



Plan Estratégico Multisectorial 2007 – 2011 para la Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA en el Perú

PLAN ESTRATÉGICO MULTISECTORIAL Para la Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA en el PERÚ (2007-2011)



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

Perú, Mayo 2007

Editor: Ministerio de Salud del Perú, 2007
Av. Salaverry 801, Jesús María, Lima, Perú

Diseño de Caratula: Ursula Quiroz de Dellepiane
Diagramación: Leocadia Quispe Linares
Cuidado de edición: Olivier Grégoire / Giannina Sanguineti
Impresión: Termil Editores Impresores

Presidente de la República

Dr. Alan García Pérez

Presidente del Consejo de Ministros

Dr. Jorge del Castillo Gálvez

Ministro de Salud

Dr. Carlos Vallejos Sologuren

Vice Ministro de Salud

Dr. José Calderón Yberico

Coordinadora Nacional Multisectorial de Salud
(CONAMUSA)

Comité de Seguimiento y Coordinación del PEM

Presidido por el Dr. José Luis Sebastián, Coordinador de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA

Dr. Robinson Cabello (CONAMUSA)
RP. David Limo (CONAMUSA)
Lic. Guiselly Flores (CONAMUSA)
Dr. Rubén Mayorga (ONUSIDA)
Econ. Olivier Grégoire (ONUSIDA)

Equipo Facilitador para el desarrollo del PEM

Dra. Patricia J. García
Dr. Ricardo Zúñiga
Sr. Pablo Anamaría
Lic. Ada Mejía
Dr. Ernesto Gozzer
Dr. Armando Cotrina
Dr. César Cárcamo
Lic. Claudia Pacheco

AGRADECIMIENTOS

Al Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA - ONUSIDA

Al Proyecto VIGIA-USAID

Por la asistencia técnica y financiera brindada para la realización de este Plan

SALUD

Aprueban Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 para la Prevención y Control de las ITS y VIH/SIDA en el Perú

**DECRETO SUPREMO
N° 005-2007-SA**

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 7° de la Constitución Política establece que todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa;

Que, los artículos 2° y 3° de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, disponen que el Ministerio de Salud, es un órgano del Poder Ejecutivo, 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 y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte natural, correspondiéndole, el análisis y la vigilancia de la situación de la salud y sus determinantes, para el desarrollo de métodos y procedimientos para la atención de la salud;

Que, dentro de la política orientada a prevenir y controlar enfermedades infecto contagiosas para proteger la salud pública, resulta de particular importancia establecer un marco legal que facilite la lucha contra el VIH/SIDA, el cual será de aplicación a los diversos sectores y niveles de Gobierno, a fin de optimizar el uso de los recursos y fortalecer las respuestas de la Administración Pública, en coordinación con la sociedad civil, para continuar desarrollando el Proyecto del Fondo Mundial, siendo necesario para el cumplimiento de dichos fines, la aprobación de un plan estratégico multisectorial, que dirija y oriente las acciones necesarias para prevenir y controlar las infecciones de Transmisión Sexual-ITS y VIH/SIDA, acorde con las características de epidemia concentrada que presenta el país;

Que, 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;

Que, existe la necesidad 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, a fin de articular las respuestas desde los sectores estatales y la coordinación entre la sociedad civil y Estado para desarrollar el Proyecto del Fondo Mundial;

Que, para el cumplimiento de tales requerimientos, es determinante generar un plan estratégico multisectorial, que dirija y oriente las acciones necesarias para prevenir y controlar las infecciones de Transmisión Sexual-ITS y VIH/SIDA;

De conformidad con el numeral 8 del artículo 118° de la Constitución Política del Perú y el Decreto Legislativo N° 560, Ley del Poder Ejecutivo;

DECRETA:

Artículo 1.- Plan Estratégico Multisectorial

Aprobar el Plan Estratégico Multisectorial 2007 - 2011 para la Prevención y Control de las ITS y VIH/SIDA en el Perú, cuyo texto forma parte integrante de la presente norma.

Artículo 2.- Medidas complementarias

Facúltese al Ministerio de Salud, a dictar las medidas complementarias que sean necesarias para garantizar el cumplimiento de lo dispuesto en el presente Decreto Supremo a nivel nacional.

Artículo 3.- Refrendo

El presente Decreto Supremo será refrendado por el Ministro de Salud, el Ministro de Defensa, la Ministra de Justicia, el Ministro de Educación, la Ministra de Trabajo y Promoción del Empleo y la Ministra de la Mujer y Desarrollo Social

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los dos días del mes de mayo del año dos mil siete

ALAN GARCÍA PÉREZ
Presidente Constitucional de la República

CARLOS VALLEJOS SOLOGUREN
Ministro de Salud

ALLAN WAGNER TIZÓN
Ministro de Defensa

MARÍA ZAVALA VALLADARES
Ministra de Justicia

JOSÉ ANTONIO CHANG ESCOBEDO
Ministro de Educación

SUSANA PINILLA CISNEROS
Ministra de Trabajo y Promoción del Empleo

VIRGINIA BORRA TOLEDO
Ministra de la Mujer y Desarrollo Social

PLAN ESTRATÉGICO MULTISECTORIAL para la Prevención y Control de las ITS Y EL VIH / SIDA en el PERÚ (2007-2011)

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 de que un tema como las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/SIDA es mucho más que un problema de salud que puede y debe ser enfrentado de manera multisectorial por el conjunto de las fuerzas del país.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (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 a nivel mundial, situación a la cual no es ajeno el Perú. Afecta a todos los países, en particular a los países en desarrollo, y a la población en general, aunque algunos segmentos marginados y estigmatizados —como los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), los usuarios y usuarias de drogas y los trabajadoras y trabajadoras sexuales (TS) — son los grupos más expuestos y más vulnerables, como lo muestran sus elevados índices de prevalencia e incidencia del VIH. Además, las mujeres, los jóvenes, los niños y las niñas pueden tener vulnerabilidades particulares, aunque éstas aún no se traducen en índices elevados de prevalencia o incidencia de VIH, por lo que no se les considera entre los grupos más expuestos.

El Ministerio de Salud - MINSA, es el organismo rector en materia de salud del país, siendo uno de los principales actores y ejecutores. Es el que estructura las normas de acción contra el VIH/SIDA, las mismas que regulan la actividad de los otros subsectores. En atención a dicha función, ha reportado, según datos oficiales, 18.508 casos de SIDA y 25.454 casos de VIH en el Perú notificados al 31/06/2006 (MINSA, 2006). Existen 7 mil personas que viven con SIDA (PVVS) que necesitan tratamiento, de las cuales aproximadamente 6.296 (89%) a la fecha ya recibe tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), gracias al 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, la Tuberculosis y la Malaria.

No obstante, otros sectores del Estado, Gobiernos Regionales, Sociedad Civil, etc, 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. Sin embargo, 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.

En este sentido, es necesario reconocer que en los últimos años, a pesar de una serie de estrategias e intervenciones de comprobada eficiencia para la prevención de la transmisión del VIH, el número de casos ha seguido incrementándose en el mundo. Existen diversos factores que lo explican: la falta de comprensión que impide enfrentar la epidemia más allá del sector salud; la negación o minimización de la epidemia; el pobre o nulo acceso a métodos de prevención como el condón; la pobre cobertura de las intervenciones; las creencias o patrones culturales (tabúes y mitos); el pobre efecto de las campañas educativas, independiente de su baja cobertura y asociado al patrón socio-psicológico de invulnerabilidad de los adolescentes y jóvenes. Un aspecto fundamental hoy reconocido es que la respuesta ante la epidemia del VIH-SIDA debe ser Amplia e Integral, con participación de todos los sectores de la sociedad, no sólo salud, y con coberturas máximas en prevención y atención. Y el otro aspecto para asegurar una respuesta adecuada de país es contar con UN liderazgo fuerte. Un sistema de información adecuado y UN Plan Nacional, de acuerdo con el principio de los tres unos reconocido mundialmente.

Es por ello que es imperativo contar con un Plan Estratégico Multisectorial (PEM) que guíe la implementación de programas y proyectos relacionados a VIH/SIDA en todo el Perú. Este plan 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, privado, académico, de base confesional, de base comunitaria, y de la cooperación internacional.

El PEM deberá guiar las acciones contra el VIH/SIDA entre los años 2007 y 2011, tanto del sector gubernamental como del sector no gubernamental y de la cooperación internacional. Recoge y utiliza la información recopilada y reportada en diversos documentos previos de análisis y evaluación realizados en el país, muchos de ellos desarrollados a través de procesos participativos y de consulta. En particular, 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 el Ministerio de Salud y otros actores nacionales como por Via Libre (perspectiva de la sociedad civil) — y el informe de la Consulta Nacional sobre Acceso Universal.

Definición de la visión y situación objetivo al 2011

En el año 2011, se ha reducido a menos de la mitad el número de personas que se infectan de VIH o que se infectan con una ITS. Todas las personas que lo necesitan tienen acceso a prevención, tratamiento antirretroviral y atención integral de calidad. Existe la información necesaria que asegura estilos de vida saludable y previene estas enfermedades, especialmente en quienes tienen mayor exposición al VIH. Ninguna persona es discriminada por ser portadora de alguna de estas enfermedades o por su orientación sexual o cualquier otra característica. Esto da como resultado que todos los peruanos y peruanas, la sociedad civil, los organismos del Estado y la cooperación internacional movilizan recursos y trabajan juntos para lograrlo.

Definición de objetivos estratégicos

Considerando los principales problemas identificados, 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.

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.

1.1. Promoción de uso adecuado y provisión de condones para las poblaciones HSH, TS y PPL mediante

la estrategia de Promotores Educadores de Pares (PEP)

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

1.3. Promoción para el incremento de la cobertura de Atención Médica Periódica (AMP), consejería y servicios de despistaje y tratamiento de ITS en HSH, TS y PPL

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

1.5. Mejoramiento de la infraestructura y del sistema para prevención y atención de ITS (Fortalecimiento de los Centros de Referencia de Atención de ITS y Unidades de AMP)

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

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.

Objetivo estratégico 2. Reducir en 50% la prevalencia de ITS en la población general al 2011

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

2.2. Fortalecimiento del manejo sintomático de ITS en población general

2.3. Capacitación a todo nivel de personal relacionado a salud 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.

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

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

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

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

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

Objetivo estratégico 4. Reducir la transmisión vertical a menos del 2% al 2011

4.1. Reforzamiento del tamizaje de sífilis y VIH materna como parte de la atención prenatal

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.

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

4.4. Asegurar el tratamiento del recién nacido con sífilis congénita

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

Objetivo estratégico 5. Garantizar 100% de tamizaje de paquetes sanguíneos al 2011

5.1. Fortalecimiento del sistema de selección y tamizaje del donante

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

5.3. Promoción de la donación voluntaria y sangre segura

5.4. Facilitación del acceso a todas las pruebas

diagnósticas de tamizaje sobre todo para el VIH a los bancos de sangre de los diferentes sectores para garantizar la provisión de sangre segura

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

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

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

6.4. Atención integral a la familia viviendo con VIH y SIDA

6.5. Vigilancia del cumplimiento de las leyes laborales antidiscriminatorias de las PVVS

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

6.7. Promover estrategias de generación de ingresos para PVVS y comunidades vulnerables (poblaciones más expuestas)

6.8. Protección y apoyo a niños que viven con VIH y afectados por el 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, con la participación de las comunidades con mayor prevalencia (HSH, TS y PPL) y las PVVS.

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

7.2. Promoción de normatividad sobre estigma y vigilancia del efectivo cumplimiento de leyes antidiscriminatorias a favor de las poblaciones con mayor prevalencia y más expuestas al VIH (HSH, TS y PPL jóvenes y adultos) y PVVS

7.3. Formulación de planes locales y regionales de abogacía y lucha contra el estigma y discriminación hacia poblaciones vulnerables (con mayor prevalencia y más expuestas), en alianza estratégica con organizaciones que trabajan el tema del VIH y derechos humanos

7.4. Participación de los grupos con mayor prevalencia y más expuestos al VIH (TS, HSH, PPL) en el CONAMUSA, COREMUSAS, equipos multidisciplinarios 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

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.

8.1. Promoción de una política multisectorial nacional y el liderazgo gubernamental en ITS y VIH/SIDA mediante la formación de una comisión multisectorial que lidere la implementación y seguimiento del plan

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

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.

8.4. Fortalecer la CONAMUSA, las COREMUSA y los gobiernos locales como instancias multisectoriales que lideren las actividades relacionadas con las ITS, VIH/SIDA a nivel nacional, regional y local.

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

8.6. Impulso y fortalecimiento del sistema de vigilancia ciudadana en las ITS, VIH/SIDA para retroalimentar el sistema de Información.

8.7. Articulación de acciones en forma transversal con otras estrategias involucradas con VIH/SIDA (salud sexual y reproductiva, TBC, salud adolescente, etc.).

Objetivo estratégico 9. Fortalecer los sistemas de información y establecer un sistema de monitoreo y evaluación para permitir la toma de decisiones oportuna y la medición de los logros obtenidos.

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

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

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

9.4. Apoyo a la gestión del PEM desde la sociedad civil

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

PRÓLOGO

El Gobierno del Perú a través del Ministerio de Salud del Perú y otros Ministerios, la sociedad civil organizada en torno a la lucha contra el VIH, las organizaciones de personas que viven con VIH y los grupos afectados, las universidades, sector religioso, cooperación bilateral y multilateral todos reunidos en la Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud además de otros actores, han colaborado estrechamente en la construcción del Plan Estratégico Multisectorial de Prevención y Control de las ITS, VIH y Sida en el Perú para el período 2007-2011. Este Plan ha sido el resultado de una serie de procesos que se vienen dando desde inicios del 2005, en un esfuerzo por sistematizar la situación de la epidemia y la consecuente respuesta nacional.

El proceso de la respuesta nacional se inició por medio del análisis de las acciones llevadas a cabo en el país entre los años 2000 y 2004, seguido del informe nacional elaborado por el gobierno y los actores sociales en cumplimiento con la Declaración de Compromisos de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA en 2005. Posteriormente, se realizaron consultas con los actores vinculados directa e indirectamente al tema de las ITS, VIH y SIDA, con el fin de elaborar una propuesta de acceso universal a la prevención, tratamiento, cuidados y apoyo. Todos estos documentos fueron presentados por las más altas autoridades del ministerio de salud al ser concluidas. La metodología desarrollada en el Perú para estimar las necesidades de acceso universal a la atención integral ha servido de modelo para la elaboración de otras similares en países de la región andina y Centroamérica.

La epidemia de las ITS y en particular de la infección por el VIH en el Perú es un problema de creciente importancia para la salud pública del país, la epidemia se encuentra concentrada en poblaciones de hombres que tienen sexo con hombres, sin embargo, hay evidencias recientes que muestran una tendencia a la extensión de la epidemia a la población general.

En este Plan, el Ministerio de Salud y los actores sociales del país se han movilizadado con el propósito de disminuir el impacto del VIH en el país mediante el fortalecimiento de la prevención de la transmisión del VIH, así mismo, el Plan Estratégico Multisectorial sirvió para elaborar una propuesta nacional al Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, siendo aprobada lo cual nos permitió acceder a un financiamiento aproximado de \$40 millones.

Para establecer el liderazgo y normar algunas de las intervenciones que se señalan en este Plan, el Ministerio de Salud lideró el proceso de elaboración y aprobación que culminó con la publicación del Decreto Supremo N° 005-2007-SA, el cual describe y define las principales líneas estratégicas, sustentándolo en las características de la epidemia peruana, lo cual, junto con las normas técnicas sobre VIH, para la transmisión vertical, el tratamiento del SIDA en adultos, en niños y niñas, entre otras, han contribuido a que el Perú haya organizado una de las respuestas más integrales a la epidemia en la región andina y en general, en Latinoamérica, destacándose hasta ahora el compromiso del gobierno para llegar en el menor tiempo posible al acceso universal de la atención integral. Quedan algunas otras estrategias por llevar a cabo y que buscan contribuir en la disminución de la transmisión del VIH en los grupos más expuestos y la transmisión de las ITS en la población en general, así como iniciativas para el trabajo con jóvenes en situación de vulnerabilidad y jóvenes en general. Estas estrategias se encuentran contempladas en el plan y los procesos de evaluación anual facilitarán las posibilidades de ajuste y adecuación, en términos de cobertura y calidad de los resultados esperados.

Muestra de la transversalización del Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 la constituye el refrendo de los Ministerios de Salud, Defensa, Justicia, Educación, Trabajo y Promoción del Empleo y de la Mujer y Desarrollo Social. Así, Perú cuenta con un marco normativo para enfrentar a las ITS y al VIH/SIDA, sirviendo este, como referencia para el trabajo que desarrollen en el país las instancias de los Poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, los gobiernos regionales y locales sectores no gubernamentales, religiosos, académicos y la cooperación bilateral y multilateral.

Esperamos que las personas que laboran en todos estos ministerios e instancias descentralizadas de gobierno, así como las demás instancias de la sociedad y la cooperación que trabajan en el tema del VIH sigan en este encomiable esfuerzo y tomen este Plan como fuente de inspiración para la formulación de propuestas innovadoras para disminuir el impacto de las ITS y el VIH en los ciudadanos y las ciudadanas del Perú.

Ministro de Salud
Dr. Carlos Santiago Vallejos Sologuren

CONTENIDO

PRESENTACIÓN	15
1. INTRODUCCIÓN	17
2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN	19
2.1. Contexto nacional	19
2.2. Situación del Sistema Nacional de Salud	19
2.3. Situación, magnitud y evolución de la epidemia de VIH/SIDA en el Perú	20
2.3.1 Estudios de vigilancia centinela	22
2.3.1.1. Vigilancia centinela en HSH	22
2.3.1.2. Vigilancia centinela en TS	22
2.3.1.3. Vigilancia centinela en clientes de TS	23
2.3.1.4. Vigilancia centinela en gestantes.	23
2.3.2 Estudios de prevalencia de base poblacional	23
2.3.2.1 Encuesta domiciliaria de ITS y conducta sexual (PREVEN 2002)	23
2.3.2.2 Encuesta ENDES y síndromes de ITS	24
2.3.3. Estimación del número de PVVS	25
2.4. Culturas sexuales	26
2.5. Sociedad civil y coordinación multisectorial	26
3. ANÁLISIS DE LA RESPUESTA NACIONAL y DE LAS ACTORES	27
3.1. Respuesta del sector salud	27
3.1.1 Respuesta en prevención, tratamiento y control de las ITS	28
3.1.1.1. Prevención	28
3.1.1.2 Tratamiento y control de las ITS	29
3.1.1.2.1. Sistema de Atención Médica Periódica y grupos vulnerables HSH y TS	29
3.1.2. Sangre segura	30
3.1.3. Transmisión vertical, sífilis y sífilis congénita	30
3.1.4. VIH en gestantes y recién nacidos	30
3.1.5. Tratamiento y atención integral a PVVS	30
3.2. Respuesta de otros sectores del Estado	30
3.3. Respuesta regional	30
3.4. Respuesta de la academia	31
3.5. Respuesta de la sociedad civil	31
3.5.1. Las Organizaciones no Gubernamentales (ONGs)	31
3.5.2. Organizaciones de personas que viven con VIH y SIDA	31
3.5.3. Organizaciones de las poblaciones más expuestas, vulnerables y con alta prevalencia de VIH	32
3.5.4. Organizaciones religiosas	32
3.6. Respuesta multisectorial	32
3.7. Apoyo de la cooperación internacional	32
3.8. Recursos de información y monitoreo, y desarrollo de capacidades	32
3.9. Recursos financieros	33
3.10. Protección de derechos humanos. Marco legal y normativo	33
3.11. Principales logros de la respuesta nacional	33
4. EVIDENCIAS EN INTERVENCIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL VIH/SIDA Y LAS ITS	35
4.1. Intervenciones para prevenir la transmisión en HSH	35
4.2. Intervenciones con TS	35
4.3. Intervenciones en clientes de TS	35
4.4. Tratamiento de ITS para prevenir la transmisión del VIH	35
4.5. Intervenciones en escuelas y adolescentes	36
4.6. Prevención de la transmisión vertical (madre-hijo)	36
4.7. Prevención de transmisión al usar productos sanguíneos	36
4.8. Intervenciones en PVVS	36

5. EL PLAN ESTRATÉGICO MULTISECTORIAL y LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO	37
5.1. Análisis de viabilidad y supuestos básicos	37
5.2. Definición de la visión y situación objetiva al 2011	38
5.3. Definición de objetivos estratégicos	38
5.4. Presupuesto 2007-2011 por objetivos estratégicos	44
5.5. Presupuesto 2007	45
5.5.1. Presupuesto total y brecha presupuestal	47
5.5.2. Presupuesto por componentes principales	47
5.5.3. Presupuesto por grupos poblacionales	48
5.5.4. Fuentes de financiamiento	48
5.5.5. Análisis de brechas	49
5.6. Indicadores de monitoreo y evaluación del PEM	49
6. BIBLIOGRAFÍA	75
ANEXO	77
Extractos del Acuerdo de Partidos Políticos en Salud	77
GLOSARIO	83
TÉRMINOS IMPORTANTES DE USO ACTUAL	84
ÍNDICE DE SIGLAS Y ABREVIATURAS	85
ÍNDICE DE TABLAS	87
ÍNDICE DE GRÁFICOS	87

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 de que un tema como las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el virus de la inmunodeficiencia humana VIH/SIDA es mucho más que un problema de salud que puede y debe ser enfrentado de manera multisectorial por el conjunto de las fuerzas del país.

En la elaboración del Plan Estratégico Multisectorial (PEM) han participado activamente representantes del Ministerio de Defensa, Ministerio del Interior, Ministerio de Justicia, Defensoría del Pueblo, Ministerio de Educación, Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, Organizaciones no gubernamentales, Organizaciones de las personas que viven con VIH/SIDA, organizaciones de grupos vulnerables, Grupos religiosos, Instituciones académicas: Universidad Peruana Cayetano Heredia y Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Agencias cooperantes como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ONUSIDA, Agencia Internacional para el Desarrollo (AID) y Proyecto Vigía, Agencia Alemana de Cooperación Internacional (GTZ), liderados por el Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP) y la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA (ESN PC ITS y VIH/SIDA). Este proceso participativo ha implicado múltiples etapas. Se inició con una reunión técnica consultiva con expertos el 11 de abril del 2006. En ella, se elaboraron 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 las ITS y VIH/SIDA acordes con el tipo de epidemia en el Perú. Un segundo momento fue el taller de planeamiento conjunto con actores, realizado el 4 y 5 de mayo, en el que se definieron los problemas principales a resolver y los objetivos y las líneas estratégicas a considerar. A partir de ello se elaboró un primer borrador del Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011, que fue sometido a una amplia consulta y discusión en el Foro Nacional. La discusión y aportes generados enriquecieron la propuesta inicial y sirvieron de insumo para la preparación de la versión final del Plan Estratégico Multisectorial (PEM). Finalmente, se ha buscado dar viabilidad al PEM a través de un proceso de transferencia de la propuesta al nuevo Gobierno electo y la inclusión de los recursos que requiere en el Presupuesto General de la República para el 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.

El PEM deberá guiar las acciones contra el VIH/SIDA entre los años 2007 y 2011, tanto del sector gubernamental como del sector no gubernamental y de la cooperación internacional. Recoge y utiliza la información recopilada y reportada en diversos documentos previos de análisis y evaluación realizados en el país, muchos de ellos desarrollados a través de procesos participativos y de consulta. En particular, el Informe de Evaluación del Plan Estratégico del MINSAL, 2001-2004, los Informes de Monitoreo y Evaluación de la Implementación del Compromiso del UNGASS por el Perú —realizados tanto por el Ministerio de Salud y otros actores nacionales— y el Informe de la Consulta Nacional sobre Acceso Universal.

1. INTRODUCCIÓN

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (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 a nivel mundial, situación a la cual no es ajeno el Perú.

Afecta a todos los países, en particular a los países en desarrollo, y a la población en general, aunque algunos segmentos marginados y estigmatizados —como los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), los usuarios y usuarias de drogas y los trabajadores y trabajadoras sexuales (TS) — son los grupos más expuestos y más vulnerables, como lo muestran sus elevadas prevalencias de VIH. Además, las mujeres, los jóvenes, los niños y las niñas pueden tener vulnerabilidades particulares, aunque éstas aún no se traducen en índices elevados de prevalencia o incidencia de VIH, por lo que no se les considera entre los grupos más expuestos.

El Ministerio de Salud (MINSa) ha reportado, según datos oficiales de su Oficina General de Epidemiología (DGE), 18.508 casos de SIDA y 25.454 casos de VIH en el Perú notificados al 31/06/2006 (MINSa, 2006). Existen 7 mil personas que viven con SIDA (PVVS) que necesitan tratamiento, de las cuales aproximadamente 6.298 (89,97%) ya recibía tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) al mes de noviembre de 2005 (MINSa, 2005), gracias al 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, la Tuberculosis y la Malaria.

De acuerdo a la información sobre la magnitud y distribución de la epidemia por VIH/SIDA en el Perú, disponible a través de estudios de seroprevalencia y de comportamientos que se realizan en determinados grupos poblacionales, y siguiendo la clasificación del estado de la epidemia propuesta por el Banco Mundial en 1997, es claro que el Perú presenta una “epidemia concentrada”. Esto quiere decir que la prevalencia del VIH en grupos con comportamientos altamente transmisores de la infección, como HSH y, posiblemente, pacientes con ITS, es mayor del 5% (según la vigilancia centinela nacional del 2002, en HSH asciende a 13,7%), por lo tanto, son los grupos más vulnerables y expuestos al VIH. En contraposición, la prevalencia del VIH en mujeres gestantes que se hacen el examen en su control prenatal es menor a 1% (promedio de 0,21%, con rangos entre 0,03% y 0,34%), por lo que se considera que se trata de un segmento de la población que tiene comportamientos poco transmisores de la infección y que representa a la población general, menos vulnerable y menos expuesta al VIH.

La importancia de conocer el estadio de la epidemia en que se encuentra un país radica en que permite identificar recomendaciones de prevención y control mundialmente reconocidas como costo-efectivas que harían posible controlar la progresión de la epidemia y, eventualmente, reducirla.

El 8 de septiembre del año 2000, en la Cumbre del Milenio llevada a cabo en la Asamblea General de las Naciones Unidas, 189 representantes de igual número de países, entre ellos los de la Subregión Andina (incluyendo el Perú), firmaron la Declaración del Milenio, por la que se comprometieron a alcanzar una serie de metas cuantificables que pretenden ser una agenda integral para el desarrollo hacia el año 2015. Entre los ocho objetivos de desarrollo establecidos se encuentra el objetivo 6: “Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades”; al que corresponde la meta 7: “Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA”. Por otro lado,

la Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/SIDA, aprobada por resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas en el vigésimo sexto período extraordinario de sesiones, en junio del 2001, en Nueva York, marcó un hito en la historia de esta epidemia. Cabe recalcar que este compromiso no se restringe al tratamiento antirretroviral, pues abarca varias áreas, como liderazgo, prevención, atención, apoyo, tratamiento y derechos humanos. Tal vez lo más importante sea el compromiso de cumplimiento de las metas trazadas.

