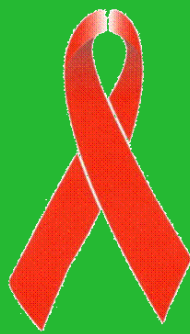




**GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
COREMUSA LORETO**



**PLAN ESTRATÉGICO MULTISECTORIAL  
REGIONAL – LORETO 2008-2012**  
Para la Prevención y Control de las ITS, el VIH y SIDA

**DICIEMBRE 2007**

Participantes en la elaboración del PERM

Gobierno Regional de Loreto

**Lic. Iván Vásquez Valera**  
Presidente Gobierno Regional de Loreto

**Prof. Juan José Valera Torres**  
Gerente de Desarrollo Social

**Lic. Deyci Gómez Cruz**  
Sub Gerenta Desarrollo Social

Dirección Regional de Salud de Loreto

**Dra. Carmen Herlinda Montalván Inga**  
Directora General

**Lic. Milagros del Pilar Jarama Bardales**  
Responsable ESR PC ITS VIH y Sida

**COREMUSA Loreto**

Prof. Juan José Valera Torres

Dra. Graciela Meza Sánchez

Sra. Silvia Barbarán Mafaldo

Dr. Carlos V. Manrique de Lara Estrada

**Consultor**

Dr. Carlos V. Manrique de Lara Estrada

Apoyo Técnico  
Iniciativa de Políticas en salud

## AGRADECIMIENTOS

A las siguientes instituciones que apoyaron con su participación durante todo el proceso de construcción del PEMT Loreto 2008-2012:

Asociación “La Restinga”  
Asociación “Lazos de Vida”  
Asociación “Minga-Perú”  
Asociación civil “Selva Amazónica”  
Asociación para el Desarrollo Amazónico Rural (ADAR)  
Cámara de Comercio de Iquitos  
Centro de Salud San Juan  
Centro de Salud Belén  
Centro de Salud Moronacocha  
CERITS- San Juan  
Comunidad Homosexual Esperanza de la Región Loreto (CHERL)  
Colegio de Enfermeros Filial Iquitos  
Colegio de Obstetrices. Filial Iquitos  
Colegio Médico del Perú. Filial Iquitos  
COPRECOS  
Cruz Roja Peruana. Filial Iquitos  
Defensoría del Pueblo - Loreto  
Dirección Regional de Educación – UGEL Maynas  
Dirección Regional de Salud de Loreto.  
Dirección Regional de Trabajo  
Dirección Regional de Turismo  
Docentes acompañantes de Instituciones Educativas: RADM, Experimental UNAP, Loreto y Grlmo. San Martín.  
Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida  
Equipo Multidisciplinario de TARGA del Hospital Regional Loreto.  
INPE - Iquitos  
INPPARES  
Jóvenes homosexuales actuando contra el Sida (JHACS)  
KALLPA  
Mesa de Concertación de poblaciones vulnerables  
Mesa de Vigilancia UPIRL  
Municipalidad distrital de Belén  
Municipalidad distrital de San Juan  
Municipalidad distrital de Punchana  
Municipalidad Provincial de Maynas  
Oficina de bienestar de la UNAP  
Organización de TS “Las Amazonas”  
Organización de TS “Sarita Colonia”  
Organización Juvenil “OPROSJU”  
Organización Juvenil “PEJAJ-UNAP”  
Organización Regional de Pueblos Indígenas del Oriente ( ORPIO)  
PEP’s (CERITS San Juan)  
Radio “La Voz de la Selva”  
Red TRANS de Iquitos  
Universidad Nacional de la Amazonía Peruana (UNAP)  
Y otros.

## PRESENTACIÓN

El presente documento que usted tiene entre sus manos es fruto de un proceso amplio de planeamiento compartido y de involucramiento de diversos actores y sectores de la sociedad loretana, liderado por el Gobierno Regional, la COREMUSA, y la Dirección Regional de Salud Loreto y evidencia el compromiso y la comprensión que un tema como las ITS, el VIH y Sida es mucho más que un problema de salud y por tanto puede y debe ser enfrentado de manera multisectorial por el conjunto de las fuerzas de la región.

Este proceso participativo, que tuvo como finalidad construir el Plan Estratégico Multisectorial 2008- 2012 para la Prevención y Control de las ITS, el VIH y Sida (PEMR), guiará las acciones en la Región Loreto entre los años 2008 y 2012, tanto del sector gubernamental, como del sector no gubernamental y de la cooperación internacional. El proceso ha implicado múltiples etapas. Se inició con el Taller Diagnóstico Participativo del estado de situación de las ITS, el VIH y Sida en la región Loreto, en el cual participaron representante de las personas viviendo con VIH y Sida, de las poblaciones vulnerables, de la sociedad civil y del Estado que trabajan el tema en la región, realizado en el mes de Mayo del 2007. Posteriormente en el mes de Julio se organizó el Foro de “Socialización de resultados de las investigaciones sobre sexualidad , VIH y Sida en Loreto” en el que durante dos días se presentaron importantes resultados de investigaciones realizadas tanto por investigadores de Lima como de la ciudad de Iquitos, hecho que han marcado una diferencia respecto a las investigaciones y su socialización a la sociedad a la que se deben, dejando muchas lecciones aprendidas que han servido de base para la elaboración del presente documento.

