviembre de 2005, según Informe de la ESN PCITS/VIH/SIDA. Este tratamiento se brinda en su mayor parte con el apoyo financiero del Proyecto financiado por el Fondo Mundial. Sin embargo, este desarrollo es considerado aún incompleto y el cual debe ser perfeccionado, en particular la facilitación de los procesos y la abolición de las barreras económicas iniciales para el acceso al TARGA.

Otro aspecto de destacar es el compromiso del Estado privilegiando el tema de VIH/SIDA que se expresa en un incremento de Presupuesto para estas acciones, dentro de las cuales se puede mencionar los fondos de compartida para la ejecución del Proyecto financiado por el Fondo Mundial.

Dentro de las instancias del Ministerio de Salud, se encuentra el **Instituto Nacional de Salud (INS)**, organismo que juega un rol muy importante en el diagnóstico de las personas con VIH, para el incremento del acceso al tratamiento de la población. Cuenta con una red de laboratorios referenciales descentralizados para el MINSA que se encargan del diagnóstico y confirmación de laboratorio del VIH; es el responsable de los estudios de genotipificación, de resistencia del virus y afines, estudios que van a tomar mayor relevancia en adelante, dado el inicio del TARGA. La existencia de una institución especializada y con competencias en VIH/SIDA como el INS es remarcada como una fortaleza del país.

Igualmente como uno de los proyectos del MINSA está el **Proyecto VIGIA**, proyecto de cooperación internacional entre el MINSA y el Gobierno de los Estados Unidos de América (a través de USAID), mantiene desde 1998 sus actividades de apoyo técnico y financiero en las intervenciones en ITS, VIH y SIDA del Ministerio de Salud. Durante los últimos años se ha fortalecido el trabajo de la ESN de P y C de ITS, VIH y SIDA mediante: (1) implementación de equipos e insumos de laboratorio en CERETSs y UAMPs, (2) capacitación de los profesionales de la salud en TARGA, manejo sindrómico, consejería, monitoreo y evaluación, entre otras, (3) elaboración e impresión de documentos y manuales técnicos en ITS, VIH y SIDA, (4) Soporte para la ejecución de investigaciones epidemiológicas y evaluación de las intervenciones en ITS, VIH y SIDA, (5) Soporte y Apoyo al sistema de planificación, monitoreo y evaluación de la ESN, (6) Soporte técnico y financiero de capacitación a docentes en temas de ITS, VIH y SIDA, entre otras actividades

Otro de los órganos del MINSA es la ex Oficina (**OGE**) hoy **Dirección General de Epidemiología (DGE)**, la misma que dispone de las unidades de epidemiología a nivel nacional tanto en las Direcciones de Salud (DISAs) como en las Direcciones Regionales de Salud (DIREsAs), así como de 4923 unidades notificantes de la Red Nacional de Epidemiología (RENACE). La RENACE está conformada por establecimientos del Ministerio de Salud, EsSALUD y otros del sector en sus diferentes niveles de las 33 Direcciones de Salud que tiene el Perú. Estas unidades son las encargadas locales de la vigilancia continua y centinela de los casos de VIH/SIDA. La última actividad de vigilancia centinela fue realizada entre los años 2002-2003 en las poblaciones de HSH, trabajadoras sexuales y gestantes.

Otro actor que aparece a fines del 2002, es el **Seguro Integral de Salud (SIS)** que en agosto del 2004 incluye en su Plan C a gestantes o púerperas clasificadas como pobres o de extrema pobreza y sin otro seguro. Su cobertura incluye algunas pruebas en control prenatal como RPR o VDRL, y RPR en recién nacidos de madres con RPR positivo. Sin

embargo, de manera inconsistente con las normas vigentes de la ESN, pues el SIS no cubre RPR en condiciones como puerperio, abortos, natimueertos, no siendo claro quien asume estas condiciones.

El Seguro Social del Perú - **EsSalud** viene jugando también un importante rol en relación al incremento de la cobertura del tratamiento antiretroviral, en tanto dentro de las prestaciones regulares que brinda, considera el TARGA a los PVVS afiliados a EsSalud Sin embargo, por su carácter de entidad autónoma, se evidencia resistencias a profundizar coordinaciones con el MINSA justificando su actitud en las ineficiencias del Ministerio. Al manejar una población específica y fondos independientes, puede sostener niveles amplios de autonomía y construir una distancia funcional a ella. En estos años no ha transmitido su experiencia previa en la implementación del TARGA. En los PVVS esta presente como una fuente de TARGA y para los académicos como peligro latente de generar resistencias si no se logra avanzar a homogenizar progresivamente las líneas de tratamiento en TARGA.

Adicionalmente, las Fuerzas Armadas y Policiales, cuentan con el denominado Comité de Prevención y Control del SIDA (**COPRECOS**) de las Fuerzas Armadas (FFAA) y Policía Nacional del Perú (PNP), el cual propone las normas, coordina el diagnóstico y tratamiento que se realiza en los servicios asistenciales de estas instituciones y tiene un laboratorio central de referencia. El 3,3% de PVVS que reciben TARGA en el país pertenece a las Fuerzas Armadas y Policiales. Asimismo, dadas las necesidades de aumentar la oferta, el Ministerio de Salud ha acreditado a algunos de los organismos de la sociedad civil (Médicos sin Fronteras, Asociación Vía libre, Hogar San Camilo, Asociación Civil Impacta Salud y Educación) para la entrega de TARGA a los PVVS.. La existencia de una Institución especializadas en VIH/SIDA como COPRECOS es considerada una fortaleza.

3.2 Respuesta de otros sectores del Estado

Asimismo, los otros sectores del estado como el Ministerio de Educación (MINEDU) y el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES) disponen de acciones dirigidas a la educación y protección del adolescente y del niño donde incluyen el tema de prevención del VIH/SIDA, a través de la promoción de estilos de vida saludable y de educación sexual.

En estos dos últimos años el **MINEDU** ha participado activamente como contraparte técnica del Objetivo 1 del componente VIH del Proyecto del Fondo Mundial (relacionado a promover estilos de vida saludable en adolescentes y jóvenes en los temas de ITS/VIH/SIDA), tanto en el acompañamiento para la revisión de la currícula escolar del nivel secundario, como para la capacitación de docentes, alumnos (capacitados como pares), en siete ciudades del país elegidas por la mayor prevalencia de VIH.

Sin embargo, los otros actores esperan un mayor de los altos mandos del **Ministerio de Educación**, que permita a otros mandos medios internos del Minedu pasar de compromiso activo a uno mas activo. Todos los actores reconocen la necesidad e importancia de su inclusión y compromiso pero todos también ponen de manifiesta su limitada participación.

A consideración de los otros actores, el **Ministerio de la Mujer y el Desarrollo Humano (MIMDES)** se visualiza como una instancia estatal con escaso compromiso con la respuesta nacional. No se percibe que tenga como tema de agenda relevante la problemática de la infección del VIH-SIDA, a pesar del incremento de la epidemia en mujeres.

El Instituto Nacional Penitenciario (**INPE**), entidad dependiente del **Ministerio de Justicia**, también realiza acciones de prevención del VIH en los establecimientos penales a nivel nacional y cuenta con un convenio con el Ministerio de Salud para la entrega del TARGA a las personas privadas de la libertad (PPL) que son VIH positivas. Con la ejecución del Objetivo 2, componente TB del Proyecto de Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y Tuberculosis se fortalecieron los centros de atención del INPE, se desarrollaron actividades de prevención y conjuntamente con el Comité de Vigilancia Centinela del MINSA se realizó la vigilancia centinela de VIH el año 2005

3.3 Respuesta regional

Como parte del proceso de descentralización y regionalización en curso en el país, se ha evidente la incursión y un mayor rol de los Gobiernos Regionales y los Consejos Regionales de Salud como actores que van adquiriendo cada vez mayor relevancia y capacidad de liderazgo para la respuesta social. De hecho gran parte de la gestión de la respuesta nacional, sobre todo relacionada a la provisión de servicios de salud está a cargo de los Gobiernos Regionales a través de las DIRESA y de sus redes de salud.

Los actores destacan que el VIH/SIDA haya sido incluido como prioridad en algunos gobiernos regionales, explicitada en la formulación de políticas específicas de prevención control y tratamiento, y llegando en otros, incluso a compromisos específicos que se traducen en planes estratégicos e incrementos presupuestales a través de proyectos en VIH/SIDA. Sin embargo, en muchos otros casos el respaldo en el discurso no se acompaña de recursos suficientes, el cual se evidencia en la carencia de insumos de diagnóstico, condones y tratamientos, y por otro lado en las debilidades en la gestión de la respuesta.

3.4 Respuesta de la academia

Las actividades de las Universidades Nacionales y Particulares de una u otra forma están dirigidas sobre todo a trabajos de investigación en cambios de comportamiento en poblaciones vulnerables, intervenciones en tratamientos antirretrovirales y enfermedades oportunistas. En los dos últimos años (2004 y 2005), la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) y la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) han participado a través de sus respectivas Facultades, dentro de los consorcios que han ejecutado las actividades de la Fase I del Proyecto del Fondo Mundial.

Si bien existen varios académicos expertos en el tema con alto reconocimiento nacional e internacional, sus acciones se plantean paralelas con poca articulación y menor institucionalización. La presencia de estos académicos se da en evaluaciones, publicaciones, consultorías (actividades del Proyecto del Fondo Mundial). Su participación a nivel personal, no institucional se da también en el Comité Técnico de la Estrategia (ESN-PCIVS) y en la CONAMUSA.

3.5 Respuesta de la sociedad civil

Las ONGs

Las acciones de la sociedad civil se llevan adelante a través de una serie de instituciones, que trabajan en el área de promoción, prevención, de atención y cuidado de los afectados y de investigación. Es de resaltar la existencia de una red de trabajo, la Red SIDA Perú, dirigida a unir esfuerzos en la gestión de conocimientos, generación de propuestas y fortalecimiento de acciones que incidan en la lucha del VIH/SIDA. De hecho, estos espacios de coordinación y participación de la sociedad civil (redes, colectivos, foros) con una Agenda País, son fortalezas destacadas.

Las ONGs que vienen trabajando en VIH-SIDA han acompañado los esfuerzos estatales desde sus inicios. Podemos clasificarlas sobre dos ejes, por su antigüedad y por sus líneas de trabajo. Por su compromiso previo al financiamiento del Fondo Global podemos citar algunas ONGs con una historia basta en la respuesta nacional, tal es así que ellas pueden recuperar la historia de la epidemia con mayor precisión y detalle pues han resultado ser sus equipos de trabajo los personajes de mayor constancia en el escenario sociopolítico. De otro lado, el acceso a recursos y la necesidad de implementación de las actividades del proyecto influyeron en la aparición de nuevas instituciones en la escena.

Las organizaciones de la sociedad civil (ONGs y PVVSs) han desarrollado conocimientos sobre estrategias innovadoras de intervención en promoción y prevención a distintas poblaciones focalizadas. También conocimientos y experticia en atención y tratamiento a PVVS, pues existen ONGs que vienen proporcionando atención y tratamientos hace varios años. Estrategias de apoyo y soporte a afectados en etapas terminales y apoyo a niños afectados y huérfanos, superando necesidades no cubiertas por el gobierno. También realizan acciones de abogacía para la protección de los derechos humanos y derechos de las PVVS¹³

Una fortaleza a considerar es la existencia de grupos de sociedad civil (ONGs) que vienen trabajando en el tema de medicamentos y patentes, y en aquellos relacionados al VIH/SIDA, como por ejemplo Acción Internacional para la Salud y el colectivo por la Vida Por otro lado, en este tema se reconoce que las Leyes de Propiedad Intelectual aplicada a medicamentos en el TLC, es una amenaza potencial al acceso a TARGA.

Se reconoce el rol vigilante de las organizaciones de Sociedad Civil sobre los avances y retrocesos de la respuesta nacional, así como ha participado generado importantes transformaciones en este campo. Así, jugó un papel clave en el impulso de la propuesta al Fondo Mundial, particularmente para que el MINSA asuma el proceso con una perspectiva multisectorial.

Las organizaciones de personas viviendo con VIH y SIDA

Las organizaciones de personas viviendo con el VIH y SIDA (PVVS), se han consolidado en grupos de base comunitaria generando liderazgos reconocidos en

¹³ Via Libre. 2005. Informe de Monitoreo y Evaluación de la implementación del compromiso del UNGASS en el Perú, desde la sociedad Civil. Diciembre 2005.

diferentes campos de intervención, además de participar muy activamente (ya sea como parte integrante de las actividades como desde la vigilancia social) en la ejecución de programas como el financiado por el Fondo Mundial, como un ejemplo de aplicación del principio de “mayor participación de las personas que viven con y afectadas por el VIH/SIDA”.

Los principales desarrollos de estas organizaciones, están orientadas hacia la prevención secundaria, el soporte social y afectivo, y el activismo por el reconocimiento de derechos y participación en la respuesta nacional. Todas estas organizaciones buscan tener participación en toma de decisiones de la respuesta nacional, luchando por no ser objeto de políticas e intervenciones, sino actores de la respuesta nacional. Sus discursos y reivindicaciones se focalizan en la búsqueda de acceso y calidad del tratamiento, siendo que la visión de la epidemia y la salud es aún restringida.

Muchas de las organizaciones se han iniciado en los Grupos de Ayuda Mutua (GAM), algunos de ellos resultantes de la propia gestión de los servicios de salud y otros de la experiencia autónoma. La organización de las agrupaciones no aparece con claridad en una jerarquía o reconocidas en una instancia nacional aunque existen redes o plataformas de PVVS como la Coordinadora Peruana de PVVS, La Red Peruana de Mujeres, la Alianza en Acción y la Plataforma de PVVS del Callao ,Conviviendo en un escenario de competencias y coordinaciones funcionales limitadas. Este campo está en permanente construcción y cambio.

Las organizaciones de las poblaciones consideradas como vulnerables

La participación de las organizaciones de las poblaciones consideradas como vulnerables aún es limitada, consecuencia de un proceso de organización aún progresivo. Aunque se identifica una mayor apertura y participación de grupos vulnerables. El Movimiento Homosexual de Lima (MHOL) aparece intermitentemente; así como la Red de Trabajadoras Sexuales Miluska Vida y Dignidad y la Red de Trabajadoras Sexuales viviendo con VIH Santa Micaela. Mientras que la Red que agrupa a mujeres por el movimiento de reconocimiento lésbico esta ausente, al igual que la Red LGTB que asocia a Lesbianas, Gays, Transgéneros y Bisexuales. En general se aprecia poco interés de Grupos vulnerables HSH de organizarse e involucrarse en la problemática, lo cual es presenta como una debilidad.

Esta distancia puede explicarse por la concentración de estos movimientos en el reconocimiento de la diversidad sexual, sin embargo, la pérdida de espacios y la desvinculación temática y político-social de la diversidad sexual y el estigma del SIDA resulta reproductora de la permanencia del estado actual de la discriminación e impide las sinergias que podrían resultar para ambos movimientos.

Las organizaciones religiosas

Desde el sector de las Iglesias o Comunidades Ínter confesionales, la Conferencia Episcopal Peruana (Iglesia Católica Romana), a través de la Pastoral de Salud (DEPAS) ha generado corrientes de sensibilización hacia las PVVS y sus familias. A través de las actividades del Objetivo 5 de VIH/SIDA del Proyecto del Fondo Mundial (relacionado al fortalecimiento de la repuesta interinstitucional de la sociedad civil y el estado frente a la epidemia), liderado por el Centro Parroquial Ecuménico Rosa Blanca de la Iglesia

Anglicana, se ha fortalecido a las organizaciones de las PVVS para que participen activamente en la lucha contra la epidemia del VIH/SIDA que lleva adelante el país.

3.6 Respuesta multisectorial

La **CONAMUSA (Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud)** es el Mecanismo de Coordinación de País (MCP) para el Perú para los Proyectos del Fondo Mundial de Lucha contra el VIH/SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. instalado en agosto del 2002 . Congrega a 27 representantes, del **Sector público, ONGs, Personas afectadas, Grupos religiosos Instituciones académicas Agencias cooperantes multilaterales y bilaterales.** El Ministro de Salud asume la presidencia de la CONAMUSA. De hecho la existencia de este espacio de coordinación Multisectorial del país – CONAMUSA, es una fortaleza destacada por todos los actores.

La CONAMUSA presentó el Proyecto Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú, el cual fue aceptado el año 2003, con un presupuesto aproximado de US \$ 23,6 millones para SIDA para 5 años. Por otro lado recientemente ha sido aprobado un segundo proyecto presentado en el marco de la 5ta. Ronda del Fondo Mundial.

El propio desarrollo del Proyecto del Fondo Mundial, con una serie de logros, como el ya comentado de la implementación . (Materiales elaborados y personal capacitado) Por otro lado, se considera relevante que el conjunto de actores haya ido interiorizando el trabajo multisectorial como una necesidad, lo cual se va reflejando en el desarrollo de diversos espacios, como lo es la CONAMUSA.