Es necesario reconocer que en los últimos años, a pesar de una serie de estrategias e intervenciones de comprobada eficiencia para la prevención de la transmisión del VIH, el número de casos ha seguido incrementándose en el mundo. Existen diversos factores que lo explican: la falta de comprensión que impide enfrentar la epidemia más allá del sector salud; la negación o minimización de la epidemia; el pobre o nulo acceso a métodos de prevención como el condón; la pobre cobertura de las intervenciones; las creencias o patrones culturales (tabúes y mitos); el pobre efecto de las campañas educativas, independiente de su baja cobertura y asociado al patrón sociopsicológico de invulnerabilidad de los adolescentes y jóvenes.

En el Perú se formuló un Plan Estratégico para la Prevención y Control del VIH/SIDA 2001-2004, pero: (1) no fue aprobado formalmente por la Alta Dirección del MINSa, (2) fue una adaptación del Plan CONTRASIDA sin participación de los actores sociales ni una verdadera articulación multisectorial y (3) no tomó en cuenta mucha de la información disponible en el país al momento de su formulación, referidas a la cultura y comportamientos sexuales en contextos sociales diversos (Policy, 2005). Este proceso se dio en el contexto de la desestructuración del Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCTSS) debido a reformas parciales del modelo de atención y a la temporal influencia de políticas públicas conservadoras, ejecutadas sobre todo entre el 2001 y 2003, que no impactaron positivamente sobre la formulación del plan ni sobre los resultados alcanzados en el período. 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 pese a que se viene implementando el 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 (CONAMUSA). Aunque dicho programa es integral y amplio, no toma en cuenta todos los esfuerzos que se realizan para luchar contra el VIH/SIDA. Como resultado de esto, la respuesta ante el VIH/SIDA 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 UNOS¹ esbozado por los países donantes y receptores de cooperación internacional y aceptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas; el Ministerio de Salud y el CONAMUS con apoyo financiero del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA) han liderado un proceso participativo de Planificación Estratégica Multisectorial de VIH-SIDA. Este plan 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, privado, académico, de base confesional, de base comunitaria, y de la cooperación internacional.

¹ UN PLAN MULTISECTORIAL contra las ITS/VIH-SIDA consensuado que proporcione la base para coordinar el trabajo de todos los sectores; UN LIDERAZGO o autoridad nacional de coordinación del SIDA con un mandato multisectorial amplio; y UN SISTEMA DE INFORMACION que incluya un sistema de vigilancia y evaluación establecido a nivel de país y con información oportuna para la acción.

2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

2.1. Contexto nacional

Desde el punto de vista sociodemográfico, el Perú tiene alrededor de 26,7 millones de habitantes y un crecimiento poblacional anual estimado en 1,7 %, según el censo de 2005. La población urbana representa el 73,9 % del total, la tasa de mortalidad infantil es 26 por 1000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad materna es 185 x 100 mil nacidos vivos (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2004). La desnutrición crónica afecta a alrededor del 25% de la población.

El Perú es un país étnicamente diverso, pluricultural y multilingüe. A pesar de que la proporción de la población peruana que se encuentra por debajo de la línea de pobreza —es decir, que tienen ingresos inferiores a los requeridos para satisfacer sus necesidades básicas— descendió de 57,4 a 50,7% entre 1991 y 1997, ésta subió nuevamente a 54,1% en el 2004. Un 20% de la población total no puede siquiera satisfacer sus requerimientos alimentarios básicos, es decir, están en el rango de extrema pobreza (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2005). La proporción de la población con condiciones básicas de vida inapropiadas es alta en los departamentos que tienen porcentajes significativos de habitantes en zonas rurales, al igual que en las zonas de fronteras. La tasa de desempleo de la población económicamente activa (PEA) es 5% y el subempleo llegó hasta el 52,6% (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2005).

Las políticas que se proponen para disminuir la pobreza únicamente en términos absolutos pueden ser limitadas en una sociedad en la que existen procesos paralelos de exclusión, estigmatización y discriminación entre grupos, entre los cuales se encuentran aquellos afectados por el VIH o vulnerables a éste. Tales políticas muchas veces contribuyen a perpetuar varias de las condiciones de exclusión social que probablemente favorecieron la adquisición de la infección. La reducción de la pobreza puede entenderse como un incremento en los ingresos monetarios de las personas o como un mayor acceso de éstas a la educación, la salud, la protección social y a otros servicios sociales, para proteger y promover sus derechos, así como aumentar sus capacidades.

Pese a que se ha alcanzado una importante mejora en algunos indicadores de salud del país, los promedios nacionales enmascaran grandes diferencias que se explican por 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, el ejercicio de la sexualidad y el nivel educativo.

2.2. Situación del Sistema Nacional de Salud

Actualmente subsisten importantes barreras que impiden el acceso de la población a los servicios de salud. Sólo un 20% tiene posibilidades de acceder a los servicios del seguro social (EsSalud), apenas 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, las geográficas, las 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, como parte de la política de aseguramiento universal; y contribuye a la protección de los peruanos no asegurados mediante un seguro integral de salud no contributivo. Tiene diferentes planes de atención según la edad: A, B, C, D y E. El Plan A (niños de 0 a 4 años) incluye el examen inmunológico del recién nacido de madre VIH positivo; el Plan B (niños y adolescentes de 5 a 17 años), la atención del niño nacido con VIH/SIDA; y el Plan C (gestantes y púerperas), exámenes de laboratorio completos del embarazo con HIV, exámenes de laboratorio completos del embarazo sin VIH y el tratamiento de VIH-SIDA en niños. No hay planes de aseguramiento (no contributivos) que cubran a las poblaciones más expuestas, quienes constituyen la mayoría de los casos de VIH en el país. Dentro de las exclusiones mencionadas explícitamente por el SIS figura el tratamiento de SIDA en adultos.

Considerando que un 20% de la población total cuenta con la cobertura de EsSalud, un porcentaje significativo del total de las PVVS (actualmente 30,5%) que necesitan TARGA estaría cubierto. La restricción al respecto se da en la medida que la enfermedad dificulta la continuidad laboral de las 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 subsectores (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 de recursos y responsabilidades entre ellos.

En la década pasada, el gasto público en salud aumentó de US \$ 152 millones en 1990 a US \$ 203 millones en 1992, US \$ 421 millones en 1995 y US \$ 502 millones en 1998, mientras que en 1999 se redujo a US \$ 427 millones. De acuerdo al 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. 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) el 21,6%.

Las brechas de financiamiento de salud siguen siendo grandes. El porcentaje del PBI destinado a salud es deficitario en comparación con otros países latinoamericanos, aun con algunos que tienen menores recursos que el Perú. El déficit estimado para 1997 era entre 1,4 y 3,2% del PBI, mientras que el gasto per capita en salud equivalía en 1997 a 90 dólares americanos, aproximadamente la mitad del gasto promedio en Latinoamérica (Banco Mundial 1999). Por otro lado, el financiamiento de la salud sigue siendo muy inequitativo, pues sólo el 25% es cubierto por el Estado, el 33,5% por los empleadores y un 36,9% directamente por los hogares (Organización Panamericana de la Salud, 2006).

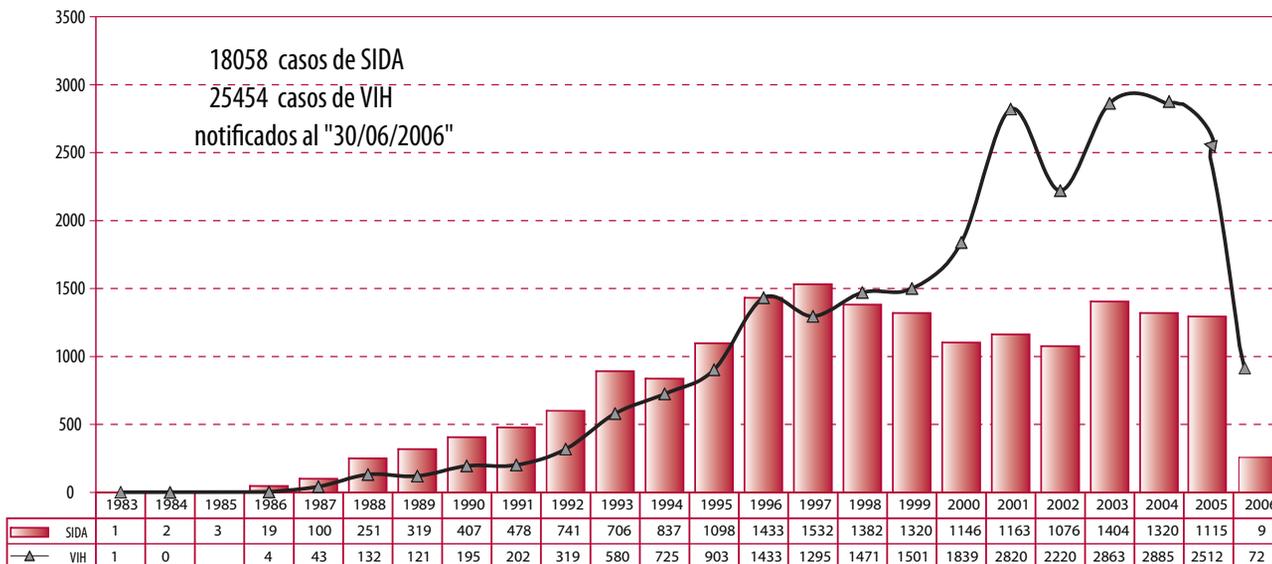
2.3. Situación, magnitud y evolución de la epidemia de VIH/SIDA en el Perú

La situación del VIH/SIDA en el Perú ha sido catalogada por el Banco Mundial como "epidemia concentrada". Esto implica que la infección por VIH se encuentra concentrada mayoritariamente en algunos grupos en los que tiene una prevalencia mayor al 5%. También implica que las gestantes presentan una prevalencia menor al 1%. El grupo de mayor prevalencia son los HSH, lo cual significa que la forma de transmisión del VIH es casi exclusivamente sexual.

Según la vigilancia centinela 2002, la prevalencia de VIH en HSH se estimaba en 13,7% y la de mujeres embarazadas en 0,21%.

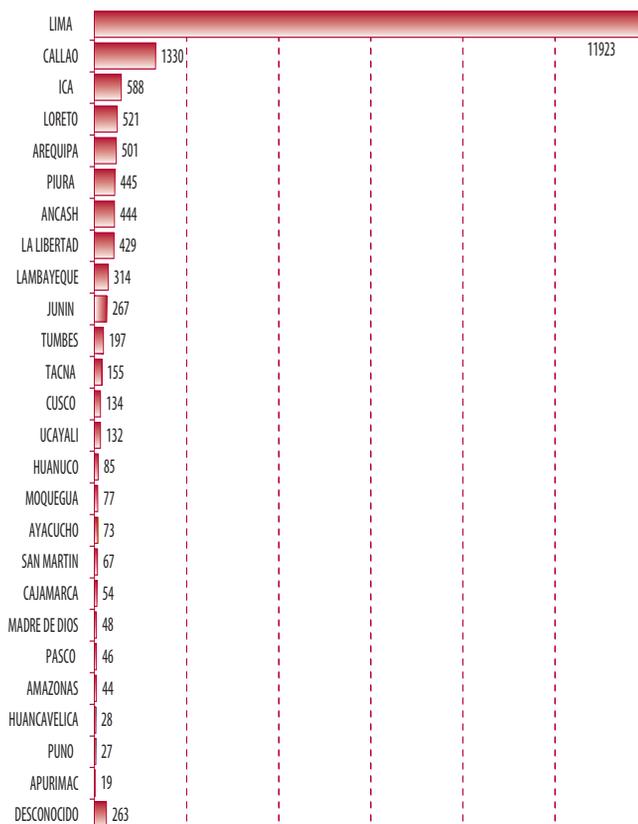
El primer caso de SIDA en el Perú fue reportado en el año 1983. Según datos oficiales de la DGE – MINSA, existen 18.508 casos de SIDA y 25.454 casos de VIH notificados al 30/06/2006.

Gráfico 1 Número de casos notificados de VIH y SIDA según año de diagnóstico



Fuente: GT ETS/VIH/SIDA OGE - MINSA

Gráfico 2. Casos de SIDA notificados por departamento (1983-2006)

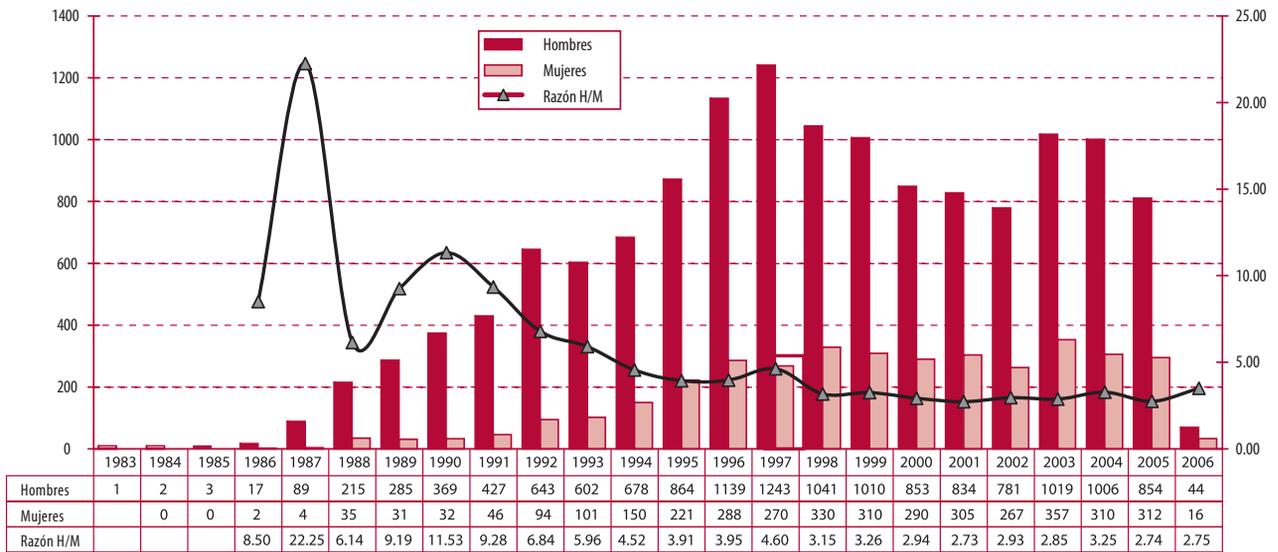


Fuente: GT ETS / VIH / SIDA OGE - MINSA

La mayoría de los casos se presentan en ciudades y departamentos de la Costa y de la Selva, con mayor concentración urbana (Lima-Callao, Loreto, Lambayeque, La Libertad, Ucayali, Arequipa, Junín, Piura, Ica, Ancash); su diseminación se correlaciona con mayor densidad poblacional, mayor actividad comercial y mayor flujo migratorio. Lima y Callao concentran el 73% de los casos registrados (MINSA, 2006).

Por otro lado, el perfil de la epidemia ha mostrado cambios discretos en la medida que se ha reducido la razón hombre-mujer desde 11,5 a 1 en 1990 hasta un nivel estable de aproximadamente 3 a 1 en los últimos ocho años (2,5 en el 2001, 3,4 en el 2004, 2,7 en el 2005 y 2,8 en el 2006). Aunque la razón hombre-mujer ha disminuido, la notificación de casos es predominantemente masculina.

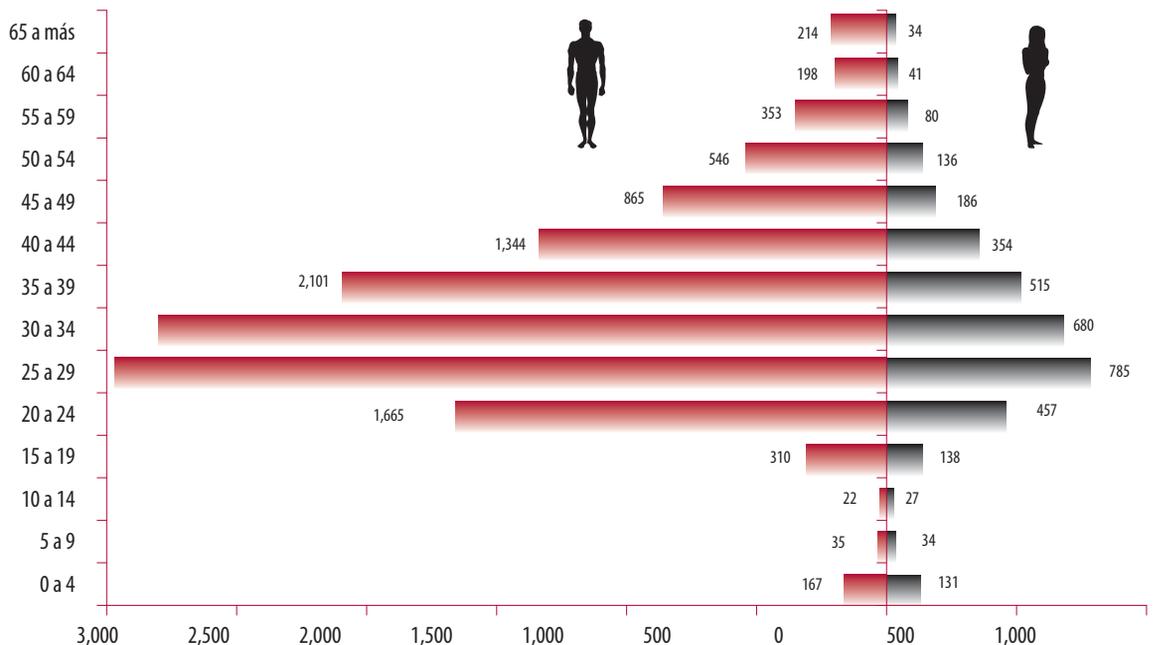
Gráfico 3: Razón de masculinidad de los casos de SIDA según año de diagnóstico. Perú, 1983-2006



Fuente: GT ETS/VIH/SIDA OGE - MINSA

Al evaluar los casos de SIDA de acuerdo a edad y sexo, se aprecia que la mayoría se concentra en varones adultos jóvenes en edad productiva (25 a 34 años), lo que muestra nuevamente que los hombres son los más afectados.

Gráfico 4. Distribución de casos de SIDA por edad y sexo (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 es del orden del 2,1% y la transmisión parenteral del 1,1%. El 50% se infecta a una temprana edad: la mediana de la edad de infección por VIH y SIDA es 31 años.

2.3.1. Estudios de vigilancia centinela

Los estudios de vigilancia, comparados con la notificación de casos, proporcionan información más representativa de la situación nacional y permiten evaluar tendencias, comportamiento de la epidemia y hacer proyecciones en el tiempo. Aunque son realizados con un 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 para su control y la priorización de los grupos de población a intervenir.

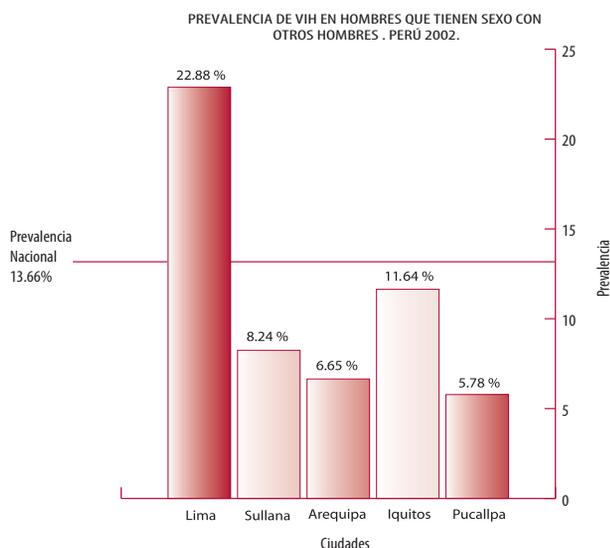
La vigilancia centinela se desarrolla en los grupos poblacionales específicos en epidemias concentradas: HSH y trabajadoras sexuales (TS), y en gestantes usuarias de los servicios de control prenatal para medir el grado de extensión de la infección por VIH a la población general.

2.3.1.1. Vigilancia centinela en HSH

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

La vigilancia centinela del año 2002 fue desarrollada por la DGE e IMPACTA en una población de 3.635 HSH de las ciudades de Lima, Piura, Iquitos, Arequipa y Pucallpa. Este estudio, aunque no es representativo de la situación nacional, encontró una prevalencia nacional de VIH de 13,66%. Esta es la cifra más elevada en cuanto a prevalencia en cualquier grupo poblacional del país y es alarmante por su magnitud. En dicho estudio, se aplicó un cuestionario estandarizado para evaluar conductas sexuales y se colectó sangre y muestras uretrales y anales a las que se aplicaron las siguientes pruebas: RPR (sífilis), ELISA y confirmación según el caso (VIH) y pruebas para virus del Herpes 2 (HSV-2) y PCR para clamidia y gonorrea.

Gráfico 5. Prevalencia de VIH en HSH (2002)



Además de la poca representatividad nacional, por las características especiales de marginación y estigmatización de esta población, esta vigilancia centinela tiene otras limitaciones: no permite realizar estimados de los subgrupos de poblaciones HSH. Así, no permite diferenciar entre HSH que desarrollan comercio sexual del resto de HSH, ni distinguir las distintas identidades de gé-

nero manifiestas entre estos grupos y que podrían estar asociadas a índices de prevalencia aún mayores. Esto dificulta la implementación más efectiva de las estrategias de prevención y tratamiento dirigidas y priorizadas. Sin embargo, es indudable que estos alarmantes índices de prevalencia justifican la priorización de actividades de prevención y disminución del impacto del VIH entre HSH, aún desconociendo las particularidades de los diferentes subgrupos.

El estudio realizado por PREVEN en población general encontró que un 13,6% de los hombres han tenido alguna vez sexo con otros hombres. Este grupo presenta una prevalencia de VIH de 1,8% comparada con la prevalencia general de 0,21%. Un 6,8% de los hombres han tenido sexo con otro hombre en los últimos 12 meses, grupo que tiene un 2,5% de prevalencia de VIH. El 2,3% de los hombres reporta que su última pareja sexual ha sido hombre y estos presentan una prevalencia de VIH de 3,1%; mientras que en el 0,5% de los hombres cuyas últimas 3 parejas han sido hombres la prevalencia de VIH es de 4,5%.

2.3.1.2. Vigilancia centinela en TS

Se ha desarrollado estudios transversales de vigilancia en TS desde el año 1998 (PROCETSS-NMRCD). Los últimos estudios fueron implementados en el 2002 (DGE-PREVEN) y 2005 (PREVEN).

El estudio del año 2002 abarcó 24 ciudades (no incluyó Lima ni Callao): Tumbes, Talara, Sullana, Piura, Iquitos, Cajamarca, Tarapoto, Chimbote, Huancayo, Huánuco, Pucallpa, Barranca, Cerro de Pasco, Huancayo, Cuzco, Ayacucho, Chíncha, 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 recolectó sangre y muestras vaginales y cervicales en las que se aplicó las siguientes pruebas: RPR (sífilis), ELISA y confirmación según el caso (VIH), cultivo (tricomonas), gram (vaginosis bacteriana) y PCR (clamidia y gonorrea).

Tabla 1. Prevalencia de VIH y otras ITS en TS (2002)

ITS	Prevalencia
VIH	0,6%
Sífilis	3,9%
Clamidiasis	14,4%
Gonorrea	3,5%
Tricomoniasis	7,9%
Vaginosis Bacteriana	34%

Aunque no se cuenta con cifras precisas, existen algunos estudios que documentan la existencia de explotación sexual comercial infantil en Lima, Cusco, Ucayali, Iquitos, Puerto Maldonado y Tarapoto, en mayor magnitud, pero también en Piura, Huancayo, Ayacucho, Lambayeque, Arequipa, Puno (Ministerio de Trabajo, 2005). Sin embargo, la información sobre prevalencia y la atención en este grupo se ve limitada por la normatividad vigente que no permite que menores accedan a servicios y atención a menos que los acompañen sus padres.

2.3.1.3. Vigilancia centinela en clientes de Trabajadoras Sexuales (TS)

Esta vigilancia fue realizada por el Proyecto PREVEN en el 2002. Comprendió las mismas 24 ciudades y los clientes fueron reclutados en los mismos lugares de comercio sexual. Con 4.386 participantes (un promedio de 183 por ciudad), se obtuvo una tasa de participación mayor del 75% en seis ciudades. El promedio de edad fue 30 años y el 52% de los clientes de TS eran casados o convivientes. La prevalencia de VIH en este grupo fue de 0,7%.

Tabla 2. Prevalencia de VIH y otras ITS en clientes de TS (2002)

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

2.3.1.4. Vigilancia centinela en gestantes

Los estudios de vigilancia centinela en gestantes que acuden a control prenatal se vienen desarrollando desde 1996. La última vigilancia centinela, que permite tener resultados ajustados a nivel de regiones, fue realizada en año 2002, en 24 ciudades, por la DGE y la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), en 10.202 gestantes entre 15 y 24 años de edad. La prevalencia nacional de VIH encontrada fue bastante baja en promedio: 0,21% (Costa: 0,3%, Sierra: 0,03%, Selva: 0,34%). Estas vigilancias permiten evaluar la epidemia en población general con comportamientos poco transmisores de VIH y baja vulnerabilidad, así como la extensión del VIH entre la población general. Una limitación para extrapolar completamente estos datos hacia la población general es que este tipo de vigilancia excluye a gestantes que no llegan a los servicios de salud, tampoco evalúa a mujeres embarazadas ni a hombres con comportamientos poco transmisores de VIH. Sin embargo la vigilancia centinela en gestantes se reconoce como una forma de aproximarse a las prevalencias reales de VIH en la población general por ser una metodología relativamente sencilla.

Tabla 3. Prevalencia de VIH y otras ITS en gestantes

Ciudad	Tamaño de la muestra	Agente Patógeno	Prueba Diagnóstica	Prevalencia (%)	Autor; año de estudio;
Lima	3.566	Sífilis HIV	RPR Western Blot	1,2 0,3	PROCETSS 1996
Lima	3.450	Sífilis HIV	RPR Western Blot	1,7 0,6	PROCETSS 1997
Otras ciudades	2.969	Sífilis HIV	RPR Western Blot	1,9 0,03	PROCETSS 1996
Otras ciudades	4.343	Sífilis HIV	RPR Western Blot	1,9 0,2	PROCETSS 1997
Peru	3.622	HIV	Western Blot	0,3	MINSA 1999
Perú	9.429	HIV	Western Blot	0,26	MINSA 2000
Perú	10.202	Sífilis HIV	RPR Western Blot	1,4% 0,21%	MINSA 2002

2.3.2. Estudios de prevalencia de base poblacional

2.3.2.1. Encuesta domiciliaria de VIH,ITS y conducta sexual (PREVEN 2002)

Estudio desarrollado por la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), dentro del marco del Proyecto PREVEN, en 24 ciudades con población mayor a 50 mil habitantes (tampoco se incluyó aquí a Lima ni El Callao). El muestreo fue aleatorio por conglomerado y multietápico. Incluyó más de 15 mil hombres y mujeres de 18 a 29 años de edad. Las muestras biológicas colectadas y las pruebas realizadas fueron: sangre (VIH y sífilis) o fluido oral (VIH), orina en varones para PCR (clamidia y gonorrea), hisopado vaginal autoaplicado en mujeres para PCR (clamidia y gonorrea) y cultivo de tricomonas y gram para el diagnóstico de vaginosis bacteriana.