Entre los meses de Septiembre y Octubre se realizaron tres reuniones técnica-consultivas con grupos de expertos en las que se definió los objetivos estratégicos del PEMR. Con el objetivo de hacer el seguimiento a la elaboración del PEMR se conformó un Comité de apoyo técnico, constituido por representantes de la DIRESA Loreto, la sociedad civil y de las organizaciones que viven con VIH. Dicho comité sistematizó todo lo avanzado hasta ese momento en tres reuniones, que fueron intercaladas con presentaciones de socialización y aportes a sectores del Estado como aquellos realizados ante los funcionarios y trabajadores de la Dirección de Turismo y Comercio, así como, con miembros de la Cámara de Comercio de Iquitos. Con todo ello, en la primera quincena de Octubre del 2007, se sistematizó un documento que se constituyó en la base técnica para la propuesta del PEMR, en la que se definieron las intervenciones más eficaces para la prevención y control de ITS, el VIH y Sida (problemas principales a resolver, los objetivos y las líneas estratégica) acordes con el tipo de epidemia en la región Loreto y a partir del cual se elaboró un primer borrador del Plan para los años 2008-2012, el cual se sometió a una amplia consulta y discusión en el Foro Regional. La discusión y aportes generados enriquecieron la propuesta inicial del Plan y sirvieron de insumos para la preparación de la versión final del documento y darle viabilidad al PEMR a través de un proceso de transferencia de la propuesta al Gobierno Regional y la inclusión de los recursos necesarios en el presupuesto de la región.

Finalmente, cabe resaltar que 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, el VIH y Sida. Asimismo, este Plan recoge y utiliza la información recopilada y reportada en diversos documentos previos de análisis y evaluación realizados a nivel de la región, realizado muchos de ellos al igual a través de procesos participativos y de consulta

## 1 INTRODUCCIÓN

Es ampliamente conocido que para conseguir los resultados esperados en la lucha contra las epidemias del VIH y Sida, es necesario centrar los esfuerzos en la prevención y Tratamiento del VIH. No existe una única epidemia de Sida, incluso en un mismo país, las epidemias pueden ser de lo más diversas; por lo cual es necesario hacer un diagnóstico local para definir las estrategias a ser desarrolladas.

La prevención y el tratamiento del VIH debe ser considerado como una intervención clásica de “bien público” que requiere, actualmente, que los gobiernos locales tomen la iniciativa (incluida la asignación de recursos) para impulsar una respuesta sólida a la epidemia; que debe abordar el estigma y la discriminación, que debe llegar eficazmente a las personas de mayor riesgo para infección por el VIH y que las personas que viven con el VIH participen más plenamente en la respuesta al Sida.

Las personas que viven con el VIH son muy importantes para la prevención de la infección, siendo reconocido el principio de la “Mayor participación de las personas que viven con el VIH y Sida” (MIPA o GIPA) en los esfuerzos relacionados a la prevención del Sida (Cumbre sobre el Sida de París de 1994). El propósito de la prevención de las PVVS es habilitarlas para evitar que contraigan nuevas infecciones de transmisión sexual (ITS), retrasar la progresión del VIH e impedir la transmisión del VIH a otros<sup>1</sup>.

Lograr controlar el VIH exige enfrentarse sobre todo a los factores que alimentan estas epidemias, incluidas las desigualdades y las injusticias sociales; superar serios obstáculos que aún se interponen en el acceso y que adoptan la forma del estigma, discriminación, desigualdad por razón de sexo, marginación social de poblaciones específicas y otras violaciones de los derechos humanos. También es preciso superar las nuevas injusticias creadas por el Sida, como la orfandad de generaciones enteras de niños.

Por eso, los esfuerzos descoordinados o los que ofrecen sólo soluciones parciales no reducirán significativamente el número de nuevas infecciones. Es necesario que los gobiernos locales se acerquen lo máximo posible a la consecución del acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y alivio del impacto. Deben concentrarse en la ejecución de los programas, incluidos el fortalecimiento de los recursos humanos e institucionales y la aplicación de estrategias que permitan el mayor nivel posible de integración de los servicios.

Como parte de todo este esfuerzo dedicado a la lucha contra la epidemia del VIH, se ha elaborado este Plan Estratégico Multisectorial Regional 2008 – 2012, el cual va a guiar los esfuerzos e iniciativas que se realicen en la región en el contexto de Acceso Universal a la prevención, Atención Integral y apoyo en VIH y Sida.

## 2 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

### 2.1 Contexto Regional

El departamento de Loreto, se encuentra ubicado en el extremo Nor-Oriental del territorio peruano tiene una superficie continental de 368,851.95 km<sup>2</sup>, que equivale al 28.7% del territorio nacional y 48% de la selva peruana. La provincia con mayor proporción territorial del departamento es Maynas (34% del departamento), mientras que la provincia con menos proporción territorial es Alto Amazonas con 6,2% del territorio.

---

<sup>1</sup> ONUSIDA. Situación de la epidemia del SIDA. Informe especial sobre la prevención del VIH. Diciembre 2005

El departamento tiene un perímetro fronterizo de 3,954.3 Km (55% del territorio nacional), sus límites internacionales comprenden 1,285 Km con Ecuador, 1,515 Km con Colombia y 1,154.3 Km con Brasil.

La ubicación geográfica según orientación del Departamento es la siguiente:  
Longitud Oeste: Norte 75°10'29"; Este 69°56'57"; Sur 75°56'44"; Oeste 77°48'41".  
Latitud Sur: Norte 00°02'37"; Este 04°22'41"; Sur 08°42'01"; Oeste 04°50'26".

La altitud del territorio de Loreto oscila entre los 61 msnm (distrito de Yavará, provincia de Mariscal Ramón Castilla) y los 220 msnm (distrito Balsapuerto, provincia Alto Amazonas).

La región tiene un clima de tipo tropical; cálido, húmedo y lluvioso, con una temperatura media anual de 26°C, sin embargo las máximas absolutas son mayores a 35°C y las mínimas oscilan entre 11°C y 18°C. Las precipitaciones transitan entre los 2000 - 3000 mm anuales.

Según el Censo 2005, el departamento tiene 884.144 habitantes, con una densidad de 2,4 habitantes por Km<sup>2</sup>, comparando con el promedio nacional (20,3), Loreto es uno de los departamentos con menor población, representando sólo el 3,4% del total nacional.