3.7 Apoyo de la cooperación internacional a la respuesta del país

Desde que se iniciaron las acciones para enfrentar la epidemia, la Organización Panamericana de la Salud -OPS/OMS- ofreció apoyo y la asesoría técnica necesaria para el diagnóstico, atención y prevención de VIH/SIDA en el país. Posteriormente este apoyo ha sido canalizado a través del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, ONUSIDA, creado con el mandato de apoyar y fortalecer la capacidad de respuesta ampliada a la epidemia del VIH/SIDA, involucrando un poco más a todos los actores de las sociedades mundiales en el trabajo de prevención, especialmente a las personas que viven con VIH/SIDA. ONUSIDA ha acompañado al gobierno y a las ONG's para enfrentar la epidemia a través de asistencia técnica, consultores especializados, desarrollando talleres y estudios específicos.

Otras organizaciones internacionales han apoyado de distinta forma, como el caso de Médicos Sin Fronteras, la Cooperación Alemana (GTZ) y USAID. En este ultimo caso el apoyo se ha canalizado a través de ONGs que trabajan en el tema como el caso del Proyecto Policy y Pathfinder, y en convenio con el Estado a través del Proyecto VIGIA.

Se considera una oportunidad a aprovechar el interés y su inclusión en su agenda de Agencias cooperantes en el país del tema de VIH/SIDA. De igual modo, la existencia de compromisos internacionales (Objetivos del Milenio, UNGASS),

3.8 La respuesta en prevención, tratamiento y control de las ITS

Según se reporta en el Informe de Monitoreo y Evaluación de la implementación del compromiso del UNGASS en el Perú, desde la sociedad Civil y el Informe de Evaluación del Plan Estratégico del MINSA, 2001 – 2004, y a pesar de algunos logros alcanzados en algunos campos, como el caso del TARGA, los datos muestran algunos retrocesos en la prevención, tratamiento y control de las ITS en el Perú en el Perú. Adicionalmente, aunque no es una situación reciente, se evidencian grandes brechas entre las DIRESAs, estratificadas según estratos de pobreza, o agrupadas en zonas geográficas, en las respuestas regionales frente a la epidemia y a las ITS.

Prevención

Las herramientas utilizadas por la respuesta nacional para la prevención del VIH-SIDA son los condones masculinos la que se encuentra con mayor disponibilidad en el mercado, y son distribuidos en los servicios de salud. Pero se constata reducciones en la cobertura de distribución de los condones desde el Estado a partir del año 2001 y aún hasta la actualidad sigue existiendo déficit en la distribución de condones en los servicios de salud. Los lubricantes, en los cuatro últimos años no se distribuyen en los servicios de salud.

Hay un esfuerzo importante desde la escuela por incorporar en la currícula determinados contenidos sobre VIH, pero que la implementación es aún insuficiente, y además no se incorporan contenidos de diversidad sexual, culturas y derechos sexuales.

Las poblaciones vulnerables carecen de estrategias de educación focalizadas, e incluso, las estrategias de Promotores Educadores de Pares (PEPs) que en la década pasada habían mostrado importantes alcances se han debilitado desde 2001-2003.

Este debilitamiento de las estrategias preventivas y la pérdida de prioridad de dichas actividades, se dio al ingresar en el MINSA el Programa de TARGA, que sumado a los recursos humanos limitados hizo que las actividades relacionadas al tratamiento sobrepasaran las capacidades instaladas en el MINSA y podrían haber ocasionado este debilitamiento en el campo preventivo durante los años 2004 y 2005¹⁴.

Infecciones de Transmisión Sexual

Según las estadísticas del MINSA se puede constatar que para el 2004, en relación al año base (2000), las infecciones de transmisión sexual se incrementaron en número y tasa. En los primeros niveles de atención, durante el 2004, fueron diagnosticados sindrónicamente un mayor número de casos (trazador Flujo vaginal), pero sólo se pudieron tratar el 77%, frente al 91% tratado en el año 2000; también se evidencio una reducción del volumen de casos tratados de los diagnósticos de descarga uretral, ulcera genital, bubón inguinal de los cuales al 2004 se trata un 88%, 91% y 69% respectivamente en contraste con los niveles de tratamiento previos (2000) que alcanzaron al 93.4%, 96% y 90%.

¹⁴ Via Libre. 2005. ob. Cit.

Sistema de Atención Médica Periódica

El Sistema cuenta con 34 establecimientos que brindan AMP, localizados en 22 Direcciones de Salud; el 71% (24) tiene la acreditación de CERETS mientras que el 29% (10) la acreditación de UAMPs. En el 2004 sólo 58% de los establecimientos tenía kits para realizar RPRs, 70% de establecimientos no tenía Penicilina Benzatínica, un 23% no tenía doxiciclina, 15% no tenía Azitromicina y una cifra similar carecía de condones.

Grupos vulnerables: Trabajadoras Sexuales (TS) y Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH)]

Los y las Trabajadores Sexuales atendidas por primera vez en el Sistema de AMP se incrementaron en 29%, desde el 2000, pasando de 22,376 a 31,252 (2004), mientras que la concentración de atenciones recibidas por ellos en el año base fue de 2.79 y al 2004 se redujo a 2.29 atenciones (recordemos que la norma establece que deberían tenerse Atenciones Médicas Periódicas cada 28 días).

La captación de personas pertenecientes a Grupos vulnerables fue mayor entre los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), por ello la Razón de TS Mujeres y los HSH, atendidos por primera vez en la AMP, pasó de 5.79 (2000) a 2.4 (2004). El sistema de información de la ESN no permite diferenciar a HSH que no sean trabajadores sexuales, lo que constituye un grave problema dada la importancia de estas poblaciones para el monitoreo de las intervenciones y el curso de la epidemia y que los trabajadoras/es sexuales (entre los cuales hay mujeres, hombres y transgéneros) y los HSH tienen diferentes condicionantes de vulnerabilidad y riesgos.

Anualmente un promedio de 11,000 personas pertenecientes a Grupos vulnerables reciben 6 o más atenciones por el sistema AMP, considerándoseles controlados de esta manera. En el 2004 se captaron 45% más que en relación al 2000 (8559). A pesar que ha mejorado la captación (nuevos atendidos) de TS y que se han incrementado los TS controlados, aun existen brechas importantes entre ambos indicadores:

Sólo 48% del total de TS en el periodo (30% de los HSH y 52% de las TS mujeres captadas) “permanecieron” en el Sistema AMP (TS con 6 o más controles, podría decirse que el complemento “desertaron” de la AMP).

Sangre segura

Informes del PRONAHEBAS señalan que en el 2000 se contaba con 144 Bancos de Sangre (BS), se recolectaban 332,800 unidades y 100% fueron tamizadas para marcadores infecciosos, de estas 0.12% fueron halladas seropositivas al VIH. En el 2003, en 92 BS se colectaron 145,665 unidades y se tamizó el 99.35% para VIH (se informó que no se tamizaron: 947 unidades para VIH, 5317 para Hepatitis B, 8463 para sífilis). En el 2004 se obtuvieron 146,181 unidades en 97 BS y se tamizaron 99.6% para VIH de las cuales 0.27% fueron seropositivas.

Transmisión Vertical, Sífilis y Sífilis congénita

En el 2000, 71% de las gestantes que acudieron a los servicios de salud del MINSA y a quienes se les efectuó control prenatal, recibieron tamizaje para sífilis, pero sólo el 68% lo recibió en el 2004. De ellas, en el 2004, 1.43% resultaron reactivas al RPR (1.13% en el 2000) siendo tratadas 28% de ellas (54% en 2000). Asimismo los recién nacidos a quienes se les diagnosticó Sífilis congénita en el año 2004, 53% de los casos fueron tratados (65% en 2000); hubo, por lo tanto, retrocesos en el tratamiento y control de la sífilis y la sífilis congénita.

VIH en gestantes y RN

Sólo 31% de las gestantes fueron tamizadas para VIH en el 2004 (en el 2000 la cifra fue la misma), siendo 0.24% de las tamizadas seropositivas al VIH (0.32% en 2000), recibiendo antirretrovirales para evitar la transmisión vertical sólo 59% de ellas en el periodo; los recién nacidos que recibieron antirretrovirales fueron 47% en relación a las gestantes seropositivas (42% en 2000)¹⁵.

Tratamiento y Atención Integral a PVVS

Al 2006 cerca del 90% (6,298) de las PVVS que se estiman necesitan tratamiento están recibiendo tratamiento antirretroviral (TARGA) a través de diversas fuentes : Minsa, Essalud, FF.AA y Policiales , el Fondo Mundial ha sido una importante fuente de recursos para financiar la implementación del Programa de Tratamientos en el MINSA , se observan sin embargo brechas importantes en otras áreas de la atención para que esta sea realmente integral: diagnóstico y tratamiento oportuno de infecciones oportunistas, identificación y manejo de reacciones adversas, atención clínica multidisciplinaria, abastecimiento de medicamentos, insumos para prevención secundaria . El Proyecto del Fondo Mundial en 5ta Ronda contempla financiamiento para alguna de estas actividades pero es fundamental garantizar los compromisos políticos y financieros del Gobierno para su sostenibilidad.

3.9 Recursos de información y Monitoreo, y desarrollo de capacidades

Una fortaleza a nivel del país es la existencia de un buen nivel información sobre la situación de VIH en el país, particularmente sobre datos epidemiológicos. A los reportes de vigilancia y notificación de casos de la OGE-MINSA, se suman diversos otros estudios de vigilancia centinela en los grupos poblacionales específicos: gestantes usuarios de los servicios de control prenatal, hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y en Trabajadoras sexuales (TS), algunos de ellos desarrollados en forma colaborativa entre OGE y algunas Universidades y ONGs, que han permitido contar con información sobre prevalencia que brindan valiosa información para mejorar la eficacia de la prevención y control en los sistemas de salud.

Aunque la Oficina General de Epidemiología (OGE) del Ministerio de Salud considera que es importante no sólo investigar y monitorear la prevalencia sino también la incidencia de la enfermedad, esta propuesta aún no logra consenso por su complejidad y recursos necesarios, así como respecto a su utilidad considerando el tipo de epidemia del país.

¹⁵ Policy-ONUSIDA, 2005. ob. Cit.

También se cuenta con diversos estudios sobre conocimientos actitudes y prácticas, así como sobre Comportamiento sexual, desarrollados por organismos del Estado, algunas Universidades y ONGs.

Existen limitaciones para la obtención de la información que permita dar cuenta de los indicadores de monitoreo y evaluación de las acciones de Prevención y Control. Así, de acuerdo al análisis realizado informe de evaluación del Plan Estratégico para la Prevención y Control de las ITS/VIH/SIDA 2001 – 2004 sólo seis indicadores de los 31 indicadores de evaluación que contempla dicho Plan podían ser obtenidos directamente, dos dependían de la vigilancia centinela de VIH/SIDA, dos del sistema de notificación y registro de casos de VIH/SIDA, tres se pueden obtener de las Encuestas ENDES, once se podían obtener directamente o con indicadores sustitutos (proxy) del sistema de monitoreo y estadística de la Estrategia Sanitaria y tres del sistema de información de Bancos de sangre, mientras diez requerían estudios especiales.

Por otro lado, hay que destacar que no se establecieron mecanismos de rendición de cuentas o retroinformación a la sociedad civil (incluyendo la población afectada) como parte del manejo de la información respecto al avance y evaluación del plan¹⁶.

A consideración de los actores, en el País, se cuenta con un importante contingente de recursos humanos técnico capacitados, aunque la magnitud y diversidad de los retos requiere seguir fortaleciendo estos desarrollos.

Sin embargo, a pesar de esfuerzos hechos desde la ESN para capacitar a equipos de profesionales para mejorar la calidad de atención y trato a PVVS, aún se adolece de atenciones discriminatorias en espacios de emergencia y otros campos hospitalarios hacia las PVVS, particularmente de parte del personal de Salud no involucrado al Programa de VIH, situación que debe ser enfrentada¹⁷.

3.10 Recursos Financieros

Aunque se tiene como antecedente el presupuesto que en el 2000 el MINSA otorgó un monto de 18.5 millones de nuevos soles al PROCETSS (dirigidos esencialmente a las actividades de comunicación para la prevención, mercadeo social del condón, tamizaje y diagnóstico, manejo de ITS, intervenciones en grupos vulnerables y vigilancia). No se han vuelto a repetir niveles de financiamiento como el reportado ese año.

Para los años siguientes el principal problema es que no se cuenta con información clasificada de gastos que pueda discriminar el rubro de asignación para control de VIH/SIDA (esta situación se explica principalmente por la forma como se desarrolla la Estructura Programática Funcional, clasificación que no permite una flexibilidad para poder llevar el control, no solo para el caso del VIH/SIDA sino en términos generales para otros conceptos de interés). En el 2003 el monto asignado para acciones de prevención y control del VIH/SIDA, por los distintos ministerios fue de 7.29 millones de nuevos soles a través de los Ministerios de: Salud, Educación, de la Mujer y Desarrollo Social, el Ministerio de Justicia (a través del Instituto Nacional Penitenciario –INPE), Interior y Defensa (estos dos últimos a través de COPRECOS) (68% otorgado por el MINSA). , a excepción del MINSA y las actividades de COPRECOS la mayor proporción de estos fondos fueron contrapartidas al financiamiento del Fondo Mundial.

En el caso del MINSA, principal fuente de financiamiento para las intervenciones de prevención y control de VIH/SIDA, al haberse establecido el Modelo de Atención

¹⁶ Via Libre. 2005. ob. Cit

¹⁷ Via Libre. 2005. ob. Cit.

Integral de Salud y haberse eliminado la organización por Programas, no es posible identificar los montos específicos invertidos y/o ejecutados.

3.11 Protección de derechos humanos y Marco legal y normativo

Si bien se reconoce como fortalezas del país la existencia de un marco normativo amplio para la protección de los derechos humanos de las PVVS (Ley CONTRASIDA 26626 y la ley modificatoria 28243), a las que se suman normativas contra discriminación, la existencia de este marco no es suficiente sino también en garantizar su efectivo cumplimiento.

Por otro lado, existen aún serias barreras legales que deben resolverse para la atención de algunos grupos, como el caso de los menores de mayor riesgo (adolescentes HSH y TS adolescentes), las cuales impiden su acceso a tratamiento, prevención y pruebas. Se requiere acciones inmediatas para la revisión de las leyes y normas que faciliten este acceso. Hay que buscar salidas inteligentes, y aprovechar la existencia de ventanas legales.

3.12 Principales logros de la respuesta nacional

Considerando el periodo reciente 2004 – 2005, la Evaluación del Plan Estratégico del MINSA, 2001 – 2004 destaca una recuperación de los factores extrasectoriales (apoyo gubernamental, participación multisectorial, fortaleza de la sociedad civil, vigilancia social) e institucionales (apoyo institucional).

Sin embargo, los aspectos críticos de gestión (recursos suficientes) y operación (disponibilidad de condones, y de insumos diagnósticos y tratamientos) de la respuesta continuaron disminuidos, estos últimos a niveles aun menores que en el periodo 2001 – 2003, situación que debe enfrentarse.

Se percibe es que los procesos en los que se logro mayor avance se encuentran en¹⁸:

- El acceso al diagnóstico y tratamiento de las PVVS
- La protección y promoción de los DDHH de las PVVS,
- La atención integral a gestantes seropositivas a VIH y sus RN, y
- La Planificación Familiar en mujeres PVVS,

Se considera que estos aspectos probablemente se asocian a la implementación de las actividades de los Proyectos financiados con Recursos del Fondo Global, que se iniciaron en el 3er cuatrimestre del 2004.

Igualmente, de acuerdo a la Evaluación del Plan Estratégico del MINSA, 2001 – 2004, donde no se registran avances y nos encontramos en situación semejante o ligeramente inferior a alguno de los periodos anteriores, son:

- El tamizaje para Sífilis (a pesar que este diagnóstico es parte del protocolo CPN e inclusive se considera búsqueda activa de la pareja) y VIH en gestantes (en este caso es voluntario con consejería obligatoria),
- La provisión de sangre y hemoderivados libres de VIH,
- La promoción y provisión de condones,

¹⁸ Policy-ONUSIDA. 2005. Evaluación del Plan Estratégico del MINSA, 2001 – 2004 para la Prevención y Control del VIH / SIDA en el Perú.

- La reducción de comportamientos de riesgo en Población general,
- El funcionamiento adecuado de AMP a Grupos Vulnerables, y
- El diagnóstico y tratamiento precoz de las ITS.

4. EVIDENCIAS EN INTERVENCIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL VIH/SIDA Y LAS ITS

Diversas organizaciones mundiales¹⁹ están de acuerdo en que si se quiere controlar la epidemia, es necesario:

- Plantear una RESPUESTA Amplia e Integral que implica asegurar una gama de intervenciones de prevención, con amplias coberturas con participación y responsabilidad de la sociedad en pleno para reducir la transmisión y el impacto del VIH.
- Incluir un poderoso componente de prevención que acompañe al tratamiento.
- Combatir el estigma y la discriminación.
- Dirigir las intervenciones agresivamente y masivamente a las poblaciones con alto riesgo (en el caso del Perú, HSH y TS).

Además, se requiere enfatizar las siguientes acciones:

- Promoción del 100% de uso de condón en poblaciones de alto riesgo (TS, HSH).
- Tratamiento de otras ITS de manera sistemática y periódica y ofrecer manejo sintomático de las a la población en general.
- Consejería y pruebas voluntarias de VIH de manera sistemática y periódica.
- Implementar programas basados en escuelas sobre educación sexual, ITS y VIH.

Las intervenciones que han sido evaluadas a nivel mundial²⁰ y nacional, se resumen a continuación:

A. Intervenciones para prevenir la transmisión en HSH:

Prevenir la transmisión en HSH es muy importante y efectiva para combatir la epidemia.