Tabla 4. Prevalencia de VIH en adultos de 18 a 29 años de 24 ciudades, según sexo (2002)

Varones		Mujeres	
Pucallpa	1,90%	Huánuco	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%	Cusco	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%
Cusco	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 5. Prevalencia de VIH y otras ITS en adultos de 18 a 29 años, según sexo (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%

Es importante destacar las claras diferencias en los índices de prevalencia de VIH entre hombres y mujeres, influenciadas particularmente por la población de HSH. Aquí es necesario tomar en cuenta las diferencias de prevalencia entre los distintos grupos de HSH descritas anteriormente, como por ejemplo las diferencias entre el 1,8% de prevalencia que se encuentra entre los

hombres que declaran que han tenido alguna vez sexo con otros hombres (y que representa un 13,6% de los hombres de la población general), y el 4,5 % de prevalencia en los hombres cuyas últimas 3 parejas ha sido hombre (0,5% de los hombres).

Por otro lado, en el caso de las mujeres es necesario también llamar la atención sobre la significativa frecuencia de sexo a cambio de dinero o favores entre mujeres de la "población general" (3%).

2.3.2.2. Encuesta ENDES y síndromes de ITS

La encuesta ENDES desarrollada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el año 2000 incluyó información sobre algunos síndromes de ITS. Un 23% de las mujeres sexualmente activas encuestadas habían presentado en el último año secreción genital, cerca del 1% tuvo una ITS y 3% alguna úlcera genital. La gran limitante de esta encuesta es que, lamentablemente, no se incluyeron varones lo que no permite hacer inferencia alguna sobre este sector de población muy importante en una epidemia transmitida sexualmente.

Tabla 6. Incidencia anual de síndromes de ITS por características seleccionadas (Fuente: ENDES 2000)

Características	Ha tenido ETS	Flujo Vaginal Normal	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	25.5	3.7	28	3.621
30-39	1	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
Divorciada/Separada/Viuda	1	23.8	3	25.8	2 236
Soltera, ha tenido relac.	1.1	22.5	2.6	24.6	2 841
ÁREA 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	344
Cajamarca	1	24.1	3.9	26.9	1123
Cusco	1.1	40.4	4.1	42.3	898
Huancavelica	0.5	12.7	2	14.3	312
Huánuco	0.7	22	3.5	24	593
Ica	1	26.4	3.9	28.9	552
Junín	1.1	38.8	2	40.5	989
La Libertad	0.5	12.1	3.7	14.2	1071
Lambayeque	0.4	21	6.8	24	948
Lima	1.1	21.2	3.5	23.9	6755
Loreto	1.1	20.4	1	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	33.1	1.8	33.5	187
Piura	0.3	13.1	3	14.7	1474
Puno	0.5	25.2	3	26.5	907
San Martín	0.8	27.9	2.9	29.7	590
Tacna	1.7	26	6.2	30.8	241
Tumbes	5.5	39.5	4	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	6047
Resto Costa	0.9	18.1	4.1	20.6	5032
Sierra	0.7	26.2	2	27.8	6966
Selva	1	25.4	3	27.5	2658
NIVEL DE URBANIZACIÓN					
Lima Metropolitana	1.1	21.9	3.7	24.7	6047
Otras Ciudades Grandes	1.4	26	4.1	29	5589
Resto Urbano	0.7	23.5	3.3	25.3	2292
Rural	0.4	20.9	2.5	22.2	6776
NIVEL DE EDUCACIÓN					
Sin educación	0.3	17.8	2.5	18.9	1365
Primaria	0.5	20.9	3.4	22.7	6944
Secundaria	1.1	24.7	3.7	27.3	8073
Superior	1.4	24.2	3	26.8	4322
TOTAL	0.9	22.9	3.4	25.1	20704

2.3.3. Estimación del número de personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS)

Durante los últimos años, se han realizado diversas estimaciones del número de PVVS. La siguiente tabla compara estos resultados.

Tabla 7. Comparación de estimaciones del número de PVVS

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 (PROCTSS) Vigilancia centinela en gestantes 2000 (PROCTSS, DGE)	Acceso Universal a la Prevención y Control de VIH e ITS (Informe Final ONUSIDA).2005
19.788 (2002)	Encuesta domiciliaria 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 sobre el número de PVVS. Usando este estudio de prevalencia proveniente de la encuesta domiciliaria de base poblacional de ITS y conducta sexual y asumiendo tasas de subregistro similares en los diferentes estratos, se estima una población de 19,788 PVVS en el año 2002 a nivel nacional (incluye a Lima y Callao).

El 70% de las PVVS tiene entre 20 y 39 años de edad. Según estimaciones de la DGE, 584 niños viven con el VIH y 230 se encuentran en estadio SIDA, de los cuales 184 recibían TARGA a noviembre de 2005. No existe una cifra real de huérfanos por el VIH-SIDA pero, considerando los datos proporcionados por instituciones que trabajan con niños afectados por el VIH (Asociación Vía Libre y Hogar San Camilo), se calcula que aproximadamente el 20% de niños afectados y el 60% de los niños que viven con el VIH son huérfanos.

De acuerdo a la última información proporcionada por la Estrategia Sanitaria Nacional para la Prevención y Control de ITS-VIH/SIDA del MINSa, 7.659 pacientes recibían el TARGA al mes de junio del 2006. Este tratamiento se inició en su mayor parte gracias al apoyo 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. El Ministerio de Salud ha realizado una compra para continuar este tratamiento con recursos del Tesoro Público.

Tabla 8. Pacientes en TARGA (junio 2006)

Financiamiento	ESN	ONGs	Donación	COPRECOS	EsSalud	TOTAL
MINSa						
Número de pacientes	4.297	804	12	213	2.333	7.659 (adultos:7.435; niños: 224)

Tabla 9. Esquemas de tratamiento (junio 2006)

	NAIVE	NAIVE CON CAMBIO	RESCATE	OTRO	TOTAL
MINSa	2.705	1.548	704	165	5.122
EsSalud	1.684	571	552		2.807
COPRECOS					213

2.4. Culturas sexuales

Más de una docena de investigaciones realizadas por universidades y organizaciones no gubernamentales y entre adultos jóvenes y adolescentes han analizado 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 en diversas poblaciones en el Perú, hallando que las dinámicas sociales de migración estacional, comercio y sexo comercial han modelado culturas sexuales locales.

Como es previsible, las estadísticas disponibles a nivel oficial no logran reflejar estas culturas sexuales. Las poblaciones más afectadas por el VIH no son una suma de individuos aislados sino personas socialmente integradas en mayor o menor grado a un contexto cultural diverso. Sin embargo, no se debe dejar de considerar que las condiciones de discriminación, exclusión y estigmatización de las poblaciones más afectadas contribuyen a la formación de un contexto de cultura sexual muy particular y vulnerable. Justamente uno de esos elementos es el "sexo compensado"² entre hombres con identidad heterosexual y HSH. La falta de comprensión y entendimiento de estas poblaciones con culturas sexuales particulares, en especial por parte de los proveedores de salud, genera o refuerza estas condiciones y limita la llegada de esfuerzos de prevención, el acceso y uso de servicios de los grupos más afectados.

2.5. Sociedad civil y coordinación multisectorial

Como consecuencia de la creación del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, un mecanismo financiero que condiciona sus donaciones a la existencia de niveles de estrecha colaboración entre los sectores de gobierno y la sociedad civil y a la constitución de un Mecanismo de Coordinación del País, en el Perú se constituyó la CONAMUSA, a través de la cual se presentó el proyecto Fortalecimiento de la Prevención y Control del VIH/SIDA y la TBC en el Perú. Dicho proyecto, que recibió apoyo financiero por US\$ 23,6 millones para SIDA y US\$ 26,3 millones para tuberculosis, inició su implementación en el tercer trimestre del 2004.

Un efecto inmediato del financiamiento del Fondo Mundial fue un mayor dinamismo de las organizaciones no gubernamentales y grupos de interés, tanto en la propia formulación del proyecto como en la implementación de sus actividades. 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 por parte de la sociedad civil. Podría decirse que la CONAMUSA está aún en proceso de construcción.

Existe la necesidad 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 que se ha avanzado considerablemente en la articulación de las respuestas de los distintos sectores estatales y de la sociedad civil para desarrollar el Proyecto del Fondo Mundial, la tarea de fortalecerla está aún pendiente.

² En este tipo de relaciones, existe una forma sutil de arreglo para que pueda haber una compensación económica solapada y permanente. Por eso, más que prostitución, a estas relaciones los especialistas las llaman "sexo compensado".

3. ANÁLISIS DE LA RESPUESTA NACIONAL Y DE LOS ACTORES

3.1. Respuesta del sector salud

La respuesta del sector salud a la epidemia se ha dado a través de sus distintas instituciones y subsectores bajo la rectoría del MINSA, que a su vez es uno de los principales actores y ejecutores. Además del MINSA, participan también el Seguro Social del Perú (EsSalud) y las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales, a través de su Comité de Prevención y Control del SIDA (COPRECOS).

Dentro del MINSA participan diversas instancias y organismos: la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA; el Instituto Nacional de Salud (INS); el Proyecto VIGIA; la DGE; y el SIS. A continuación se describe las funciones y responsabilidades asignadas a cada una de estas instancias y el nivel desarrollo alcanzado.

MINSA: estructura las normas de acción contra el VIH/SIDA que regulan la actividad de sus subsectores. Sin embargo, la percepción de los actores es que su papel rector aún debe ser consolidado, en particular su liderazgo y competencias en la articulación y negociación con la sociedad civil y otros sectores del Estado.

Dirección General de Salud de las Personas: órgano de línea del MINSA que tiene bajo su cargo, desde el 27 de julio de 2004 (RM. 721-2004/MINS), las denominadas Estrategias Sanitarias Nacionales (ESN), entre ellas la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA (ESN PC ITS y VIH/SIDA), que orienta las actividades de prevención y reducción del impacto del VIH y SIDA. Esta estrategia ha sido diseñada con una voluntad concertadora y generadora de una cultura de diálogo propicia para el trabajo conjunto con la sociedad civil. Si bien se destaca como una fortaleza nacional la existencia de una estructura y de estrategias básicas de la ESN PC ITS y VIH/SIDA, los actores coinciden en que son claramente perfectibles. Además, su implementación está limitada por la distribución inorgánica de los roles al interior de las distintas instancias ministeriales y por procesos gerenciales aún de limitado desempeño (Policy, 2006).

Por otro lado, la falta de un proceso de transición del modelo de programa vertical al de estrategia sanitaria, derivado del nuevo modelo de atención integral de salud, ha dado como resultado la desorganización de ésta última. Producto de una serie de procesos, dirigidos a modificar el marco legal y la estructura de organización del MINSA y a avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud, se inició una reforma del modelo de atención de salud que, si bien apuntaba a resolver las ineficacias del sistema y 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, retrocesos en los avances logrados e incumplimiento de las metas y los objetivos de atención en relación a algunos de los problemas de salud pública de mayor relevancia.

Los programas de salud que hasta ese momento dependían administrativamente de la Dirección General de Salud Pública (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 de la DGSP. En el caso del Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA, estas modificaciones administrativas en la estructura orgánica del MINSA definitivamente han restado poder de decisión a la ESN PC ITS y VIH/SIDA, que ha quedado relegada a un sexto nivel de jerarquía dentro de esta estructura.

En cuanto al carácter de la respuesta sectorial a las ITS/VIH/SIDA, es posible distinguir tres momentos: el primero (1983-1995) se caracterizó por una débil planificación a la vez que por 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. El segundo momento (1995-2000) se caracterizó por una fuerte planificación subsectorial y por el 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 coordinación multisectorial y una articulación con la sociedad civil muy incipientes. El tercer momento (2001-2003) estuvo caracterizado por el incumplimiento de las políticas y el resquebrajamiento de las estrategias de prevención y control del VIH/SIDA previamente desarrolladas.

Durante este último período 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, éste no fue aprobado formalmente por instancia alguna y, consecuentemente, no se asignó el presupuesto requerido 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 (ESN PC ITS/VIH/SIDA) desde el 2004. Configuran tres momentos de una secuencia de cambios de la organización ministerial, desde el programa vertical con un ejercicio de poder "omnímodo" hacia una Estrategia Sanitaria 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 con poco apoyo político a acciones contra el VIH y SIDA, correspondiente al período 2001-2003 (Policy, 2005).

La transición desde la desarticulación del PROCETSS y la actual Estrategia Sanitaria Nacional dio lugar a que algunos procesos tomen más tiempo en adecuarse al cambio, como, por ejemplo, el sistema de información, muy importante para el diagnóstico de la situación y para la toma de decisiones, que fue transferido a la DGE en el 2001. En este contexto, la ejecución de la Fase 1 del Proyecto Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis, con financiamiento del Fondo Mundial, ha permitido el inicio de actividades de prevención y control, así como el considerable aumento de la cobertura del TARGA, a lo cual debe agregarse el gran esfuerzo desplegado por el país con la introducción de pruebas rápidas para el diagnóstico del VIH en gestantes y otras poblaciones, cuyo impacto en la evolución de la epidemia será posible observar en los siguientes años. Este proyecto se desarrolla con contrapartidas del Ministerio de Salud y de las entidades que conforman la CONAMUSA.

La implementación del programa de TARGA ha sido especialmente relevado por los actores como uno de los logros alcanzados por el Estado y el país. En tal sentido, 7.659 PVVS ya reciben TARGA al mes de junio del 2006. Este tratamiento se brinda en su mayor parte con el apoyo del proyecto financiado por el Fondo Mundial; sin embargo, la cobertura aún es incompleta y debe ser perfeccionada, en particular la facilitación de los procesos y la abolición de las barreras económicas y administrativas.

Otro aspecto a destacar es el compromiso del Estado de privilegiar el tema de VIH/SIDA, lo cual se expresa en un incremento del presupuesto para estas acciones, que incluye los fondos de contrapartida para la ejecución del proyecto financiado por el Fondo Mundial.

Entre 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 a nivel regional que se encargan del diagnóstico y confirmación de la infección por VIH y es el responsable de los estudios de genotipificación, de resistencia del virus y seguimiento biológico del TARGA, entre otros. La existencia de una institución especializada y con competencias en VIH/SIDA como el INS es remarcada como una fortaleza del país.

Uno de los proyectos del MINSa es VIGIA, proyecto de cooperación internacional entre el Gobierno del Perú (a través del MINSa) y el Gobierno de los Estados Unidos de América (a través de USAID), el cual desde 1998 brinda apoyo técnico y financiero a las intervenciones en ITS, VIH y SIDA del Ministerio de Salud. Durante los últimos años ha fortalecido el trabajo de la ESN de PC de ITS, VIH y SIDA mediante: (1) la implementación de equipos e insumos de laboratorio en CERETS y UAMP; (2) la capacitación de los profesionales de la salud en la administración del TARGA, manejo sindrómico, consejería, monitoreo y evaluación, entre otras; (3) la elaboración e impresión de documentos y manuales técnicos en ITS, VIH y SIDA; (4) el apoyo para la ejecución de investigaciones epidemiológicas y evaluación de las intervenciones en ITS, VIH y SIDA; (5) el apoyo al sistema de planificación, monitoreo y evaluación de la ESN; (6) el apoyo 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 Dirección General de Epidemiología (DGE), antigua Oficina General de Epidemiología (DGE), la cual dispone de las unidades de epidemiología a nivel nacional tanto en las Direcciones de Salud (DISA) como en las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA), así como de 4.923 unidades notificadoras de la Red Nacional de Epidemiología (RENACE). La RENACE está conformada por establecimientos del MINSa, EsSalud y otros del sector en los diferentes niveles de las 33 DISA 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, TS y gestantes.

Otro actor que aparece a fines del 2002, es el Seguro Integral de Salud (SIS), que 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 el 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, no cubre RPR en condiciones como puerperio, abortos, natimortos, y no está claro quien asume estas condiciones. Por otro lado, aún no incluye dentro de sus planes a la población de hombres en situación de pobreza y sin cobertura de otro seguro (como el caso de la población de HSH en situación de pobreza).

El Seguro Social del Perú (EsSalud) viene desempeñando también un importante rol en relación al incremento de la cobertura del tratamiento anti-retroviral, en tanto dentro de las prestaciones regulares que brinda, considera el TARGA a los PVVS afiliados a EsSalud. Sin embargo, en tanto entidad autónoma, muestra resistencias a profundizar coordinaciones con el MINSa, justificando su actitud por las ineficiencias del MINSa. Al manejar una población específica y fondos independientes, puede sostener niveles amplios de autonomía y mantener una distancia funcional. En estos años no ha transmitido al MINSa su experiencia previa en la implementación del TARGA, ni se ha beneficiado de las reducciones de precios de los antirretrovirales obtenidas por el MINSa. Entre los PVVS se le considera como una fuente de TARGA y entre los académicos como

un peligro latente generador de resistencias si no logra simplificar y armonizar los esquemas de primera, segunda y tercera línea del TARGA.

Las FFAA y la PNP cuentan con el denominado Comité de Prevención y Control del SIDA (COPRECOs), 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 FFAA y a la PNP. Asimismo, dada la necesidad de aumentar la oferta debido al financiamiento del Fondo Mundial, el MINSa ha acreditado a algunos 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. La existencia de una institución especializada en VIH/SIDA como COPRECOs es considerada una fortaleza.

3.1.1. 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 de la sociedad civil y en 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, el tratamiento y el control de las ITS en el Perú. Adicionalmente, aunque no es una situación reciente, existen grandes brechas entre las DRESAS, estratificadas según estratos de pobreza o agrupadas en zonas geográficas, en las respuestas regionales frente a la epidemia y a las ITS.

3.1.1.1. Prevención

Una de las herramientas fundamentales utilizada para la prevención de la transmisión sexual del VIH-SIDA son los condones masculinos que se encuentran con mayor disponibilidad en el mercado y son distribuidos en los servicios de salud. Pero a partir del año 2001 se constata un déficit en la distribución de condones en los servicios de salud. La mayoría de los condones adquiridos en los últimos años han sido destinados fundamentalmente a los programas de salud reproductiva

Según fuentes de la ESN VIH SIDA del MINSa, en el 2005 se compraron 26 millones de condones, de los cuales 15 millones fueron asignados a la prevención de ITS y VIH. Se ha reportado una reciente adquisición de 63 millones para el período 2006-2007, de los cuales 37 millones serán empleados en la prevención de ITS VIH. Por otro lado, en los cuatro últimos años no se ha distribuido lubricantes en los servicios de salud.

Hay un esfuerzo importante en la escuela por incorporar en la currícula determinados contenidos sobre VIH, pero su implementación es aún insuficiente; además, no se ha incorporado contenidos sobre diversidad sexual, discriminación hacia lo diverso, culturas y derechos sexuales.

Las poblaciones vulnerables carecen de estrategias de educación focalizadas; inclusive, las estrategias desarrolladas por los promotores educadores de pares (PEPs), que en la década pasada habían mostrado importantes logros, se han debilitado desde 2001-2003. Entre algunas de las razones que los mismos PEP dan es que actualmente hay metas que no se monitorean ni evalúan, que los grupos con los que se trabaja tienen nuevas agendas aparte del VIH y condones y que la estrategia de reclutamiento de los PEP se ha debilitado en parte porque el proyecto del Fondo Mundial ha reclutado a aquellos con mayores competencias, etc.

La implementación del Programa del TARGA, conjuntamente con el déficit de recursos humanos, habrían ocasionado el debilitamiento de las es-

trategias preventivas durante los años 2004 y 2005, puesto que las actividades relacionadas al tratamiento sobrepasaron la capacidad instalada del MINSA (Asociación Vía Libre, 2005).

3.1.1.2. Tratamiento y control de las ITS

El tratamiento y control de las ITS es una forma de prevención de la transmisión de VIH/SIDA lo que ha sido demostrado ya en el mundo. Según las estadísticas del MINSA del 2004, las ITS se habían incrementado en número y tasa en relación al año base (2000). En los primeros niveles de atención, durante el 2004 fueron diagnosticados síndromicamente un mayor número de casos (trazador flujo vaginal), pero sólo se pudieron tratar el 77%, frente al 91% tratado en el año 2000; también hubo una reducción de los casos diagnosticados que recibieron tratamiento de descarga uretral (88%), úlcera genital (91%) y bubón inguinal (69%), en contraste con el año 2000, cuando la cobertura de

tratamiento de estos casos llegaba al 93,4%, 96% y 90%, respectivamente. Si bien la importancia del uso del manejo síndromico se incorporó en las normas y en la práctica de muchos de los profesionales de salud, en estos últimos años, los problemas de acceso a los medicamentos han afectado su implementación y lo que se refleja en los menores números de casos tratados.

3.1.1.2.1. Sistema de Atención Médica Periódica y los grupos vulnerables TS y HSH

En 1997 el PROCETSS estableció un sistema de atención médica periódica y sistemática de TS (AMP) para la detección precoz, la atención oportuna y el tratamiento adecuado de las ITS-VIH/SIDA, que debe realizarse en los Centros de Referencia de ITS (CERITS) o en las Unidades de Atención Médica Periódica (UAMP) reconocidos a nivel nacional. Las UAMP son establecimientos de salud que cuentan con recursos humanos capacitados, insumos y medicamentos para el diagnóstico y tratamiento gratuito de las ITS. Brindan atención especializada y sistemática, servicios de consejería y soporte emocional a población vulnerable y realizan intervenciones de búsqueda de lugares de trabajo sexual (mapeo de lugares y zonas de trabajo sexual, y estimación de TS) y promoción de los servicios de salud. Los CERITS cuentan además con equipamiento de laboratorio (Policy, 2005).

En la actualidad, el sistema de AMP cuenta con 70 establecimientos localizados en 27 DISA; de éstos, el 34% (24) tiene la acreditación de CERITS mientras que el 66% restante (36) la acreditación de UAMP. La mayoría de los CERITS y UAMPs están ubicados en hospitales.

Aunque la AMP es gratuita en el 56% de los CERITS/UAMP, en el resto el costo total se eleva a un promedio de 8,90 soles, si se incluye los costos de las pruebas de RPR para diagnóstico de sífilis y Elisa para VIH. Un estudio constató una baja oferta de servicios complementarios a las PVVS, como los de planificación familiar y evaluación psicológica (PAP), así como que en el 24% de los establecimientos no se brinda atención médica periódica a TS seropositivos. Una de las más grandes carencias son los insumos para los exámenes básicos de laboratorio y para tratamiento. En el 2004 sólo 58% de los CERITS/UAMP tenía insumos para realizar RPR, 70% de establecimientos no tenía penicilina benzatínica, 23% no tenía doxiciclina, 15% no tenía azitromicina y una cifra similar carecía de condones (Asociación Civil Impacta, 2004).

Los TS atendidos por primera vez por el sistema de AMP se incrementaron en 29%, pasando de 22.376 en el 2000, a 31.252 en el 2004, mientras que la concentración de atenciones anuales recibidas por ellos en el año base fue de 2,79 y al 2004 se redujeron a 2,29 atenciones anuales (la norma establece que deberían tener AMP cada 28 días).

La captación de personas pertenecientes a grupos vulnerables fue un poco mayor entre los HSH, por ello la razón de TS mujeres/HSH que recibieron AMP por primera vez pasó de 5,79 (2000) a 2,4 (2004). El sistema de información de la ESN no permite diferenciar a HSH que no sean TS, lo que constituye un grave problema para el monitoreo de las intervenciones y el curso de la epidemia dado que los TS (entre los cuales hay mujeres, hombres y transgéneros) y los HSH tienen diferentes condicionantes de vulnerabilidad y riesgos.

Anualmente alrededor de 11 mil personas pertenecientes a grupos vulnerables reciben 6 o más atenciones por el sistema AMP, por lo cual se les considera controladas. En el 2004 se capturaron 45% más que en el 2000 (8.559). A pesar que ha mejorado la captación (nuevos atendidos) de TS y que se han incrementado los TS controlados, aún existen brechas importantes entre ambos indicadores. Sólo 48% del total de TS en el periodo (30% de los HSH y 52%

Tabla 10. Distribución de CERITS y UAMP a nivel nacional (2006)

Fuente: ESN VIH SIDA del MINSA

DISA	UAMP	CERITS
AMAZONAS	2	0
ANCASH	1	1
APURÍMAC I	1	0
AREQUIPA	2	1
AYACUCHO	1	0
CAJAMARCA I	2	0
CAJAMARCA II	1	1
CAJAMARCA III	2	0
CALLAO	0	1
CUSCO	0	1
HUANCAVELICA	1	0
HUÁNUCO	1	1
ICA	2	1
JUNÍN	1	1
LA LIBERTAD	0	1
LAMBAYEQUE	0	1
LIMA CIUDAD	0	2
LIMA ESTE	4	0
LIMA NORTE	4	2
LIMA SUR	0	2
LORETO	1	1
MADRE DE DIOS	1	0
MOQUEGUA	1	1
PASCO	3	0
PIURA I	0	1
PIURA II	0	1
PUNO	0	2
SAN MARTÍN	3	0
TACNA	0	1
TUMBES	1	0
UCAYALI	1	1
TOTAL	36	24

de las TS mujeres captadas) “permanecieron” en el sistema AMP (TS con 6 o más controles), podría decirse que el resto “desertaron”. De hecho, en el caso de ciertas intervenciones como las de educación preventiva realizada por los PEPs, el informe de acceso universal indica que la cobertura de HSH es apenas alrededor de 5%.

3.1.2. Sangre segura

Informes del Programa Nacional de Hemoterapia y Banco de Sangre (PRONAHEBAS) señalan que en el 2000 había 144 bancos de sangre (BS), se recolectaban 332.800 unidades, de las cuales el 100% fueron tamizadas para marcadores infecciosos y 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, 5.317 para hepatitis B, 8.463 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.

3.1.3. 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, mientras que en el 2004 sólo lo recibió el 68%. De ellas, en el 2004, 1,43% resultaron reactivas al RPR (1,13% en el 2000), siendo tratadas 28% (54% en 2000). Asimismo, el 53% de los recién nacidos diagnosticados con sífilis congénita fueron tratados en el año 2004 (65% en 2000). Por lo tanto, han habido retrocesos sustanciales en el tratamiento y control de la sífilis y la sífilis congénita.

3.1.4. VIH en gestantes y recién nacidos

Sólo 31% de las gestantes fueron tamizadas para VIH en el 2004 (igual que en el 2000); el 0,24% resultaron seropositivas al VIH (0,32% en 2000) y de éstas sólo 59% recibieron antirretrovirales para evitar la transmisión vertical en el periodo; los recién nacidos que recibieron antirretrovirales fueron 47% en relación a las gestantes seropositivas (42% en 2000) (Policy, 2005).