La población del departamento se encuentra concentrada en la Provincia de Maynas (55,24%), seguida de la Provincia de Alto Amazonas (11,54%). Sin embargo al interior de la región existe una gran dispersión de la población en 2,304 centros poblados, de los cuales 83 son centros poblados urbano y 2,218 centro poblados rurales.

**Tabla 1**  
**INFORMACIÓN GENERAL DEL DEPARTAMENTO DE LORETO**

| Departamento            | Provincia | Superficie Km <sup>2</sup> | Población Censo 2005 | Densidad Poblacional Hab/Km <sup>2</sup> | Distribución porcentual por Provincias | Capital de Provincia |                |
|-------------------------|-----------|----------------------------|----------------------|--|--|----------------------|----------------|
|                         |           |                            |                      |  |  | Nombre               | Altitud (msnm) |
| Loreto                  |           | 368,851.95                 | 884,144              | 2.40                                     | 100.00                                 |                      |                |
| Maynas                  |           | 119,859.40                 | 488,359              | 4.07                                     | 55.24                                  | Iquitos              | 106            |
| Alto Amazonas           |           | 22,781.56                  | 101,996              | 4.48                                     | 11.54                                  | Yurimaguas           | 182            |
| Loreto                  |           | 67,434.12                  | 63,515               | 0.94                                     | 7.18                                   | Nauta                | 111            |
| Mariscal Ramón Castilla |           | 37,412.94                  | 55,294               | 1.48                                     | 6.25                                   | Caballococha         | 84             |
| Requena                 |           | 49,477.80                  | 67,927               | 1.37                                     | 7.68                                   | Requena              | 114            |
| Ucayali                 |           | 29,293.47                  | 57,669               | 1.97                                     | 6.52                                   | Contamana            | 134            |
| Datém del Marañón       |           | 42,592.66                  | 49,384               | 1.16                                     | 5.59                                   | San Lorenzo          | 156            |

Las principales ciudades en Loreto son: Iquitos metropolitano (346,110 hab), Yurimaguas (43,791 hab), Requena (22,232 hab), Nauta (13,893 hab), Contamana (12,941 hab), Caballococha (7,753 hab) y San Lorenzo (6,037 habitantes).

La población amazónica se caracteriza por su diversidad y complejidad cultural, evidenciada por la presencia de 13 familias etnolingüísticas distribuidas en 40 grupos étnicos; siendo el departamento de Loreto el espacio territorial con mayor presencia indígena (32 grupos étnicos correspondientes a 10 familias etnolingüísticas).

Según el Censo de 1993, en el departamento existen 689 comunidades nativas y numerosos grupos indígenas en los principales ríos. La población indígena estimada a partir del censo de 1993 en la región es aproximadamente de 101,961 habitantes que representa el 10.8% de la población departamental.

La Provincia de Alto Amazonas, incluye en este análisis a la Provincia Datém del Marañón, tiene la más alta concentración y el más alto volumen de pobladores indígenas (38,735 hab.). Las provincias de Loreto y Maynas son las otras provincias de mayor concentración con 27,731 y 14,533 habitantes respectivamente. En el nivel socioeconómico, Loreto ocupa el puesto N°16 en el ranking de 24 departamentos del Índice de Desarrollo Humano (IDH) 2005, elaborado por el PNUD, con la siguiente composición provincial:

Tabla 2

## LORETO POR PROVINCIAS 2005

| DISTRITOS            | POBLACION TOTAL 2005 | COMUNIDADES INDIGENA |                  |               |                   |
|----------------------|----------------------|----------------------|------------------|---------------|-------------------|
|                      |                      | Localidades          | Población Nativa | % Localidades | % de la Población |
| <b>REGION LORETO</b> | <b>943,807</b>       | <b>689</b>           | <b>101,961</b>   | <b>22.92</b>  | <b>10.8</b>       |
| ALTO AMAZONAS        | 162,182              | 300                  | 38,735           | 44.44         | <b>23.88</b>      |
| LORETO               | 69,757               | 168                  | 27,731           | 20.54         | <b>39.75</b>      |
| MAYNAS               | 536,423              | 101                  | 14,533           | 17.1          | <b>2.71</b>       |
| CONTAMANA            | 64,470               | 35                   | 9,168            | 6.63          | <b>14.22</b>      |
| RAMON CASTILLA       | 47,100               | 56                   | 6,543            | 20.53         | <b>13.89</b>      |
| REQUENA              | 63,875               | 29                   | 5,250            | 5.66          | <b>8.22</b>       |

Para efectos comparativos se han incluido los indicadores del Departamento de Lima, en general se observa que Loreto se encuentra entre los departamentos con IDH bajo, donde los pobladores tienen una esperanza de vida de hasta once años menos que en Lima, una tasa de analfabetismo entre 6.9% y 22%, con el 15,7% a 26,4% de población en edad escolar que no asiste a centros educativos; donde entre el 7,7% al 22% que no alcanza el nivel de logro educativo. Maynas presenta mejores indicadores, mientras que los más graves se encuentran en la nueva provincia de Datém del Marañón.