Estudios en Perú, muestran que una alta proporción de hombres jóvenes han tenido relaciones sexuales con otros hombres durante su vida (alrededor del 12%) y en los últimos seis meses (alrededor del 6%, o alrededor de 250,000 hombres en el Perú) y que el uso del condón en este grupo es infrecuente.

Aunque hay algunos problemas (estigma y discriminación social y cultural) para llegar a este grupo diverso y heterogéneo, se recomiendan las siguientes intervenciones por haberse demostrado efectivas:

¹⁹ Investing in Global Health: “Best Buys” and Priorities for Action in Developing Countries. Fogarty International Center of the U.S. National Institutes of Health, the World Bank, the World Health Organization, and the Population Reference Bureau 2006 www.dcp2.org

²⁰ The evidence base for interventions to prevent HIV infection in low and middle income countries. CMH Working Paper Series. Paper No. WG5 : 2. 2001.

- **Promotores educadores de pares:** se incluyen actividades en la misma calle y talleres de grupo para discutir prácticas sexuales seguras. Se ha encontrado que estas actividades aumentan el uso de condón y disminuyen el sexo anal no protegido, tanto receptivo como insertivo.
- **Promoción y provisión de condones (100% uso de condón)**
Los programas que proveen condones (con mercadeo social), lubricantes e información en lugares de encuentro sexual o no sexual de HSH muestran que son efectivos para incrementar el uso de condón.
- **Tratamiento de ITS:** El tratamiento adecuado y oportuno de las ITS previene la transmisión de VIH. Para población HSH, es importante la capacitación de los profesionales de salud para el diagnóstico y tratamiento de la ITS anales. Las actividades deben ser llevadas a las calles donde se concentra la población en riesgo (equipos móviles).
- **Consejería y pruebas voluntarias para VIH.** Esta es una estrategia con probada eficiencia y costo-efectiva en poblaciones en riesgo.
- **Actividades de disminución del estigma y la discriminación.** Esta estrategia se ha desarrollado sobre todo para personas que viven con VIH. Pero olvidamos que el estigma y la discriminación relacionados a la homosexualidad antecede a la relacionada a vivir con VIH y es una de las causas que colocan a esta población en riesgo de infectarse.

Además, son importantes las actividades preventivas con las parejas masculinas y femeninas de los HSH, que se constituyen en poblaciones “puente” del VIH entre los HSH y la población general. Sin embargo, estas parejas masculinas y femeninas son de difícil acceso, por lo que probablemente es más eficiente trabajar directamente estrategias de prevención con los mismos HSH.

B. Intervenciones con Trabajadoras y Trabajadores Sexuales:

En países como el Perú, con elevada transmisión sexual, las intervenciones dirigidas a trabajadora/os sexuales son efectivas para prevenir la cadena de transmisión hacia los clientes y de allí hacia las parejas sexuales (usualmente mujeres).

- **Los programas de Promotoras Educadoras de Pares (PEP).** Estos programas usan pares capacitadas para difundir información para la prevención, entrega de medios de prevención (condones y negociación del condón, lubricantes), referencia a servicios de salud para tratamiento de ITS, entre otras acciones. Diferentes experiencias en el mundo ha mostrado que el trabajo con pares permite incrementar y mantener el uso de condón, así como disminuir el número de nuevos casos de VIH y otras ITS.
- **Distribución de condones y mejora de capacidades para la “negociación del condón”**
- **Tratamiento de ITS.**
- **Consejería y pruebas voluntarias para VIH.** Esta es una estrategia con probada eficiencia y costo-efectiva en poblaciones en riesgo.
- **Actividades de disminución del estigma y la discriminación.** Esta estrategia se ha desarrollado sobre todo para personas que viven con VIH; el estigma y la discriminación relacionados al trabajo sexual antecede a la relacionada a vivir con VIH y es una de las causas de la misma, siendo descrita por mujeres viviendo con VIH del Perú.

Estas intervenciones han mostrado ser efectivas en cualquier escenario: en países desarrollados y en desarrollo, en entornos rurales y urbanos, con trabajo sexual regulado y no regulado. Estas intervenciones tienen bajo costo y no necesitan mucha tecnología para ser implementadas, incluso algunos estudios han mostrado que ayudan a disminuir el estigma contra el trabajo sexual y el VIH.

C. Intervenciones en clientes de trabajadoras y trabajadores sexuales:

Los clientes de **trabajadoras y trabajadores** sexuales son un grupo difícil de identificar y acceder. Aunque, la distribución de condones en lugares de encuentro sexual ha mostrado ser eficaz en aumentar el uso del condón, **es más eficiente trabajar directamente con estrategias de prevención con las/los trabajadoras(res) sexuales.**

D. Tratamiento de ITS, para prevenir la Transmisión del VIH:^{21 22}

Estudios en África, muy bien diseñados y con epidemias con prevalencias elevadas y poblaciones predominantemente heterosexuales, muestran que el **Manejo Síndrónico de las ITS logra prevenir** la transmisión del VIH y otras ITS (sífilis, uretritis, entre otras). Además se encontró que esta intervención es eficiente en términos de costos.

Otros estudios han demostrado la importancia del tratamiento de las parejas sexuales (como un componente fundamental para la prevención de la infección o reinfección por ITS).

E. Intervenciones en Escuelas y Adolescentes:

Varios estudios han encontrado que las intervenciones educativas (información, cambio de currículo escolar, etc.) han mejorado el nivel de conocimiento de los jóvenes, pero no logran cambiar sus conductas sexuales. Otros han demostrado que la educación sexual se asocia a retraso del inicio de las relaciones sexuales en adolescentes. También se ha encontrado que el **trabajo de pares con los adolescentes más vulnerables** lleva al autoreporte de comportamientos sexuales de menor riesgo.

Sin embargo todavía ningún estudio de intervenciones en escuelas ha demostrado disminución en el número de casos de ITS.

F. Prevención de la transmisión vertical (madre-hijo)

Esta demostrado que se puede prevenir una gran proporción de los casos de trasmisión vertical mediante el uso de antirretrovirales y evitando la lactancia materna cuando la madre es VIH positiva. Los estudios con Zidovudina y Nevirapina han sido exitosos en mostrar su eficacia en disminuir significativamente el número de casos de VIH por transmisión vertical. La cesárea en lugar del parto vaginal también ha demostrado disminuir la frecuencia de transmisión del VIH a los hijos de las embarazadas que viven con VIH. De hecho, en Europa y países desarrollados, el evitar la lactancia materna, realizar cesáreas en lugar de partos

²¹ *Mayaud P, et al. AIDS 1997;11:1873*

²² *Grosskurth H, et al. Lancet 1995;346:53*

vaginales y el uso de **terapia triple** ha disminuido la transmisión del VIH a menos del 2%, en algunos de casos casi ha eliminado dicha transmisión.

Esta es una alternativa altamente beneficiosa en regiones con elevada prevalencia y epidemias generalizadas (con más del 1% en gestantes) como gran parte de África. Aunque estas intervenciones son menos costo-efectivas en países como el Perú, donde la prevalencia de VIH en gestantes es relativamente baja (0.1%), dado el componente humano y social y su efectividad, se considera que esta estrategia es fundamental, y cada vez son más numerosos los servicios de salud capaces de implementar la prevención de la transmisión vertical.

Además de los esfuerzos por evitar la transmisión vertical, es importante evitar que las madres se infecten, trabajando la prevención en grupo de mayor riesgo: HSH y TS.

G. Prevención de transmisión al usar productos sanguíneos.

Aunque la transmisión por transfusiones sanguíneas es muy baja en el Perú, es importante asegurar que se mantenga como tal, y para ello, es necesaria la implementación y mantenimiento de acciones o intervenciones que han mostrado ser eficaces, como:

- Tamizaje para VIH de la sangre donada.
- Evitar transfusiones innecesarias: las indicaciones para transfusión son muy precisas y debieran respetarse.
- Excluir a donantes de alto riesgo: mediante el sistema de donante voluntario y un adecuado pre-test en los bancos de sangre.

H. Intervenciones en Personas Viviendo con VIH SIDA (PVVS)

- **Tratamiento Antirretroviral (TARGA) y la prevención:** El TARGA permite prolongar la sobrevivencia de las PVVIH y evitar las complicaciones e infecciones oportunistas lo que mejora la calidad de vida. Aunque algunos estudios encuentran que el TARGA disminuye de manera muy importante la cantidad de virus en la sangre, es necesario recordar que la cantidad de virus en la sangre es distinta que la cantidad en el semen y otros líquidos corporales. Algunos países que cuentan con TARGA desde hace varios años, han empezado a mostrar un incremento de conductas sexuales de riesgo y nuevas “epidemias” de ITS entre PVVIH. Incluso se ha encontrado un elevado número de casos nuevos de ITS y VIH entre los grupos de HSH donde se había disminuido o estabilizado la epidemia. Entonces en estos países se está reportando el regreso a prácticas sexuales de riesgo en aquellos que reciben TARGA²³ y en otros grupos que además reconocen que la existencia del TARGA ha disminuido su temor de infectarse²⁴. Esto remarca la importancia de enfatizar los **aspectos de prevención en la era del TARGA entre las PVVIH (prevención positiva)**, y también entre los otros grupos de riesgo de infección por VIH (HSH, TS) y en general en la población.

Las diversas experiencias en prevención nos muestran que:

²³ Kelly JA, Hoffmann RG, Rompa D, Gray M. AIDS, 1998; 12(10) 9: 91-95

²⁴ Ostrow DE, Fox KJ, Chmiel JS, et al. AIDS, 2002; 16(5):775-80.

1. El VIH se propaga más rápidamente entre aquellos que corren más riesgos y vulnerabilidad, es decir: **HSH y sus parejas masculinas y femeninas, TS y sus clientes.**
2. La transmisión del VIH a otras poblaciones **se puede prevenir** interrumpiendo la transmisión entre aquellos con más riesgo: **HSH y sus parejas masculinas y femeninas, TS y sus clientes**
3. Los mayores recursos y esfuerzos para la prevención deben dirigirse **con más fuerza a aquellos con más riesgo (grupos con mayor prevalencia de VIH-SIDA: HSH y sus parejas masculinas y femeninas, TS y sus clientes).**
4. **Trabajar en prevención es vital** para disminuir el impacto individual y social del VIH y asegurar la sostenibilidad de los sistemas de atención integral (incluyendo TARGA) para las PVVIH.

5. EL PEM Y LOS OBJETIVOS DEL MILENIO

En septiembre de 2000, representantes de 189 países se reunieron en la Cumbre del Milenio, convocada por las Naciones Unidas en la ciudad de Nueva York, y adoptaron la declaración que dio base a la formulación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), los cuales forman parte de una larga serie de iniciativas emprendidas por los gobiernos, el Sistema de las Naciones Unidas y las instituciones internacionales de financiamiento dirigidas a reducir la pobreza en el mundo.

Los ODM deben ser vistos en relación de las diferentes iniciativas internacionales ya firmadas por los países asistentes a la reunión del 2000, entre los cuales está el Perú, en los que los temas de salud y equidad fueron resaltados para que los gobiernos los incluyan de manera prioritaria en sus agendas de trabajo.

De esta manera, el Plan Estratégico Multisectorial de VIH/SIDA propuesto para el 2007 – 2011 halla lógica, al constituirse en un instrumento que permita al Estado Peruano trabajar a su vez por el desarrollo del país a partir de garantizar una mejor salud con equidad para todas y todos.

Entender en este marco la relación entre pobreza y su necesaria atención para buscar el desarrollo, es sumamente importante y es justamente en los ODM que se enfatizan 8 ejes concretos, entre los cuales está el combatir la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el SIDA, reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna, todos estrechamente relacionados entre sí.

Además, en el contenido de la declaración, si bien las metas están vinculadas con la mejoría de la salud de la población en general, hay aspectos específicos sobre los cuales se pone mayor énfasis de forma puntual, como el acceso a medicamentos y salud reproductiva, aspectos vinculados en la lucha contra las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA sobre los cuales el presente Plan se preocupa por operativizar para contribuir al alcance realista de los ODM, pues a partir del compromiso asumido por el gobierno del Perú, al haber firmado el convenio que es fuente de este compromiso de lucha contra la pobreza, el sector salud tendrá asimismo, la responsabilidad de poner en marcha todos los esfuerzos que estén a su alcance para cumplir con el alcance de las metas, así como monitorearlas y evaluarlas.

Detener y revertir la epidemia del VIH para el 2015 que es la meta establecida en los ODM, es el marco general de trabajo y compromiso que se plantea también el Plan Estratégico de VIH/SIDA para los siguientes cinco años, el cual es un ejercicio de establecer las acciones concretas para alcanzar esta meta, en la que el desafío principal son los plazos establecidos y el respaldo político que se requiere para su realización y cumplimiento. Así, se ve la necesidad de comprometer diferentes voluntades de participación de la sociedad civil en su conjunto y el Estado, ejercicio que desde el presente Plan se está buscando.

No cabe duda que el Plan Estratégico de VIH/SIDA se constituye en una oportunidad para crear las condiciones necesarias que contribuirán a cumplir con los objetivos y metas comprometidas en la Cumbre del Milenio y de esta forma permitir que miles de peruanos mejoren sus condiciones de vida y alcancen una mayor equidad en el acceso a salud.

6. ANALISIS DE VIABILIDAD Y SUPUESTOS BÁSICOS

Como es evidente, no basta con que contemos con el Plan Estratégico, es fundamental asegurar su viabilidad. La viabilidad comprende todo aquello que es necesario asegurar para que el PEM pueda hacerse realidad. Para implementar los objetivos estratégicos del PEM y conseguir las metas que nos hemos planteado se requiere asegurar por lo menos lo siguiente:

Dado que este es un plan de carácter **multisectorial**, una primera condición para su viabilidad es la existencia de un fuerte y claro liderazgo de parte del MINSA como la instancia rectora del sistema de salud y sector relacionado de manera mas directa con dicha problemática. Considerando además la existencia de CONAMUSA como espacio multisectorial ya establecido y a su vez Mecanismo de Coordinación de País para los Proyectos del Fondo Mundial de Lucha contra el VIH/SIDA, dentro del cual el Ministro de Salud está a cargo de la presidencia.

Dicho liderazgo y **responsabilidad global del PEM** debe hacerse manifiesto tanto de parte del más alto nivel político del Ministerio de Salud, como también de parte de la instancia del MINSA directamente vinculada cual es la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA. En ese sentido, una estrategia clave es el fortalecimiento del liderazgo y capacidad de gestión de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA.

A su vez, el logro de cada uno los objetivos y la ejecución de las diversas líneas estratégicas y actividades del Plan deben tener responsables y líderes definidos según el carácter y especificidad de las acciones, y las fortalezas organizacionales con que estos cuenten. Como ejemplo, las actividades en escuelas deberían tener como **responsable** y líder dicha línea de acción al MINEDU. A su vez, dentro de cada objetivo debieran definirse **corresponsables** por cada línea estratégica y eventualmente por cada actividad del PEM, así como colaboradores y ejecutores. Queda claro, que la existencia de responsables y corresponsables de las acciones no deja de lado que el conjunto de las acciones deberán ser ejecutadas por equipos multidisciplinarios e intersectoriales, que potencien las capacidades particulares de cada uno de sus integrantes.

Si bien la CONAMUSA es el espacio de coordinación multisectorial ya establecido a nivel país en las acciones relacionadas con la Prevención y Control de VIH y SIDA, es importante su fortalecimiento. Esto permitirá, a partir de los esfuerzos ya

iniciados, constituirlo en un espacio real y efectivo de coordinación multisectorial más allá del mecanismo de coordinación de país para los Proyectos del Fondo Mundial. De modo similar es preciso profundizar el establecimiento de los mecanismos de coordinación multisectorial a nivel regional y local, ampliando la constitución de COREMUSAS.

Otra condición para la viabilidad, es que el PEM se convierta para el conjunto de actores a nivel multisectorial de manera real y efectiva en el instrumento direccionador del conjunto de acciones en la prevención y control de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA. Esto significa dejar de lado agendas particulares, y apostar por la verdadera agenda nacional guiada por las evidencias y prioridades acordes a las características de la epidemia y a los recursos disponibles.

La evidencia señala que los países que han logrado una reducción sustantiva de la epidemia han contado con el apoyo decidido de sus líderes. En tal sentido, en el contexto de cambio de gestión gubernamental en la cual estamos inmersos, es preciso informar, sensibilizar y comprometer de manera especial a las nuevas autoridades políticas para que asuman el liderazgo y brinden apoyo político de el más alto nivel del Estado hacer realidad la visión compartida y los objetivos del PEM.

En tal sentido, cabe realizar el seguimiento al Acuerdo de los Partidos Políticos en Salud, se comprometieron a asumir como propios los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Salud promovidos por la Organización de las Naciones Unidas y adaptados y ya suscritos por el Perú, orientados a reducir la mortalidad infantil, la mortalidad materna y la incidencia de enfermedades como VIH/SIDA, malaria, TBC y otras. Igualmente, los partidos se comprometieron en proponer estrategias que los hagan viables en el mediano y largo plazo.

Aquí resulta importante realizar acciones de incidencia política y la difusión del PEM entre líderes del nivel estatal, del sector privado y de la sociedad civil para aumentar el compromiso con esta problemática.