3.1.5. Tratamiento y atención integral a PVVS

Al 2006, cerca del 90% (6.298) de las PVVS que se estima necesitan tratamiento lo están recibiendo principalmente a través del MINSa, EsSalud y COPRECOs. El Fondo Mundial ha sido una importante fuente de recursos para financiar la implementación del programa de tratamiento en el MINSa. Sin embargo, se observan limitaciones importantes en otras áreas de la atención que impiden considerar que ésta es realmente integral, como en el diagnóstico y tratamiento oportuno de infecciones oportunistas, la identificación y manejo de reacciones adversas, la atención clínica multidisciplinaria, el manejo de otros aspectos como la salud reproductiva de las PVVS, el abastecimiento de medicamentos e insumos para prevención secundaria. La quinta ronda del proyecto del Fondo Mundial contempla financiamiento para algunas de estas actividades, pero es fundamental garantizar los compromisos políticos y financieros del Gobierno para lograr su sostenibilidad.

3.2. Respuesta de otros sectores del Estado

Además del MINSa, otros sectores del Estado como el Ministerio de Educación (MINEDU) y el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES) realizan acciones dirigidas a la educación y protección del adolescente y del niño, entre las cuales incluyen el tema de prevención del VIH/SIDA, a través de la promoción de estilos de vida saludables 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 con la promoción de 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 en la capacitación de docentes, alumnos (capacitados como educadores pares) en siete ciudades del país elegidas por su mayor prevalencia de VIH.

Sin embargo, varios actores sociales esperan un mayor compromiso político de los altos mandos del MINEDU, que permita a sus mandos medios internos pasar de un compromiso moderado a uno más activo, incluyendo el establecimiento de políticas públicas al respecto. Todos los actores reconocen la necesidad e importancia de su inclusión y compromiso, pero también ponen de manifiesto su limitada y tímida participación.

En la Segunda Medición de la Línea de Base del proyecto del Fondo Mundial, se plantea como gran limitante el rol desarrollado tanto por el MINSa como por el MINEDU, que han resultado barreras difíciles de sortear para el desarrollo satisfactorio de las acciones (FASPA-UPCH, 2006).

El MIMDES es visualizado por otros actores como una instancia estatal que muestra un escaso compromiso con la respuesta nacional ante el VIH. No se percibe que lo tenga como tema de agenda relevante a pesar del incremento de la epidemia en mujeres y de su impacto desproporcionado del VIH en los grupos vulnerables, incluyendo a los HSH y TS menores de 24 años y adolescentes en la calle.

El Instituto Nacional Penitenciario (INPE), entidad dependiente del Ministerio de Justicia (MINJUS), también realiza acciones de prevención del VIH en los establecimientos penales a nivel nacional y tiene un convenio con el MINSa 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 sus centros de atención, se desarrollaron actividades de prevención y se contó con su participación, conjuntamente con el Comité de Vigilancia Centinela del MINSa, en la vigilancia centinela de VIH el año 2005.

Salvo algunas acciones del Ministerio de Trabajo, a través de su Comité de Prevención del Trabajo Infantil, las acciones relacionadas a VIH/SIDA de otros sectores del Estado, como el Ministerio de Industria y Turismo, el Ministerio de Trabajo, el Ministerio de Relaciones Exteriores, el Ministerio de Economía y Finanzas, el Ministerio de Energía y Minas y CONCYTEC, son muy escasas y prácticamente inexistentes.

3.3. Respuesta regional

Como parte del proceso de descentralización y regionalización en curso, es evidente la incursión 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 entre las prioridades de algunos gobiernos regionales, lo cual se hace explícito en la formulación de políticas específicas de prevención, control y tratamiento. Inclusive algunas regiones han contraído compromisos específicos que se traducen en planes estratégicos e incrementos presupuestales a través de proyectos de VIH/SIDA. Sin embargo, en muchos otros casos, el respaldo a través del discurso no está acompañado de recursos suficientes, lo cual se evidencia en la carencia de condones e insumos de diagnóstico y tratamiento y, por otro lado, en las debilidades en la gestión de la respuesta.

La experiencia reciente de diversas regiones en el proceso de construcción de sus planes participativos regionales de salud, con una amplia participación de los diversos actores regionales y procesos de consulta ciudadana para la determinación de sus prioridades sanitarias, en los que las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA han resultado establecidas como prioritarias, es un avance a destacar. Esto se aúna a la profundización del proceso de descentralización y, como parte de él, la transferencia a los Gobiernos Regionales de un conjunto de competencias y funciones contemplados en los Planes de Transferencia.

3.4. Respuesta de la academia

Las actividades de investigación de las universidades nacionales y particulares han estado dirigidas hacia diversas áreas, desde estudios diagnósticos, participación en vigilancias centinelas en diversas poblaciones, investigación operativa en manejo sindrómico, aceptabilidad del condón femenino, cambios de comportamiento en poblaciones vulnerables, intervenciones en tratamientos antirretrovirales y enfermedades oportunistas. Un aspecto que persiste es que mucha de la investigación desarrollada por los sectores académicos y los expertos nacionales no llega a consolidarse en aportes, cambios, normas y/o políticas que mejoren las acciones en salud pública dirigidas a reforzar la respuesta nacional contra la epidemia.

En los dos últimos años (2004 y 2005), adicionalmente la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) y la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) han formado parte de los consorcios que han ejecutado las actividades de la Fase I del proyecto del Fondo Mundial. También el sector académico se encuentra representado en el CONAMUSA.

3.5. Respuesta de la sociedad civil

3.5.1. Las Organizaciones no Gubernamentales (ONGs)

Las acciones de la sociedad civil son realizadas por una serie de instituciones que trabajan en el área de promoción, prevención, 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 contra el VIH/SIDA. De hecho, estos espacios de coordinación y participación de la sociedad civil (redes, colectivos, foros) para la formulación de una agenda conjunta de país son una importante fortaleza. La misión que se plantea la Red SIDA es contribuir a disminuir el impacto de la epidemia y del estigma y la discriminación asociados al VIH y SIDA a nivel de la población en general y de las personas afectadas y vulnerables en particular.

Las ONGs que vienen trabajando en VIH/SIDA han acompañado los esfuerzos estatales desde sus inicios. Pueden ser clasificadas en relación a dos ejes: antigüedad y líneas de trabajo. Algunas tienen una historia vasta de compromiso previo al financiamiento del Fondo Mundial. Muchas de ellas pueden recuperar la historia de la epidemia con mayor precisión y detalle pues sus equipos de trabajo han tenido 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.

Las organizaciones de la sociedad civil (ONGs y PVVSs) han desarrollado conocimientos sobre estrategias innovadoras de intervención para la promoción y prevención en distintas poblaciones focalizadas. También sobre atención y tratamiento a PVVS, pues vienen proporcionando atención y tratamientos desde hace varios años. Tienen estrategias de apoyo a afectados en etapas terminales y apoyo a niños afectados y huérfanos, necesidades que no son cubiertas por el gobierno. Asimismo, abogan por la protección de los derechos humanos y de los derechos de las PVVS. Un ejemplo de ello son las acciones dirigidas a aumentar el acceso al tratamiento desarrolladas en los últimos años (Asociación Vía Libre, 2005).

Una fortaleza a considerar es la existencia de grupos de la sociedad civil que vienen trabajando en el tema de medicamentos, propiedad intelectual y patentes y su impacto en la atención del VIH/SIDA. Estos grupos reconocen que las medidas sobre propiedad intelectual contempladas en el Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos son una amenaza al acceso a TARGA.

El rol de las organizaciones de la sociedad civil en la vigilancia de los avances y retrocesos de la respuesta nacional ante el VIH-SIDA, así como su participación en las importantes transformaciones en este campo, resulta fundamental. Así, desempeñaron un papel clave en el impulso de la propuesta presentada al Fondo Mundial, particularmente para que el MINSA asumiese el proceso con una perspectiva multisectorial.

3.5.2 Organizaciones de personas que viven con VIH y SIDA

Las organizaciones de PVVS se han consolidado en grupos de base comunitaria, generando liderazgos reconocidos en diferentes campos de intervención. Además, han participado muy activamente (ya sea como socios en la implementación de las actividades o en la vigilancia social) en la ejecución de programas financiados por el Fondo Mundial, lo que constituye un ejemplo de aplicación del principio de "mayor participación de las personas que viven con y están afectadas por el VIH/SIDA".

Las principales estrategias de estas organizaciones están orientadas hacia la prevención secundaria (prevención positiva), el soporte social y afectivo, el activismo por el reconocimiento de derechos y el acceso a medicamentos y la participación protagónica y a nombre propio en la respuesta nacional. Todas estas organizaciones luchan por no ser objeto de manipulaciones políticas e intervenciones, sino actores autónomos en la respuesta nacional. Sus discursos y reivindicaciones se focalizan en la búsqueda de acceso y calidad del tratamiento.

Muchas de las organizaciones se iniciaron como 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 ni son reconocidas como 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 que tienen competencias y realizan coordinaciones funcionales limitadas. Este campo está en permanente construcción y cambio.

El país cuenta con un marco normativo amplio para la protección de los derechos humanos de las PVVS, la ley 26626 y la ley modificatoria 28243, y un marco normativo específico. Al incorporarse el acceso a tratamiento, la respuesta nacional avanza significativamente en la protección de los derechos humanos de las PVVS.

3.5.3. Organizaciones de las poblaciones más expuestas, vulnerables y con alta prevalencia de VIH

La participación de las organizaciones de las poblaciones más expuestas, vulnerables y con alta prevalencia de VIH aún es limitada como consecuencia de sus diferentes niveles de desarrollo y del estigma y discriminación asociados a estas poblaciones. Aunque existe actualmente una mayor apertura y participación de los grupos vulnerables, el Movimiento Homosexual de Lima (MHOL), la Red de Trabajadoras Sexuales Miluska Vida y Dignidad, y la Red de Trabajadoras Sexuales Viviendo con VIH Santa Micaela, aparecen intermitentemente. La participación de la red que agrupa a mujeres por el movimiento de reconocimiento lésbico es aún limitada, al igual que la Red LGTB que asocia a lesbianas, gays, transgéneros y bisexuales. En general se aprecia un limitado interés de los grupos homosexuales en organizarse e involucrarse en actividades de respuesta al VIH, con excepciones notorias fuera de Lima, lo cual se presenta como una debilidad y una oportunidad. Como muestra de esto, desde 2005 existen mesas regionales en Iquitos, Ica, Lambayeque y Arequipa, entre otras, donde la agenda de incidencia política en la respuesta al VIH/SIDA agrupa a organizaciones y grupos de TS, personas transgénero, homosexuales y PVVS.

3.5.4. Organizaciones religiosas

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. Además, a través de las actividades del Objetivo 5 de VIH/SIDA del proyecto del Fondo Mundial (relacionado al fortalecimiento de la respuesta interinstitucional de la sociedad civil y el Estado frente a la epidemia), lideradas por el Centro Parroquial Ecueménico Rosa Blanca de la Iglesia Anglicana, se ha fortalecido a algunas organizaciones de PVVS para que participen activamente en la lucha contra la epidemia del VIH/SIDA.

3.6. Respuesta multisectorial

La CONAMUSA es el Mecanismo de Coordinación de País (MCP) 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 y agencias cooperantes multilaterales y bilaterales. Según el Decreto Supremo y el Reglamento que norman su funcionamiento, la presidencia del CONAMUSA se alterna entre el MINSa y la sociedad civil. Este espacio de coordinación multisectorial 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, aceptado el año 2003 con un presupuesto aproximado de US \$ 23,6 millones para SIDA para cinco años. Se ha aprobado también un segundo proyecto presentado en el marco de la quinta ronda del Fondo Mundial con un presupuesto aproximado de US \$ 13 millones.

Por otro lado, se considera relevante que el conjunto de actores haya ido interiorizando el trabajo multisectorial como una necesidad, lo cual se ve reflejado en el desarrollo de diversos espacios.

3.7. Apoyo de la cooperación internacional

Desde que se iniciaron las acciones para enfrentar la epidemia, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) ofreció apoyo y asesoría técnica para el diagnóstico, atención y prevención del VIH/SIDA. Posteriormente, este apoyo fue 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 apoyo técnico del Sistema de Naciones Unidas a las necesidades de respuesta frente 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 PVVS. UNUSIDA y sus agencias copatrocinadoras (ACNUR, UNICEF, PMA, PNUD, UNFPA, ONUDD, OIT, UNESCO, OPS/OMS, Banco Mundial, OPS/OMS, Banco Mundial) han acompañado al Gobierno y a las ONGs en la lucha contra la epidemia brindando asistencia técnica, consultores especializados y apoyando el desarrollo de talleres y estudios específicos.

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

Se considera una oportunidad a aprovechar el interés de las agencias cooperantes por la lucha contra el VIH/SIDA y su inclusión en sus agendas en el país, así como la existencia de compromisos internacionales (Objetivos de Desarrollo del Milenio, UNGASS).

3.8. Recursos de información y monitoreo, y desarrollo de capacidades

Una fortaleza a nivel del país es la existencia de un buen nivel de información sobre la situación nacional en relación al VIH, particularmente en lo que respecta a datos epidemiológicos y sobre comportamientos. A los reportes de vigilancia y notificación de casos de la DGE-MINSa, se suman diversos estudios de vigilancia centinela en grupos poblacionales específicos: gestantes usuarias de los servicios de control prenatal, HSH y TS, algunos de ellos desarrollados en forma colaborativa por la DGE, algunas universidades como la Universidad Peruana Cayetano Heredia (a través de la Unidad de Epidemiología ITS y VIH) y ONGs, que han permitido contar con información sobre prevalencia que resulta sumamente útil para mejorar la eficacia de la prevención y control de los sistemas de salud.

Aunque la DGE considera que es importante investigar y monitorear no sólo la prevalencia sino también la incidencia de la enfermedad, esta propuesta aún no logra consenso por su complejidad y los recursos que requiere. Sin embargo, se ha previsto muchas actividades a nivel regional que implican medir la incidencia, pues se pretende que el número de nuevas infecciones baje en 50%.

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 información que permita dar cuenta de los indicadores de monitoreo y evaluación de las acciones de prevención y control. De acuerdo al Informe de Evaluación del Plan Estratégico para la Prevención y Control de las ITS/VIH/SIDA 2001-2004, sólo 6 de los 31 indicadores de evaluación que contempla dicho plan pueden ser obtenidos directamente, 2 dependen de la vigilancia centinela de VIH/SIDA, 2 del sistema de

notificación y registro de casos de VIH/SIDA, 3 de las ENDES, 11 directamente o mediante indicadores sustitutos (proxy) del sistema de monitoreo y estadística de la ENSA, 3 del sistema de información de los bancos de sangre y 10 requieren estudios especiales.

Por otro lado, hay que destacar que no se han establecido mecanismos de rendición de cuentas o retroalimentación de información a la sociedad civil (incluyendo la población afectada) como parte del manejo de la información respecto al avance y evaluación del plan (Asociación Vía Libre, 2005).

En opinión de los actores, en el país se cuenta con un importante contingente de recursos humanos capacitados técnicamente, aunque la magnitud y diversidad de los retos requiere seguir fortaleciendo su desarrollo. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos de la ESN para capacitar a equipos de profesionales para mejorar la calidad de atención y trato a PVVS, ellas son aún objeto de discriminación en espacios de emergencia y otras áreas de los servicios de salud, particularmente por parte del personal no involucrado en el Programa de VIH, situación que debe ser revertida (Asociación Vía Libre, op. cit).

3.9. Recursos financieros

Aunque se tiene como antecedente que el MINSA otorgó en el año 2000 un monto de S/. 18.5 millones al PROCETSS (esencialmente para 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 ha vuelto a repetir niveles de financiamiento como el reportado ese año.

No se cuenta con información clasificada de gastos que pueda discriminar el rubro de asignación para control de VIH/SIDA para los años siguientes (esta situación se explica principalmente por la forma cómo se desarrolla la Estructura Programática Funcional, clasificación que no permite una flexibilidad para poder llevar el control, no sólo 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 de los distintos ministerios (MINSA, MIMDES, MINJUS –a través del INPE–, Interior y Defensa –ambos a través de COPRECOS) fue de S/. 7.29 millones. El 68% de este total fue asignado al MINSA. Con excepción del MINSA y 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 integral de salud y haberse eliminado la organización por programas, no es posible identificar los montos específicos invertidos y/o ejecutados.

3.10. Protección de derechos humanos. Marco legal y normativo

Si bien se reconoce como fortaleza del país la existencia de un marco normativo amplio para la protección de los derechos humanos de las PVVS (Ley CONTRASIDA 26626 y ley modificatoria 28243), al que se suman normativas contra la discriminación, la tarea pendiente es garantizar su efectivo cumplimiento.

Por otro lado, existen aún serias barreras legales para la atención de algunos grupos, como los menores de mayor riesgo (adolescentes HSH y adolescentes en explotación sexual), 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 viables basadas en las normas legales existentes.

3.11. Principales logros de la respuesta nacional

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, inclusión del sector académico y la vigilancia social) e institucionales (apoyo institucional).

Sin embargo, los aspectos críticos de gestión (recursos suficientes) y operación (disponibilidad de condones y de insumos para el diagnóstico y tratamientos) de la respuesta continuaron disminuyendo a niveles aún menores que en el periodo 2001- 2003, situación que debe enfrentarse.

Se percibe que los procesos en los que se logró mayor avance son:

- Acceso al diagnóstico y tratamiento de las PVVS
- Protección y promoción de los DDHH de las PVVS
- Atención integral a gestantes seropositivas a VIH y sus recién nacidos
- Planificación familiar para 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 tercer cuatrimestre del 2004.

Los procesos en los que no se registran avances y que se encuentran en situación semejante o ligeramente inferior a alguno de los periodos anteriores son:

- Tamizaje y tratamiento para sífilis (a pesar de que su 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)
- Provisión de sangre y hemoderivados libres de VIH
- Promoción y provisión de condones
- Reducción de comportamientos de riesgo en la población general
- Funcionamiento adecuado de AMP a grupos vulnerables
- Diagnóstico y tratamiento precoz de las ITS.

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

Diversas organizaciones mundiales (Fogarty International Center of the U.S. National Institutes of Health, the World Bank, the World Health Organization, and the Population Reference Bureau, 2006) están de acuerdo en que si se quiere controlar la epidemia es necesario:

- Plantear una respuesta amplia e integral para reducir la transmisión y el impacto del VIH, lo cual implica asegurar una gama de intervenciones de prevención, con amplia cobertura y participación y responsabilidad de la sociedad en pleno.
- 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 mayor riesgo de transmisión de VIH o más expuestas (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 mayor riesgo de transmisión de VIH o más expuestas (HSH, TS).
- Tratamiento de otras ITS de manera sistemática y periódica y ofrecer manejo sintomático de las ITS a la población en general.
- Consejería y pruebas voluntarias de VIH de manera sistemática y periódica.
- Implementar programas sobre educación sexual, ITS y VIH basados en escuelas.

Adicionalmente, por su gran impacto y bajo costo, OMS promueve el impulso a los programas de eliminación de Sífilis congénita.

Las intervenciones que han sido evaluadas a nivel mundial (Commission on Macroeconomics and Health (2001)) y nacional son las siguientes:

4.1. Intervenciones para prevenir la transmisión en HSH

Prevenir la transmisión en HSH es muy importante y efectivo para combatir la epidemia. Estudios en el Perú muestran que una alta proporción de hombres jóvenes ha tenido relaciones sexuales con otros hombres durante su vida (alrededor del 12%) y en los últimos seis meses (alrededor del 6%, unos 250 mil hombres) 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 que han demostrado ser efectivas:

- Promotores educadores de pares: actividades en la misma calle y talleres de grupo para discutir prácticas sexuales seguras. Se ha encontrado que estas actividades aumentan el uso del 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 del condón.
- Tratamiento de ITS: El tratamiento adecuado y oportuno de las ITS previene la transmisión de VIH. Para la población HSH, es importante la capacitación de los profesionales de salud para el diagnóstico y tratamiento de las ITS anales (síndromes colorectales). 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 más expuestas.

• 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 a la homosexualidad anteceden a la relacionada a vivir con VIH y son una de las causas de que esta población esté 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.

4.2. Intervenciones con TS

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

• Programas de PEPS: Estos programas usan pares capacitados 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 han mostrado que el trabajo con pares permite incrementar y mantener el uso del 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 sus causas.

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. Son de 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.

4.3. Intervenciones en clientes de TS

Los clientes de TS 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 los TS.

4.4. Tratamiento de ITS para prevenir la transmisión del VIH

Estudios en África (Grosskurth, H., 1995; Mayaud, P. et al, 1997), muy bien diseñados, realizados en un contexto de epidemia con índices elevados de prevalencia en poblaciones predominantemente heterosexuales, muestran que el manejo sintomático de las ITS logra prevenir la transmisión del VIH y otras ITS (sífilis, uretritis, entre otras). Además encontraron 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.

4.5. Intervenciones en escuelas y adolescentes

Varios estudios han encontrado que las intervenciones educativas (información, cambio de currícula escolar, etc.) han mejorado el nivel de conocimiento de los jóvenes, pero no necesariamente logran cambiar sus conductas sexuales. Otros han demostrado que la educación sexual está asociada a la postergación 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.

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

Está demostrado que se puede prevenir una gran proporción de los casos de transmisión vertical mediante el uso de antirretrovirales, la práctica de cesáreas y evitando la lactancia materna cuando la madre es VIH positiva. Los estudios con Zidovudina y Nevirapina han mostrado su eficacia para disminuir significativamente el número de casos de VIH por transmisión vertical; otros esquemas que utilizan combinaciones de antirretrovirales han mostrado ser aun más eficaces. También se ha demostrado que el parto por cesárea disminuye la frecuencia de la transmisión vertical. De hecho, en varios países desarrollados, el evitar la lactancia materna, y la indicación de parto por cesárea en gestantes VIH positivas además del uso de terapia triple prácticamente han eliminado este tipo de transmisión del VIH (a menos del 2%). Ésta es una alternativa altamente beneficiosa en regiones con índices elevados de 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.

4.7. 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 en ese nivel 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 deben respetarse.
- Excluir a donantes de alto riesgo mediante el sistema de donante voluntario y un adecuado pre test en los bancos de sangre.

4.8. Intervenciones en PVVS

El TARGA permite prolongar la sobrevivencia de las PVVS y evitar las complicaciones e infecciones oportunistas, lo cual 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 PVVS. 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. En estos países se está reportando el regreso a prácticas sexuales de riesgo en aquellos que reciben TARGA y en otros grupos que además reconocen que la existencia del TARGA ha disminuido su temor de infectarse. Esto remarca la importancia de los aspectos de prevención en la era del TARGA entre las PVVS (prevención positiva), los grupos de riesgo de infección (HSH, TS) y la población en general.

Las diversas experiencias en prevención muestran que:

- El VIH se propaga más rápidamente entre aquellos que corren más riesgos y están más expuestos, es decir, HSH y sus parejas masculinas y femeninas, TS y sus clientes.
- La transmisión del VIH a otras poblaciones se puede prevenir interrumpiendo la transmisión entre aquellos más expuestos: HSH y sus parejas masculinas y femeninas, TS y sus clientes
- Los mayores recursos y esfuerzos para la prevención deben dirigirse aquellos más expuestos (grupos con mayor prevalencia de VIH-SIDA: HSH y sus parejas masculinas y femeninas, TS y sus clientes).
- 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 PLAN ESTRATÉGICO MULTISECTORIAL Y LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO 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 a las diferentes iniciativas internacionales ya firmadas por los países asistentes a la reunión del 2000, entre los cuales está el Perú, en las 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 constituye un instrumento que permitirá al Estado Peruano trabajar por el desarrollo del país garantizando 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. Los ODM enfatizan 8 ejes concretos, entre los cuales está combatir la infección por VIH-SIDA, reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna, todos estrechamente relacionados entre sí.

Además, en la Declaración del Milenio, 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, como el acceso a medicamentos y a la salud reproductiva, aspectos vinculados a la lucha contra las ITS y el VIH/SIDA. El PEM se preocupa por operativizarlos para contribuir al alcance realista de los ODM. Al haber firmado esta declaración, el Gobierno del Perú ha contraído el compromiso de luchar contra la pobreza; por ello, el sector salud tiene la responsabilidad de poner en marcha todos los esfuerzos que estén a su alcance para cumplir con las metas, así como monitorearlas y evaluarlas.

Detener y revertir la epidemia del VIH para el 2015, una meta establecida en los ODM, es el marco general de trabajo y compromiso que se plantea también el PEM para los siguientes cinco años. Establece acciones concretas para alcanzar esta meta, cuyo desafío principal son los plazos establecidos y el respaldo político que se requiere para su realización y cumplimiento. Por ello, busca comprometer diferentes voluntades de la sociedad civil en su conjunto y del Estado.

No cabe duda de que el PEM VIH/SIDA es 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.

5.1. Análisis de viabilidad y supuestos básicos

Como es evidente, no basta con que se cuente con el PEM, es fundamental asegurar su viabilidad. La viabilidad comprende todo aquello que es necesario asegurar para que pueda hacerse realidad.

Dado que este es un plan de carácter multisectorial, una primera condición para su viabilidad es la existencia de un fuerte y claro liderazgo del

MINSA como instancia rectora del sistema de salud y del sector relacionado de manera más directa con la problemática a resolver. Esto cobra mayor importancia si se considera la existencia de CONAMUSA como espacio multisectorial ya establecido y Mecanismo de Coordinación de País para los Proyectos del Fondo Mundial de Lucha contra el VIH/SIDA, cuya presidencia está a cargo del MINSA.

El liderazgo y responsabilidad global del MINSA en relación al PEM deben hacerse manifiesto tanto de parte de su más alto nivel político como también de parte de su instancia directamente vinculada. 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 de 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. Como ejemplo, las actividades en escuelas deberían tener como responsable y líder de dicha línea de acción al MINEDU. A su vez, dentro de cada objetivo deben definirse co-responsables por cada línea estratégica y, eventualmente, por cada actividad, 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 de las acciones relacionadas con la prevención y el control de VIH y SIDA financiadas por el Fondo Mundial, aún no está establecido que lo haga en otros ámbitos de manera general. Además, es importante su fortalecimiento. Esto permitirá, a partir de los esfuerzos ya iniciados, que se constituya 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 las COREMUSA.

Otra condición para su viabilidad, es que el PEM se convierta en el instrumento director del conjunto de acciones en la prevención y control de ITS, VIH y SIDA para el conjunto de actores a nivel multisectorial de manera real y efectiva. Esto significa dejar de lado agendas particulares y apostar por una 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. Por ello, en el contexto de cambio de gestión gubernamental en el cual está inmerso el Perú, es preciso informar, sensibilizar y comprometer de manera especial a las nuevas autoridades políticas para que asuman el liderazgo y brinden apoyo político desde el más alto nivel del Estado para hacer realidad la visión compartida y los objetivos del PEM.

En este sentido, cabe realizar el seguimiento al Acuerdo de los Partidos Políticos en Salud, por el cual éstos se comprometieron a asumir como propios los ODM en salud promovidos por la ONU 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,

se comprometieron a 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 que facilita la viabilidad de las acciones incluidas en el PEM es la búsqueda de su financiamiento complementario, en particular, de las líneas estratégicas definidas como prioritarias y donde existen brechas. Esto permitirá lograr coberturas mínimas para cumplir con los objetivos trazados, reducir progresivamente el impacto económico que tiene la epidemia en el Perú y evitar 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 para aumentar el porcentaje del PBI para el sector salud e incrementar el acceso a los planes de aseguramiento público de los sectores vulnerables (como la población que vive con VIH y los grupos más expuestos). En ese sentido, se debería aprovechar las posibilidades aún vigentes de financiamiento relacionadas 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.