Tabla 3

## Índice de desarrollo Humano. Loreto

| Departamento            | Provincia | Índice de Desarrollo Humano |       | Esperanza de vida al nacer |       | Alfabetismo |       | Escolaridad |       | Logro educativo |       | Ingreso familiar per cápita |       |
|-------------------------|-----------|-----------------------------|-------|----------------------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|-----------------|-------|-----------------------------|-------|
|                         |           | IDH                         | Rank. | años                       | Rank. | %           | Rank. | %           | Rank. | %               | Rank. | N.S. mes                    | Rank. |
| Lima                    |           | 0.7033                      | 1     | 75.8                       | 1     | 97.5        | 1     | 89.2        | 6     | 94.7            | 1     | 687.7                       | 1     |
| Loreto                  |           | 0.5660                      | 16    | 68.1                       | 18    | 93.1        | 9     | 81.3        | 18    | 89.1            | 11    | 215.7                       | 18    |
| Maynas                  |           | 0.5880                      | 55    | 69.1                       | 81    | 96.3        | 10    | 84.3        | 111   | 92.3            | 27    | 253.9                       | 79    |
| Alto Amazonas           |           | 0.5463                      | 108   | 67.1                       | 116   | 88.4        | 86    | 78.9        | 145   | 85.2            | 98    | 210.1                       | 127   |
| Loreto                  |           | 0.5353                      | 123   | 66.5                       | 134   | 87.7        | 92    | 79.0        | 143   | 84.8            | 102   | 172.7                       | 174   |
| Mariscal Ramón Castilla |           | 0.5444                      | 112   | 69.5                       | 72    | 86.6        | 97    | 74.8        | 174   | 82.6            | 132   | 171.1                       | 177   |
| Requena                 |           | 0.5445                      | 111   | 64.4                       | 159   | 93.5        | 39    | 81.9        | 127   | 89.6            | 50    | 201.3                       | 139   |
| Ucayali                 |           | 0.5532                      | 97    | 66.6                       | 129   | 94.1        | 30    | 78.4        | 148   | 88.8            | 56    | 194.6                       | 151   |
| Datém del Marañón       |           | 0.4991                      | 176   | 65.6                       | 146   | 78.0        | 153   | 73.6        | 179   | 76.5            | 174   | 150.9                       | 182   |

Base: 24 Departamentos, 196 Provincias y 1,832 Distritos.

Fuente: Informe Sobre Desarrollo Humano / Perú 2006. PNUD Perú.

En el 2006, FONCODES presentó un nuevo Mapa de Pobreza, en el cual se reiteran las grandes brechas sociales que existen en el departamento, mientras que el distrito capital tiene menores carencias, Datém del Marañón, Mcal. Ramón Castilla y Loreto, son capitales provinciales con mayores carencias, donde más de 75% de la población no tiene acceso a agua potable y más del 60% no cuenta con servicio de electricidad. Nótese las grandes diferencias en cuanto a tasa de analfabetismo de mujeres y la tasa de desnutrición.

**Tabla 4**  
**MAPA DE POBREZA SEGÚN CAPITAL DE PROVINCIA**  
**DEPARTAMENTO DE LORETO – FONCODES 2006**  
**LORETO: NUEVO MAPA DE POBREZA DISTRITAL DE FONCODES, 2006**

| Provincia               | Distrito       | Población 2005 | Índice de carencias 1/ | Quintil del índice de carencias 2/ | % de la población sin: |                |           | Tasa analfab. Mujeres | % niños de 0-12 años | Tasa de desnutric. 2005 |
|-------------------------|----------------|----------------|------------------------|------------------------------------|------------------------|----------------|-----------|-----------------------|----------------------|-------------------------|
|                         |                |                |                        |                                    | agua                   | Desag./letrín. | electric. |                       |                      |                         |
| MAYNAS                  | IQUITOS        | 157,529        | 0.0731                 | 3                                  | 14%                    | 10%            | 10%       | 2%                    | 25%                  | 14%                     |
| ALTO AMAZONAS           | YURIMAGUAS     | 61,968         | 0.4560                 | 2                                  | 51%                    | 40%            | 46%       | 9%                    | 34%                  | 24%                     |
| LORETO                  | NAUTA          | 29,859         | 0.6444                 | 1                                  | 77%                    | 32%            | 69%       | 10%                   | 36%                  | 30%                     |
| MARISCAL RAMON CASTILLA | RAMON CASTILLA | 18,146         | 0.6791                 | 1                                  | 76%                    | 35%            | 67%       | 18%                   | 37%                  | 28%                     |
| REQUENA                 | REQUENA        | 26,969         | 0.4900                 | 2                                  | 69%                    | 25%            | 45%       | 8%                    | 36%                  | 28%                     |
| UCAYALI                 | CONTAMANA      | 21,873         | 0.5395                 | 2                                  | 67%                    | 35%            | 51%       | 7%                    | 34%                  | 32%                     |
| DATEM DEL MARAÑÓN       | BARRANCA       | 11,267         | 0.7901                 | 1                                  | 100%                   | 54%            | 57%       | 16%                   | 40%                  | 15%                     |

1/: Es un valor entre 0 y 1. Este índice es obtenido mediante el análisis factorial por el método de las componentes principales

2/: Quintiles ponderados por la población, donde el 1=Más pobre y el 5=Menos pobre

Fuentes: Censo de Población y Vivienda del 2005 - INEI, III Censo de Talla Escolar de 2005 - MINEDU

## Aspectos Productivos

Las actividades productivas en Loreto son de tipo primaria y escasa rentabilidad, originada por la práctica de una agricultura tradicional, la baja productividad de las especies cultivadas; la extracción forestal selectiva; con escasos sistemas de reforestación y de manejo de bosques; la industria se encuentra poco desarrollada y las existentes con serias limitaciones para su expansión, con sobre-costos de producción por transporte, demanda de energía, materia prima y la falta de tratamiento diferencial a la inversión privada. A continuación se presenta una breve caracterización de las principales actividades:

La actividad petrolera, desarrollada como enclave económico, representa más del 46% del producto bruto interno regional y constituye el 64% de la producción nacional de petróleo. A fines de 2006 el gobierno nacional anunció el descubrimiento de 300 millones de barriles en la cuenca alta del Napo y Putumayo de petróleo en los lotes 67 y 39. Este hallazgo conllevaría a la construcción de un oleoducto de 400 kilómetros de largo, que se empalmará con el oleoducto Nor peruano, una planta de refinación de petróleo y la perforación de 117 pozos, todo ello con una inversión de 1,000 millones de dólares. El incremento de la producción de crudo en la Región Loreto significará también un incremento significativo (2 a 3 veces más) del monto actual que se recibe por concepto de canon petrolero..