Precisamente otra condición de viabilidad es la búsqueda de financiamiento complementario para el PEM, y contemplando en particular las líneas estratégicas definidas como prioritarias y donde existe brechas, que permita lograr las coberturas mínimas para el logro de los objetivos trazados y con el fin de reducir progresivamente el impacto económico que tiene la epidemia en el Perú y evitar así su expansión. La organización de la búsqueda de recursos, de manera lógica y, consistente, debe realizarse en función al PEM.

En relación al financiamiento, y en el marco del Acuerdo Nacional y del Acuerdo de los Partidos Políticos en Salud, cabe realizar las acciones de abogacía necesarias aumentar el PBI para salud, y incrementar el acceso de otros sectores vulnerables (como la población VVIH) a los planes de aseguramiento público.

En ese sentido, se debiera aprovechar las posibilidades aún vigentes de de financiamiento relacionados a la comprensión de la importancia del problema en el contexto político internacional y que se reflejan en los compromisos relacionados a los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Deberá también aprovecharse el contexto de descentralización, aprovechando los recursos que existen a nivel descentralizado, algunos de ellos insuficientemente aprovechados.

Con un criterio de equidad, en el caso de actividades hacia población general debiera plantearse una segmentación, privilegiando la atención integral a las poblaciones mas pobres, y articulando entre las organizaciones públicas la cobertura de las poblaciones bajo cobertura de EsSalud y de las Sanidades de las FFAA, y por el sector privado.

Dentro de la lógica de segmentación de poblaciones, cabe mencionar también reconocer que si bien todos necesitan cobertura, son las poblaciones de mayor prevalencia aquellas que requieren la máxima cobertura posible.

Otro aspecto, particularmente crítico para la viabilidad del PEM tiene que ver con el fortalecimiento y la mejora de los sistemas de gestión de los instancias del sector público, en los distintos niveles de gobierno nacional, regional y local. Dentro de éstos, se destaca de manera particular el fortalecimiento de los sistemas logísticos, que reportan un pobre desempeño en las evaluaciones realizadas.

Es particularmente evidente la necesidad del mejoramiento continuo de las capacidades técnicas de los funcionarios y técnicos de los niveles nacionales y regionales.

Por último, otro de los elementos fundamentales para garantizar la viabilidad del PEM y su adecuada implementación es el desarrollo y fortalecimiento de los sistemas de información, monitoreo y evaluación. Dentro de especial importancia el desarrollo de mecanismos de vigilancia ciudadana y de rendición de cuentas.

7. DEFINICION DE LA VISION Y SITUACIÓN OBJETIVO AL 2011

En el año 2011, se ha reducido a menos de la mitad el número de personas que se contagian el VIH o que se contagian una ITS. Todas las personas que lo necesitan tienen acceso a prevención, a tratamiento antiretroviral y a atención integral de calidad. Existe la información necesaria que asegura estilos de vida saludable y previene estas enfermedades, especialmente en quienes tienen mayor riesgo de exposición al VIH.

Ninguna persona es discriminada por ser portadora de alguna de estas enfermedades o por su orientación sexual. Esto como resultado de que todos los peruanos y peruanas, la sociedad civil, los organismos del estado y de la cooperación internacional movilizan recursos y trabajan juntos para lograrlo.

8. DEFINICIÓN DE OBJETIVOS ESTRATEGICOS

Considerando los principales problemas que se han identificado, se han definido los objetivos estratégicos y las intervenciones más eficaces para la prevención y control de ITS y VIH/SIDA acordes con las características de epidemia concentrada que presenta el Perú.

Aunque para cada uno de los objetivos se han definido niveles de cobertura específicos, dependientes de nivel basal encontrado, se ha formulado una propuesta que busca alcanzar para el primer año (2007) un nivel mínimo de **cobertura del 30%** en la gran mayoría de actividades y lograr progresivos incrementos de cobertura de 5 puntos porcentuales **hasta un 50% al final** del horizonte de planeamiento (2011).

Objetivo Estratégico 1: Reducir en 50% el número de nuevos casos de VIH y en 50% la prevalencia de ITS en poblaciones HSH, TS, PPL al año 2011.

Este primer objetivo (al igual que el segundo) responde a enfrentar uno de los principales problemas identificados, cual es el incremento de transmisión sexual de ITS y VIH en poblaciones HSH, TS y PPL, quienes son las que presentan las mayores prevalencias de VIH a nivel del país.

Para ello se ha previsto desarrollar las siguientes líneas estratégicas:

1.1. Promoción de uso adecuado y provisión de condones

Dentro de esta línea estratégica definida como prioritaria se ha considerado en primer término la programación y adquisición de condones para las poblaciones HSH, TS y PPL. Para calcular el número de condones a adquirir se está considerando llegar al menos al 30% de estas poblaciones HSH y TS, estimando como población HSH total al 3% de la población de hombres entre 18 y 45 años, en tanto según estudios desarrollados por la UPCH son las poblaciones de varones con prevalencias superiores al 3.1% de prevalencia²⁵. En el caso de TS, se está considerando como universo de la población al 1% de la población. Se está calculando el número de condones considerando la entrega de 50 condones mensuales en HSH y TS, y 30 por mes en el caso de PPL. La cobertura en

²⁵ Si bien el 13.8% de los varones admite haber tenido alguna vez sexo con otro hombre en su vida y este grupo tiene 1.8% de prevalencia, un 2.3% de los varones que declara que su última pareja ha sido hombre tienen 3.1% de prevalencia (Fuente: Proyecto PREVEN-UPCH).

particular para el caso de PPL es de 50% teniendo en cuenta existe financiamiento ya comprometido de Proyecto de la V Ronda.

Igualmente se esta considerando la distribución de condones mediante la estrategia de PEPs HSH, TS y PPL, donde se busca financiar los costos de los PEPs, considerando incentivos para esta actividad, la que se realizaría a razón de 90 pares por cada PEP. En el caso de PEPs PPL se está considerando un monto para incentivos ligados a la promoción de la actividad (polos, y otros insumos), teniendo en cuenta que estos no pueden recibir dinero, y no requieren de movilidad.

Se esta incluyendo también, para asegurar el éxito de esta intervención, el monitoreo y coordinación de la distribución de condones por los PEPs. En este aspecto cabe señalar que la brecha de recursos para garantizar la cobertura mínima del 30% es para el 2007 es baja, y donde la distribución de los monitores actuales con que cuenta el MINSA no es homogénea, por lo que se deberá hacer esfuerzos para financiar esta actividad clave.

1.2 Incidencia política para desarrollar acciones que faciliten el acceso a la atención e información a HSH, TS, PPL

Como punto de partida se considera el estudio y propuesta de leyes y normas que faciliten acceso a la atención e información a los HSH, TS y PPL, así como el desarrollo de Reuniones y Talleres macro regionales de sensibilización a políticos y líderes del gobierno nacional, regional y local, que permita viabilizar la aprobación de las propuestas de leyes y normas que se han identificado al inicio como requeridas. También se tiene previsto realizar actividades de difusión de la propuesta legislativa y normativa en programas de radio y TV, así como mediante comunicados en prensa.

1.3 Promoción para el incremento de la cobertura de AMP, consejería y servicios de despistaje y tratamiento de ITS en HSH, TS y PPL

Dentro de esta línea estratégica se ha considerado prioritario desarrollar la promoción de la Atención Médica Periódica (AMP), la consejería y servicios de despistaje en HSH y TS, al igual que la promoción de consejería y servicios de despistaje en PPL, en ambos casos a través de la estrategia de PEPS. Dentro de esta actividad se está considerando un monto para gastos de movilidad de los PEPs de acuerdo a las posibilidades regionales, pero sujeto a un nivel mínimo de 10 derivaciones.

Para apoyar dicha actividad se tiene prevista la producción de materiales de IEC con la necesaria adecuación cultural y diferenciación según el tipo de poblaciones HSH, TS y PPL (Folletos y rotafolios). Para reforzar el incremento de la cobertura de AMP, consejería y servicios de despistaje y tratamiento de ITS en HSH, TS y PPL se ha previsto la creación de equipos móviles de consejería, atención de ITS y promoción de servicios para HSH y TS, con la perspectiva al menos un equipo por DIRESA, y partiendo de un mínimo de 10 equipos en el primer año.

Considerando su importancia dentro de las estrategias de ampliación de cobertura, se ha incluido también el financiamiento de la coordinación del nivel nacional de estos equipos móviles, situación que a la fecha no se tiene aún financiado. Igualmente, se ha contemplado la capacitación de equipos móviles de consejería, atención de ITS y promoción de servicios para HSH y TS.

1.4 Fortalecimiento del manejo y prevención de ITS a través de la AMP, asegurando diagnóstico, tratamiento y consejería en HSH, TS y PPL

Se busca asegurar el diagnóstico y tratamiento de las principales ITS, realizado el despistaje de Sífilis para poblaciones HSH (al 50% de cobertura) y TS (al 30%). Así mismo se pretende asegurar el tratamiento tanto en la persona afectada como en su pareja en el 100% de las personas diagnosticadas. Se planea asegurar el diagnóstico y tratamiento de Descarga uretral, Úlcera genital, Proctitis en HSH, de Descenso vaginal (Tricomonirosis, vaginosis bacteriana), Úlcera genital, Gonorrea y Clamidia (Cervicitis) en TS, de Descarga uretral, Úlcera genital, Proctitis, en PPL. En cada caso las necesidades proyectadas están basadas en las prevalencias específicas de cada uno de estos síndromes.

También se contempla asegurar el despistaje de VIH para HSH, TS y PPL. Se ha contemplado también la distribución de lubricantes para HSH y PPL (en este último caso a una cobertura del 50% por el financiamiento del FG). Se pretende de igual modo asegurar la consejería preventiva en HSH, TS y PPL.

1.5 Mejoramiento de la infraestructura y el sistema para prevención y atención de ITS (Fortalecimiento de CERITS y UAMPs)

Dentro de esta línea estratégica se realizarán acciones de fortalecimiento de la capacidad de respuesta institucional del sistema de salud frente a la epidemia, en particular en sus capacidades para la prevención y atención de ITS, a través del fortalecimiento de CERITS y UAMPs.

Para ello se realizarán acciones de mejoramiento de la infraestructura y equipamiento de CERITS y UAMPs (existentes y nuevos) para lo cual se cuenta con financiamiento del Proyecto del FG y del Proyecto Vigía, que financiarán la mejora de 18 de los 34 de los actuales CERITS y UAMPs en el primer año, buscando lograr cubrir los 34 EESS actuales.

Igualmente se busca asegurar los recursos humanos (Médico, consejero, laboratorista) necesarios para la atención en los 34 CERITS y UAMPs. Se planea también fortalecer la logística para medicamentos e insumos a través de la capacitación del personal a cargo, mediante una estrategia de Talleres macro regionales. También se pretende realizar la capacitación y sensibilización de personal de los CERITS y UAMP en el manejo de protocolos de manejo y en el buen trato de los pacientes. Para dicha capacitación se ha incluido en el plan la impresión y difusión de los protocolos de manejo en Servicios de Salud.

También se ha considerado realizar acciones de Control de Calidad de los Laboratorios de CERITS, que el primer año está cubierto solo parcialmente por el INS.

1.6 Fortalecimiento de la Estrategia de PEPs, tomando en cuenta la diversidad de poblaciones HSH, TS y PPL

Una de las estrategias priorizadas para el desarrollo de las acciones de prevención, consejería y promoción de servicios y de pruebas de VIH, a través de PEPs HSH, TS y PPL, por lo que se está privilegiando la capacitación de PEPs para desarrollar o mejorar sus competencias.

1.7 Fortalecimiento de las organizaciones de poblaciones HSH y TS para responder a la epidemia y a la defensa de sus derechos, en el marco de sus deberes y derechos ciudadanos.

Como parte del fortalecimiento de las organizaciones de poblaciones HSH y TS se ha previsto la capacitación en prevención, género, DDHH, gestión a los recursos humanos de las organizaciones de poblaciones HSH y TS, para lo cual se planea ejecutar Talleres Macroregionales a realizarse anualmente

Objetivo Estratégico 2: Reducir en 50% la prevalencia de ITS en la población general al 2011

Al igual que en el objetivo anterior, través de este segundo objetivo se busca enfrentar uno de los principales problemas identificados, cual es el incremento de transmisión sexual de ITS y VIH, a través de intervenciones dirigidas a la población general.

Para ello se ha previsto desarrollar las siguientes líneas estratégicas:

2.1. Reducir la vulnerabilidad de la población general a través de la promoción de conductas sexuales saludables, promoción del uso consistente y correcto del condón y prevención de ITS

Esta línea de acción se realizará en el marco del diseño de un plan de comunicación, mercadeo y promoción del condón, conductas sexuales saludables, prevención de ITS para el periodo 2007-2011. Como parte de estas actividades se tiene prevista la producción y difusión de materiales de comunicación impresos para población en general, la producción y difusión de spots radiales, la suscripción de convenios con canales de TV y otros medios de comunicación como aliados con responsabilidad social para la producción y difusión de spots de TV. Esta línea de acción no tiene aún financiamiento garantizado por ninguna fuente, aunque se ha identificado una actividad finalmente no concretada de cooperación con el Gobierno de Brasil.

Se contempla también actividades de promoción en municipios, organizaciones de base (Ferias locales, concursos, etc.); y la capacitación de medios de comunicación.

2.3. Fortalecimiento del manejo sindrómico de ITS en población general

Se ha planificado la adquisición de condones para la población general. También se busca asegurar el diagnóstico sindrómico y el tratamiento de las principales ITS (de la persona afectada y de su pareja) tanto en hombres (Descarga uretral, Ulcera genital, Bubón inguinal) como en mujeres (Descenso vaginal, Ulcera genital y Cervicitis). También ha planificado el tratamiento de dolor abdominal en mujeres de población general.

No se ha podido definir los niveles de cobertura de los tratamientos específicos debido a que la información se encuentra a nivel agregado de medicamentos estratégicos sin particularizar los que se utilizarán para ITS.

2.3. Capacitación a todo nivel de personal relacionado a salud en manejo sindrómico de ITS

Se tiene previsto la capacitación de personal MINSA, así como de personal NO MINSA (privado y otro personal como trabajadores de farmacias) en protocolos de manejo. Para ello se tiene programada la impresión y distribución de protocolos de manejo sindrómico. Se está partiendo en este caso de una cobertura del 50% del personal relacionado a salud en manejo sindrómico de ITS

Objetivo Estratégico 3: Promover la prevención de ITS/VIH, la educación sexual y estilos de vida y conductas sexuales saludables en adolescentes y jóvenes.

A través de este tercer objetivo se busca vulnerar otro de los problemas identificados, cual es la existencia de grupos de adolescentes con estilos de vida y conductas sexuales de riesgo.

Para ello se ha previsto desarrollar las siguientes líneas estratégicas:

3.1. Promoción de comportamientos sexuales saludables en adolescentes y jóvenes, incluyendo el uso adecuado y provisión de condones (mercadeo social, estrategias de comunicación e información).

Para desarrollar esta línea de trabajo se ha tiene planificado el diseño e implementación de una campana comunicacional de prevención de ITS dirigida a adolescentes y jóvenes. Dentro de las acciones de implementación de este plan de comunicación y mercadeo social dirigido a adolescentes y jóvenes, se ha previsto la producción y difusión de spots radiales para adolescentes y jóvenes, la promoción en medios de comunicación (programas de TV, Radio), la producción y difusión de folletos a adolescentes y jóvenes mas expuestos. La promoción y educación, así como la distribución de condones se espera desarrollar a través de PEPs Jóvenes, actividad que tiene una significativa cobertura (50%) por parte de los Proyectos del Fondo Global. Igualmente se tiene contemplado el desarrollo de canales Web para la promoción e información on line (Paginas web, Chat juvenil, comics, etc). Se ha incluido la realización de campañas de promoción en academias, institutos (Ferias, concursos). También se ha considerado importante la capacitación de profesionales de los medios de comunicación.

3.2. Incidencia política y promoción de leyes y normas que permitan el acceso a la atención integral e información para adolescentes y jóvenes, priorizando la población adolescente HSH y en explotación sexual comercial

Como punto de partida se ha previsto la realización de un Estudio de legislación y Propuesta legislativa. A partir de esta, el desarrollo de Reuniones y Talleres de sensibilización a políticos y líderes del gobierno nacional, regional y local (a nivel de las ciudades con mayor prevalencia de VIH), al igual que una campaña de abogacía.

3.3. Educación en Salud Sexual y Reproductiva en escolares y estudiantes en general, incluyendo Estrategia de PEPs y diversidad sexual, y la producción y difusión de material comunicacional

Se está incluyendo la impresión de la Guía de salud sexual y reproductiva para docentes que ya ha sido preparada en la primera fase del Proyecto del Fondo Global, así como el entrenamiento de docentes en el uso de dicho instrumento. También se contempla la supervisión de la implementación de la Educación sexual y reproductiva en escolares, así como la adecuación curricular de contenidos de SSR en adolescentes, diferenciada según cultura y opción sexual.

Del mismo modo se tiene prevista la impresión de Guías para PEPs escolares preparada en primera fase fondo Global, el correspondiente entrenamiento de PEPs escolares, así como los materiales para las acciones de Promoción por PEPs escolares, y la producción de materiales impresos para adolescentes y jóvenes. Se tiene prevista una cobertura general del 25%, excepto por la última actividad descrita, con una cobertura del 50%.