Debe también aprovecharse el contexto de la descentralización, utilizando los recursos existentes, algunos de ellos insuficientemente aprovechados, como el caso de los recursos del canon con los que cuentan varias regiones y que presentan bajos porcentajes de ejecución, para lo cual se requiere la formulación de proyectos específicos considerando las particularidades regionales.

Con un criterio de equidad, en el caso de actividades con la población general debe plantearse una segmentación que privilegie la atención integral a las poblaciones más pobres y más expuestas (tales como los HSH y TS) y articule la cobertura de EsSalud, las Sanidades de las FFAA y el sector privado. Dentro de la lógica de segmentación de poblaciones y con un enfoque de equidad en el acceso a la salud, 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 las instancias del sector público en los distintos niveles de gobierno: nacional, regional y local. Dentro de éstos, destaca de manera particular la necesidad de fortalecer 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. Es de especial importancia el desarrollo de mecanismos de vigilancia ciudadana y de rendición de cuentas.

5.2. Definición de la visión y situación objetiva al 2011

En el año 2011, se ha reducido a menos de la mitad el número de per-

sonas que se infectan de VIH o que se infectan con una ITS. Todas las personas que lo necesitan tienen acceso a prevención, tratamiento antirretroviral y atención integral de calidad. Existe la información necesaria que asegura estilos de vida saludable y previene estas enfermedades, especialmente en quienes tienen mayor exposición al VIH. Ninguna persona es discriminada por ser portadora de alguna de estas enfermedades o por su orientación sexual o cualquier otra característica. Esto da como resultado que todos los peruanos y peruanas, la sociedad civil, los organismos del Estado y la cooperación internacional movilizan recursos y trabajan juntos para lograrlo.

5.3. Definición de objetivos estratégicos

Considerando los principales problemas identificados, 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 progresivos incrementos de cobertura del 5% 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 uno de los principales problemas identificados: el incremento de la transmisión sexual de ITS y VIH en poblaciones HSH, TS y PPL, que son las que presentan los mayores índices de prevalencia de VIH en el país y, por lo tanto, son las más expuestas.

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 de HSH, TS y PPL. Para calcular el número de condones a adquirir se está considerando llegar al menos al 30% de estas poblaciones, estimando como población HSH al 3% de la población total de hombres entre 18 y 45 años. En el caso de TS, se está considerando como universo de la población al 1% de la población femenina. Se está calculando el número de condones considerando la entrega de 50 condones mensuales a HSH y TS, y 30 por mes en el caso de PPL. Para el caso de PPL, la cobertura es de 50% teniendo en cuenta que existe financiamiento ya comprometido de la quinta ronda del proyecto financiado por el Fondo Mundial.

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

Se está incluyendo también, para asegurar el éxito de esta intervención, el monitoreo y coordinación de la distribución de condones por los PEP. En este aspecto cabe señalar que la brecha de recursos para garantizar la cobertura

ra mínima del 30% para el 2007 es alta y que la distribución de los monitores actuales con los 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 el acceso a la atención e información por parte de los HSH, TS y PPL, así como el desarrollo de reuniones y talleres macroregionales de sensibilización a políticos y líderes del gobierno nacional, regional y local, que permitan viabilizar la aprobación de las propuestas identificadas al inicio como requeridas. También se tiene previsto difundir la propuesta legislativa y normativa a través de la radio y la 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 PEP. Dentro de esta actividad se está considerando un monto para gastos de movilidad de los PEP de acuerdo a las posibilidades regionales y sujeto a un nivel mínimo de derivaciones.

Para apoyar dicha actividad se tiene prevista la producción de materiales de Información/educación/comunicación (IEC) (folletos y rotafolios) con la necesaria adecuación y diferenciación cultural según el tipo de población al que estén dirigidos: HSH, TS y PPL. Se ha previsto también la creación de equipos móviles de consejería, atención de ITS y promoción de servicios para HSH y TS, con la perspectiva de proporcionar al menos un equipo por DIRESA, 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 el financiamiento de la coordinación del nivel nacional de estos equipos móviles. 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%). Asimismo se pretende asegurar el tratamiento tanto de la persona afectada como de su pareja en el 100% de las personas diagnosticadas. Se planea asegurar el diagnóstico y tratamiento de descarga uretral, úlcera genital y proctitis en HSH; descenso vaginal (tricomoniasis, vaginosis bacteriana), úlcera genital, gonorrea y clamidia (cervicitis) en TS; y descarga uretral, úlcera genital y proctitis en PPL. En cada caso las necesidades proyectadas están basadas en los índices de prevalencia específicos de cada uno de estos síndromes.

También se contempla asegurar el despistaje de VIH para HSH, TS y PPL, así como la distribución de lubricantes para HSH y PPL (en este último caso con 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 del sistema para prevención y atención de ITS (Fortalecimiento de CERITS y UAMP).

Se realizarán acciones de fortalecimiento de la capacidad de respuesta

institucional del sistema de salud frente a la epidemia, en particular para la prevención y atención de ITS, a través del fortalecimiento de CERITS y UAMP. Se realizarán acciones de mejoramiento de su infraestructura y equipamiento (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 UAMP 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 fortalecer la logística para medicamentos e insumos a través de la capacitación del personal a cargo mediante una estrategia de talleres macroregionales. También se pretende realizar la capacitación y sensibilización de personal de los CERITS y UAMP en el manejo de protocolos y en el buen trato de los pacientes. Para dicha capacitación se ha incluido la impresión y difusión de los protocolos de manejo en servicios de salud. Por último, se ha considerado realizar acciones de control de calidad de los laboratorios de CERITS, que el primer año están cubiertas sólo 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, son los PEPs HSH, TS y PPL, por lo que se está privilegiando su capacitación 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, derechos humanos y gestión de 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, a través de este segundo objetivo se busca enfrentar uno de los principales problemas identificados, el incremento de transmisión sexual de ITS y, en consecuencia, del 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 y del uso consistente y correcto del condón, así como de la 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 y 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 la población en general, la producción y difusión de spots radiales y la suscripción de convenios con canales de televisión y otros medios de comunicación como aliados con responsabilidad social para la producción y difusión de spots televisivos. 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 (fe-

rias locales, concursos, etc.); y la capacitación de medios de comunicación.

2.2. 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, úlcera genital, bubón inguinal) como en mujeres (descenso vaginal, úlcera genital y cervicitis). También se 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 los medicamentos estratégicos sin particularizar 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 perteneciente a éste (privado y otros, como trabajadores de farmacias) en protocolos de manejo. Para ello se tiene programada la impresión y distribución de protocolos de manejo sindrómico. Se parte 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 abordar otro de los problemas identificados, la existencia de grupos de adolescentes más expuestos y particularmente vulnerables al VIH con condiciones de vida y conductas sexuales altamente transmisoras de VIH e ITS. 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 tiene planificado el diseño e implementación de una campaña comunicacional de prevención de ITS dirigida a adolescentes y jóvenes, que incluye la producción y difusión de spots radiales para adolescentes y jóvenes, la promoción en medios de comunicación (programas de radio y televisión), la producción y difusión de folletos a adolescentes y jóvenes más expuestos. La promoción y educación, así como la distribución de condones se espera desarrollar a través de PEPs jóvenes, actividad que tiene una cobertura significativa (50%) por parte de los proyectos del Fondo Mundial. Igualmente se tiene contemplado el desarrollo de canales web para la promoción e información en línea (páginas web, chat juvenil, comics, etc). Se ha incluido la realización de campañas de promoción en academias e 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 la legislación y una propuesta legislativa que permita el acceso a la atención integral e información para adolescentes y jóvenes, priorizando la población adolescente HSH y en explotación sexual comercial. A partir de sus hallazgos, se plantea el desarrollo de reuniones y talleres de sensibilización con 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 una guía de salud sexual y reproductiva para docentes que ya ha sido preparada en la primera fase del proyecto del Fondo Mundial, 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 para escolares, así como la adecuación curricular de estos contenidos según cultura y opción sexual. Del mismo modo se tiene prevista la impresión de guías para PEPs escolares preparada en la primera fase del proyecto del Fondo Mundial, el correspondiente entrenamiento de PEPs escolares, así como los materiales para sus acciones de promoción, y la producción de materiales impresos para adolescentes y jóvenes. Se tiene prevista una cobertura general del 25%, excepto para la última actividad, para la que se prevé una cobertura del 50%.

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

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 de consejería y prueba de VIH para jóvenes más expuestos, y el diseño e implementación de un modelo de intervención para prevención en niños y niñas en situación de vulnerabilidad. Se ha planificado también la implementación de estrategias innovadoras para promover el acceso a condones (dispensadores).

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

Se tiene planificada la realización de acciones de promoción de derechos y ciudadanía del adolescente, particularmente 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, la falta de acceso universal a la prevención 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 como parte de la atención prenatal.

Se pretende financiar la realización de pruebas gratuitas de diagnóstico y seguimiento de sífilis y de VIH en gestantes durante su primer control prenatal. Se cuenta con el compromiso del SIS de financiar estas actividades con una cobertura del 90% de las poblaciones más pobres; se calcula que el 10% restante sería cubierto por el gasto de bolsillo de la población con mayores recursos. De modo similar se ha planificado cubrir pruebas gratuitas de diagnóstico y seguimiento de sífilis en puerperas y en los casos de aborto en establecimientos y partos extra hospitalarios, financiadas para el 2007 por el Proyecto VIGIA. Se ha planificado también pruebas de diagnóstico de VIH a las parejas de gestantes VIH positivas, aunque no se ha identificado la 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, financiadas por el INS. Igualmente se han contemplado acciones de consejería pre y post test. Asimismo, se inclu-

ye una campaña de difusión dirigida a la población general de despistaje del VIH en la gestante, 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 en 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 recién nacidos, así como la promoción y realización de cesáreas preventivas en gestantes con VIH cuyo financiamiento sería compartido por el MINSA y el SIS. Se está contemplando financiar pruebas de carga viral y CD4 en gestantes con VIH, con cargo al presupuesto del INS. Está contemplado reembolsos del SIS por provisión de leche artificial al recién nacido (por un período de 6 meses). Se busca garantizar una cobertura del 100% para el primer año, excepto para esta última actividad que 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 púerperas, abortos y partos extra hospitalarios. Se plantea por tanto una cobertura del 100%, aunque en esta última actividad aún no se ha 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 de un manual para la 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 salud sexual reproductiva y provisión de métodos anticonceptivos), al igual que el desarrollo de talleres con madres sobre autocuidado y cuidado al niño. Se ha previsto igualmente la capacitación del personal en atención y consejería a la mujer VVIH y 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, 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 de control de calidad de bancos de sangre. 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 los 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 del acceso a todas las pruebas diagnósticas de tamizaje sobre todo para el VIH a los bancos de sangre de los diferentes sectores para garantizar la provisión de sangre segura.

Se tiene contemplada la provisión de pruebas diagnósticas de tamizaje para el VIH. Se plantea un nivel de cobertura del 50% para el primer año para las actividades de este objetivo, excepto para esta última línea estratégica 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, las limitaciones en el acceso a la atención y el impacto social y económico de la infección por VIH 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 del tratamiento antirretroviral en esquema Naive, en esquema Rescate 1 y en Esquema Rescate 2, con una cobertura del 100%, así como de 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 y la ejecución de un programa de adherencia al TARGA (que incluye alimentación complementaria para casos específicos). Se ha previsto también acciones de consejería de pares, voluntarios, familiares, PVVS en prevención positiva y la correspondiente distribución de condones. Se pretende reforzar el tratamiento y diagnóstico de ITS en PVVS, y la profilaxis y tratamiento de infecciones oportunistas, así como también la capacitación para médicos, laboratoristas y enfermeras en enfermedades oportunistas (incluyendo la impresión de los materiales de capacitación). Por último se planea 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 y capacitación del personal para la atención integral a PVVS.

6.4. Atención integral a la familia viviendo con VIH y SIDA

Se contempla el diseño, validación y construcción del modelo de atención integral a la familia viviendo con VIH y SIDA, la impresión y difusión del modelo (incluyendo su viabilización) y su extensión a otras zonas.

6.5. Vigilancia del cumplimiento de las leyes laborales antidiscriminatorias de las PVVS

Se ha contemplado acciones de vigilancia del cumplimiento de las le-

yes laborales antidiscriminatorias de las PVVS, así como acciones de abogacía para difundir y denunciar acciones antidiscriminatorias 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, y el equipamiento, capacitación tecnológica de información de organizaciones en PVVS. Incluye también el apoyo a través del alquiler de locales en Lima y provincias (a cargo del Fondo Mundial).

6.7. Promover estrategias de generación de ingresos para PVVS y comunidades vulnerables (poblaciones más expuestas)

Se han incluido un estudio de diagnóstico de microempresa, la ejecución de talleres ocupacionales para la autogeneración de ingresos y de gestión de microempresas, así como la entrega de créditos semilla. También la gestión de un fondo rotatorio para microcréditos.

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

Se ha incluido acciones de sensibilización frente al niño (a) con VIH (en la comunidad y en la escuela), la realización de talleres para formación de personal especializado en la atención del niño viviendo con VIH y SIDA. También se busca financiar un programa de autocuidado para niños (as) 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, con la participación de las comunidades con mayor prevalencia (HSH, TS y PPL) y las PVVS.

A través de este objetivo se busca enfrentar uno de los problemas identificados, el estigma y discriminación hacia personas vulnerables (grupos más expuestos) y PVVS. Para ello se ha previsto desarrollar las siguientes líneas estratégicas:

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

Se tiene prevista la realización de reuniones de sensibilización con políticos y líderes de los gobiernos nacional, regionales y locales, profesores, profesionales de salud y responsables de recursos humanos del sector privado (empresas). También una campaña de IEC dirigida a la 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). También actividades de sensibilización dirigidas hacia grupos con alta prevalencia y, por lo tanto, más expuestos al VIH (HSH, TS, PPL jóvenes y adultos). El proyecto del Fondo Mundial contempla el financiamiento de actividades de este tipo, pero particularmente dirigidas a las PVVS.

7.2. Promoción de normatividad sobre estigma y vigilancia del efectivo cumplimiento de leyes antidiscriminatorias a favor de las poblaciones con mayor prevalencia y más expuestas al VIH (HSH, TS y PPLs jóvenes y adultos) y PVVS

Se contempla acciones de incidencia política relacionadas con la promoción de una normatividad sobre estigma y vigilancia del efectivo cumplimiento de leyes antidiscriminatorias a favor de las poblaciones vulnerables (más expuestas al VIH y con mayor prevalencia) 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 (con mayor prevalencia y más expuestas), 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 estudios realizados por la Defensoría del Pueblo con apoyo del Grupo Temático en VIH del Sistema de Naciones Unidas.

7.4. Participación de los grupos con mayor prevalencia y más expuestos al VIH (TS, HSH, PPL) en el CONAMUSA, COREMUSAS, equipos multidisciplinares 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 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, 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 mediante la formación de una comisión multisectorial que lidere la implementación y seguimiento del plan.

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 acciones de capacitación del personal de los servicios de salud en prevención y promoción en ITS, VIH/SIDA. También se ha previsto la ampliación de la red de servicios de salud para la atención integral, mediante la implementación y equipamiento de nuevos CERITS y UAMP; el fortalecimiento de los sistemas de referencia en ITS y VIH/SIDA a nivel de las redes de servicios, de la gestión administrativa en la programación, compra y distribución de medicamentos e insumos relacionados a las actividades de prevención y tratamiento de ITS y VIH, y de la organización y gestión de la ESN PyC ITS/VIH/SIDA MINSA; y el mejoramiento del soporte comunicacional del MINSA.

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, las COREMUSA y los 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 en función de su prevalencia de casos de VIH 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, las 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 para retroalimentar 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 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 para permitir 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, los déficits de los sistemas de información y la 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 logros 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 ella y la colaboración entre grupos de investigación, la 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 públicos y privados involucrados de acuerdo a ley, así como la realización de estudios de vigilancia epidemiológica 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 investigaciones por parte de los diferentes actores involucrados, lo cual 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 las investigaciones.

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

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

9.4. Apoyo a la gestión del PEM 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 Mundial). También se incluye el conjunto de recursos previstos para la supervisión, monitoreo y evaluación desde la sociedad civil y el apoyo a las acciones de supervisión del MINSA a las acciones del Fondo Mundial, igualmente incluidos dentro del financiamiento de los proyectos del Fondo Mundial.

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.

5.4. Presupuesto Estimado 2007-2011 por objetivos estratégicos

PLAN ESTRATEGICO MULTIANUAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ITS-VIH/SIDA (EN US \$)
2007 - 2011

2007	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
2008	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
2009	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
2010	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
2011	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

5.5. Presupuesto 2007

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.

		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	50.000
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 UAMP)	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

		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.

		COSTO 2007
3.1	Promoción de comportamientos sexuales saludables en adolescentes y jóvenes, incluyendo el uso adecuado y provisión de condones (campaña 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 niños en explotación sexual comercial.	25.107
3.3	Educación en salud sexual y reproductiva en escolares y estudiantes en general, incluyendo estrategia de PEP 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 explotación 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

		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 VIH 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

		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

		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 consejería 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 antidiscriminatorias 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 mayor prevalencia (HSH, TS y PPL) y PVVIH

		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 mayor prevalencia (HSH, TS y PPL 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 mayor prevalencia (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 mayor prevalencia (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 institucional de actividades conjuntas para la prevención y control de las ITS y el VIH/SIDA.

		COSTO 2007
8.1	Promoción de una política multisectorial nacional y el liderazgo gubernamental en ITS y VIH/SIDA mediante la formación de una comisión multisectorial que lidere la implementación y seguimiento del plan	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 permita la toma de decisiones oportuna y la medición de los logros obtenidos.

		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

5.5.1. Presupuesto total estimado y brecha presupuestal

El presupuesto del PEM del año 2007 asciende a US \$ 33.9 millones. Considerando los diversos financiamientos multisectoriales previstos (del Fondo Mundial, otros cooperantes, MINSA, SIS, VIGIA, entre otros), existe una brecha presupuestal de US \$ 11.1 millones de dólares.

Gráfico 6. Presupuesto 2007 y brecha presupuestal P&C ITS-VIH/SIDA



5.5.2. Presupuesto por componentes principales

Se clasificó las actividades de cada uno de los objetivos del año 2007 según si correspondían al enfoque preventivo o de atención. El presupuesto de las actividades de prevención asciende a US \$ 16,3 millones y el de las actividades de atención a US \$ 14,4 millones. El rubro de gestión de ambos asciende a US \$ 3,2 millones (48% corresponde al enfoque preventivo, 42% al de atención y 9% el de gestión).

Tabla 11. Presupuesto 2007 por componentes principales

PERÚ	PREVENCIÓN	GESTIÓN, SME - PREVENCIÓN	ATENCIÓN	GESTIÓN, SME - ATENCIÓN	Total Anual
2007	16'305.679	1'478.241	14'444.521	1'730.137	33'958.578
2008	16'797.372	1'522.817	14'880.091	1'782.309	34'982.589
2009	18'436.028	1'671.374	16'331.709	1'956.181	38'395.292
2010	19'766.585	1'792.000	17'510.394	2'097.362	41'166.340
2011	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

5.5.3. Presupuesto por grupos poblacionales

El presupuesto para poblaciones vulnerables (HSH, TS y PPL) representa el 32,15%, para PVVS el 39,5% y para la población general, incluyendo la prevención de la transmisión vertical (PTV), el 28,35%.

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	8,804,886	2,856,301	5,948,585	647,423	286,454	344,751	806,732	425,556	381,176	671,508	408,362	236,146	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	1,478,421	833,919	644,322	1,730,137	1,180,288	655,894	33,958,578

5.5.4. Fuentes de financiamiento

Desde el punto de vista del financiamiento, el 16% del presupuesto sería financiado con fondos del Fondo Mundial, 40% del MINSA, el 5% del OPD SIS. Queda una brecha financiera del 34%.

Gráfico 7. Distribución del presupuesto 2007 por fuentes de financiamiento

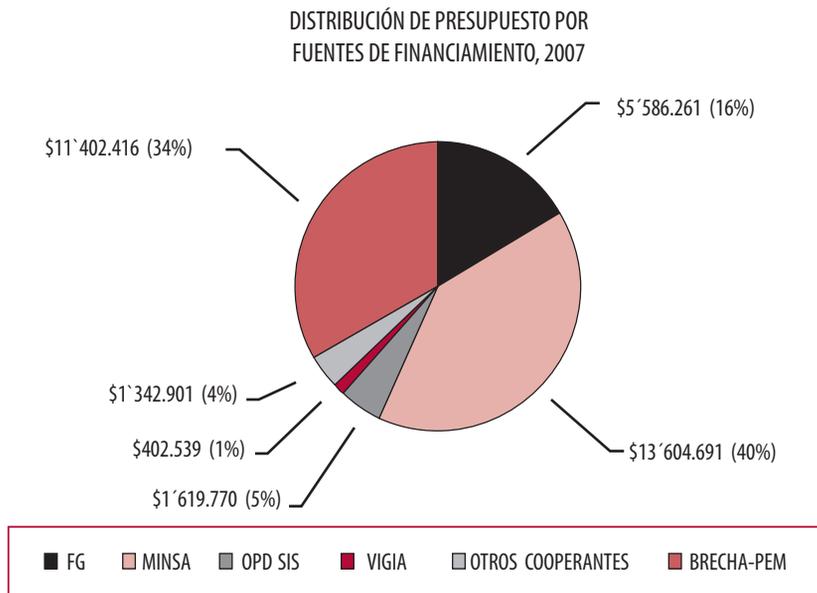


Gráfico 8. Distribución del presupuesto por rubros de gastos

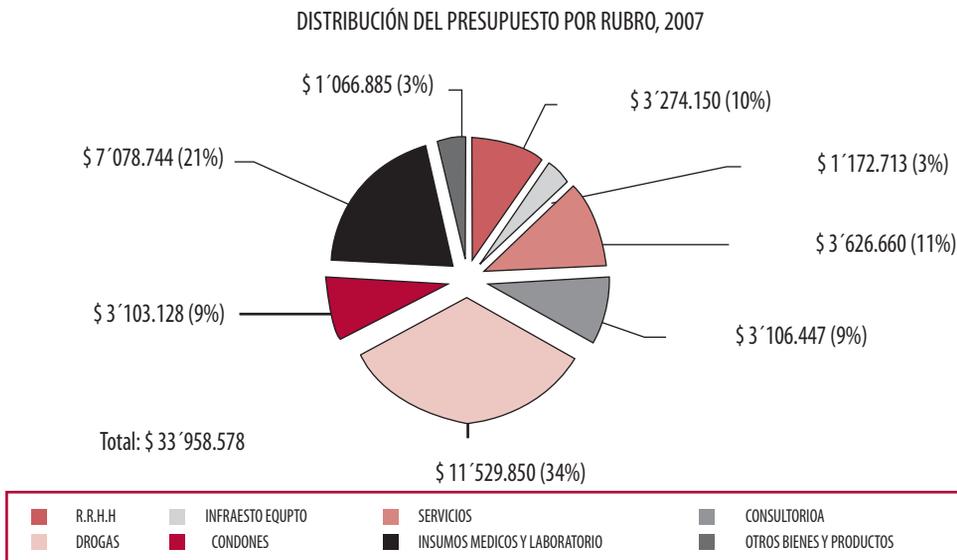
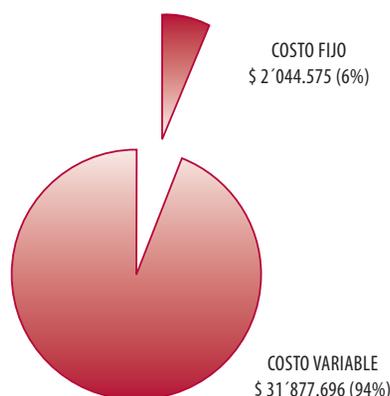


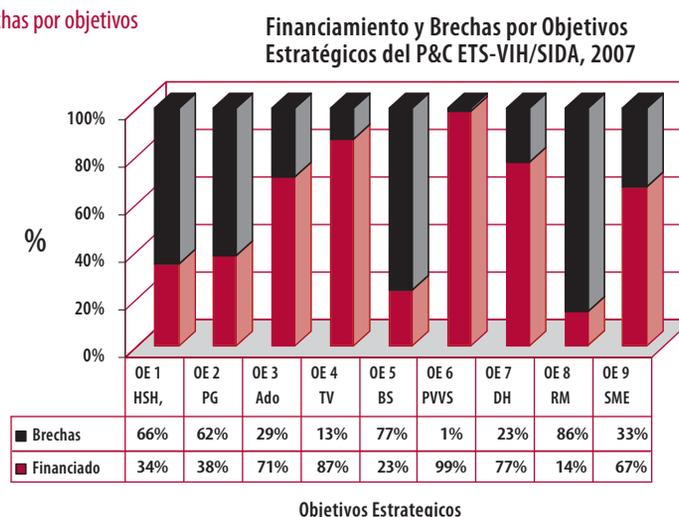
Gráfico 9. Distribución del presupuesto 2007 por tipo de costos

DISTRIBUCIÓN DEL PRESUPUESTO EN FIJO Y VARIABLE, 2007



5.5.5. Análisis de brechas

Gráfico 10. Financiamiento y brechas por objetivos



5.6. Indicadores de monitoreo y evaluación del PEM

PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PEM

OBJETIVOS	INDICADORES DE IMPACTO	META	FUENTE DE VERIFICACIÓN	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
Reducir en 50% el número de nuevos casos de VIH en al año 2011.	Tasa de incidencia del VIH en HSH	Reducción del 50%	Estudio Vigilancia Centinela	2007 y 2011	OGE-MINSA
Reducir en 50% la prevalencia de VIH en gestantes, al año 2011.	Prevalencia de VIH en gestantes	Reducción del 50%	Estudio Vigilancia Centinela	2007-2009-2011	OGE-MINSA
Reducir en 50% la prevalencia de VIH en poblaciones HSH, al año 2011.	Prevalencia de VIH en HSH	Reducción del 50%	Estudio Vigilancia Centinela	2007-2009-2011	OGE-MINSA
Reducir en 50% la prevalencia de VIH en TS, al año 2011.	Prevalencia de VIH en TS	Reducción del 50%	Estudio Vigilancia Centinela	2007-2009-2011	OGE-MINSA
Reducir en 50% la prevalencia de VIH en PPL al año 2011.	Prevalencia de VIH en PPL	Reducción del 50%	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA
Reducir en 50% la prevalencia de ITS en jóvenes menores de 24 años al año 2011.	Prevalencia de ITS en jóvenes de 15 a 24 años al año 2011.	Reducción del 50%	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
Reducir la transmisión materno-infantil	Porcentaje de lactantes infectados por el VIH que nacen de mujeres infectadas.	Reducción del 50% en 2010	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA
Incrementar la sobrevida de las PVVS que han comenzado la terapia antirretroviral	Porcentaje de adultos y de niños con el VIH que siguen con vida 12 meses después de haber comenzado la terapia antirretroviral	95%	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA

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

Reducción de la prevalencia de ITS 2011/2007 en HSH, TS y PPL	Prevalencia de ITS 2011/2007 en HSH	Reducción del 50%	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
	Prevalencia de ITS 2011/2007 en TS	Reducción del 50%	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
	Prevalencia de ITS 2011/2007 en PPL	Reducción del 50%	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
Aumento del uso de condón en HSH, TS y PPL	Porcentaje de HSH que usan condón en su última RS (indicador 7 UNGASS)	Incremento del 50%	encuesta de comportamiento de una muestra	2007-2009-2011	OGE-MINSA
	Porcentaje de TS que usan condón con su cliente más reciente.(indicador 6 UNGASS)	Incremento del 50%	encuesta de comportamiento de una muestra	2007-2009-2011	OGE-MINSA
	Porcentaje de PPL que usan condón en su última relación sexual	Incremento del 50%	encuesta de comportamiento de una muestra	2007-2009-2011	OGE-MINSA
Incremento de la cobertura de AMP, consejería y servicios de despistaje y tratamiento de ITS en HSH, TS y PPL	Porcentaje de HSH que accede a AMP, consejería y servicios de despistaje y tratamiento de ITS (indicador 4 UNGASS)	Incremento del 25%	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
	Porcentaje de TS que accede a AMP, consejería y servicios de despistaje y tratamiento de ITS (indicador 4 UNGASS)	Incremento del 25%	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
	Porcentaje de PPL que accede a consejería (indicador 4 UNGASS)	Incremento del 25%	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
	Porcentaje de HSH afectados por una ITS que reciben tratamiento	90%	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
	Porcentaje de TS afectados por una ITS que reciben tratamiento	90%	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
	Porcentaje de PPL afectados por una ITS que reciben tratamiento	90%	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
Incremento de la cobertura de servicios de despistaje de VIH en HSH y TS	Porcentaje de HSH que se hizo la prueba de VIH en últimos 12 meses y conoce el resultado (indicador 3 UNGASS)	Incremento del 50%	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
	Porcentaje de TS que se hizo la prueba de VIH en últimos 12 meses y conoce el resultado (Indic 3 UNGASS)	Incremento del 50%	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
Incremento del conocimiento correcto sobre las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH en población HSH y TS	Porcentaje de población HSH que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechazan las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH	95%	Estudio Vigilancia centinela	2007-2009-2011	OGE-MINSA
	Porcentaje de TS que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechazan las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH	95%	Estudio Vigilancia centinela	2007-2009-2011	OGE-MINSA

Código	LÍNEAS ESTRATÉGICAS / ACTIVIDADES	INDICADORES DE PROCESO	META	FUENTE DE VERIFICACIÓN	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
1.1	Promoción de uso adecuado y provisión de condones					
1.1.1	Programación y adquisición de condones para HSH y TS	Número de condones adquiridos	43'395.520	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
1.1.2	Programación y adquisición de condones para PPL	Número de condones adquiridos	5'464.866	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
1.1.3	Distribución de condones por PEPs HSH, del MINSA, ONGS y otras organizaciones	Número de PEPs HSH distribuyendo condones Numero de condones distribuidos por PEPs HSH	603	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
1.1.4	Distribución de condones por PEPs TS	Número de PEPs TS distribuyendo condones Numero de condones distribuidos por PEPs TS	200	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
1.1.5	Distribución de condones por PEPs PPL	Número de PEPs PPL distribuyendo condones Numero de condones distribuidos por PEPs PPL	169	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
1.1.6	Supervisión (monitoreo) de la distribución de condones por PEPs HSH, TS, PPL del MINSA, ONGS y otras organizaciones	Número de monitores de PEPs distribuyendo condones	60	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
1.1.7	Coordinación de la distribución de condones por PEPs HSH, TS, PPL del MINSA, ONGS y otras organizaciones	Número de coordinadores de PEPs distribuyendo condones	34	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
1.2	Incidencia política para desarrollar acciones que faciliten el acceso a la atención e información a HSH, TS, PPL					
1.2.1	Estudio y propuesta de leyes y normas que faciliten acceso a la atención	Estudio y propuesta de leyes y normas realizada	1	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
1.2.2	Reuniones y talleres de sensibilización a políticos y líderes del gobierno nacional, regional y local	Numero de reuniones y talleres macroregionales realizados	4	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
1.2.3	Actividades de difusión de propuesta legislativa (programas de radio y TV, comunicados en prensa).	Actividades de difusión realizadas	4	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
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					
1.3.1	Promoción de la AMP, consejería y servicios de despistaje en HSH a través de PEPS	Número de HSH referidos por PEPs Número de HSH que reciben AMP	21.713	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
1.3.2	Promoción de la AMP, consejería y servicios de despistaje en TS a través de PEPS	Número de TS referidos por PEPs Número de TS que reciben AMP	7.218	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
1.3.3	Promoción de consejería y servicios de despistaje en PPL a través de PEPS	Número de PPL referidos por PEPs	3.036	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
1.3.4	Producción de materiales de IEC con adecuación cultural para poblaciones HSH - Folletos	Materiales de IEC impresos distribuidos	162.845	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA

1.3.5	Producción de materiales de IEC con adecuación cultural para poblaciones HSH - Rotafolios	Materiales de IEC impresos distribuidos	603	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
1.3.6	Producción de materiales de IEC con adecuación cultural para poblaciones TS - Folletos	Materiales de IEC impresos distribuidos	36.088	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
1.3.7	Producción de materiales de IEC con adecuación cultural para poblaciones TS - Rotafolios	Materiales de IEC impresos distribuidos	200	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
1.3.8	Producción de materiales de IEC con adecuación cultural para poblaciones PPL - Folletos	Materiales de IEC impresos distribuidos	60.721	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
1.3.9	Producción de materiales de IEC con adecuación cultural para poblaciones PPL - Rotafolios	Materiales de IEC impresos distribuidos	675	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
1.3.10	Creación de equipos móviles de consejería, atención de ITS y promoción de servicios para HSH	Número de equipos móviles HSH conformados y trabajando	10	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
1.3.11	Creación de equipos móviles de consejería, atención de ITS y promoción de servicios para TS	Número de equipos móviles TS conformados y trabajando	10	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
1.3.12	Coordinación y monitoreo de sistema de equipos móviles	Coordinador del nivel nacional de equipos móviles	1	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
1.3.13	Capacitación de equipos móviles de consejería, atención de ITS y promoción de servicios para HSH y TS	Talleres de capacitación de equipos móviles	2	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA

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

1.4.1	Asegurar el despistaje de sífilis para HSH	Número de RPR realizados	180.939	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
1.4.2	Asegurar el tratamiento de sífilis en HSH y pareja (3 dosis)	Sífilis diagnosticadas y sífilis tratadas	36.188	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
1.4.3	Asegurar el diagnóstico y tratamiento de Descarga uretral en HSH	Descargas uretrales diagnosticadas y descargas uretrales tratadas	4.071	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
1.4.4	Asegurar el diagnóstico y tratamiento de úlcera genital en HSH	Úlcera genitales diagnosticadas y úlceras genitales tratadas	5.202	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
1.4.5	Asegurar el diagnóstico y tratamiento de proctitis en HSH	Proctitis diagnosticadas y proctitis tratadas	1.357	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
1.4.6	Asegurar el despistaje de VIH para HSH	Número de pruebas de VIH realizadas	54.282	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
1.4.7	Asegurar la consejería preventiva en HSH	Número de consejerías realizadas	54.282	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
1.4.8	Distribución de lubricantes para HSH	Sachets de lubricantes distribuidos	2'171.273	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
1.4.9	Asegurar el despistaje de sífilis para TS	Número de RPR realizados	72.176	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA

1.4.10	Asegurar el tratamiento de Sífilis para TS y su pareja	Sífilis diagnosticadas y sífilis tratadas	4.812	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
1.4.11	Asegurar el diagnóstico y tratamiento de descenso vaginal (tricomoniasis, vaginosis bacteriana) en TS	Descenso vaginal diagnosticado y descenso vaginal tratado	180.440	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
1.4.12	Asegurar el diagnóstico y tratamiento de úlcera genital en TS	Úlceras genitales diagnosticadas y úlceras genitales tratadas	18.044	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
1.4.13	Asegurar el diagnóstico de gonorrea y clamidea (cervicitis) en TS	Cervicitis diagnosticadas y cervicitis tratadas	108.264	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
1.4.14	Asegurar el tratamiento de gonorrea y clamidea (cervicitis) en TS	Cervicitis diagnosticadas y cervicitis tratadas	64.959	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
1.4.15	Asegurar el tratamiento de síndrome de abdominal bajo en TS	Síndrome abdominal bajo diagnosticado y tratados	144.352,34	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
1.4.16	Asegurar el despistaje de VIH para TS	Número de pruebas de VIH realizadas	36.088	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
1.4.17	Asegurar la consejería preventiva en TS	Número de consejerías realizadas	216.529	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
1.4.18	Asegurar el diagnóstico y tratamiento de descarga uretral en PPL	Descargas uretrales diagnosticadas y descargas uretrales tratadas	797	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
1.4.19	Asegurar el diagnóstico y tratamiento de úlcera genital en PPL	Úlceras genitales diagnosticadas y úlceras genitales tratadas	3.491	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
1.4.20	Asegurar el despistaje y tratamiento de sífilis, bubón inguinal y herpes genital, condiloma acuminado para PPL	ITS diagnosticadas y ITS tratadas	1.518	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
1.4.21	Asegurar el diagnóstico y tratamiento de proctitis en PPL	Proctitis diagnosticadas y proctitis tratadas	228	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
1.4.22	Asegurar el despistaje de VIH para PPL	Número de pruebas de VIH realizadas	7.590	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
1.4.23	Asegurar la consejería preventiva en PPL	Número de consejerías realizadas	15.180	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
1.4.24	Distribución de lubricantes para PPL	Sachets de lubricantes distribuidos	1'092.973	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA

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

1.5.1	Mejoramiento de la infraestructura y equipamiento de CERITS y UAMPs (existentes y nuevos)	Instalaciones de CERITS y UAMPs mejoradas	34	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
1.5.2	Asegurar RRHH (médico, consejero, laboratorista) para atención en CERITS y UAMPs	Equipos de trabajo	34	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
1.5.3	Fortalecer la logística para medicamentos e insumos	Talleres de gestión logística de medicamentos e insumos	2	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA

1.5.4	Capacitación y sensibilización de personal CERITS y UAMP en protocolos de manejo y trato	Talleres realizados	6	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
1.5.5	Impresión y difusión de los protocolos de manejo en Serv. Salud	Protocolos distribuidos	2.150	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
1.5.6	Control de calidad de laboratorio de CERETS	Controles de calidad de laboratorio realizados	34	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
1.6	Fortalecimiento de la estrategia de PEPs, tomando en cuenta la diversidad de poblaciones HSH, TS y PPL					
1.6.1	Capacitación de PEPs HSH en prevención, consejería y promoción de servicios y pruebas de VIH	Número de PEPs HSH capacitados	603	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
1.6.2	Capacitación de PEPs TS en prevención, consejería y promoción de servicios y pruebas de VIH	Número de PEPs TS capacitados	200	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
1.6.3	Capacitación de PEPs PPL en prevención, consejería y promoción de servicios y pruebas de VIH	Número de PEPs PPL capacitados	169	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
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					
1.7.1	Capacitación en prevención, género, DDHH, gestión a los RRHH de las organizaciones de poblaciones HSH y TS	Talleres regionales realizados	4	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA

Objetivo estratégico 2. Reducir en 50% la prevalencia de ITS en la población general al 2011

RESULTADOS	INDICADORES DE RESULTADO	META	FUENTE DE VERIFICACIÓN	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
Reducción del 50% de la prevalencia de ITS en la población general al 2011	Prevalencia de ITS en la población general al 2011	Reducción del 50%	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
Aumento del uso de condón en población general	Porcentaje de varones que usaron condón en su última RS con un compañera que no vive con el	Incremento del 50%	encuesta de comportamiento de una muestra	2007-2009-2011	OGE-MINSA
	Porcentaje de mujeres que usaron condón en su última RS con un compañero que no vive con ella	Incremento del 50%	encuesta de comportamiento de una muestra	2007-2009-2011	OGE-MINSA
Incremento de los casos de ITS de hombres y mujeres diagnosticados, tratados y asesorados adecuadamente en servicios de salud.	Porcentaje de varones y mujeres con ITS en establecimientos de salud que han recibido un diagnóstico, tratamiento y asesoramiento apropiados	95%	Encuesta EESS – Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
	Porcentaje de los casos tratados respecto al total de casos de ITS diagnosticados en servicios de salud	95%	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA

Código	LÍNEAS ESTRATÉGICAS / ACTIVIDADES	INDICADORES DE PROCESO	META	FUENTE DE VERIFICACIÓN	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
2.1	Reducir la vulnerabilidad de la población general a través de la promoción de conductas sexuales saludables, uso consistente y correcto del condón y prevención de ITS					
2.1.1	Diseño de plan de comunicación: mercadeo y promoción del uso correcto y consistente del condón, conductas sexuales saludables, prevención de ITS para el periodo 2007-2011	Plan de mercadeo diseñado	1	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
2.1.2	Diseño, producción y difusión de materiales de comunicación impresos para población en general	Materiales de comunicación impresos distribuidos	1'144.906	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
2.1.3	Diseño, producción y difusión de spots radiales	Spots radiales difundidos	10	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
2.1.4	Diseño, producción y difusión de spots televisivos	Spots televisivos emitidos	12	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
2.1.5	Actividades de promoción en municipios, organizaciones de base (Ferias locales, concursos, etc.)	Numero de eventos promocionales	5	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
2.1.6	Capacitación de medios de comunicación	Talleres con comunicadores realizados	2	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
2.1.7	Reuniones de sensibilización para firma de convenios con canales de TV y otros medios de comunicación como aliados con responsabilidad social para la producción y difusión de spots TV	Reuniones / spots de TV producidos y difundidos gratuitos	10	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA

2.2 Fortalecimiento del manejo sindrómico de ITS en población general

2.2.1	Adquisición de condones	Número de condones adquiridos	5'451.931	Sist. información ESN-VIH-SIDA- MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA- MINSA
2.2.2	Asegurar paquetes de tratamiento de ITS	Paquetes de tratamiento adquiridos		Sist. información ESN-VIH-SIDA- MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA- MINSA
2.2.2.a	Asegurar el tratamiento de sífilis latente en población general	Sífilis latente diagnosticadas y sífilis tratadas	40.340	Sist. información ESN-VIH-SIDA- MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA- MINSA
2.2.2.b	Asegurar el tratamiento de descarga uretral en hombres de población general	Descargas uretrales diagnosticadas y descargas uretrales tratadas	211.096	Sist. información ESN-VIH-SIDA- MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA- MINSA
2.2.2.c	Asegurar el tratamiento de úlcera genital en hombres de población general	Úlcera genitales diagnosticadas y úlceras genitales tratadas	90.470	Sist. información ESN-VIH-SIDA- MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA- MINSA
2.2.2.d	Asegurar el tratamiento de Bubón inguinal en hombres de población general	Bubón diagnosticadas y bubón tratadas	3.016	Sist. información ESN-VIH-SIDA- MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA- MINSA
2.2.2.e	Asegurar el tratamiento de descenso vaginal (tricomoniasis, vaginosis bacteriana) en mujeres de población general	Descenso vaginal diagnosticado y descenso vaginal tratado	601.468	Sist. información ESN-VIH-SIDA- MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA- MINSA
2.2.2.f	Asegurar el tratamiento de dolor abdominal en mujeres de población general	Dolor abdominal diagnosticadas y dolor abdominal tratadas	60.147	Sist. información ESN-VIH-SIDA- MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA- MINSA
2.2.2.g	Asegurar el tratamiento de úlcera genital en mujeres de población general	Úlceras genitales diagnosticadas y úlceras genitales tratadas	12.029	Sist. información ESN-VIH-SIDA- MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA- MINSA
2.2.2.h	Asegurar el tratamiento de cervicitis en mujeres de población general	Cervicitis diagnosticadas y cervicitis tratadas	180.440	Sist. información ESN-VIH-SIDA- MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA- MINSA

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

2.3.1	Capacitación y materiales a personal de salud					
2.3.1.a	Capacitación de personal MINSA en protocolos de manejo sindrómico	Talleres de entrenamiento	17	Sist. información ESN-VIH-SIDA- MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA- MINSA
2.3.1.b	Impresión y distribución de protocolos de manejo sindrómico	Protocolos impresos y distribuidos	6.448	Sist. información ESN-VIH-SIDA- MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA- MINSA
2.3.1.c	Capacitación de personal no MINSA (privado y otro personal como trabajadores de farmacias) en protocolos de manejo	Talleres de entrenamiento	68	Sist. información ESN-VIH-SIDA- MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA- MINSA
2.3.1.d	Impresión y difusión de protocolos de manejo sindrómico en personal NO MINSA	Protocolos impresos y distribuidos	10.000	Sist. información ESN-VIH-SIDA- MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA- MINSA

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

RESULTADOS	INDICADORES DE RESULTADO	META	FUENTE DE VERIFICACIÓN	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
Jóvenes de 15 a 24 años de edad tienen conocimiento correcto de las formas de prevención y transmisión del VIH	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 (indicador 10-EG-UNGASS)	95% para 2011	encuesta a ser incluida en ENDES	bianual	OGE-MINSA
Aumento del uso de condón en Jóvenes de 15 a 24 años de edad	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).	Incremento del 50%	encuesta a ser incluida en ENDES	2007-2009-2011	OGE-MINSA
Reducción de la edad de inicio de primera relación sexual en los jóvenes	Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 24 años que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años de edad (indicador 11. EG-UNGASS).	Reducción del 10%	encuesta a ser incluida en ENDES	2007-2009-2011	OGE-MINSA
Escuelas con maestros capacitados para impartir educación sobre el VIH/SIDA.	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)	Incremento del 50%	Encuesta escolar y revisión del plan de estudios	2007-2009-2011	OGE-MINSA
Disminución de las relaciones sexuales de alto riesgo	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)	Reducción del 25%	encuesta a ser incluida en ENDES	2007-2011	OGE-MINSA
Marco legal y normativo permite el acceso a adolescentes y jóvenes, a la atención integral e información sobre VIH/SIDA, en especial a la población adolescente HSH y en explotación sexual comercial	Ley y normas que permite el acceso a adolescentes y jóvenes, a la atención integral e información sobre VIH/SIDA, en especial a la población adolescente HSH y en explotación sexual comercial	100%	Estudio de marco legal	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA

Código	LÍNEAS ESTRATÉGICAS / ACTIVIDADES	INDICADORES DE PROCESO	META	FUENTE DE VERIFICACIÓN	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
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).					
3.1.1	Diseño de un plan de comunicación y mercadeo social dirigido a adolescentes y jóvenes 2007 - 2011	Plan comunicacional diseñado	1	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
3.1.2	Producción y difusión de spots radiales, TV para adolescentes y jóvenes, en el marco del plan de mercadeo	Spots emitidos	1	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
3.1.3	Producción y difusión de folletos a adolescentes y jóvenes mas expuestos en el marco del plan de mercadeo	Folletos producidos y repartidos	433.462	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
3.1.4	Capacitación de medios de comunicación	Talleres con comunicadores realizados	2	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA

3.1.5	Promoción y educación por PEPs jóvenes (incluye capacitación)	PEPs que educan jóvenes	7.224	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
3.1.6	Desarrollo de canales web para la promoción e información on line (páginas web, chat juvenil, comics, etc)	Páginas web y canales de chat desarrollados	2	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
3.1.7	Campañas de promoción en academias, institutos (ferias, concursos).	Número de eventos promocionales	34	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA

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.

3.2.1	Estudio de legislación y propuesta legislativa	Propuesta legislativa formulada	1	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
3.2.2	Reuniones y talleres de sensibilización a políticos y líderes del gobierno nacional, regional y local	Número de reuniones y talleres realizados	5	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
3.2.3	Campaña de abogacía	Acciones de abogacía realizadas	1	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA

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

3.3.1	Impresión de guía de salud sexual y reproductiva para docentes preparada en primera fase Fondo Mundial	Guía impresa	17.800	Sist. información MINEDU	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
3.3.2	Capacitación y supervisión de docentes en el uso de la guía de salud sexual y reproductiva	Docentes entrenados Supervisión de actividades	17.800	Sist. información MINEDU	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
3.3.3	Adecuación curricular de contenidos de SSR en adolescentes, diferenciada según cultura y orientación sexual	Propuesta de adecuación curricular	1	Sist. información MINEDU	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
3.3.4	Impresión de guías para PEPs escolares preparada en primera fase fondo Global	Guías impresas	7.911	Sist. información MINEDU	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
3.3.5	Capacitación de PEPs escolares	PEPs entrenados	7.911	Sist. información MINEDU	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
3.3.6	Materiales para promoción por PEPs escolares	Número de materiales distribuidos	7.911	Sist. información MINEDU	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
3.3.7	Producción de materiales impresos para adolescentes y jóvenes	Folletos y otros materiales producidos	585.770	Sist. información MINEDU	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA

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.

3.4.1	Implementación de servicios de salud para adolescentes, incluyendo servicios para HSH adolescentes y niñas en explotación sexual comercial.	Servicios de salud para adolescentes implementados	9	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
-------	---	--	---	--------------------------------------	------------------	--------------------

3.4.2	Implementación de estrategias innovadoras para promover acceso a condones (dispensadores)	Dispensadores de condones disponibles	9	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
3.4.3	Capacitación de personal de salud para el manejo de servicios para niños y adolescentes	Talleres de capacitación realizados	2	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
3.4.4	Consejería y prueba de VIH para jóvenes mas expuestos	Prueba de VIH para jóvenes más expuestos	32.719	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
3.4.5	Diseño e implementación de modelo de intervención para prevención en niños y niñas en situación de vulnerabilidad y servicios de ITS-VIH	Modelo diseñado e implementado	1	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA

3.5 Participación del adolescente dentro del marco de derechos y ciudadanía

3.5.1	Promoción de derechos y ciudadanía del adolescente	Número de eventos promocionales	10	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
-------	--	---------------------------------	----	--------------------------------------	------------------	--------------------

Objetivo estratégico 4. Reducir la transmisión vertical de VIH a menos del 2% al 2011

RESULTADOS	INDICADORES DE RESULTADO	META	FUENTE DE VERIFICACIÓN	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
Reducción de la transmisión vertical materno infantil del VIH	Índice de transmisión vertical del VIH	menor del 2% al 2011	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA
Prevención de la transmisión materno-infantil de VIH	Porcentaje de mujeres embarazadas infectadas por el VIH que han recibido un ciclo de profilaxis antiretroviral para reducir el riesgo de transmisión materno infantil (Indic. 6: UNGASS)	95%	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA
	Porcentaje de mujeres embarazadas infectadas que tienen parto por cesárea	100%	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA y del SIS	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA
Reducción de la transmisión vertical de sífilis materna	Porcentaje de lactantes que nacieron con sífilis congénita de madres infectadas con sífilis	Reducción del 50%	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA
Tamizaje efectivo de sífilis y VIH materna dentro de la atención prenatal	Porcentaje de mujeres embarazadas a quienes se realizó la pruebas gratuitas de diagnóstico de sífilis en su control prenatal	100%	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA
	Porcentaje de mujeres embarazadas a quienes se realizó la pruebas gratuitas de diagnóstico de VIH en su control prenatal	100%	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA
Tratamiento efectivo de los casos de sífilis materna y de sus contactos	Porcentaje de mujeres embarazadas diagnosticadas con sífilis en su control prenatal a quienes se realizó tratamiento	100%	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA
	Porcentaje de los contactos de mujeres embarazadas diagnosticadas con sífilis en su control prenatal a quienes se realizó tratamiento	100%	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA
Atención integral y consejería efectiva en Planificación familiar a la mujer VIH	Porcentaje de mujeres embarazadas diagnosticadas con VIH que utilizan un método anticonceptivo	100%	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA

Código	LÍNEAS ESTRATÉGICAS / ACTIVIDADES	INDICADORES DE PROCESO	META	FUENTE DE VERIFICACIÓN	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
4.1	Reforzamiento del tamizaje de sífilis y VIH materna, dentro de la atención prenatal					
4.1.1	Pruebas gratuitas de diagnóstico y seguimiento de sífilis en gestantes (primer control prenatal)	Pruebas de sífilis realizadas	666.900	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA y del SIS	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
4.1.2	Pruebas gratuitas de diagnóstico y seguimiento de sífilis en puerperas, abortos en establecimientos y partos extrahospitalarios.	Pruebas de sífilis realizadas	468.000	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA y del SIS	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
4.1.3	Pruebas de diagnóstico de VIH en gestantes	Pruebas de ELISA/(standard o rápidas según situación) realizadas.	666.900	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA y del SIS	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
4.1.4	Pruebas de diagnóstico de VIH a las parejas de gestantes VIH positivas	Pruebas de ELISA	1.556	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA y del SIS	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
4.1.5	Pruebas confirmatorias de VIH (IFI) para gestantes y sus parejas	Pruebas de IFI	1.400	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA y del SIS	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA

4.1.6	Pruebas confirmatorias de VIH (WB) para gestantes y sus parejas	Pruebas de WB	155,61	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA y del SIS	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
4.1.7	Pruebas confirmatorias para niños	Pruebas de PCR realizadas.	1.556,1	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA y del SIS	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
4.1.8	Consejería pre y post test	Acciones de consejería realizadas	666.900	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA y del SIS	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
4.1.9	Campaña de difusión dirigida a la población general de despistaje del VIH en la gestante y mejora del acceso a servicios de salud	Acciones de difusión	34	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA y del SIS	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
4.1.10	Capacitación del personal en prevención de la TV del VIH y eliminación de la sífilis congénita	Talleres realizados	17	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA y del SIS	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
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) y tratamiento de sífilis materna.						
4.2.1	Tratamiento profiláctico de VIH en gestantes	Gestantes tratadas	1.578,33	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA y del SIS	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
4.2.2	Tratamiento profiláctico de VIH para RN	Recién nacidos tratados	1.578,33	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA y del SIS	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
4.2.3	Cesáreas preventivas	Cesáreas realizadas	1.578,33	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA y del SIS	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
4.2.4	Pruebas de carga viral y CD4 en gestantes con VIH	Pruebas realizadas		Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA y del SIS	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
4.2.4a		Pruebas de carga viral realizadas en gestantes	1.578,33	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA y del SIS	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
4.2.4b		Pruebas de CD4 realizadas en gestantes	1.578,33	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA y del SIS	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
4.2.5	Provisión de leche artificial al recién nacido (6 meses)	Recién nacidos con leche artificial	1.578,33	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA y del SIS	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
4.3 Asegurar el tratamiento de los casos de sífilis materna y de sus contactos						
4.3.1	Garantizar el tratamiento de sífilis en gestantes y sus parejas	Gestantes tratadas Parejas de gestantes tratadas	20.007	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA y del SIS	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
4.3.2	Garantizar el tratamiento de sífilis (puerperas, abortos y partos extrahospitalarios) y sus parejas	Mujeres tratadas Parejas tratadas	23.760	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA y del SIS	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
4.4 Asegurar el tratamiento del recién nacido con sífilis congénita						
4.4.1	Tratamiento del recién nacido con sífilis congénita	Recién nacido con sífilis congénita tratado	10.003,5			
4.4.2	Impresión de manual de eliminación de sífilis congénita	Manuales impresos	3.308,5			