En Iquitos se encuentra una refinería para derivados del petróleo, que tiene entre sus principales productos al petróleo industrial, gasolina de 84 octanos y otros derivados. La Región Loreto recibe un canon por la explotación del petróleo, que se distribuye al Gobierno Regional (52%), municipalidades provinciales y distritales (40%), universidad (5%) e IIAP (2%). Los recursos recibidos en las últimas dos décadas ascienden más de 1,000 millones de dólares, que constituyen una importante inyección de recursos para inversiones en infraestructura económica y social.

Los suelos de la región, en términos generales, se caracterizan por su baja fertilidad, especialmente los llamados de altura, que son generalmente ácidos. La extensión superficial deforestada en la Región de Loreto alcanza la impresionante cifra de 1'033,437 ha; de las cuales un 70% son ahora bosques secundarios denominados purmas, es decir una vegetación enmarañada de poco valor económico que necesita ser manejada con sistemas silviculturales para favorecer el crecimiento de las especies forestales valiosas. El otro 30% de áreas deforestadas están totalmente desprotegidas, denudadas o cubiertas con gramíneas no forrajeras o helechos indicadores de acidificación y empobrecimiento de los suelos.

La fauna íctica de la cuenca amazónica es considerada la más rica del planeta, cuyo potencial hidrobiológico cuenta con una biomasa de más de 748 especies identificadas, la que actualmente es explotada de manera artesanal para autoabastecimiento y comercialización, existiendo también la pesca de uso ornamental, que generalmente se realiza con aparejos simples de pesca y cuyo principal destino es la exportación. La fauna acuática contiene alrededor de 697 especies, que desarrollan su bioreproducción, aprovechando las áreas inundables, donde se propicia la dispersión, así como su alimentación y reproducción.

Según el Potencial de Recursos Forestales los tipos de bosques, se estiman en aproximadamente 2,500 millones de m<sup>3</sup>, de los cuales el 25% corresponde a un volumen maderable comercial. Los bosques de producción están conformados por tierras aptas para uso comercial, ubicadas entre los 180 a 320 msnm. El 67.29% de la superficie regional son calificados como bosques de producción..

La transitabilidad en la región se realiza principalmente por los numerosos ríos que atraviesan su territorio, todos forman parte del sistema hidrográfico del Amazonas, y la gran mayoría son navegables. El servicio de transportes es sumamente deficiente en cuanto a la calidad del servicio y frecuencia de rutas, por lo que para maovilizarse se requiere de vehículos fluviales particular con un alto costo de los combustibles. Las principales cuencas son: Amazonas, Ucayali, Marañón, Huallaga, Napo, Putumayo y Yavarí.

La Región tiene el mayor nivel de aislamiento respecto al sistema vial, energético y de comunicaciones, debido a su ubicación geográfica. Al interior de la región existen sólo dos ejes viales, la carretera Iquitos-Nauta, que articula a la capital del departamento con la capital de la provincia de Loreto (99,5 Km) y la carretera Yurimaguas-Tarapoto, en construcción (135 Km). En cuanto al transporte aéreo, Iquitos cuenta con un Aeropuerto Internacional, y aeropuertos locales con capa asfáltica en Yurimaguas, Caballococha, El Estrecho y Güepí; también existen aeródromos afirmados en San Lorenzo, Requena, Contamana y Requena. Para el transporte fluvial, Iquitos cuenta con un muelle fluvial con capacidad para recibir naves marítimas, además existen pequeños puertos en Yurimaguas, Punchana, San Pablo y Mazán.

En cuanto a las comunicaciones, cuentan con servicio de telefonía domiciliaria las capitales provinciales, en las capitales distritales y pueblos principales sólo hay unidades de servicio comunitario. El servicio de internet se encuentra circunscrito a Iquitos, Yurimaguas y Caballococha; así como algunas capitales distritales que por iniciativa de las municipalidades han instalado el servicio (El Estrecho e Islandia).

### **Aspectos de Educación y Salud**

En el aspecto nutricional, el III Censo Nacional de Talla en Escolares de 6 a 9 años, presenta resultados dramáticos que reflejan las profundas desigualdades del país, en general se aprecia que esta ha disminuido, sin embargo persiste una gran brecha entre las zonas más desarrolladas y las de menor nivel de desarrollo relativo; así tenemos que la desnutrición en estas zonas es en promedio cerca de cinco veces mayor que en Lima Metropolitana. Sin embargo cuando se observan los datos a nivel más desagregado, la situación es mucho más grave pues en distritos como Balsapuerto, Jeberos, Pastaza, Morona y Trompeteros, la desnutrición afecta a más del 40% de los niños en edades de 6 a 9 años; lo que configura una pérdida de capacidades y oportunidades para la superación de la pobreza por parte de estas familias.