3.4. Adecuación de servicios de salud para prevención y atención de ITS y consejería para adolescentes y jóvenes, especialmente población HSH y niñas en explotación sexual comercial e implementación de programas de prevención para niños y niñas en situación de vulnerabilidad.

Se tiene contemplada la implementación de servicios de salud para adolescentes, así como la necesaria capacitación del personal de salud para el manejo de servicios para niños y adolescentes. También se prevé el desarrollo de acciones consejería y prueba de VIH para jóvenes más expuestos, y el diseño e implementación de modelo de intervención para prevención en niños y niñas en situación de vulnerabilidad. Se ha planificado también la implementación de estrategias innovadoras para promover acceso a condones (dispensadores).

3.5. Participación del adolescente dentro del marco de derechos y ciudadanía

Se tiene planificadas la realización de acciones de promoción de derechos y ciudadanía del adolescente, particularmente orientadas a ejecutarse en las ciudades de mayor prevalencia.

Objetivo Estratégico 4: Reducir la transmisión vertical a menos del 2% al 2011

A través de este objetivo se busca enfrentar uno de los problemas identificados, cual es el incremento de casos de niños infectados por transmisión vertical.

Para ello se ha previsto desarrollar las siguientes líneas estratégicas:

4.1. Reforzamiento del tamizaje de sífilis y VIH materna, dentro de la atención prenatal

Se pretende financiar la realización de pruebas gratuitas de diagnóstico y seguimiento de sífilis y de VIH en gestantes (primer control prenatal), en ambos casos se tiene el compromiso del SIS de financiar estas actividades a una cobertura del 90%, calculando que el 10% restante estaría cubierto por el gasto de bolsillo de población con mayores recursos.

De modo similar se han planificado cubrir pruebas gratuitas de diagnóstico y seguimiento de sífilis en puérperas, en los casos de abortos en establecimientos y partos extrahospitalarios, financiadas para el 2007 por el Proyecto VIGIA. Se han planificado también las pruebas de Diagnóstico de VIH a las parejas de gestantes VIH positivas, aunque no se ha identificado fuente de financiamiento para esta actividad.

También están incluidas en esta línea de acción pruebas confirmatorias de VIH (IFI y WB) para gestantes y sus parejas, así como pruebas confirmatorias para niños, siendo esta actividad a cargo del financiamiento del INS. Igualmente se han contemplado las acciones de Consejería Pre y post test.

También se incluye una campaña de difusión dirigida a la población general de despistaje del VIH en la gestante y mejora del acceso a servicios de salud, y la capacitación del personal en prevención de la transmisión vertical del VIH y la eliminación de la Sífilis Congénita, con talleres regionales programados con al menos 50% de las regiones.

4.2. Garantizar las medidas preventivas de la transmisión vertical de VIH e ITS: profilaxis antirretroviral, cesárea, provisión de leche artificial al recién nacido (6 meses), tratamiento de sífilis materna.

Se busca garantizar el Tratamiento profiláctico de VIH en gestantes y en el Recién Nacido, así como la promoción y realización de las Cesáreas preventivas en gestantes con VIH. Estas tendrían financiamiento compartido entre el MINSA y el SIS.

Se esta contemplando financiar pruebas de carga viral y CD4 en gestantes con VIH, cargo del presupuesto del INS. Esta contemplado los reembolsos por el SIS de la provisión de leche artificial al recién nacido (por un periodo de 6 meses). Se busca garantizar una cobertura del 100% para el primer año, excepto para esta última actividad en que se parte de un 50% de cobertura.

4.3. Asegurar el tratamiento de los casos de sífilis materna y de sus contactos

Se pretende garantizar el tratamiento de sífilis en gestantes (a cargo del SIS), así como el tratamiento de sífilis en puérperas, abortos y partos extrahospitalarios. Se plantea por tanto una cobertura del 100%, aunque en esta última actividad aún no se garantizado una fuente financiera.

4.4. Asegurar el tratamiento del Recién Nacido con sífilis congénita

Se tiene planificado el tratamiento del Recién Nacido con sífilis congénita a una cobertura del 100%, así como la impresión del Manual de Eliminación de Sífilis Congénita.

4.5. Fortalecimiento de la atención integral y consejería a la mujer VVIH promoviendo su autocuidado y el cuidado de su niño

Se contempla la Atención integral y consejería a la mujer VVIH (programa de SSR y provisión de métodos anticonceptivos), al igual que el desarrollo de Talleres a madres autocuidado y cuidado al niño.

Se ha previsto igualmente la capacitación del personal en atención y consejería a la mujer VVIH, como también la producción de material IEC de apoyo a la consejería.

Objetivo Estratégico 5: Garantizar 100% de tamizaje de paquetes sanguíneos al 2011

A través de este objetivo se busca enfrentar uno de los problemas identificados, cual es la presencia de casos de transmisión parenteral del VIH (vía sanguínea).

Para ello se ha previsto desarrollar las siguientes líneas estratégicas:

5.1. Fortalecimiento del sistema de selección y tamizaje del donante

Se contempla realizar acciones de capacitación en protocolos de selección y tamizaje del donante, así como el desarrollo de acciones de control de calidad de bancos de Sangre. En general respecto al conjunto de actividades relacionadas a este Objetivo Estratégico no se ha podido contar con información de los niveles de cobertura del MINSA y de otras fuentes.

5.2. Fortalecimiento del PRONAHEBAS como ente normativo de los bancos de sangre en el país

Se ha planificado la realización de Talleres de coordinación con bancos de sangre en el país.

5.3. Promoción de la donación voluntaria y sangre segura

Se tiene prevista la producción de folletos de promoción de la donación voluntaria.

5.4. Facilitación a los bancos de sangre de los diferentes sectores, al acceso de todas las pruebas diagnósticas de tamizaje sobretodo para el VIH, que garantice la provisión de sangre segura

Se tiene contemplada la provisión de pruebas diagnósticas de tamizaje para el VIH. Se plantea al primer año de inicio niveles de cobertura totales del 50%, para las actividades de este Objetivo, excepto para esto último objetivo que se pretende cubrir al 100%.

Objetivo Estratégico 6: Alcanzar un 90% de acceso de las PVVS (adultos y niños) a una atención integral y de calidad

A través de este objetivo se busca enfrentar uno de los problemas identificados, cual es las limitaciones en el acceso a la atención e impacto social y económico de la infección por VIH - SIDA en las personas afectadas.

Para ello se ha previsto desarrollar las siguientes líneas estratégicas:

6.1. Fortalecimiento del sistema de redes de laboratorio para el diagnóstico, confirmación y otros exámenes para el acceso al TARGA

Se prevé la mejora del acceso a pruebas de confirmación y exámenes de CD4 y Carga Viral para el acceso al TARGA, así como avanzar en la descentralización y fortalecimiento de laboratorios para pruebas de acceso al TARGA.

6.2. Atención integral de PVVS que incluya el fortalecimiento del Programa TARGA, manejo de infecciones oportunistas e ITS, prevención positiva, pruebas y consejería en parejas y contactos

Está contemplado el financiamiento de la administración de Tratamiento AntiRetroViral en Esquema Naive, en Esquema Rescate 1, en Esquema Rescate 2, planificándose lograr una cobertura del 100%; así como las Pruebas de CD4 y Carga Viral, y el paquete básico para el seguimiento del TARGA.

Se han incluido también la revisión y racionalización de las normas para las pruebas de VIH, las Pruebas de genotipificación y resistencia, las acciones de Atención y Consejería de soporte; la ejecución de un Programa de adherencia al TARGA (que incluye alimentación complementaria para casos específicos)

Se ha previsto también las acciones de Consejería de pares, voluntarios, familiares, PVVS en prevención positiva, la correspondiente distribución de condones.

Se pretende reforzar el tratamiento y diagnóstico de ITS en PVVS, así como la profilaxis y tratamiento de infecciones oportunistas, como también la capacitación para médicos, laboratoristas, y enfermeras en enfermedades oportunistas. Igualmente la impresión de los materiales de capacitación en enfermedades oportunistas.

Por ultimo se planea también desarrollar acciones de comunicación y difusión del TARGA.

6.3. Adecuación de servicios y capacitación del personal para atención integral a PVVS

Se tiene previstas acciones de Adecuación de servicios, así como de capacitación del personal para la atención integral a PVVS.

6.4. Atención integral a la Familia VVS

Se contempla el diseño, validación y construcción del modelo Atención integral a la familia VVS, la impresión y difusión del modelo Atención Integral a la Familia (incluyendo la viabilización del modelo), y la Aplicación del modelo Atención integral a la familia VVS a otras zonas.

6.5. Vigilancia del cumplimiento de las leyes laborales anti-discriminatorias de las PVVS

Se ha contemplado acciones de vigilancia del cumplimiento de las leyes laborales anti-discriminatorias de las PVVS, así como acciones abogacía para difundir / denunciar acciones anti-discriminatorias de las PVVS.

6.6. Fortalecer las capacidades de gestión de las redes de PVVS

Se tiene planificado el desarrollo de Talleres nacionales y descentralizados en gerencia social y desarrollo de planes de gestión; el equipamiento, capacitación tecnológica de información de organizaciones en PVVS. Incluye también el apoyo en alquiler de locales en Lima y provincias (a cargo del Fondo Global).

6.7. Promover estrategias de generación de ingresos para PVVS y comunidades vulnerables

Se han incluido un estudio de diagnóstico de microempresa, la ejecución de Talleres ocupacionales para autogeneración de ingresos y de gestión de microempresas, así como la entrega de Créditos semilla. También la gestión de un Fondo revolvente (rotatorio) para microcréditos.

6.8. Protección y apoyo a niños que viven con VIH y afectados por el VIH

Se han incluido acciones de sensibilización frente al niño (a) con VIH.(en comunidad y escuela), la realización de Talleres para formación de personal especializado en la atención del niño VVS. También se busca financiar un Programa de autocuidado en niño (a) con VIH.

Objetivo Estratégico 7: Promover un entorno político, social y legal favorable para el abordaje integral del VIH/SIDA y la diversidad sexual desde una perspectiva de derechos humanos y participación de las comunidades con mayores prevalencias (HSH, TS y PPL) y las PVVS.

A través de este objetivo se busca enfrentar uno de los problemas identificados, cual es el estigma y discriminación hacia personas vulnerables y PVVS.

Para ello se ha previsto desarrollar las siguientes líneas estratégicas:

7.1. Sensibilización sobre la situación actual del VIH/SIDA, PVVIH y la crisis del VIH en las poblaciones con mayor prevalencia (HSH, TS y PPLs jóvenes y adultos) y PVVS

Se tiene prevista la realización de Reuniones de sensibilización a políticos y líderes del gobierno nacional regional-local, como también Reuniones de sensibilización con Profesores, profesionales de salud y con responsables de RRHH del sector privado (empresas); así como Campaña de IEC a población general (a través de boletines electrónicos y spots radiales)..

Se ha planificado un estudio de medición de cambios de conducta y actitudes del personal de salud y docentes, a desarrollarse en el año posterior a las capacitaciones a ejecutar.

Se prevé también la ejecución de una campaña en medios masivos de comunicación contra el estigma y la discriminación (incluye spots radiales y televisivos). Igualmente una campaña de IEC a población general (boletines electrónicos spots radiales, spots televisivos). También actividades de sensibilización dirigidas hacia grupos con altas prevalencias (HSH, TS, PPL jóvenes y adultos).

Para este objetivo, el Proyecto del Fondo Global tiene contemplado un financiamiento, pero particularmente dirigido a las PVVS.

7.2. Promoción de normatividad sobre estigma y vigilancia del efectivo cumplimiento de leyes antidiscriminatorias a favor de las poblaciones con mayores prevalencias (HSH, TS y PPLs jóvenes y adultos) y PVVS

Se contempla en el Plan acciones de incidencia política, relacionadas con la promoción de normatividad sobre estigma y vigilancia del efectivo cumplimiento de leyes antidiscriminatorias a favor de las poblaciones vulnerables y PVVS, así como la ejecución de un estudio y Propuestas de normatividad al respecto. Igualmente, se realizarán acciones de vigilancia del efectivo cumplimiento de leyes antidiscriminatorias.

7.3. Formulación de Planes locales y regionales de Abogacía y lucha contra el estigma y discriminación hacia poblaciones vulnerables, en alianza estratégica con organizaciones que trabajan el tema del VIH y derechos humanos

Se ha previsto el desarrollo de Planes locales y regionales en VIH/SIDA que incluyan la lucha contra el estigma y discriminación hacia poblaciones vulnerables, basados en Estudio de la Defensoría del Pueblo.

7.4. Participación de los grupos de mayores prevalencias (TS,HSH,PPL) en el CONAMUSA, COREMUSAS, equipos multidisciplinarios y otros niveles locales

Se contempla la promoción de la Participación de los grupos vulnerables en CONAMUSA, COREMUSAS, y otros niveles locales.

7.5. Fortalecimiento de las organizaciones, capacitación e información para HSH, TS y PVVS para responder a la epidemia y a la defensa de sus derechos

Se ha incluido dentro del Plan la capacitación de miembros de organizaciones de de HSH, TS y PVVS. También la Información a miembros de organizaciones de HSH y TS (a través de una página web), y la implementación de un Servicio de consultorio virtual.

Objetivo Estratégico 8: Asegurar una respuesta multisectorial amplia y articulada para el desarrollo intersectorial e interinstitucional de actividades conjuntas para la prevención y control de las ITS y el VIH/SIDA.

A través de este objetivo se busca enfrentar uno de los problemas identificados, cual es la respuesta multisectorial insuficiente con escaso nivel de articulación.

Para ello se ha previsto desarrollar las siguientes líneas estratégicas:

8.1. Promoción de una política multisectorial nacional y el liderazgo Gubernamental en ITS y VIH/SIDA.

El plan considera acciones de sensibilización en el concepto de multisectorialidad en ITS, VIH y SIDA, entre los diferentes sectores e instituciones. De igual modo, la

formulación de políticas a Nivel Nacional, regional y local que promuevan la multisectorialidad, en el marco del PEM.

8.2. Fortalecimiento del sistema de salud en su capacidad de respuesta integral a las ITS y VIH/SIDA

Teniendo en cuenta el incremento de la demanda se ha considerado necesario mejorar la capacidad de respuesta institucional del sistema de salud para lo cual se ha previsto fortalecer las capacidades del personal de servicios de salud a través de acciones de capacitación en Prevención y Promoción ITS, VIH/SIDA, También la ampliación de la red de servicios de salud para la Atención Integral, mediante la implementación y equipamiento de nuevos CERITS Y UAMPs. El fortalecimiento de los sistemas de referencia en ITS y VIH/SIDA a nivel de las redes de servicios. También se incluye el fortalecimiento de la gestión administrativa para la programación, compra y distribución de Medicamentos e insumos relacionados a las actividades de prevención y tratamiento de ITS y VIH, así como el fortalecimiento de la organización y gestión de la ESN MINSAs; y el mejoramiento del soporte comunicacional MINSAs.

8.3. Involucrar y comprometer a los diferentes sectores del estado, sociedad civil y sector privado, a incluir en su agenda política la Lucha contra las ITS, VIH/SIDA.

Se ha previsto la ejecución de acciones de incidencia política a Nivel Nacional, regional y Local, así como el desarrollo de alianzas estratégicas con medios de difusión a Nivel Nacional, regional y Local.

8.4. Fortalecer la CONAMUSA, COREMUSAS y Gobiernos locales como instancias multisectoriales que lideren las actividades relacionadas con las ITS, VIH/SIDA a Nivel nacional Regional y local.

Para llevar adelante esta línea estratégica se ha planificado el desarrollo de Capacitaciones en temas de Trabajo Multisectorial y VIH/SIDA e ITS, la implementación de COREMUSAS y Redes locales en regiones donde no existen; y la formulación de Planes Estratégicos Regionales y locales.

8.5. Adecuar el marco legal y normativo para la respuesta multisectorial a nivel Nacional, regional y local.

Se tiene contemplada la elaboración de normas o reglamentos con enfoque Multisectorial. (involucra la institucionalización de la CONAMUSA , COREMUSA y Redes Locales como líderes ante la Sociedad Civil y el Estado).

8.6. Impulso y fortalecimiento del sistema de vigilancia ciudadana en las ITS, VIH/SIDA, que retroalimente el sistema de información.

Otro aspecto contemplado es la evaluación de la implementación, diseño y validación de un sistema de vigilancia ciudadana para las ITS, VIH y SIDA, así como la correspondiente implementación del sistema de vigilancia ciudadana en las ITS, VIH/SIDA considerado a nivel Nacional, regional y local.

8.7. Articulación de acciones en forma transversal con otras estrategias involucradas con VIH/SIDA (Salud Sexual y Reproductiva, TBC, Salud adolescente, etc).

Se ha considerado necesario fortalecer la articulación de acciones a través de la realización de Reuniones de coordinación de acciones conjuntas con otras estrategias involucradas con VIH/SIDA.

Objetivo Estratégico 9: Fortalecer los Sistemas de Información y establecer un Sistema de Monitoreo y Evaluación que permitan la toma de decisiones oportuna y la medición de los logros obtenidos.

A través de este objetivo se busca enfrentar uno de los problemas identificados, cual es la debilidad en los sistemas de información y ausencia de monitoreo y evaluación sistemática de las intervenciones.