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

4.5.1	Atención integral y consejería a la mujer VVIH (programa de SSR y provisión de métodos anticonceptivos)	Acciones de consejería	10.077	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA y del SIS	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
4.5.2	Talleres con madres sobre autocuidado y cuidado al niño	Talleres realizados	52.611	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA y del SIS	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
4.5.3	Capacitación del personal en atención y consejería a la mujer VVIH	Talleres realizados	4	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA y del SIS	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
4.5.4	Producción de material IEC de apoyo a consejería	Material impreso producido	40'308.958	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA y del SIS	Trimestral-anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA

Objetivo estratégico 5. Garantizar 100% de tamizaje de paquetes sanguíneos al 2011

RESULTADOS	INDICADORES DE RESULTADO	META	FUENTE DE VERIFICACIÓN	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
Tamizaje de paquetes sanguíneos al 100% al 2011	Porcentaje de unidades de sangre para transfusión que se analizan para la detección del VIH	100%	Sistema información PRONAHEBAS-MINSA	2007-2009-2011	PRONAHEBAS-MINSA
Promoción de la donación voluntaria y sangre segura fortalecida	Porcentaje de unidades de sangre recolectada de donantes voluntarios	95%	Sistema información PRONAHEBAS-MINSA	2007-2009-2011	PRONAHEBAS-MINSA

Código	LÍNEAS ESTRATÉGICAS / ACTIVIDADES	INDICADORES DE PROCESO	META	FUENTE DE VERIFICACIÓN	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
5.1 Fortalecimiento del sistema de selección y tamizaje del donante						
5.1.1	Acciones de capacitación en protocolos de selección y tamizaje del donante	Talleres	5	Sistema información PRONAHEBAS-MINSA	Trimestral-anual	PRONAHEBAS-MINSA
5.1.2	Control de calidad de bancos de sangre.	Controles de calidad realizados	80	Sistema información PRONAHEBAS-MINSA	Trimestral-anual	PRONAHEBAS-MINSA
5.1.3	Infraestructura (locales de bancos de sangre regionales). Financiado por gobiernos regionales	Ambiente acondicionado	5	Sistema información PRONAHEBAS-MINSA	Trimestral-anual	PRONAHEBAS-MINSA
5.1.4	Equipos para fortalecer bancos de sangre regionales en las 34 DIRESAS	Bancos de sangre equipados	5	Sistema información PRONAHEBAS-MINSA	Trimestral-anual	PRONAHEBAS-MINSA
5.2 Fortalecimiento del PRONAHEBAS como ente normativo de los bancos de sangre en el país						
5.2.1	Talleres macroregionales con bancos de sangre en el país.	Talleres realizados	4	Sistema información PRONAHEBAS-MINSA	Trimestral-anual	PRONAHEBAS-MINSA
5.2.1	Capacitación a personal de bancos de sangre (pasantías de 30 días en Lima)	Profesionales de Salud Capacitados	40	Sistema información PRONAHEBAS-MINSA	Trimestral-anual	PRONAHEBAS-MINSA
5.2.1	Capacitación a médicos en el uso racional de componentes sanguíneos (talleres de 3 días)	Hospitales con médicos capacitados	13	Sistema información PRONAHEBAS-MINSA	Trimestral-anual	PRONAHEBAS-MINSA
5.3 Promoción de la donación voluntaria y sangre segura						
5.3.1	Producción y difusión de folletos de promoción de la donación voluntaria	Folletos producidos	75.000	Sistema información PRONAHEBAS-MINSA	Trimestral-anual	PRONAHEBAS-MINSA
5.3.2	Campañas de difusión	Campaña implementada	9	Sistema información PRONAHEBAS-MINSA	Trimestral-anual	PRONAHEBAS-MINSA
5.4 Facilitación a los bancos de sangre de los diferentes sectores, de acceso a todas las pruebas diagnósticas de tamizaje, sobretodo para el VIH, que garantice la provisión de sangre segura						
5.4.1	Provisión de pruebas diagnósticas de tamizaje para el VIH	% pruebas de tamizaje realizadas	350.000	Sistema información PRONAHEBAS-MINSA	Trimestral-anual	PRONAHEBAS-MINSA

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

RESULTADOS	INDICADORES DE RESULTADO	META	FUENTE DE VERIFICACIÓN	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
Mejora del acceso de las PVVS (adultos y niños) a una atención integral y de calidad	Porcentaje de varones y mujeres con sospecha de infección por el VIH que acceden a diagnóstico en EESS	95%	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
	Porcentaje de varones y mujeres con infección por el VIH avanzada que reciben terapia antirretrovírica de combinación	90%	encuesta de comportamiento de una muestra	2007-2009-2011	OGE-MINSA
Mejora de la atención integral a la familia VVS	Porcentaje de establecimientos de salud con capacidad para suministrar la atención apropiada a las personas que viven con el VIH y con SIDA	Incremento del 30%	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA
	Porcentaje de varones y mujeres con infección por el VIH que reciben atención y manejo de infecciones oportunistas e ITS, prevención positiva, y conserjería.	90%	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
Mejora de las acciones de apoyo a la familia VVS y niños huérfanos y vulnerables	Porcentaje de PVVS cuya familia accede a atención integral según modelo diseñado	Incremento del 50%	encuesta de comportamiento de una muestra	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA
Vigilancia del cumplimiento de las leyes laborales antidiscriminatorias de las PVVS	Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables cuyas familias recibieron apoyo externo básico gratuito para la atención infantil	Incremento del 50%	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA y FG	anual	PFG
	Número de familias de PVVS que incrementan su ingreso familiar por apoyo en formación de microempresas		Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA y FG	anual	PFG
	Porcentaje de grandes empresas que disponen de políticas o programas para la lucha contra el VIH/SIDA en el lugar de trabajo	Encuesta de una muestra representativa de empleadores en sectores público y privado.	Sist información ESN-VIH-SIDA-MINSA y FG	anual	PFG

Código	LÍNEAS ESTRATÉGICAS / ACTIVIDADES	INDICADORES DE PROCESO	META	FUENTE DE VERIFICACIÓN	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
6.1	Fortalecimiento del sistema de redes de laboratorio para el diagnóstico, confirmación y otros exámenes para el acceso al TARGA					
6.1.1	Mejora del acceso a pruebas de confirmación y exámenes de CD4 para el acceso al TARGA	Pruebas de CD4 realizadas en nuevos	1.800	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA
6.1.2	Mejora del acceso a pruebas de confirmación y exámenes de CV para el acceso al TARGA	Pruebas de CV realizadas en nuevos	900	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA
6.1.3	Descentralización y fortalecimiento de laboratorios para pruebas de acceso al TARGA (CD4)	Equipamiento de laboratorios	5	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA
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					

6.2.1	Administración de tratamiento ARV	Tratamientos administrados	9500	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA
6.2.2	Pruebas de CD4 y carga viral, y paquete básico para el seguimiento del TARGA			Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA
		Pruebas de CD4 realizadas	17.100	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA
		Pruebas de CV realizadas	8.550	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA
6.2.3	Revisión y nacionalización de las normas para las pruebas de VIH	Normas para las pruebas de VIH revisadas	1	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA
6.2.4	Pruebas de genotipificación, resistencia	Pruebas de genotipificación, resistencia realizadas	152	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA
6.2.5	Consejería de pares, voluntarios, familiares, PVVS en prevención positiva	PEPs realizando consejería de pares	87	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA
6.2.6	Tx y Dx ITS en PVVS	Casos tratados	2.070	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA
6.2.7	Acciones de comunicación y difusión del TARGA	Folletos producidos	90.470	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA
6.2.8	Programa de adherencia al TARGA (incluye alimentación complementaria para casos específicos)	Adherencia al tratamiento		Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA
	Actividades para promoción de la adherencia al TARGA	Adherencia al tratamiento	8.550	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA
6.2.9	Profilaxis y tratamiento de infecciones oportunistas			Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA
	Herpes Zoster	Casos tratados	239	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA
	Candidiasis	Casos tratados	201	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA
	Criptococosis	Casos tratados	95	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA
	Toxoplasma cerebral	Casos tratados	560	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA

	Neumonía bacteriana	Casos tratados	280	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA
	Neumocistosis (PCP)	Casos tratados	700	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA
	Retinitis por citomegalovirus	Casos tratados	26	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA
	Diarrea por parásitos	Casos tratados	370	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA
	Anemia por AZT	Casos tratados	1.400	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA
	Reacción alérgica por NVP leve	Casos tratados	980	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA
	Reacción alérgica por NVP moderada a grave	Casos tratados	420	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA
	Reacción alérgica por NVP (niños)	Casos tratados	40	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA
6.2.10	Capacitación para médicos, laboratoristas, enfermeras, en enfermedades oportunistas	Talleres realizados	17	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA
6.2.11	Materiales de capacitación en enfermedades oportunistas	Materiales de capacitación	2.176	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA
6.3 Adecuación de servicios y capacitación del personal para atención integral a PVVS						
6.3.1	Acciones de adecuación de servicios	Acciones de adecuación	7	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA
6.3.2	Acciones de capacitación del personal para atención integral a PVVS (incluye TARGA)	Talleres de capacitación	5	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA
6.4 Atención integral a la familia VVS						
6.4.1	Diseño, validación y construcción del modelo de atención integral a la familia VVS	Modelo de atención integral a la familia VVS diseñado y construido (Piloto)	1	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA
6.4.2	Impresión y difusión del modelo de atención Integral a la familia (incluyendo viabilización del modelo)	Módulos del modelo de atención integral a la familia VVS impresos	3.400	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA
6.4.3	Ampliación del modelo de atención integral a la familia VVS a otras zonas	Modelo atención integral a la familia VVS diseñado y construido	9	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA

6.5 Vigilancia del cumplimiento de las leyes laborales antidiscriminatorias de las PVVS						
6.5.1	Acciones de vigilancia del cumplimiento de las leyes laborales antidiscriminatorias de las PVVS	Acciones de vigilancia realizadas	34	Sistema información PFG	2007-2009-2011	CONAMUSA
6.5.2	Acciones abogacía para difundir / denunciar acciones antidiscriminatorias de las PVVS	Reuniones de difusión de acciones	34	Sistema información PFG	2007-2009-2011	CONAMUSA
6.6 Fortalecer las capacidades de gestión de las redes de PVVS						
6.6.1	Talleres nacionales y descentralizados en gerencia social y desarrollo de planes de gestión	Talleres realizados	12	Sistema información PFG	2007-2009-2011	CONAMUSA
6.6.2	Equipamiento, capacitación tecnológica de información de organizaciones en PVVS	Organizaciones equipadas	4	Sistema información PFG	2007-2009-2011	CONAMUSA
6.6.3	Apoyo en alquiler de locales en Lima y provincias	Talleres realizados	8	Sistema información PFG	2007-2009-2011	CONAMUSA
6.7 Promover estrategias dgeneración de ingresos para PVVS y comunidades vulnerables						
6.7.1	Estudio de DX de microempresa	Estudio realizado	1	Sistema información PFG	2007-2009-2011	CONAMUSA
6.7.2	Talleres ocupacionales para autogeneración de ingresos y de gestión de microempresas.	Talleres realizados	19	Sistema información PFG	2007-2009-2011	CONAMUSA
6.7.3	Entrega de fondos semilla.	Fondos semilla otorgados	6	Sistema información PFG	2007-2009-2011	CONAMUSA
6.7.4	Fondo revolvente (rotatorio) para microcréditos	Créditos otorgados	10	Sistema información PFG	2007-2009-2011	CONAMUSA
6.8 Protección y apoyo a niños que viven con VIH y afectados por el VIH						
6.8.1	Sensibilización frente al niño con VIH (comunidad y escuela)	Talleres de sensibilización	9	Sistema información PFG	2007-2009-2011	CONAMUSA
6.8.2	Talleres para formación de personal especializado en la atención del niño VVS.	Talleres de capacitación realizados	2	Sistema información PFG	2007-2009-2011	CONAMUSA
6.8.3	Entrega de canasta básica a los niños	Canastas básicas entregadas	101	Sistema información PFG	2007-2009-2011	CONAMUSA

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 mayor prevalencia (HSH, TS y PPL) y PVVIH

RESULTADOS	INDICADORES DE RESULTADO	META	FUENTE DE VERIFICACIÓN	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
Entorno político y legal favorable para el abordaje integral del VIH/SIDA y la diversidad sexual	Planes estratégicos nacional y regionales aprobados	1 PEM nacional y 7 Planes estratégicos ; regionales aprobados	Sist. información ESN-VIH-SIDA-MINSA	anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
Entorno social favorable para el abordaje integral del VIH/SIDA y la diversidad sexual	Porcentaje de la población a nivel nacional (Lima y regiones de mayor prevalencia) que tienen una actitud de aceptación de PVVS y personas vulnerables	60%	Encuesta poblacional	2007-2011	PFG
	Porcentaje de colegios que tienen una actitud de aceptación a niños PVVS	70%	Encuesta en muestra de colegios	2007-2011	PFG

Código	LÍNEAS ESTRATÉGICAS / ACTIVIDADES	INDICADORES DE PROCESO	META	FUENTE DE VERIFICACION	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
7.1	Sensibilización sobre la situación actual del VIH/SIDA, PVVS y la crisis del VIH en las poblaciones con mayor prevalencia					
7.1.1.	Actividades de sensibilización dirigidas hacia PVVS			Sistema información PFG	2007-2009-2011	CONAMUSA
7.1.1.a	Reuniones de sensibilización a políticos y líderes del gobierno nacional, gobiernos regionales y gobiernos locales	Numero de reuniones y talleres macroregionales realizados	2	Sistema información PFG	2007-2009-2011	CONAMUSA
7.1.1.b	Reuniones de sensibilización con profesores	Profesores sensibilizados	1.700	Sistema información PFG	2007-2009-2011	CONAMUSA
7.1.1.c	Reuniones de sensibilización para profesionales de salud	Profesionales de salud sensibilizados	850	Sistema información PFG	2007-2009-2011	CONAMUSA
7.1.1.d	Reuniones de sensibilización con responsables de RRHH del sector privado (empresas)	Reuniones de sensibilización realizadas	0	Sistema información PFG	2007-2009-2011	CONAMUSA
7.1.1.e	Estudio de percepciones comunicacionales en estigma y discriminación	Estudio realizado	1	Sistema información PFG	2007-2009-2011	CONAMUSA
7.1.1.f	Estudio de medición de cambios de conducta y actitudes del personal de salud y docentes	Estudio realizado	0	Sistema información PFG	2007-2009-2011	CONAMUSA
7.1.1.g	Campana en medios masivos de comunicación contra el estigma y la discriminación (incluye spots radiales y televisivos)	Campana contra el estigma diseñada	1	Sistema información PFG	2007-2009-2011	CONAMUSA
7.1.1.h	Campana de IEC a población general (boletines electrónicos, spots radiales, spots televisivos).	Boletines electrónicos y spots radiales emitidos		Sistema información PFG	2007-2009-2011	CONAMUSA
7.1.2	Actividades de sensibilización dirigidas hacia grupos con altas prevalencias (HSH, TS, PPL jóvenes y adultos)	Actividades realizadas	1	Sistema información PFG	2007-2009-2011	CONAMUSA
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					
7.2.1	Acciones de incidencia política	Reuniones de difusión con actores políticos	7	Sistema información PFG	2007-2009-2011	CONAMUSA

7.2.2	Estudio y propuestas de normatividad	Propuestas de normatividad	1	Sistema información PFG	2007-2009-2011	CONAMUSA
7.2.3	Servicio de consultorio virtual	Consultorio virtual	1	Sistema información PFG	2007-2009-2011	CONAMUSA
7.2.4	Acciones de vigilancia del efectivo cumplimiento de leyes antidiscriminatorias	Línea telefónica para denuncias	1	Sistema información PFG	2007-2009-2011	CONAMUSA
7.3 Formulación de planes locales y regionales de abogacía y lucha contra el estigma y discriminación hacia poblaciones con mayor prevalencia (HSH, TS y PPL jóvenes y adultos) y PVVS, en alianza estratégica con organizaciones que trabajan el tema del VIH y derechos humanos						
	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 Defensoría Pueblo	Talleres de planeamiento	7	Sistema información PFG	2007-2009-2011	CONAMUSA
7.4 Participación de los grupos de mayor prevalencia (TS, HSH, PPL) en el CONAMUSA, COREMUSAS, equipos multidisciplinarios y otros niveles locales						
7.4.1	Promoción de la participación de los grupos vulnerables en CONAMUSA, COREMUSAS y otros niveles locales	Talleres de coordinación	7	Sistema información PFG	2007-2009-2011	CONAMUSA
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						
7.5.1	Capacitación de miembros de organizaciones de HSH y TS	Talleres de capacitación	7	Sistema información PFG	2007-2009-2011	CONAMUSA
7.5.2	Información a miembros de organizaciones de HSH y TS	Página web	1	Sistema información PFG	2007-2009-2011	CONAMUSA
7.5.3	Capacitación de miembros de organizaciones de PVVS	Talleres de capacitación	7	Sistema información PFG	2007-2009-2011	CONAMUSA

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.

RESULTADOS	INDICADORES DE RESULTADO	META	FUENTE DE VERIFICACIÓN	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
Política nacional multisectorial amplia y articulada para la prevención y control de las ITS y el VIH/SIDA.	Política multisectorial nacional en ITS y VIH/SIDA. aprobada	Lineamientos de política multisectorial nacional en ITS y VIH/SIDA. aprobada	Diario Oficial	anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
Sistema de salud fortalecido en su capacidad de respuesta integral a las ITS y VIH/SIDA	Equipo de gestión de la ESN MINSA y de regiones capacitado en la gestión de programas de VIH SIDA	60%	Estudio de competencias	2007-2011	CONAMUSA
Instancias de coordinación multisectorial fortalecidas para una respuesta amplia e integral a las ITS y VIH/SIDA	CONAMUSA fortalecida con nuevos integrantes activos y COREMUSAS conformadas a nivel nacional	7 nuevas COREMUSAS conformadas a nivel nacional	CONAMUSA	2007-2011	CONAMUSA

Código	LÍNEAS ESTRATÉGICAS / ACTIVIDADES	INDICADORES DE PROCESO	META	FUENTE DE VERIFICACIÓN	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
8.1	Promoción de una política multisectorial nacional y el liderazgo gubernamental en ITS y VIH/SIDA mediante la formación de una comisión multisectorial que lidere la implementación y el seguimiento del PEM					
8.1.1.	formación de una comisión multisectorial para la implementación y el seguimiento del PEM	Comisión instalada y funcionando de manera multisectorial	1	MINSA	2007-2011	
8.1.2	Sensibilización en el concepto de multisectorialidad en ITS, VIH y SIDA, entre los diferentes sectores e instituciones.	Foros y/o talleres de sensibilización desarrollados	10	CONAMUSA	2007-2011	CONAMUSA
8.1.3	Formular políticas a nivel nacional, regional y local que promuevan la articulación multisectorial en el marco del PEM.	Talleres para el diseño de políticas públicas multisectoriales en ITS y VIH/SIDA aprobadas a nivel nacional, regional y local.	5	CONAMUSA	2007-2011	CONAMUSA
8.2	Fortalecimiento del sistema de salud en su capacidad de respuesta integral a las ITS y VIH/SIDA					
	Fortalecimiento de la ESN a nivel central para una respuesta integral y apoyo a los niveles regionales	Equipo técnico de la ESN	7	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA
8.2.1	Capacitación del personal de servicios de salud en prevención y promoción ITS, VIH/SIDA	Talleres nacionales y regionales de capacitación realizados	7	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA
8.2.3	Fortalecimiento de los sistemas de referencia en ITS y VIH/SIDA	Sistema de referencia en ITS y VIH/SIDA mejorado	1	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA
8.2.5	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	Talleres nacionales y regionales de capacitación realizados	4	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA

8.2.6	Fortalecimiento de la organización y gestión de la ESN MINSAs,	Taller nacional de capacitación en gestión de programas de VIH.	1	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA
8.2.7	Fortalecimiento del Comité Técnico Nacional de la ESN VIH SIDA	Reuniones técnicas realizadas	12	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA
8.2.8	Mejoramiento del soporte comunicacional MINSAs	Gestión comunicacional MINSAs fortalecida	1	Sistema información ESN-VIH-SIDA-MINSA	2007-2009-2011	ESN-VIH-SIDA-MINSA

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.

8.3.1	Acciones de incidencia política a nivel nacional, regional y local.	Organizaciones del Estado y de la sociedad civil han incorporado el tema ITS, VIH/SIDA en su agenda política con tema transversal.	4	CONAMUSA	2007-2011	CONAMUSA
8.3.2	Alianzas estratégicas con medios de difusión a nivel nacional, regional y local.	Alianzas estratégicas implementadas	4	CONAMUSA	2007-2011	CONAMUSA

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.

8.4.1	Capacitaciones en temas de trabajo multisectorial y VIH/SIDA e ITS	Talleres de capacitación en trabajo multisectorial ejecutadas.	2	CONAMUSA	2007-2011	CONAMUSA
8.4.2	Implementación de COREMUSAs y redes locales en regiones donde no existen	COREMUSAs implementadas	12	CONAMUSA	2007-2011	CONAMUSA
8.4.3	Formulación de planes estratégicos regionales y locales	Planes estratégicos regionales elaborados y en ejecución	12	CONAMUSA	2007-2011	CONAMUSA

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

8.5.1	Elaboración 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)	Resoluciones aprobando normas o reglamentos, a cargo de las diferentes instancias a nivel nacional, regional y local.	1	CONAMUSA	2007-2011	CONAMUSA
-------	--	---	---	----------	-----------	----------

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

8.6.1	Evaluación de la implementación, diseño y validación de un sistema de vigilancia ciudadana para las ITS, VIH y SIDA.	Sistema de vigilancia ciudadana diseñado y validado.	1	CONAMUSA	2007-2011	CONAMUSA
8.6.2	Implementación del sistema de vigilancia ciudadana en las ITS, VIH/SIDA considerado a nivel Nacional, regional y local	Sistema de vigilancia operativo	1	CONAMUSA	2007-2011	CONAMUSA

8.7 Articulación de acciones en forma transversal con otras estrategias involucradas con VIH/SIDA (salud sexual y reproductiva, TBC, salud adolescente, etc)

8.7.1	Reuniones de coordinación de acciones conjuntas con otras estrategias involucradas con VIH/SIDA.	Reuniones permanentes de coordinación desarrolladas y reuniones de evaluación 2 bianual	1	CONAMUSA	2007-2011	CONAMUSA
-------	--	---	---	----------	-----------	----------

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.

RESULTADOS	INDICADORES DE RESULTADO	META	FUENTE DE VERIFICACIÓN	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
Sistema de Monitoreo y Evaluación en VIH/SIDA fortalecido	Reportes de monitoreo trimestrales y anuales	4 reportes de monitoreo trimestrales y 1 anual	Sistema informacion ESN-VIH-SIDA-MINSA	trimestral y anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
	Estudios de vigilancia desarrollados	3	Sistema informacion ESN-VIH-SIDA-MINSA	bi anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA
Investigación complementaria que mejora las estrategias de prevención e intervenciones en ITS y VIH a nivel de OSC fortalecida	Número de investigaciones realizadas	Incremento del 30%	Estudio de casos	2007-2011	OGE-MINSA

Código	LÍNEAS ESTRATÉGICAS / ACTIVIDADES	INDICADORES DE PROCESO	META	FUENTE DE VERIFICACIÓN	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
9.1	Implementación de un sistema de monitoreo y evaluación de las actividades e intervenciones del PEM					
9.1.1	Desarrollo e implementación de la propuesta del sistema de monitoreo y evaluación a partir del Plan estratégico.	Propuesta del sistema de monitoreo y evaluación formulada e implementada	1	OGE-MINSA	2007-2009-2011	OGE-MINSA
9.1.2	Estudio de Línea de Base	Estudio de Línea de Base que complemente la información existente.	1	OGE-MINSA	2007-2009-2011	OGE-MINSA
9.1.3	Desarrollo e implementación periódica de evaluación de logro de las actividades propuestas.	Evaluaciones bianuales desarrolladas	1	OGE-MINSA	2007-2009-2011	OGE-MINSA
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					
9.2.1	Fortalecer el rol rector del MINSA en la gestión de la información, coordinando el acceso a información y la colaboración entre grupos de investigación de la sociedad civil y el Estado.	Reunión anual de reporte de información coordinado por el MINSA, ajustado a indicadores del PEM.	1	OGE-MINSA	2007-2009-2011	OGE-MINSA
9.2.2	Asegurar el reporte de los casos de VIH garantizando la confidencialidad de la identidad las personas de acuerdo a Ley.	Estudio diagnóstico y propuesta de mejora	1	OGE-MINSA	2007-2009-2011	OGE-MINSA
9.2.3	Estudio de vigilancia de segunda generación.	Estudios de vigilancia bianuales desarrollados (HSH, TS, gestantes)	1	OGE-MINSA	2007-2009-2011	OGE-MINSA
9.2.4	Estimaciones y reportes regulares de la magnitud de la epidemia	Reporte presentado	1	OGE-MINSA	2007-2009-2011	OGE-MINSA
9.2.5	Presentación, discusión y socialización periódica de resultados de investigación por parte de los diferentes actores involucrados, implica la gestión de consensos (reuniones anuales)	Reunión de presentación, discusión y socialización.	1	OGE-MINSA	2007-2009-2011	OGE-MINSA

9.2.6	Incidencia política para la adecuación de los sistemas de salud en base a hallazgos de investigaciones.	Reunión de consenso para recomendaciones de políticas	2	OGE-MINSA	2007-2009-2011	OGE-MINSA
9.3 Promover la investigación (especialmente operativa) para fortalecer las estrategias de prevención e intervenciones en ITS y VIH						
9.3.1	Estudios de investigación operativa en poblaciones general y vulnerables	Estudios de investigación operativa concluidos	5	OGE-MINSA	2007-2009-2011	OGE-MINSA
9.3.2	Otros estudios de investigación	Estudios de investigación	4	OGE-MINSA	2007-2009-2011	OGE-MINSA
9.4 Apoyo a la gestión del Plan Estratégico desde la sociedad civil						
9.4.1	Recursos humanos para la gestión del PEM desde la sociedad civil (Fondo Mundial)	Recursos humanos para los 9 objetivos de 2da fase y 5ta ronda	1	PFG	2007-2011	CONAMUSA
9.4.2	Supervisión, monitoreo y evaluación desde la sociedad civil y apoyo a las acciones de supervisión del MINSA a las acciones del Fondo Mundial	Supervisión, monitoreo y evaluación para los 9 objetivos de 2da fase y 5ta ronda	1	PFG	2007-2011	CONAMUSA
9.5 Apoyo a la supervisión de las acciones y asistencia técnica a los equipos regionales						
9.5.1	Supervisión de las acciones y asistencia técnica a los equipos regionales	Acciones de supervisión realizadas	204	Sist información ESN-VIH-SIDA-MINSA	anual	ESN-VIH-SIDA-MINSA

6. BIBLIOGRAFÍA

Asociación Civil IMPACTA (2004)

Diagnóstico situacional de las intervenciones para la prevención y control de las ITS en grupos vulnerables a nivel nacional. Perú.