Tabla 5

**TASA DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN ESCOLARES DE 6 A 9 AÑOS  
LORETO POR PROVINCIAS 2006**

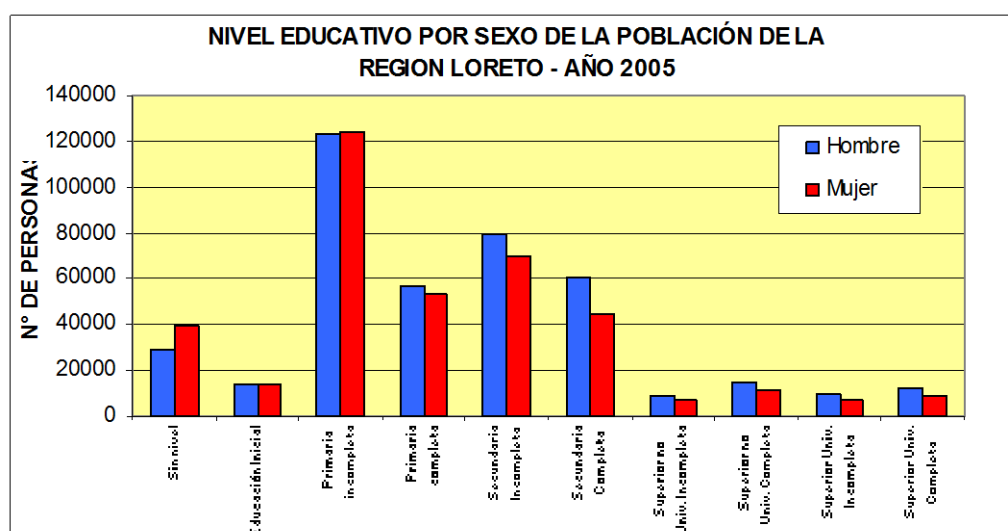
| Departamento            | Provincia | 1999                                    |                                   |                              | 2006                                    |                                   |                              |
|-------------------------|-----------|---|-----------------------------------|------------------------------|---|-----------------------------------|------------------------------|
|                         |           | N° niños tallados de 6 a 9 años de edad | N° niños con desnutrición crónica | Tasa de desnutrición crónica | N° niños tallados de 6 a 9 años de edad | N° niños con desnutrición crónica | Tasa de desnutrición crónica |
| Perú                    |           | 2,059,426                               | 574,314                           | 27.9%                        | 1,934,652                               | 423,049                           | 21.9%                        |
| Lima Metropolitana      |           | 419,944                                 | 37,775                            | 9.0%                         | 414,212                                 | 26,417                            | 6.4%                         |
| Loreto                  |           | 88,049                                  | 31,603                            | 35.9%                        | 72,762                                  | 19,610                            | 27.0%                        |
| Maynas                  |           | 45,627                                  | 15,880                            | 34.8%                        | 35,534                                  | 8,043                             | 22.6%                        |
| Alto Amazonas           |           | 11,347                                  | 4,500                             | 39.7%                        | 10,046                                  | 3,063                             | 30.5%                        |
| Loreto                  |           | 7,047                                   | 2,826                             | 40.1%                        | 5,749                                   | 1,911                             | 33.2%                        |
| Mariscal Ramón Castilla |           | 5,169                                   | 2,012                             | 38.9%                        | 5,025                                   | 1,587                             | 31.6%                        |
| Requena                 |           | 7,519                                   | 2,718                             | 36.1%                        | 6,464                                   | 1,929                             | 29.8%                        |
| Ucayali                 |           | 7,158                                   | 2,804                             | 39.2%                        | 6,927                                   | 1,834                             | 26.5%                        |
| Datém del Marañón       |           | 4,182                                   | 1,735                             | 41.5%                        | 3,647                                   | 1,243                             | 34.1%                        |

Fuente: Resultados Preliminares III Censo Nacional de Talla en Escolares 2005 a Nivel de Distritos. Edudatos N° 4 Set. 2006. MINED.

A continuación se presenta una síntesis de los resultados del Censo Nacional realizado el 2005 correspondientes al Departamento de Loreto, que describen algunos otros aspectos importantes a tomar en cuenta para la definición de objetivos y actividad en el presente proyecto:

- La tasa de crecimiento intercensal en el departamento de Loreto ha disminuido significativamente de 3,0% en el período 1981-1993 a 1,8% en el período 1993-2005. La tendencia anterior al último censo era como sigue: 1940-1961 0,4%; 1961-1971 2,3%; 1972-1981 2,6%. Sin embargo la ciudad de Iquitos muestra el segundo mayor crecimiento en el período 1993-2005 con 2,2%, sólo inferior a Pucallpa (3,1%) y mayor que Lima (1,7%) y Arequipa y Trujillo (2,0% ambos).
- La distribución de la población según lugar de residencia es 63% urbana y 37% rural. En 1961 esta distribución era inversa, es decir, 36,8% era urbana y 63,2% rural.
- La estructura de la población según grupos de edades en los censos 1981 y 2005 ha variado, como sigue: 0-14 años de 46,0% a 39,3%; 15-64 años de 50,8% a 57,1%; 65 y más de 2,3% a 3,7%; respectivamente. Es decir la población menor de 14 años ha reducido su participación porcentual, mientras que en los otros dos parámetros la población se ha incrementado relativamente.
- El nivel de educación de la población de 15 y más años es como sigue: sin nivel/inicial 4,4%; Primaria 38,5%; Secundaria 43,9 y Superior 13,2%. En el gráfico N° 1 se observa las variaciones de este dato a nivel desagregado por sexo.

Gráfico 1



- La tasa de asistencia escolar entre los años 2001 y 2005 es la siguiente: Educación Primaria (6 a 11 años) 93,0 (2001) y 85,7 (2005); Educación Secundaria 12-16 años 48,2 (2001) y 57,7 (2005). En primaria existe un retroceso y en secundaria se ha incrementado la asistencia (ENAH0).
- La tasa de analfabetismo de la población de 15 y más años se mantiene en un invariable 7%, desde el 2001 (ENAH0 2005).
- Respecto a los tipos de vivienda, 76% son independientes y 21% chozas. De ellas 36.96% carecen de servicio higiénico o usa un río o acequia, y sólo el 26.7% de la población tiene una sistema de excretas conectadas a una red pública. El acceso a servicios básicos de la vivienda, 2001 y 2005 (%), es como sigue: Vivienda con agua por red pública de 25,2 a 31,2; Vivienda con red pública de alcantarillado de 24,1 a 36,6; Vivienda con alumbrado eléctrico de 59,2 a 55,5. ENAH0.

Con la información del CENSO 2005, se ha elaborado un nuevo cuadro de distribución de la población por ciclo de vida, esta información es importante, no solo para planificar la oferta de servicios, sino para reconocer la presencia de conductas y estilos de vida particulares que no se encuentran en aquellos grupos de población prioritarios y/o vulnerables.