Para ello se ha previsto desarrollar las siguientes líneas estratégicas:

9.1. Implementación de un sistema de monitoreo y evaluación de las actividades e intervenciones del PEM.

Como punto de partida se ha considerado el desarrollo e implementación de la propuesta del sistema de monitoreo y evaluación a partir del Plan estratégico. Se ha previsto la realización de un Estudio de Línea de Base (aprovechando iniciativas en el país con fondos externos), así como el desarrollo e implementación periódica de evaluación de logro de las actividades propuestas.

9.2. Fortalecimiento del sistema de información que integre diversas fuentes y asegure la difusión oportuna de la información y su utilización en las políticas públicas y acciones de prevención y control

Para ello, se ha considerado necesario fortalecer el rol rector del MINSA en la gestión de la información, coordinando el acceso a información y la colaboración entre grupos de investigación, Sociedad Civil y el Estado.

El Plan incluye asegurar el reporte de los casos garantizando la confidencialidad de la identidad las personas en los diferentes sectores involucrados: Públicos y Privados de acuerdo a Ley, así como el estudio de vigilancia de segunda generación.

A partir de lo anterior se prevé la realización de estimaciones y reportes regulares de la magnitud de la epidemia.

Otro aspecto que se ha destacado es la presentación, discusión y socialización periódica de resultados de investigación por parte de los diferentes actores involucrados, implica la gestión de consensos (Reuniones anuales), y particularmente el desarrollo de acciones de incidencia Política para la adecuación de los sistemas de salud en base a los hallazgos de investigación.

9.3. Promover estudios de investigación operativa que faciliten la vigilancia de la epidemia en poblaciones general y vulnerables

Se han previsto estudios de investigación operativa en poblaciones general y vulnerables.

9.4. Apoyo a la Gestión del Plan Estratégico desde la sociedad civil

Se está considerando dentro de esta línea los recursos humanos para la gestión del PEM desde la sociedad civil (considerados dentro de los Proyectos del Fondo Global)

También se incluye el conjunto de recursos previstos para la Supervisión, Monitoreo y Evaluación desde la sociedad civil y apoyo a las acciones de supervisión del MINSA a las acciones del FG, igualmente incluidos dentro del financiamiento de los Proyectos del Fondo Global.

9.5. Apoyo a la supervisión de las acciones y asistencia Técnica a los equipos regionales

Se ha previsto el financiamiento de la supervisión de las acciones y asistencia Técnica a los equipos regionales.

9. PRESUPUESTO 2007-2011 POR OBJETIVOS ESTRATEGICOS

PLAN ESTRATEGICO MULTIANUAL PARA LA PREVENCION Y CONTROL DE ITS-VIH/SIDA 2007 - 2011

(EN US DOLARES)

| PERU | Objetivo 1 | Objetivo 2 | Objetivo 3 | Objetivo 4 | Objetivo 5 | Objetivo 6 | Objetivo 7 | Objetivo 8 | Objetivo 9 | Total Anual |
|---------------------|-------------------|-------------------|------------------|-------------------|-------------------|-------------------|------------------|------------------|------------------|--------------------|
| 2,007 | 8,949,697 | 2,095,815 | 1,169,871 | 3,054,708 | 2,187,004 | 12,617,672 | 607,778 | 844,507 | 2,431,526 | 33,958,578 |
| 2,008 | 9,726,729 | 2,112,844 | 1,245,570 | 3,159,404 | 2,459,404 | 13,594,876 | 557,728 | 784,507 | 1,341,526 | 34,982,589 |
| 2,009 | 11,657,788 | 1,758,914 | 1,349,062 | 3,259,170 | 2,775,388 | 14,781,509 | 577,428 | 634,507 | 1,601,526 | 38,395,292 |
| 2,010 | 12,921,685 | 1,823,643 | 1,474,865 | 3,353,227 | 3,141,930 | 15,982,229 | 542,728 | 584,507 | 1,341,526 | 41,166,340 |
| 2,011 | 15,443,700 | 2,306,646 | 1,597,386 | 3,440,815 | 3,567,118 | 15,847,348 | 577,428 | 614,507 | 2,401,526 | 45,796,474 |
| Total 5 años | 58,699,600 | 10,097,861 | 6,836,755 | 16,267,324 | 14,130,844 | 72,823,634 | 2,863,088 | 3,462,537 | 9,117,630 | 194,299,272 |

10. PRESUPUESTO 2007 POR OBJETIVOS Y LINEAS ESTRATEGICAS DEL PEM:

Objetivo Estratégico 1: Reducir en 50% el número de nuevos casos de VIH y en 50% la prevalencia de ITS en poblaciones HSH, TS, PPL al año 2011.

| Código | Líneas estratégicas | Costo 2007 |
|----------------------------|---|------------------|
| 1.1 | Promoción de uso adecuado y provisión de condones | 2,622,894 |
| 1.2 | Incidencia política para desarrollar acciones que faciliten el acceso a la atención e información a HSH, TS, PPL | 50000 |
| 1.3 | Promoción para el incremento de la cobertura de AMP, consejería y servicios de despistaje y tratamiento de ITS en HSH, TS y PPL | 343,058 |
| 1.4 | Fortalecimiento del manejo y prevención de ITS a través de la AMP, asegurando diagnóstico, tratamiento y consejería en HSH, TS y PPL | 4,454,572 |
| 1.5 | Mejoramiento de la infraestructura y el sistema para prevención y atención de ITS (Fortalecimiento de CERITS y UAMPs) | 1,357,944 |
| 1.6 | Fortalecimiento de la Estrategia de PEPs, tomando en cuenta la diversidad de poblaciones HSH, TS y PPL | 97,229 |
| 1.7 | Fortalecimiento de las organizaciones de poblaciones HSH y TS para responder a la epidemia y a la defensa de sus derechos, en el marco de sus deberes y derechos ciudadanos | 24,000 |
| SUBTOTAL OBJETIVO 1 | | 8,949,697 |

Objetivo Estratégico 2: Reducir en 50% la prevalencia de ITS en la población general al 2011

| Código | Líneas estratégicas | Costo 2007 |
|----------------------------|--|------------------|
| 2.1 | Reducir la vulnerabilidad de la población general a través de la promoción de conductas sexuales saludables, promoción del uso consistente y correcto del condón y prevención de ITS | 697,245 |
| 2.2 | Fortalecimiento del manejo sindrómico de ITS en población general | 1,144,673 |
| 2.3 | Capacitación a todo nivel de personal relacionado a salud en manejo sindrómico de ITS | 253,896 |
| SUBTOTAL OBJETIVO 2 | | 2,095,815 |

Objetivo Estratégico 3: Promover la prevención de ITS/VIH, la educación sexual y estilos de vida y conductas sexuales saludables en adolescentes y jóvenes.

| Código | Líneas estratégicas | Costo 2007 |
|----------------------------|---|------------------|
| 3.1 | Promoción de comportamientos sexuales saludables en adolescentes y jóvenes, incluyendo el uso adecuado y provisión de condones (campana comunicacional de prevención de ITS). | 327,141 |
| 3.2 | Incidencia política y promoción de leyes y normas que permitan el acceso a la atención integral e información para adolescentes y jóvenes, priorizando la población adolescente HSH y en Explotacion sexual comercial. | 25,107 |
| 3.3 | Educación en Salud Sexual y Reproductiva en escolares y estudiantes en general, incluyendo Estrategia de PEPs y diversidad sexual , y la producción y difusión de material comunicacional | 373,160 |
| 3.4 | Adecuación de servicios de salud para prevención y atención de ITS y consejería para adolescentes y jóvenes, especialmente población HSH y niñas en explotacion sexual comercial e implementación de programas de prevención para niños y niñas en situación de vulnerabilidad. | 429,463 |
| 3.5 | Participación del adolescente dentro del marco de derechos y ciudadanía | 15,000 |
| SUBTOTAL OBJETIVO 3 | | 1,169,871 |

Objetivo Estratégico 4: Reducir la transmisión vertical a menos del 2% al 2011

| Código | Líneas estratégicas | Costo 2007 |
|----------------------------|--|------------------|
| 4.1 | Reforzamiento del tamizaje de sífilis y VIH materna, dentro de la atención prenatal | 1,629,897 |
| 4.2 | Garantizar las medidas preventivas de la transmisión vertical de VIH e ITS: profilaxis antirretroviral, cesárea, provisión de leche artificial al recién nacido (6 meses), tratamiento de sífilis materna. | 1,206,292 |
| 4.3 | Asegurar el tratamiento de los casos de sífilis materna y de sus contactos | 87,534 |
| 4.4 | Asegurar el tratamiento del Recién Nacido con sífilis congénita | 43,245 |
| 4.5 | Fortalecimiento de la atención integral y consejería a la mujer VVIH promoviendo su autocuidado y el cuidado de su niño | 87,740 |
| SUBTOTAL OBJETIVO 4 | | 3,054,708 |

Objetivo Estratégico 5: Garantizar 100% de tamizaje de paquetes sanguíneos al 2011

| Código | Líneas estratégicas | Costo 2007 |
|---------------|--|-------------------|
| 5.1 | Fortalecimiento del sistema de selección y tamizaje del donante | 1,718,854 |
| 5.2 | Fortalecimiento del PRONAHEBAS como ente normativo de los bancos de sangre en el país | 10,400 |
| 5.3 | Promoción de la donación voluntaria y sangre segura | 37,750 |
| 5.4 | Facilitación a los bancos de sangre de los diferentes sectores, al acceso de todas las pruebas diagnósticas de tamizaje sobretodo para el VIH, que garantice la provisión de sangre segura | 420,000 |
| | SUBTOTAL OBJETIVO 5 | 2,187,004 |

Objetivo Estratégico 6: Alcanzar un 90% de acceso de las PVVS (adultos y niños) a una atención integral y de calidad

| Código | Líneas estratégicas | Costo 2007 |
|---------------|--|-------------------|
| 6.1 | Fortalecimiento del sistema de redes de laboratorio para el diagnóstico, confirmación y otros exámenes para el acceso al TARGA | 323,213 |
| 6.2 | Atención integral de PVVS que incluya el fortalecimiento del Programa TARGA, manejo de infecciones oportunistas e ITS, prevención positiva, pruebas y conserjería en parejas y contactos | 11,821,251 |
| 6.3 | Adecuación de servicios y capacitación del personal para atención integral a PVVS | 70,000 |
| 6.4 | Atención integral a la Familia VVS | 88,100 |
| 6.5 | Vigilancia del cumplimiento de las leyes laborales anti-discriminatorias de las PVVS | 20,400 |
| 6.6 | Fortalecer las capacidades de gestión de las redes de PVVS | 86,356 |
| 6.7 | Promover estrategias de generación de ingresos para PVVS y comunidades vulnerables | 104,200 |
| 6.8 | Protección y apoyo a niños que viven con VIH y afectados por el VIH | 104,151 |
| | SUBTOTAL OBJETIVO 6 | 12,617,672 |

Objetivo Estratégico 7: Promover un entorno político, social y legal favorable para el abordaje integral del VIH/SIDA y la diversidad sexual desde una perspectiva de derechos humanos y participación de las comunidades con mayores prevalencias (HSH,TS y PPL) y PVVIH

| Código | Líneas estratégicas | Costo 2007 |
|--------|--|----------------|
| 7.1 | Sensibilización sobre la situación actual del VIH/SIDA, PVVS y la crisis del VIH en las poblaciones con mayor prevalencia | 440,133 |
| 7.2 | Promoción de normatividad sobre estigma y vigilancia del efectivo cumplimiento de leyes antidiscriminatorias a favor de las poblaciones con mayores prevalencias (HSH, TS y PPLs jóvenes y adultos) y PVVS | 63,750 |
| 7.3 | Formulación de Planes locales y regionales de Abogacía y lucha contra el estigma y discriminación hacia poblaciones con mayores prevalencias (HSH, TS y PPL jóvenes y adultos) y PVVS, en alianza estratégica con organizaciones que trabajan el tema del VIH y derechos humanos | 40,800 |
| 7.5 | Participación de los grupos de mayores prevalencias (TS,HSH,PPL) en el CONAMUSA, COREMUSAS, equipos multidisciplinarios y otros niveles locales | 20,400 |
| 7.6 | Fortalecimiento de las organizaciones, Capacitación e información para HSH, TS y PVVS para responder a la epidemia y a la defensa de sus derechos | 42,695 |
| | SUBTOTAL OBJETIVO 7 | 607,778 |

Objetivo Estratégico 8: Asegurar una respuesta multisectorial amplia y articulada para el desarrollo intersectorial e interinstitucional de actividades conjuntas para la prevención y control de las ITS y el VIH/SIDA.

| Código | Líneas estratégicas | Costo 2007 |
|--------|--|----------------|
| 8.1 | Promoción de una política multisectorial nacional y el liderazgo Gubernamental en ITS y VIH/SIDA. | 70,000 |
| 8.2 | Fortalecimiento del sistema de salud en su capacidad de respuesta integral a las ITS y VIH/SIDA | 483,507 |
| 8.3 | Involucrar y comprometer a los diferentes sectores del estado, sociedad civil y sector privado, a incluir en su agenda política la Lucha contra las ITS, VIH/SIDA. | 20,000 |
| 8.4 | Fortalecer la CONAMUSA, COREMUSAS y Gobiernos locales como instancias multisectoriales que lideren las actividades relacionadas con las ITS, VIH/SIDA a Nivel nacional Regional y local. | 200,000 |
| 8.5 | Adecuar el marco legal y normativo para la respuesta multisectorial a nivel Nacional, regional y local. | 15,000 |
| 8.6 | Impulso y fortalecimiento del sistema de vigilancia ciudadana en las ITS, VIH/SIDA, que retroalimente el sistema de información. | 51,000 |
| 8.6 | Articulación de acciones en forma transversal con otras estrategias involucradas con VIH/SIDA (Salud Sexual y Reproductiva, TBC, Salud adolescente, etc) | 5,000 |
| | SUBTOTAL OBJETIVO 8 | 844,507 |

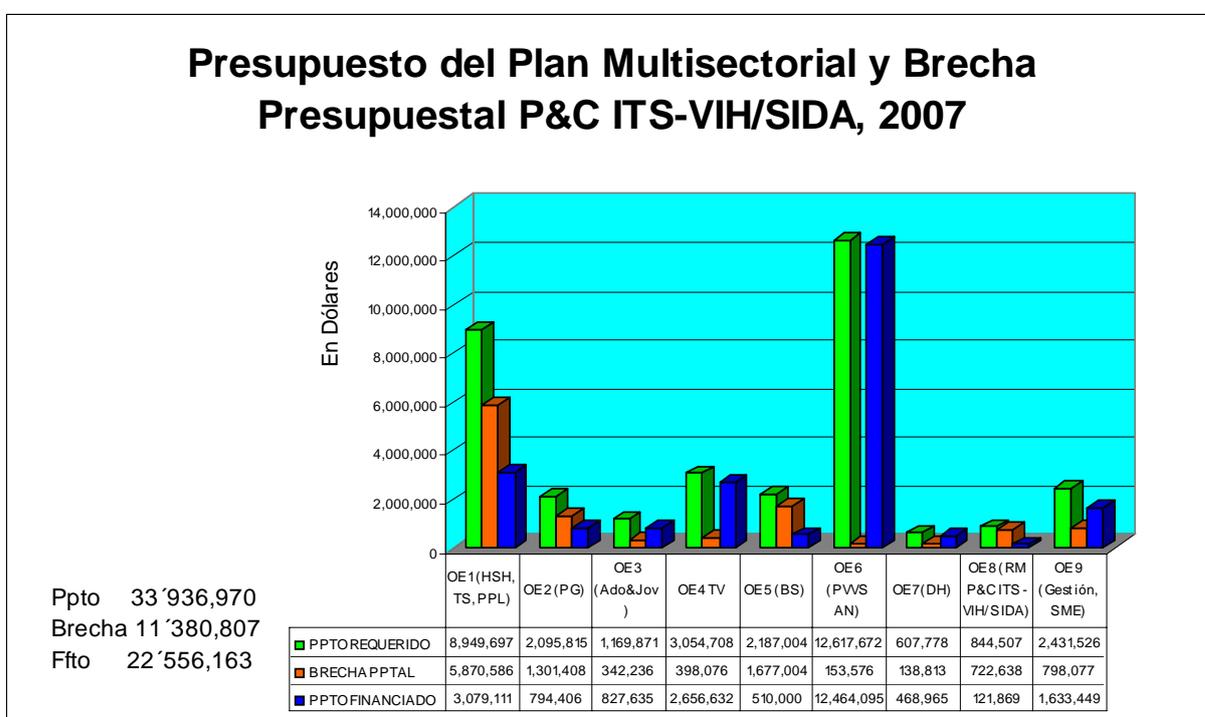
Objetivo Estratégico 9: Fortalecer los Sistemas de Gestión e Información y establecer un Sistema de Monitoreo y Evaluación que permitan la toma de decisiones oportuna y la medición de los logros obtenidos.

| Código | Líneas estratégicas | Costo 2007 |
|--------|--|------------------|
| 9.1 | Implementación de un sistema de monitoreo y evaluación de las actividades e intervenciones del PEM | 845,000 |
| 9.2 | Fortalecimiento del sistema de información que integre diversas fuentes y asegure la difusión oportuna de la información y su utilización en las políticas públicas y acciones de prevención y control | 278,000 |
| 9.3 | Promover la investigación (especialmente operativa) para fortalecer las estrategias de prevención e intervenciones en ITS y VIH | 110,000 |
| 9.4 | Apoyo a la Gestión del Plan Estratégico desde la sociedad civil | 1,014,926 |
| 9.5 | Apoyo a la supervisión de las acciones y asistencia Técnica a los equipos regionales | 183,600 |
| | SUBTOTAL OBJETIVO 9 | 2,431,526 |

PRESUPUESTO 2007 DEL PEM

El Presupuesto del PEM del año 2007 en sus 9 objetivos ascendería a \$ 33'9 millones de dólares, y dentro del cual se tiene identificados una brecha presupuestal de 11'1 millones de dólares, considerando los diversos financiamientos multisectoriales previstos: del FM, otros cooperantes, MINSA, SIS, VIGIA, entre otros.