Asociación Civil Vía Libre (2005)

Informe de monitoreo y evaluación de la implementación del compromiso UN-GASS en el Perú, desde la sociedad civil. Diciembre 2005.

Banco Mundial (1999)

Informe sobre el desarrollo mundial 1999. Washington.

Commission on Macroeconomics and Health (2001)

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

FASPA-UPCH (2006)

Segunda medición de la línea de base. Objetivos 1 al 4 del componente VIH. Informe final.

Fogarty International Center of the U.S. National Institutes of Health, the World Bank, the World Health Organization, and the Population Reference Bureau (2006)

Investing in Global Health: "Best Buys" and Priorities for Action in Developing Countries. www.dcp2.org

Grosskurth, H. (1995)

Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: randomised controlled Trial. *Lancet* 1995; 346: 530-6.

Kusunoki, L. y col. (2005)

Informe sobre el seguimiento de la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA, Lima, Perú.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2004)

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2004, Lima, Perú

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2005)

Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) 2005, Lima, Perú.

Mayaud, P. et al. (1997)

Improved treatment services significantly reduce prevalence of sexually transmitted diseases in rural Tanzania: result of a randomized controlled trial. *AIDS*, 1997,11(15):1873-1880.

Ministerio de Salud del Perú, Dirección General de Epidemiología (2006)

Boletín Epidemiológico Julio 2006, Casos de SIDA según año de Diagnóstico, Perú.

Ministerio de Salud del Perú (2005)

Informe de la ESN PCITS/VIH/SIDA.

Ministerio de Salud del Perú (2005)

Estrategia Sanitaria Nacional para la Prevención y Control de ITS-VIH /SIDA del MINSA.

Ministerio de Trabajo, Comité Nacional de Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil (2005)

Plan Nacional de Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil de Perú.

Organización Panamericana de la Salud (2006)

Proyecciones de Financiamiento de la Atención de Salud 2002-2006 para el Perú.

Policy (bajo la supervisión del ONUSIDA y del MINSA) (2005)

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

ANEXO

EXTRACTOS DEL 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 mejoremos 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.

PARTICIPANTES EN LA REUNION TECNICO-CONSULTIVA - 11 de abril del 2006

Institución y/o Organización	Nombres y Apellidos
Dirección General de Salud de las Personas (DGSP) –MINSA Estrategía Sanitaria Nacional de Prevención y control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA – MINSA	Luis Podestá José Luis Sebastian Victor Chávez Pérez Ana Cristina Magán La Rosa
Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva - MINSA Oficina General de Comunicaciones (OGC) – MINSA Oficina General de Epidemiología (OGE) – MINSA	Henry Palacios Carmen Mayuri Morán Estela Roeder Luis Suárez
Instituto Materno Perinatal (IEMP) Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) Socios en Salud	Mónica Pun Carlos Velásquez Rubén Mayorga Mario Tavera Jaime Chang
Movimiento Homosexual de Lima (MHOL) Red Nacional TRANS de Travestis y Transexuales Red de Trabajadoras Sexuales Miluska Vida y Dignidad Coordinadora Peruana de Personas Viviendo con VIH/SIDA Red Peruana de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA Internacional Community Women - (ICW Perú)	Jaime Bayona Jorge Bracamonte Jana Villayzán Angela Villón Sonia Parodi Guiselly Flores
Alianza en Acción Peruanos Positivos Centro Parroquial Ecuménico Rosa Blanca Acción Internacional para la Salud. (AIS) Asociación Civil IMPACTA. Salud y Educación	Marina Soto Francisco Bolognesi Irene Aquino David Limo Roberto López
Asociación KALLPA Asociación VIA LIBRE Asociación de Comunicadores Sociales Calandria Centro de Estudios de Problemas Económicos y Sociales de la Juventud (CEPESJU)	Jorge Sánchez Marie Sprungli Robinson Cabello Javier Ampuero
Instituto de Educación y Salud (IES) Proyecto POLICY-PDI Dirección de Salud Lima Ciudad - Oficina de Epidemiología Univ. Nac. Mayor de San Marcos -Instituto de Medicina Tropical (UNMSM) Univ. Peruana Cayetano Heredia - Facultad de Salud Pública (UPCH)	Julia Campos Alicia Quintana Rosa Inés Bejar Sixto Sánchez Jorge Alarcón
Unidad de Epidemiología, ETS Y VIH Univ. Peruana Cayetano Heredia -Facultad de Salud Pública (UPCH) Unidad de Sexualidad y Salud Reproductiva Universidad Peruano Cayetano Heredia - Instituto de Medicina Tropical (UPCH)	Pablo Campos Carlos Cáceres Rocío Valverde Eduardo Gotuzzo
	Lourdes Kusunoki

PARTICIPANTES DEL TALLER DE PLANIFICACIÓN 4 y 5 mayo del 2006

Institución	Nombre
Alianza en Acción	Francisco Bolognesi
Asociación de Comunicadores Sociales Calandria	Javier Ampuero
Asociación Civil IMPACTA. Salud y Educación	Jorge Sánchez
Asociación Civil IMPACTA. Salud y Educación	Pedro Goicochea
Asociación Civil IMPACTA. Salud y Educación	Rosario León
CARE Peru	Virgina Baffigo
Centro Parroquial Eucuménico. Rosa Blanca y la Iglesia Anglicana del Perú	David Limo Pajar
Centro de Estudios de Problemas Económicos y Sociales de la Juventud (CEPESJU)	Julia Campos Guevara
Colectivo por la Vida	Lídice López
Colectivo por la Vida	Walter Salazar
Consejo Nacional de Juventudes - Ofic.General de Comunicaciones	Reynaldo Alva Vera
Cooperación Técnica Alemana (GTZ)	Claudia Saravia
Coordinación Nacional de Salud del Insituto Nacional Penitenciario (INPE)	José Best Romero
Coordinadora Peruana de PVVS	Sonia Parodi
Defensoria del Pueblo	Fiorella Melzi
Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS) -MINSa	Milagritos Araujo
Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS)- MINSa	Mercedes Arévalo
Estrategía Sanitaria Nacional de Prevención y control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA - MINSa	Victor Chávez Peréz
Estrategía Sanitaria Nacional-Salud Sexual y Reproductiva - MINSa	Carmen Mayuri Morán
Estrategía Sanitaria Nacional de Prevención y control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA - MINSa	Cristina Magán
	Henry Palacios
	José Luis Sebastian
Etapa Vida- Salud del Adolescente - MINSa	Lourdes Palomino
Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)	Rubén Mayorga Sagastume
	Olivier Gregoire
Instituto Educación y Salud (IES)	Carmen Murguía Pardo
Consultor IMP	Carlos Velásquez
Instituto Nacional de Salud (INS)	Patricia Caballero
KALLPA - Red SIDA Perú	Rocio Roncal
Movimiento Homosexual de Lima (MHOL)	José Luis Salazar Chávez
Ministerio de Defensa	Rafael Ignacio Rodríguez Bayona
Ministerio de Educación-Unidad de Prevencion Integral	Consuelo Carrasco
Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social	David Patiño
Ministerio de Salud - Asesor	Carlos Edgardo Mansilla Herrera
Oficina General de Comunicaciones (OGC) - MINSa	Raul Choque
Ministerio del Interior	Andres Paredes
Oficina General de Comunicaciones (OGC) - MINSa	Carlos Reynaga Ramírez
Oficina General de Epidemiología (DGE) - MINSa	René Leiva
Oficina Gral. De Planificación y Presupuesto (DGPP) - MINSa	Luisa Vera
Oficina Internacional de Migraciones (OIM)	Pilar Norza
Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD)	María del Pilar Mejía Fritsch
Organización Panamericana de la Salud (OPS)	Fernando Gonzales
Prog. Administracion Acuerdos de Gestión (PAAG)	Ana Pérez
Prog. Administracion Acuerdos de Gestión (PAAG)	Marlene Yactayo
Peruanos Positivos	Fernando Chujutalli
Peruanos Positivos	Irene Aquino
Proyecto VIGIA	Lizabel Cabrera
Proyecto VIGIA	Luz Esther Vásquez
Red de Trabajadoras Sexuales Miluska Vida y Diginidad	Angela Villón
Red de Trabajadoras Sexuales viviendo con VIH/SIDA -Santa Micaela	Inés Mendoza
Red Nacional TRANS de Travestis y Transexuales	Jana Villayzán
Red Peruana de Mujeres viviendo con VIH/SIDA	Guiselly Flores Arroyo

Red SIDA Perú
Secretaría Ejecutiva Colectivo por la Vida
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
Univ. Nac. Mayor de San Marcos-Instituto de Medicina Tropical
Instituto de Medicina Tropical Alexander Von Humboldt
Facultad de Salud Pública-Unidad de Sexualidad y Salud Reproductiva - Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH)
Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH)
Asociación Via Libre
Gobierno Regional de Ucayali - Gerencia de Desarrollo Social
Dirección de Salud de Ucayali (DISA Ucayali)
Personas Viviendo con VIH/SIDA Ucayali
Personas Vulnerables Iquitos
Dirección de Salud de Lambayeque
Personas Viviendo con VIH/SIDA Lambayeque
Personas Vulnerables Lambayeque
Gobierno Regional de Arequipa - Gerente de Desarrollo Social
Dirección de Salud Arequipa
Personas Viviendo con VIH/SIDA Arequipa

Luisa Zanabria
Estrelia Vizama
Fiorela Quiroz
Jorge Alarcón
Alfonso Silva Santisteban

Carlos Cáceres
Ana María Rosario
Robinson Cabello
Elís Alejandro Morales Pantoja
José Mercedes Garay
Julio Tapullima
Jeny Cahuaza Macahuachi
Rocío Janet Pejerrey González
Ana Guevara
Manuel Zanoní Saldarriaga
María Teresa Lopez Orihuela
Amparo Arenas
Juan Freddy Cahuina

PARTICIPANTES DEL FORO NACIONAL PEM 23 y 24 de Mayo del 2006

Institución y/o Organización	Nombres y Apellidos
Dirección General de Salud de las Personas (DGSP) -MINSA Oficina General de Comunicaciones (OGC) - MINSA Seguro Integral de Salud (SIS) -MINSA Etapa Vida- Salud del Adolescente -MINSA Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA - MINSA	Luis E. Podesta Gavilano Estela Aurora Roeder Carbo Luis Alberto Martínez Lourdes Palomino José Luis Sebastian Henry Palacios Cristina Magan Byelca Huamán Mercedes Arevalo María Elena Flores Raul Choque Karim Pardo Ruiz Luisa Vera Luz Esther Vásquez Lizabel Cabrera Darío Concha Andía Roberto Romero Onofre Rafael Ignacio Rodríguez Bayona César Eduardo Bravo de Rueda Accinelli Andrés Paredes León Guillermo Vargas Jaramillo José Best Romero
Dirección General de Promoción de la Salud -MINSA	
Oficina General de Comunicaciones - MINSA Oficina General de Epidemiología - MINSA Oficina General de Planificación y Presupuesto - MINSA Proyecto VIGIA	Betty Cardeña Poma Reynaldo Alva Vera Beatriz Merino Fiorella Melzi Alicia Quintana Nora Ojeda Carlos Velasquez Ada Mejía Ricardo Chuquimia David Limo Robinson Cabello Marie Françoise Sprungli
Instituto Desarrollo de Recursos Humanos - /IDREH - MINSA Seguro Social de Salud del Perú (ESSALUD) Ministerio de Defensa Ministerio del Interior	Julia Campos Guevara
Ministerio de Justicia Instituto Nacional Penitenciario (INPE) Coordinación Nacional de Salud Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES) - Gerencia Niño, Niña y Adolescente Consejo Nacional de Juventudes CONAJU- Ofic. General de Comunicaciones Defensoría del Pueblo	Luzmaría Siesquen Santisteban Estrelia Nizama Lídice López Carmen Murguía Francisco Cisneros Sonia Borja Jossep C. Julca Juárez Guiselly Flores Arroyo Julio Cesar Cruz Julia Duma Abraham Murga Mylene Huanqui Marita Menacho Torre Elizabeth Meza Julio Rondinel
Coordinador Objetivo 1 Proyecto Fondo Mundial Coordinador Objetivo 2 Proyecto Fondo Mundial Coordinador Objetivo 3 Proyecto Fondo Mundial Coordinador Objetivo 4 Proyecto Fondo Mundial	
Coordinador Objetivo 5 Proyecto Fondo Mundial Asociación Via Libre Red SIDA Perú Centro de Estudios de Problemas Económicos y Sociales de la Juventud (CEPESJU) Confederación Nacional de Gremios y Pueblos del Perú – Juventudes (CO-NAGREPP) Colectivo por la Vida	
Instituto de Educación y Salud (IES) Instituto Peruano de Paternidad Responsable (INPPARES) Asociación Solas y Unidas Instituto de Desarrollo Juvenil Red Peruana de Mujeres viviendo con VIH/SIDA Programa de Soporte Autoayuda de Personas Seropositivas (PROSA) Red Nacional de la Promoción de la Mujer Red Juvenil de Lucha contra el SIDA Agencia para el Desarrollo y Recursos Asistenciales (ADRA PERU) Hogar San Camilo La Posadita del Buen Pastor Centro Parroquial. Rosa Blanca y la Iglesia Anglicana del Perú	

Movimiento Homosexual de Lima (MHOL)
 Red Nacional TRANS de Travestis y Transexuales
 Asociación de Trabajadoras Sexuales Miluska Vida y Dignidad
 Asociación de Trabajadoras Sexuales Micaelas
 Asociación de Trabajadoras Sexuales Warmi Pura

Asociación de Trabajadoras Sexuales Esperanza

Asociación Información para convivir con el VIH/SIDA (INPACVIH)

Coordinadora Peruana de Personas Viviendo con VIH/SIDA
 Plataforma Personas Viviendo con VIH/SIDA - Región Callao

Alianza en Acción
 Proyecto POLICY
 AID FOR AIDS
 Acción Internacional para la Salud (AIS)
 Centros de Estudios para la Promoción y Defensa de los Derechos fundamentales (AGORA)
 Asociación Benéfica PRISMA

Asociación Civil IMPACTA. Salud y Educación

Asociación Civil Esperanza
 Cooperación Alemana al Desarrollo (GTZ)
 Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)
 Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y la Cultura (UNESCO)
 Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (ONUDD)

Coordinador Residente de las Naciones Unidas
 Médicos sin Fronteras
 Organismo Regional Andino de Salud (ORAS)
 Univ. Peruana Cayetano Heredia (UPCH)

Univ. Peruana Cayetano Heredia-Facultad de Salud Pública- Unidad de Sexualidad y Salud Reproductiva

Participantes Regionales

Coordinador Regional de Estrategia Sanitaria SIDA
 Personas Viviendo con VIH/SIDA - Ica
 Director Regional Dirección Regional de Salud - Loreto
 Representante de Trabajadoras Sexuales Iquitos
 Representante de Personas Viviendo con VIH/SIDA - Pucallpa
 Director Regional de Salud- La Libertad
 Representante de Personas Viviendo con VIH/SIDA -Trujillo
 Representante de Personas Viviendo con VIH/SIDA - Chiclayo
 Director Regional Director Regional de Salud - Ancash
 Director Regional Director Regional de Salud - Chimbote
 Representante de Personas Viviendo con VIH/SIDA - Piura
 Representante de Hombres que tienen Sexo con Hombres - Arequipa
 COREMUSA - Presidente Piura
 COREMUSA - Presidente Chimbote
 COREMUSA - Presidente Iquitos
 COREMUSA - Presidente Ica
 COREMUSA - Presidente Lima

Jorge Bracamonte
 Jana Villayzán
 Angela Villón
 Ines Mendoza
 Karina Serna
 Aida Pacheco Luján
 Karina Soto
 Carmen Vivanco
 Irene Aquino
 Fernando Chujutalli
 Sonia Parodi
 Christian Pacheco Nuñez
 Carlos Huamanchumo Villamonte
 Francisco Bolognesi
 Rosa Inés Bejar
 Teresa Ayala
 Roberto Lopez Linares

Rita Rentería
 Delia Hausteín
 Aldo Vivar
 Aldo Luchetti
 Juan Guanira
 Karina Celeste Soto Ruiz
 Guillermo Diller
 Rubén Mayorga Sagastume
 Oliver Gregoire
 Jairo Palacio / Milagros Sánchez
 Patricia Uribe
 Virginia Changuví
 Maria del Pilar Mejía
 Aldo Lale-Demos
 Jorge L. Chediek
 Pier Angelo Gandini
 Lourdes Kusunoki
 Eduardo Gotuzzo Herencia
 Alfonso Silva Santisteban

Carlos Cáceres

Participantes Regionales

Jesús Fernando Hurtado Orellana
 Martha Peña Valladares
 Percy Antonio Rojas Ferreyra.
 Jenny Cahuaza
 Julio Tapullima
 Angel Omar Iribarri Poicón
 Carlos Alberto Bravo Escalante
 Ana Guevara
 Edgar Orlando Caballero Cano
 Margarita Castillo Dominguez
 Filipa Cárcamo
 Tino Begazo Gutierrez
 Celina Dioses
 Juana Mercedes Arroyo
 Julio Yactayo
 Yuliana Isabel Espino
 Luis Miguel López León

GLOSARIO

CONAMUSA

La Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud (CONAMUSA) es un organismo de coordinación constituido por representantes del gobierno, la cooperación internacional bilateral y multilateral, la sociedad civil y las organizaciones de personas directamente afectadas por el VIH/SIDA, tuberculosis y malaria en el país. La CONAMUSA 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 malaria (para mayor información, visite <http://www.conamusa.com/conamusa/index2.php>).

COPRECO

Es el Comité Central de Prevención y Control del VIH/SIDA de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú. Se encarga de dictar las normas de prevención y control, coordinar el diagnóstico y tratamiento de VIH y SIDA, realizar estudios, realizar actividades científicas, etc. (para mayor información, visite http://www.mindef.gob.pe/coprecos/coprecos_Resena.htm)

Epidemia

Se denomina epidemia a la aparición de casos nuevos de una enfermedad en una población humana (por ejemplo, en la 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 el 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 apareció en el Perú en 1991 y se quedó varios años; una pandemia fue la gripe española de 1918. Enfermedades endémicas son la diarrea, la tuberculosis, las enfermedades respiratorias agudas

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

Es una unidad del MINSA, dependiente de la Dirección General de Salud de las Personas. Diseña y norma los procesos de organización correspondientes en el ámbito de su gestión institucional y sectorial para lograr objetivos funcionales relacionados a la cultura de salud, prevención y control de las ITS 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 a nivel mundial para indicar el creciente impacto que la epidemia de VIH tiene sobre las mujeres. Se refiere a la tendencia de que el número de mujeres infectadas iguale o supere el número de hombres infectados. En Perú la epidemia se mantiene con una relación hombre a mujer entre 2,81 y 3,27 de 1998 hasta el 2005.

Grupos de alto riesgo

Debe evitarse su uso pues ha sido motivo de estigma y discriminación. Se prefiere el uso de “grupos vulnerables”, “grupos más expuestos” o “grupos con alta prevalencia de VIH”. Puede llevar a quienes no se identifican como

miembros de estos grupos a tener la sensación falsa de seguridad. También supone que el riesgo está restringido a estos grupos, cuando en realidad hay más grupos sociales interrelacionados a través de redes sexuales, aunque su nivel de exposición al VIH sea mucho menor.

HSH

Se refiere a los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres. Se usa para descripciones epidemiológicas y para explicar las estrategias de prevención. Éste término describe un comportamiento, no 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” o “transgéneros”, aunque estos dos últimos a veces adoptan una identidad de género diferente a la masculina.

Incidencia

A veces también denominada “incidencia acumulada” es la proporción de personas que se infectan, en este caso 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” y se refiere a los grupos vulnerables, grupos más expuestos o grupos con alta prevalencia de VIH. También se usa para el sexo sin condón, sexo no protegido, o uso de inyectables no esterilizados. No es la pertenencia a un determinado grupo lo 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.

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) que 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), Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Oficina de las Naciones Unidas para la Fiscalización de Drogas y Prevención del Delito (ODCCP), Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Internacional del Trabajo (OIT) y Banco Mundial. La sede de Lima coordina el programa en Perú, Bolivia y Ecuador.

Personas que viven con VIH

Personas con infección por VIH comprobada. Evítase el uso de “personas viviendo con VIH y SIDA” o de los términos “sidoso” y “sidoso”. El uso de “paciente con SIDA” generalmente se restringir al contexto médico y sólo cuando la persona se encuentra en esa etapa de la enfermedad.

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 muestra a todas las personas que tienen la infección al momento de tomarla.

SIDA o enfermedad relacionada con VIH

El término "SIDA" 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".

TÉRMINOS IMPORTANTES DE USO ACTUAL

Uso antiguo	Uso actual recomendado
Trabajo sexual comercial	Trabajo sexual o sexo comercial o venta de servicios sexuales*
Países en vías de desarrollo	Países de bajo y mediano ingreso
Trabajadores sexuales directos	Trabajadores sexuales formales
Trabajadores sexuales indirectos	Trabajadores sexuales informales
Lucha contra el SIDA	Respuesta al SIDA
Grupos de alto riesgo	Poblaciones clave en alto riesgo*
VIH/ SIDA	VIH, a menos que específicamente se refiera a SIDA
VIH/ SIDA	Diagnóstico de SIDA; enfermedad relacionada con VIH
Epidemia de VIH/ SIDA	Epidemia de VIH o epidemia de SIDA
Prevalencia de VIH/ SIDA	Prevalencia de VIH
Prevención de VIH/ SIDA	Prevención de VIH
Pruebas de detección de VIH/ SIDA	Pruebas de detección de HIV
Personas viviendo con VIH/ SIDA	Personas que viven con VIH*
Prostituta	Trabajador/a sexual
Usuarios de drogas intravenosas	Usuarios de drogas que se inyectan*
Más vulnerables a la infección	Más probables de estar expuestos al VIH (a menos que se refiera específicamente a vulnerabilidad)
Tasas de prevalencia	Prevalencia
Sexo riesgoso	Sexo no protegido
Grupos vulnerables	Poblaciones vulnerables o poblaciones con mayores probabilidades de ser expuestas al VIH o poblaciones con mayor riesgo de exposición

ÍNDICE DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

ACNUR	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
AMP	Atención Médica Periódica
BS	Bancos de sangre
CERITS	Centros de Referencia de ITS
CONAMUSA	Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud
CONCYTEC	Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
COPRECOS	Comité de Prevención y Control del SIDA de las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales
COREMUSA	Coordinadora Regional Multisectorial en Salud
DDHH	Derechos humanos
DGE	Dirección General de Epidemiología
DGSP	Dirección General de Salud Pública
DIRESA	Direcciones Regionales de Salud
DISA	Direcciones de Salud
ELISA	Prueba de anticuerpo VIH (Enzyme Linked Immunoabsorbent Assay)
ENAHO	Encuesta Nacional de Hogares
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
ESN	Estrategias Sanitarias Nacionales
ESN PC ITS y VIH/SIDA	Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA
EsSalud	Seguro Social del Perú
FFAA	Fuerzas Armadas
GAM	Grupos de ayuda mutua
GTZ	Cooperación Técnica Alemana
HSH	Hombres que tienen sexo con otros hombres
HSV-2	Virus del herpes genital (herpes simplex virus)
IEC	Información/educación/comunicación
INPE	Instituto Nacional Penitenciario
INS	Instituto Nacional de Salud
ITS	Infecciones de transmisión sexual
MCP	Mecanismo de Coordinación de País
MHOL	Movimiento Homosexual de Lima
MIMDES	Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social
MINEDU	Ministerio de Educación
MINJU	Ministerio de Justicia
MINSA	Ministerio de Salud
NMRCD	Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales de la Marina de los EEUU
OGE	Oficina General de Epidemiología
OIT	Organización Internacional del Trabajo
ONU	Organización de las Naciones Unidas
ONUDD	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud
PBI	Producto bruto interno
PCR	Prueba diagnóstica para la hepatitis B (Polymerase Chain Reaction)
PEA	Población económicamente activa
PEM	Plan estratégico multisectorial
PEPs	Promotores educadores de pares
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PNP	Policía Nacional del Perú
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PPL	Personas privadas de la libertad
PROCETSS	Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA
PRONAHEBAS	Programa Nacional de Hemoterapia y Banco de Sangre
PTV	Prevención de la transmisión vertical
PVVS	Personas que viven con sida
RENACE	Red Nacional de Epidemiología
RPR	Prueba de reagin rápida en plasma (Rapid Plasma Reagin)

RRHH	Recursos humanos
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SIS	Tratamiento antiretroviral de gran actividad
TARGA	Trabajadoras sexuales
TS	Unidades de Atención Médica Periódica
UAMP UNESCOa	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNGASS	Asamblea General Especial de las Naciones Unidas sobre Drogas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNMSM	Universidad Nacional Mayor de San Marcos
UPCH	Universidad Peruana Cayetano Heredia
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VDRL	Prueba diagnóstica para la sífilis
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana

ÍNDICE DE TABLAS

- Tabla 1. Prevalencia de VIH y otras ITS en TS (2002)
- Tabla 2. Prevalencia de VIH y otras ITS en clientes de TS (2002)
- Tabla 3. Prevalencia de VIH y otras ITS en gestantes (2002)
- Tabla 4. Prevalencia de VIH en adultos de 18 a 29 años de 24 ciudades, según sexo (2002)
- Tabla 5. Prevalencia de VIH y otras ITS en adultos de 18 a 29 años, según sexo (2002)*
- Tabla 6. Incidencia anual de síndromes de ITS por características seleccionadas
- Tabla 7. Comparación de estimaciones del número de PVVS
- Tabla 8. Pacientes en TARGA (junio 2006)
- Tabla 9. Esquemas de tratamiento (junio 2006)
- Tabla 10. Distribución de CERITS y UAMP a nivel nacional (2006)
- Tabla 11. Presupuesto 2007 por componentes principales
- Tabla 12. Presupuesto 2007 por grupos poblacionales

ÍNDICE DE GRÁFICOS

- Gráfico 1. Número de casos notificados de VIH y SIDA según año de diagnóstico
- Gráfico 2. Casos de SIDA notificados por departamento (1983-2006)
- Gráfico 3. Razón hombre-mujer de casos de SIDA según año de diagnóstico
- Gráfico 4. Distribución de casos de SIDA por edad y sexo (1983-2006)
- Gráfico 5. Prevalencia de VIH en HSH (2002)
- Gráfico 6. Presupuesto 2007 y brecha presupuestal P&C ITS-VIH/SIDA
- Gráfico 7. Distribución del presupuesto 2007 por fuentes de financiamiento
- Gráfico 8. Distribución del presupuesto por rubros de gastos
- Gráfico 9. Distribución del presupuesto 2007 por tipo de costos
- Gráfico 10. Financiamiento y brechas por objetivos