**Tabla 6**  
**POBLACIÓN POR CICLO DE VIDA EN EL DEPARTAMENTO DE LORETO.2005**

| PROVINCIA               | TOTAL          | NIÑO<br>(0 a 9 Años) | ADOLESCENTES<br>(10 a 19 años) | ADULTO<br>(20 a 59 años) | ADULTO<br>MAYOR<br>(60 a más) |
|-------------------------|----------------|----------------------|--------------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| <b>REGION LORETO</b>    | <b>884,144</b> | <b>226,519</b>       | <b>220,698</b>                 | <b>388,508</b>           | <b>48,419</b>                 |
|                         |                | <b>26%</b>           | <b>25%</b>                     | <b>44%</b>               | <b>5%</b>                     |
| MAYNAS                  | 488,359        | 110,967              | 119,001                        | 229,252                  | 29,139                        |
| ALTO AMAZONAS           | 101,996        | 28,519               | 25,488                         | 42,835                   | 5,154                         |
| LORETO                  | 63,515         | 18,986               | 16,704                         | 24,807                   | 3,018                         |
| MARISCAL RAMON CASTILLA | 55,294         | 15,838               | 14,336                         | 22,338                   | 2,782                         |
| REQUENA                 | 67,927         | 19,013               | 17,816                         | 27,233                   | 3,865                         |
| UCAYALI                 | 57,669         | 16,031               | 14,761                         | 23,734                   | 3,143                         |
| DATEM DEL MARAÑÓN       | 49,384         | 17,165               | 12,592                         | 18,309                   | 1,318                         |

Fuente: INEI - Estimaciones a partir del CENSO 2005

Para efectos de mayor información oficial, es relevante presentar un resumen del Análisis de Situación de Salud en la Región Loreto 2005, elaborado por la DIRESA Loreto en Junio 2006, como información general a ser considerada en el estudio de línea de base:

- La tasa bruta de natalidad 2002-2005 se ha mantenido constante en 30 por mil habitantes, a nivel nacional este indicador es 22,6 por mil, y tampoco ha tenido variaciones.
- La tasa bruta de mortalidad, desde el año 2003 al 2005, no se ha modificado tanto en la región como en el país, el dato estimado para el país en el 2005 es de 6.2 y para Loreto de 6.5 por 1000 habitantes.
- La Tasa de Mortalidad Infantil ha disminuido tanto en Loreto como en el Perú, de 93.5 y 91.8 x 1000 n.v. en 1981, hasta 49.8 y 43 x 1000 n.v. respectivamente en 1996. Entre el año 2002 y el año 2004 se observa que la T.M.I Nacional es de 33.6 x 1000 n.v y la T.M.I de la Región Loreto es de 39.4 x 1000 n.v. Es decir todavía, se mantiene una brecha de más de 6 x 1000 Nacidos vivos.
- En relación a los casos de EDAs, en el 2006, el grupo más afectado fueron los niños < de 1 año (144%), seguido de los <de 5ª (80%) y un 72% en niños de 5-9ª. Evidenciando que la transmisión se dio a nivel intradomiciliario. En IRAs la situación es similar siendo los < de 1ª los más afectados por ser el grupo más vulnerable a estas infecciones.
- En el Seguro Integral de Salud, en el 2006, se atendieron 687,763 casos de 617,946 afiliaciones. Además se acreditaron Comunidades Indígenas que permitirá afiliar y atender a 101,288 pobladores indígenas. También se acreditaron 1,885 Agentes Comunitarios de Salud quienes gozarán de los beneficios del Seguro Integral de Salud. Se implementaron con 5 hidro-ambulancias a Micro Redes, 12 chalupas de aluminio a la Micro Red Putumayo y equipamiento con 261 tallímetros de 3 cuerpos y balanzas de reloj en convenio con UNICEF.
- En vacunaciones, en el 2006 se alcanzó una cobertura de 81% de niños protegidos con Pentavalente; y 83% de niños protegidos con SPR.
- Los resultados del Sistema de Información del Estado Nutricional correspondientes al 2006 son:

En niños menores de 5 años:

|         | Desn. Aguda | Desn. Crónica | Desn. Global | Sobrepeso | Obesidad |
|---------|-------------|---------------|--------------|-----------|----------|
| <5 años | 4.19%       | 25.42%        | 17.19%       | 3.25%     | 0.97%    |

- Los casos nuevos reportados en el 2006 fueron 1009, siendo TBCP 923 (91.5%) y TBCEP (8.5%) la morbilidad es de 1118 representando los casos nuevos 90.3% (1009) y los antes tratados 9.7% (109). Para ese año se reportaron 35 fallecidos de estos el 60% con asociación a VIH, 25% a Diabetes y 15% con desnutrición, anemia, insuficiencia respiratoria. La tasa de letalidad fue de 3.1.
- En el 2006 los casos de Malaria fueron 50,907 casos, en toda la Región; de los cuales 46,418 casos tuvieron diagnóstico de laboratorio (positivos), de estos 37,781 corresponden a Plasmodium vivax y 8,489 a P. falciparum. y 4,489 casos fueron diagnosticados como probables.
- En los diferentes establecimientos de la región Loreto durante el año 2006 se han atendido 27,642 gestantes de las cuales el 29.1% son adolescentes. Asimismo del total de gestantes adolescentes el 7.1% es menor de 14 años.