Grafico N° 1



PRESUPUESTO 2007 DEL PEM POR PRINCIPALES COMPONENTES

Se clasificó las actividades del año 2007 con el enfoque preventivo y de atención, de cada uno de los objetivos ascendente a \$ 16´3 millones el primero y a \$ 14´4 millones el segundo; el rubro de gestión de ambos asciende a \$ 3´2 millones; representando porcentualmente 48% preventivo, 42% atención y 9% el de gestión respectivamente, ver Tabla N° 1.

| PERU | PREVENCION | GESTION, SME - PREVENCION | ATENCION | GESTION, SME - ATENCION | Total Anual |
|---------------------|-------------------|------------------------------|-------------------|----------------------------|--------------------|
| 2,007 | 16,305,679 | 1,478,241 | 14,444,521 | 1,730,137 | 33,958,578 |
| 2,008 | 16,797,372 | 1,522,817 | 14,880,091 | 1,782,309 | 34,982,589 |
| 2,009 | 18,436,028 | 1,671,374 | 16,331,709 | 1,956,181 | 38,395,292 |
| 2,010 | 19,766,585 | 1,792,000 | 17,510,394 | 2,097,362 | 41,166,340 |
| 2,011 | 21,989,808 | 1,993,553 | 19,479,854 | 2,333,260 | 45,796,474 |
| Total 5 años | 93,295,472 | 8,457,983 | 82,646,569 | 9,899,248 | 194,299,272 |

PRESUPUESTO 2007 DEL PEM SEGÚN GRUPOS POBLACIONALES

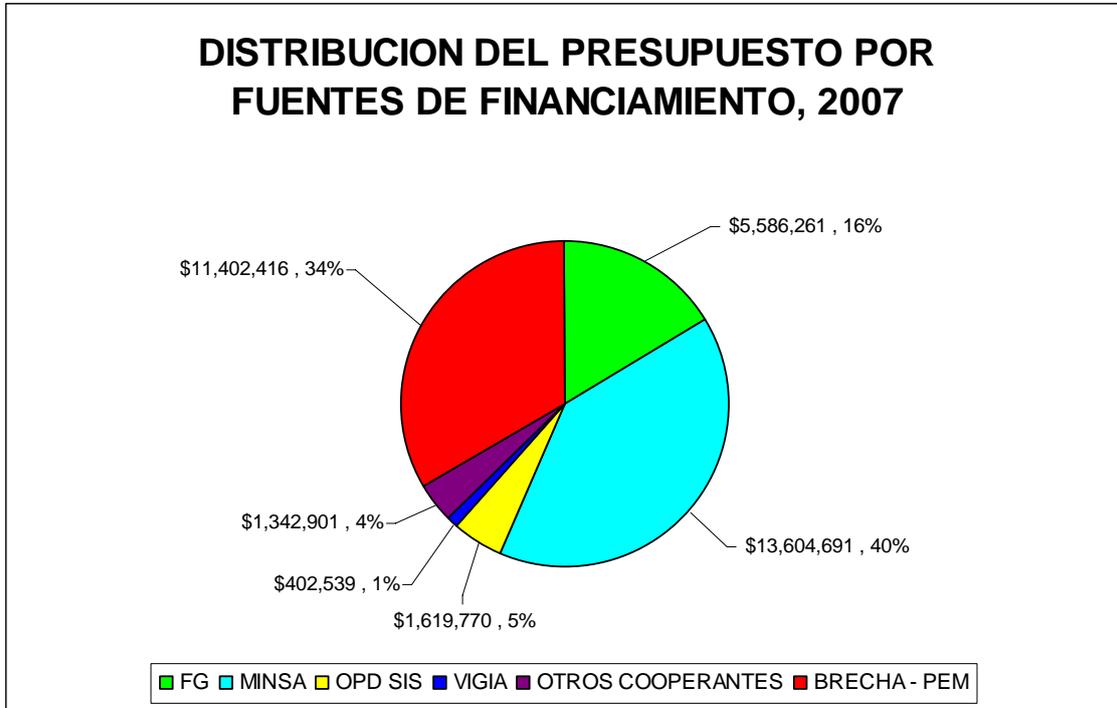
En el mismo año con el enfoque poblacional el presupuesto para poblaciones vulnerables (HSH, TS y PPL) representa el 32.15%, Personas Viviendo con VIH SIDA (PVVS) el 39.50% , y la población General incluyendo transmisión Vertical (TV) representa el 28.35%. Siendo el mayor porcentaje para el grupo de las PVVS, ver Tabla N° 2

Tabla N° 2

| PERU 2007 | PREVENCION | | | ATENCION | | | GESTION, SME - PREVENCION | | | GESTION, SME - ATENCION | | | requerido |
|----------------------|-------------------|------------------|------------------|-------------------|-------------------|----------------|------------------------------|----------------|----------------|-------------------------|------------------|----------------|-------------------|
| | requerido | financiado | brecha | requerido | financiado | brecha | requerido | financiado | brecha | requerido | financiado | brecha | |
| Poblacion Vulnerable | 8,804,896 | 2,856,301 | 5,948,595 | 647,423 | 286,454 | 344,751 | 806,732 | 425,556 | 381,176 | 671,508 | 408,362 | 263,146 | 10,930,559 |
| PVVS | 230,800 | 241,119 | (10,319) | 12,363,017 | 12,328,786 | 50,449 | 223,836 | 136,121 | 87,715 | 610,957 | 499,684 | 132,481 | 13,428,610 |
| Poblacion General | 7,269,984 | 2,985,582 | 3,774,402 | 1,434,081 | 1,333,714 | 100,367 | 447,672 | 272,242 | 175,431 | 447,672 | 272,242 | 260,267 | 9,599,409 |
| TOTAL | 16,305,679 | 6,083,002 | 9,712,677 | 14,444,521 | 13,948,954 | 495,567 | 1,478,241 | 833,919 | 644,322 | 1,730,137 | 1,180,288 | 655,894 | 33,958,578 |

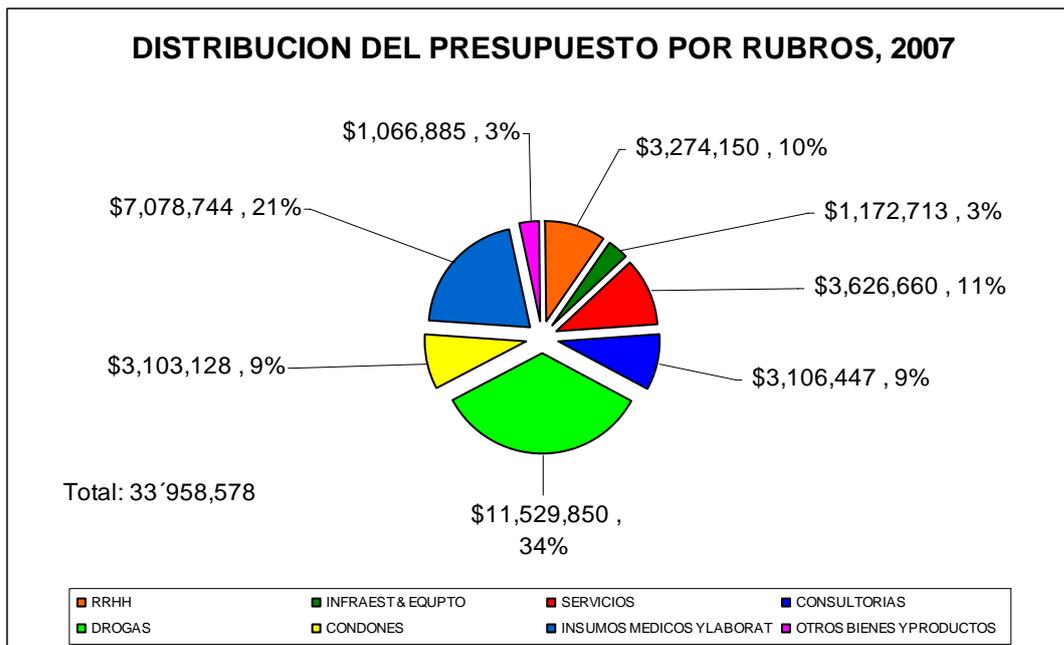
Para el año 2007, desde el punto de vista del financiamiento se registra el 16% con el FM (FG), el MINSA financia rubros superiores a este (40%), el OPD SIS financia el 5% y el 34% representa brecha, ver Gráfico N° 2.

Gráfico N° 2



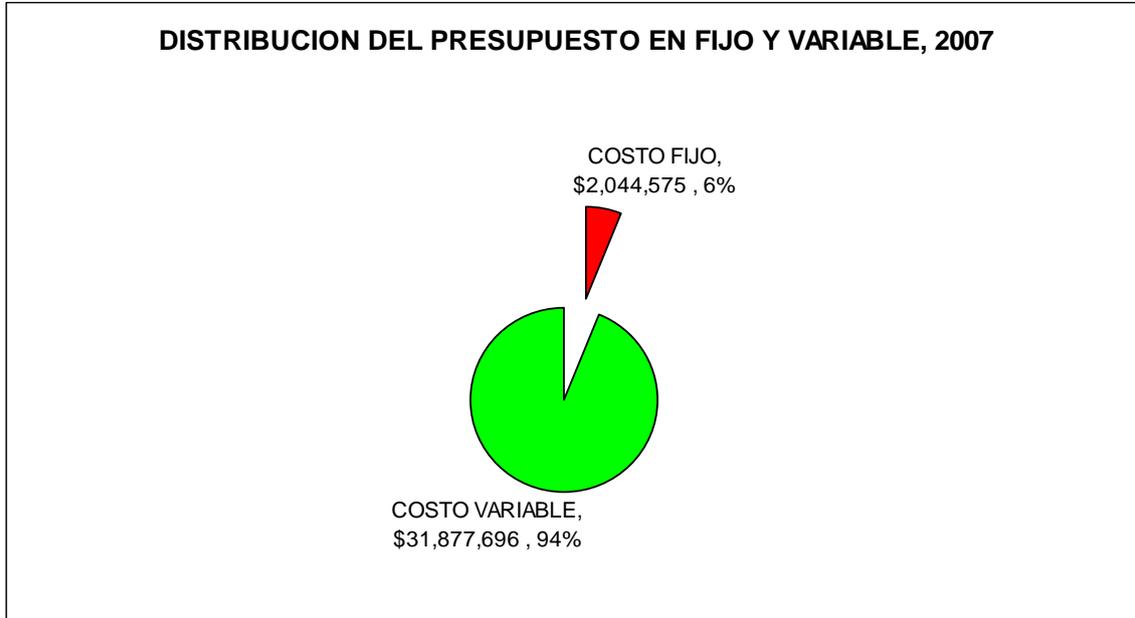
La distribución por rubros de gastos se presenta en el Gráfico N° 3

Gráfico N° 3



La distribución del presupuesto por el costo implícito representa el 94% del Plan 2007 expresado en costos variables, y el resto se expresa en costo fijo.

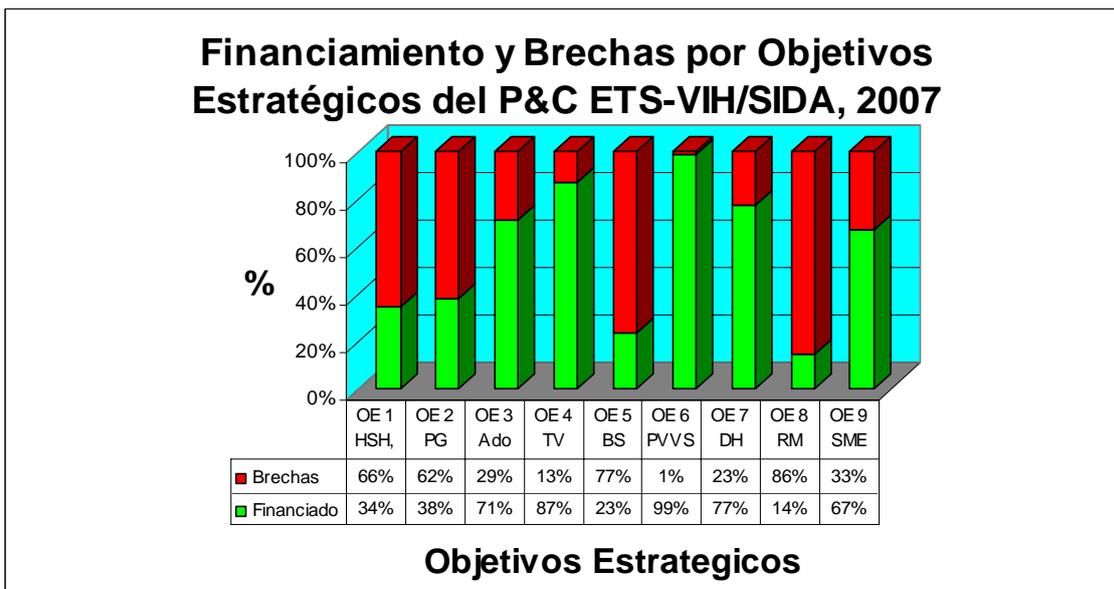
Gráfico N° 4.



ANÁLISIS DE BRECHAS

Teniendo en cuenta la información existente se observa las brechas por objetivos:

Gráfico N° 5



11. INDICADORES DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PEM

Objetivo Estratégico 1: Reducir en 50% el número de nuevos casos de VIH y en 50% la prevalencia de ITS en poblaciones HSH, TS, PPL al año 2011.

Indicador de impacto:

Número de nuevos casos de VIH 2011/2007 en HSH, TS y PPL

Indicadores de Resultado:

Número de nuevos casos de VIH 2011/2007 en HSH, TS y PPL

Prevalencia de ITS 2011/2007 en HSH, TS y PPL

Porcentaje de HSH que usan condón en su última RS (indic 7 UNGASS)

Porcentaje de TS que usan condón en su última RS (indic 6 UNGASS)

Porcentaje de PPL que usan condón en su última RS

Porcentaje de HSH que accede a consejería (indic 4 UNGASS)

Porcentaje de TS que accede a consejería (indic 4 UNGASS)

Porcentaje de PPL que accede a consejería (indic 4 UNGASS)

Porcentaje de HSH que se hace la prueba de VIH en ult 12 meses (Indic 3 UNGASS)

Porcentaje de TS que se hace la prueba de VIH en ult 12 meses (Indic 3 UNGASS)

Porcentaje de HSH infectados por el VIH (Indic 9 UNGASS)

Porcentaje de TS infectados por el VIH (Indic 9 UNGASS)

Porcentaje de HSH afectados por una ITS que reciben Tratamiento

Porcentaje de TS afectados por una ITS que reciben Tratamiento

Porcentaje de PPL afectados por una ITS que reciben Tratamiento

Porcentaje de una población (más expuesta) infectada por el VIH (Indicador 9. UNGASS)

Porcentaje de población más expuesta que se hizo el análisis en los últimos 12 meses y conoce el resultado. Indicador 3. UNGASS

Porcentaje de población más expuesta que logran atender programas de prevención. Indicador 4. UNGASS

Porcentaje (de población más expuesta) que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechazan las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH.. Indicador 5. UNGASS

Porcentaje de trabajadores sexuales femeninos y masculinos que declaran haber usado un preservativo con su cliente más reciente. Indicador 6. UNGASS

Porcentaje varones que declaran haber usado un preservativo la última vez que tuvieron una relación sexual anal con una pareja masculina. Indicador 7. UNGASS

Objetivo Estratégico 2: Reducir en 50% la prevalencia de ITS en la población general al 2011

Indicadores de Resultado:

Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 24 años de edad que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechazan las principales ideas erróneas sobre su transmisión (Metas: el 90% para 2005 y el 95% para 2010. Indicador 10. UNGASS)

Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 24 años de edad que están infectados por el VIH (Metas: reducción del 25% en los países más afectados para 2005; reducción mundial del 25% para 2010. Indicador 15. UNGASS)

Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 24 años de edad que en los últimos 12 meses tuvieron relaciones sexuales con una persona con la que no vivían ni estaban casados. Indicador 12. UNGASS

Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 24 años de edad que declaran haber utilizado preservativos en RS con parejas casuales en los últimos 12 meses. Indicador 13. UNGASS

Porcentaje de varones y mujeres con ITS en establecimientos de salud que han recibido un diagnóstico, tratamiento y asesoramiento apropiados. Indicador 5: UNGASS

Porcentaje de personal de salud de CERITS y UAMP capacitados en manejo sintomático de ITS

Objetivo Estratégico 3: Promover la prevención de ITS/VIH, la educación sexual y estilos de vida y conductas sexuales saludables en adolescentes y jóvenes.

Indicadores de Resultado:

Porcentaje de escuelas con maestros capacitados para impartir educación sobre el VIH/SIDA basada en las aptitudes para la vida que impartieron esta enseñanza en el último curso académico. Indicador 3

UNGASS

Porcentaje de mujeres y varones jóvenes que tuvieron su primera relación antes de los 15 años de edad.

Indicador 11 UNGASS

Porcentaje de servicios de salud adecuados para prevención y atención de ITS y consejería para adolescentes y jóvenes,

Objetivo Estratégico 4: Reducir la transmisión vertical a menos del 2% al 2011

Indicadores de Resultado:

Porcentaje de mujeres embarazadas con tamizaje de sífilis dentro de la atención prenatal

Porcentaje de mujeres embarazadas con tamizaje de VIH dentro de la atención prenatal

Porcentaje de mujeres embarazadas infectadas por el VIH que han recibido un ciclo de profilaxis antiretroviral para reducir el riesgo de transmisión materno infantil. Indicador 6 UNGASS

Porcentaje de lactantes que nacieron con el VIH de madres infectadas. Indicador 17. UNGASS (Meta: reducción del 20% para 2005 y del 50% para 2010)

Porcentaje de mujeres embarazadas infectadas con parto por cesárea

Porcentaje de mujeres con sífilis materna tratadas

Porcentaje de niños con sífilis materna tratados

Objetivo Estratégico 5: Garantizar 100% de tamizaje de paquetes sanguíneos al 2011

Indicadores de Resultado:

Porcentaje de unidades de sangre para transfusión que se analizan para la detección del VIH.

Indicador 9 UNGASS

Porcentaje de bancos de sangre con acceso a las pruebas diagnósticas de tamizaje para el VIH,

Objetivo Estratégico 6: Alcanzar un 90% de acceso de las PVVS (adultos y niños) a una atención integral y de calidad

Indicadores de Resultado:

Porcentaje de regiones con laboratorio para exámenes de diagnóstico para el acceso al TARGA

Porcentaje de servicios de salud adecuados para atención integral a PVVS

Porcentaje de CERITS y UMAP con personal capacitado para atención integral a PVVS

Objetivo Estratégico 7: Promover un entorno político, social y legal favorable para el abordaje integral del VIH/SIDA y la diversidad sexual desde una perspectiva de derechos humanos y participación de las comunidades con mayores prevalencias (HSH, TS y PPL) y PVVIH

Indicadores de Resultado:

Numero de Planes locales y regionales de abogacía y lucha contra el estigma y discriminación hacia poblaciones con mayores prevalencias

Objetivo Estratégico 8: Asegurar una respuesta multisectorial amplia y articulada para el desarrollo intersectorial e interinstitucional de actividades conjuntas para la prevención y control de las ITS y el VIH/SIDA.

Indicadores de Resultado:

Políticas públicas multisectoriales en ITS y VIH/SIDA aprobadas a nivel nacional

Numero de Planes Estratégicos Regionales en implementación

Sistemas de vigilancia ciudadana regionales en VIH/SIDA implementados

Objetivo Estratégico 9: Fortalecer los Sistemas de Gestión e Información y establecer un Sistema de Monitoreo y Evaluación que permitan la toma de decisiones oportuna y la medición de los logros obtenidos.

Indicadores de Resultado:

Sistema de monitoreo y evaluación del PEM operando

Reportes regulares de la situación de la epidemia generados por el Sistema de Información

12. PROPUESTA METODOLOGICA PARA EL SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE TRANSICIÓN AL NUEVO EQUIPO DEL MINSA

- **Presentación del Plan Estratégico al Equipo de Transferencia:** Esta actividad fue realizada en el marco de la Reunión de CONAMUSA con Equipo de Transferencia realizada el lunes 17 de Junio del 2006.
- **Seguimiento al Acuerdo de los Partidos Políticos en Salud,** quienes se comprometieron a asumir como propios los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Salud promovidos por la Organización de las Naciones Unidas y adaptados y ya suscritos por el Perú, orientados a reducir la mortalidad infantil, la mortalidad materna y la incidencia de enfermedades como VIH/SIDA, malaria, TBC y otras. Igualmente, los partidos se comprometieron en proponer estrategias que los hagan viables en el mediano y largo plazo.
- Realizar acciones de incidencia política y la difusión del PEM entre líderes del nivel estatal, particularmente desde la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM), en el marco de la nueva administración gubernamental que se designe
- Acciones de articulación con la sociedad participantes en el proceso de formulación del PEM civil para lograr el compromiso de todos los actores, incluida el actor estatal, con esta problemática.
- Búsqueda de financiamiento complementario para el PEM, con las agencias de cooperación, contemplando en particular las líneas estratégicas definidas como prioritarias y donde existe brechas, que permita lograr las coberturas mínimas para el logro de los objetivos trazados y con el fin de reducir progresivamente el impacto económico que tiene la epidemia en el Perú y evitar así su expansión.
- Organización de la búsqueda de recursos, de manera lógica y, consistente, debe realizarse en función al PEM, dentro de ellos la formulación del nuevo proyecto País a presentarse a la Sexta Ronda del FM.

Glosario

CONAMUSA

La Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud (CONAMUSA) es un organismo de coordinación, constituido con la representación del gobierno, la cooperación internacional bilateral y multilateral, la sociedad civil y las organizaciones de personas directamente afectadas con el VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria en el país. La CONAMUSA, se establece como un asocio que intenta promover y construir consensos, desarrollar mensajes y conceptos compartidos entre todos los sectores, cerrar la brecha entre lo público y lo privado y complementar y fortalecer lo que desde los Gobiernos se trabaja en torno a la prevención del VIH/SIDA, Tuberculosis, y Malaria²⁶.

COPRECOS

Es el Comité Central de Prevención y Control del VIH/SIDA de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú. Se encarga de dar las normas de prevención y control, coordinar el diagnóstico y tratamiento de VIH y SIDA, realizar estudios, realizar actividades científicas, etc.²⁷

Epidemia

Se denomina epidemia cuando aparecen casos nuevos de una enfermedad en una población humana (Ej. población de una determinada zona geográfica, o gente de la misma edad o sexo) en un determinado periodo de tiempo a una tasa que excede significativamente al número de casos “esperado” de acuerdo a lo ocurrido en esa población en los últimos años.

Esta definición es subjetiva ya que depende de lo que se defina como esperado. Una epidemia puede ser local (brote), general (epidemia) o global (pandemia). Las enfermedades que se presentan de manera continua se denominan endémicas.

Un ejemplo del primero es el brote de fiebre amarilla que ocurrió en Alto Tuntus, Amazonas en enero de 2006, el cólera fue una epidemia que asoló el Perú en 1991 y se quedó varios años, una pandemia fue la gripe española de 1918. Enfermedades endémicas son la diarrea, tuberculosis, enfermedades respiratorias agudas

Estrategia Sanitaria Nacional Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA

La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS VIH/SIDA es una unidad del Ministerio de Salud, dependiente de la Dirección General de Salud de las Personas. La estrategia diseña y norma los procesos de organización correspondiente, en el ámbito de su gestión institucional y sectorial para lograr objetivos funcionales relacionados a la cultura de salud, prevención y control de las Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA con un enfoque de equidad, derecho y ejercicio de la ciudadanía. Se estableció en el año 2004.

Feminización

Cuando se refiere a la pandemia, el término feminización es actualmente usado por ONUSIDA y otros para indicar el creciente impacto que la epidemia de VIH tiene sobre

²⁶ <http://www.conamusa.com/conamusa/index2.php>

²⁷ http://www.mindef.gob.pe/coprecos/coprecos_Resena.htm

las mujeres. Se refiere a que el número de mujeres infectadas ha igualado o superado al número de hombres infectados.

Grupos de alto riesgo

Debe evitarse su uso o usarse con cautela para evitar el estigma y la discriminación. Puede llevar a quienes no se identifican con estos grupos a tener la sensación falsa de seguridad. También supone que el riesgo está restringido a estos grupos, cuando en realidad todos los grupos sociales están interrelacionados.

HSH,

Se refiere a los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres. Se usa para descripciones epidemiológicas y para explicar las estrategias de prevención. Éste término describe un comportamiento, no necesariamente implica una identidad. La expresión “hombres homosexuales” se usa para referirse a las personas cuya orientación e identidad es homosexual, incluidos los “gays” y los “transexuales”.

Incidencia

A veces también denominada incidencia acumulada es la proporción de personas que se infectan con VIH en un período de tiempo determinado. Usualmente este período es de un año.

Mayor riesgo de exposición al VIH

Es una frase que se prefiere en lugar de hablar de grupos de riesgo. También se usa sexo sin condón, sexo no protegido, o uso de inyectables no esterilizados. No es la pertenencia a un determinado grupo la que pone a la persona en riesgo, sino algunas conductas. En el caso de personas casadas o que cohabitan, especialmente en las mujeres, puede ser la conducta de riesgo de su pareja sexual la que las coloca en una situación de riesgo.

MINSA

El Ministerio de Salud es un órgano del Poder Ejecutivo. Es el ente rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema nacional de Salud con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona.

ONUSIDA

Es el programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). El Programa procura aumentar al máximo la eficiencia y el impacto de las Naciones Unidas en el campo del VIH/SIDA combinando la experiencia, los esfuerzos y los recursos de las siguientes organizaciones: [Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia \(UNICEF\)](#), el [Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo \(PNUD\)](#), el [Fondo de Población de las Naciones Unidas \(UNFPA\)](#), la [Oficina de las Naciones Unidas para la Fiscalización de Drogas y Prevención del Delito \(ODCCP\)](#), la [Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura \(UNESCO\)](#), la [Organización Mundial de la Salud \(OMS\)](#), la [Organización Internacional del Trabajo \(OIT\)](#) y el [Banco Mundial](#). La sede de Lima coordina el programa en Perú, Bolivia y Ecuador.

Personas con VIH

Se refiere a las personas con infección comprobada por VIH. Evítese el uso de personas viviendo con VIH, pues ahora es mucho más personas saben que se puede seguir viviendo con la infección. El uso de paciente con SIDA debe restringirse al contexto médico y sólo cuando la persona se encuentra en esa etapa de la enfermedad^{28 29}.

Prevalencia

Se refiere a la proporción de personas, de una población que se encuentran infectadas con VIH en un momento o período del tiempo. Es una especie de foto instantánea que nos muestra a todas las personas que tienen la infección al momento de tomar la foto.

Sida o enfermedad relacionada con VIH

En castellano se recomienda usar sida en minúsculas, tal y como se hace para referirse a otras enfermedades en nuestro idioma. El término sólo debe usarse para referirse a la etapa avanzada de la enfermedad por VIH. SIDA es de lo que la gente muere y VIH es de lo que está infectada. La expresión enfermedad relacionada con VIH puede ser usada si la persona ha sido diagnosticada de sida.

Respuesta al sida

Los términos respuesta al sida, respuesta al VIH, respuesta al VIH y respuesta al sida son intercambiables y significan respuesta a la epidemia.

Virus del sida

Ya que el sida es un síndrome, es incorrecto decir "virus del sida". VIH (el virus de la inmunodeficiencia humana) es lo que finalmente causa el sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida). Para referirse al virus se debe escribir la expresión completa o las siglas VIH, evítese el término virus del VIH.

²⁸ PAHO. HIV-related Language: PAHO 2006 Update

²⁹ UNAIDS' Editors' Notes for authors²⁹ (May 2006)

Resumen de siglas y términos importantes de uso actual

Uso antiguo

Trabajo sexual comercial
 Países en vías de desarrollo
 Trabajadores sexuales directos
 Trabajadores sexuales indirectos
 Lucha contra el SIDA
 Grupos de alto riesgo
 VIH/Sida
 VIH/Sida
 Epidemia de VIH/ SIDA
 Prevalencia de VIH/ SIDA
 Prevención de VIH/ SIDA
 Pruebas de detección de VIH/SIDA
 Personas viviendo con VIH/ SIDA
 Prostituta
 Usuarios de drogas intravenosas
 Más vulnerables a la infección
 Tasas de prevalencia
 Sexo riesgoso
 Grupos vulnerables

Uso actual recomendado

Trabajo sexual o sexo comercial o venta de servicios sexuales*
 Países de bajo y mediano ingreso
 Trabajadores sexuales formales
 Trabajadores sexuales informales
 Respuesta al Sida
 Poblaciones clave en alto riesgo*
 VIH a menos que específicamente se refiera a Sida
 Diagnóstico Sida; enfermedad relacionada con VIH
 Epidemia de VIH o epidemia de Sida
 Prevalencia de VIH
 Prevención de VIH
 Pruebas de detección de HIV
 Personas que viven con VIH*
 Trabajador/a sexual
 Usuarios de drogas que se inyectan*
 Más probables de estar expuestos al VIH (a menos que se refiera específicamente a vulnerabilidad)
 Prevalencia
 Sexo no protegido
 Poblaciones vulnerables o poblaciones con mayores probabilidades de ser expuestas al VIH o poblaciones con mayor riesgo de exposición

ANEXO

ACUERDO DE PARTIDOS POLÍTICOS EN SALUD

I. ANTECEDENTES

En democracia se pueden construir consensos y fortalecer la institucionalidad. En tal sentido, los partidos políticos que suscriben la presente Declaración, nos hemos planteado el reto de adoptar acuerdos por consenso con relación a la salud pública que, como expresión del derecho a la salud de peruanos y peruanas, se traduzcan en políticas sanitarias a aplicarse en el próximo período de gobierno 2006-2011 en beneficio de la población, avanzando sobre lo ya construido por el país.

El trabajo multipartidario realizado en el sector salud, en numerosas reuniones de trabajo desde el mes de marzo del presente año hasta la fecha, alrededor de cinco ejes temáticos priorizados por consenso, es una propuesta ejemplar que se constituye en fundamento para la definición de las propuestas de plan de gobierno en salud.

En el marco de la Política Décimotercera del Acuerdo Nacional referida a Salud, hemos analizado los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Salud promovidos por la Organización de las Naciones Unidas y adaptados y ya suscritos por el Perú, orientados a reducir la mortalidad infantil, la mortalidad materna y la incidencia de enfermedades como VIH/SIDA, malaria, TBC y otras. Hemos considerado importante asumir como propios dichos objetivos y las metas previstas, así como proponer estrategias que los hagan viables en el mediano y largo plazo.

Hemos analizado también factores, enfoques y estrategias importantes, como la equidad de género, la interculturalidad, el respeto a la biodiversidad y la atención primaria de salud para mejorar las condiciones de salud de nuestra población, que comprometen nuestra activa participación. Como parte de ello hemos analizado las limitaciones que tiene gran parte de la población, para acceder a servicios de salud de calidad, y se ha considerado como prioridad nacional impulsar el aseguramiento universal que garantice equidad en el acceso a dichos servicios.

Así mismo se ha analizado el escaso financiamiento en salud en el país, cuyo gasto alcanza apenas al 4.7% del producto bruto interno, cuando el gasto promedio en los países latinoamericanos es del 7.5%. Este análisis nos ha llevado a proponer un incremento progresivo del financiamiento en salud, a la vez que mejoraremos la eficiencia y uso racional de los recursos, con el fin de lograr el cumplimiento de las prioridades nacionales en salud.

De igual modo, hemos analizado el proceso de descentralización en salud ya iniciado en forma concertada entre el Ministerio de Salud y los Gobiernos Regionales, que permitirá una mejor identificación de las necesidades regionales y locales en función de sus propios perfiles epidemiológicos, una mayor capacidad para la gestión de los servicios de salud a nivel nacional e impulsará el desarrollo de nuevas capacidades descentralizadas. Creemos importante continuar impulsando el plan de transferencia de competencias y funciones 2005-2009, mejorándolo y perfeccionándolo, e integrando en ese proceso a los Gobiernos Locales.

Finalmente, como parte del análisis realizado sobre la situación de la salud pública, se reconoce la participación ciudadana como parte de los derechos ciudadanos en salud

y como expresión de una nueva relación entre el Estado y la sociedad, que contribuya a una gestión en salud más eficiente y con equidad, con servicios de calidad, con transparencia y con rendición de cuentas. Recogemos las diversas experiencias de participación en salud realizadas en los últimos años y ratificamos nuestra voluntad de ampliar los espacios participativos, así como los mecanismos que garanticen ese derecho ciudadano.

II. NUESTROS COMPROMISOS

3. Con relación a la lucha contra el VIH/SIDA, malaria, TBC y otras enfermedades:

- 3.1 Fortaleceremos las estrategias de prevención, control y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS).
- 3.2 Reforzaremos las acciones de prevención, control y tratamiento de las formas resistentes de VIH SIDA y formas multidrogoresistentes (TBC), así como las actividades de investigación de las mismas.
- 3.3 Aseguraremos el presupuesto básico para el financiamiento con énfasis en actividades de prevención y tratamiento.
- 3.4 Promoveremos y reforzaremos la responsabilidad social de los afectados y de la comunidad frente a la enfermedad (adherencia, evitar la transmisión y participación en actividades de promoción).
- 3.5 Promoveremos la educación, acceso y uso de métodos que alienten actitudes sanas y responsables frente a la sexualidad, con énfasis en la población adolescente y joven.
- 3.6 Propiciaremos el empoderamiento de la mujer, de modo que fortalezca su capacidad de decisión para el sexo seguro.
- 3.7 Reforzaremos las estrategias de prevención de la transmisión vertical.
- 3.8 Fortaleceremos, para la lucha contra la malaria, las estrategias multisectoriales articulando e involucrando al sector privado y otros sectores sociales y productivos.