- En el 2006 la cobertura de control prenatal y parto institucional se ha incrementado 18,958 y 17,788 respecto al 2005 que alcanzó 17,778 y 16,680 atenciones, respectivamente.
- Durante el año 2006 se ha logrado proteger con Métodos Modernos a 45,856 parejas alcanzado una cobertura de 95.73%. En ese año número de parejas protegidas por todos los métodos llegó a 47,015 cifra mayor que en los últimos cuatro años.
- Otros indicadores de salud:
  - Tasa de Mortalidad en Niños 5 – 9 años: 62 x mil.
  - Neumonía en niños menores de 6 años 38,9%.
  - Control prenatal por profesional de salud: urbana 79%, rural 44%, total 63%.
  - Partos en establecimientos de salud: urbana 64%, rural 11%, total 11%.
- A nivel de comunidades indígenas los indicadores de salud tienen un carácter crítico y requieren de urgente atención, se presentan datos de las principales:

Tabla 7

## DATOS DE SALUD Y EDUCACIÓN DE COMUNIDADES INDÍGENAS

AÑO 1993

| INDICADORES  | ACHUAL | AGUARUNA | CHAYAHUITA | COCAMA<br>COCAMILLA | QUICHUA |
|--|--------|----------|------------|---------------------|---------|
| TMI X 1,000  | 139.0  | 148.0    | 125.0      | 142.0               | 114.0   |
| Tasa de Fecundidad   | 9,7    | 10.8     | 9.0        | 10.2                | 11.0    |
| Tasa de Analfabetismo  |        |          |            |                     |         |
| 12 - 14 años   | 19.0   | 14.0     | 14.0       |                     | 11.0    |
| 15 - 17 años   | 32.0   | 15.0     | 29.0       |                     | 10.0    |
| Fuente: Censo de CCNN 1993 - INEI. / ASIS-2005-DIRESA LORETO |        |          |            |                     |         |

- La fecundidad ha experimentado cambios en el departamento de Loreto, la TGF tiende a la disminución, mientras que la fecundidad en adolescentes presenta una proporción “peligrosamente” alta respecto al país. En Loreto un poco más de la cuarta parte de adolescentes entre 15 a 19 años ya son madres, y la tercera parte de ellas tuvo alguna vez un embarazo, valores muy por encima del promedio del país, incluso de la región natural selva.

Tabla 8

**FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS  
LORETO AÑO 2000**

| <b>Característica</b> | <b>Ya son madres</b> | <b>Están embarazadas con el primer hijo</b> | <b>Total alguna vez embarazadas</b> |
|-----------------------|----------------------|---|-------------------------------------|
| País                  | 10.7                 | 2.3   | 13.0                                |
| Urbana                | 6.9                  | 2.2   | 9.2                                 |
| Rural                 | 19.2                 | 2.5   | 21.7                                |
| <b>Loreto</b>         | <b>26.6</b>          | <b>7.8</b>                                  | <b>34.4</b>                         |
| Lima Metropolitana    | 5.7                  | 2.4   | 8.1                                 |
| Resto Costa           | 7.5                  | 1.8   | 9.3                                 |
| Sierra                | 13.5                 | 2.0   | 15.5                                |
| Selva                 | 21.5                 | 4.1   | 25.7                                |

Fuente: INEI – ENDES 2000.

- Según ENDES-2005, la TGF en Loreto es de 4.3 hijos por mujer, mientras que en el país el indicador es de 2.9 hijos por mujer como promedio.
- La Malaria constituye uno de los principales problemas de Salud Pública en Loreto, que involucra más del 80% del territorio. El 59% del total de casos de malaria del país son reportados por la DIRESA Loreto; siendo la especie predominante el p. Vivax con 67%.

Debido a gran extensión de la región, a la gran dispersión de su población y su poca accesibilidad el sistema de salud no cubre adecuadamente las necesidades de la población en la región. La Oficina General de Estadística e Informática menciona que para el año 2004 solo existían 156 médicos y 135 enfermeras en la región, pero alrededor de 1200 técnicos, auxiliares y asistentes. La región cuenta con 5 hospitales, de los cuales 4 están localizados en Iquitos (dos del MINSA, uno de las Fuerzas Armadas y uno de ESSALUD), el otro hospital esta situado en Yurimaguas.

Adicionalmente cuenta con más de 50 centros de salud y más de 250 puestos de salud. La cobertura de partos institucionalizados es de alrededor del 50%, siendo el promedio nacional de 58%. Para el año 2005, 51.6% de las mujeres cumplieron con sus controles prenatales, muy por debajo del promedio nacional que estaba al rededor 70%.

En el aspecto nutricional, el III Censo Nacional de Talla en Escolares de 6 a 9 años, presenta resultados dramáticos, que reflejan las profundas desigualdades del país, en general se aprecia que estos han disminuido, sin embargo persiste una gran brecha entre las zonas más desarrolladas y las de menor nivel de desarrollo relativo; así tenemos que la desnutrición en niños de dicha edad es en promedio cerca de cinco veces mayor que en Lima Metropolitana.

Sin embargo cuando se observan los datos a nivel más desagregado, la situación es mucho más grave pues en distritos como Balsapuerto, Jeberos, Pastaza, Morona y Trompeteros, la desnutrición afecta a más del 40% de los niños en edades de 6 a 9 años; lo que configura una pérdida de capacidades y oportunidades para la superación de la pobreza por parte de estas familias.

## **2.2 Situación, magnitud y evolución de la epidemia de VIH/Sida en la Región Loreto**

Para fines del 2006 se estimó que en el mundo existían 39.5 millones de personas viviendo con el VIH, de los cuales 37.2 millones son adultos, 17.7 millones mujeres y 2.3 millones menores de 15 años. En América Latina se estima que existe 1.7 millones de personas infectadas con VIH, con 140,000 nuevas infecciones calculadas en el 2006 y 65,000 muertes por SIDA en el mismo periodo.

En nuestro país, 19828 personas han desarrollado la fase SIDA desde 1983, año en que se diagnosticó al primer caso, hasta Mayo del 2007. Adicionalmente, según cálculos de la Oficina General de Epidemiología, podrían agregarse entre 5,000 y 10,000 personas que también desarrollaron inmunodeficiencia, y que nunca fueron notificadas al Ministerio de Salud.

Estas cifras sumadas a más de 60,000 personas que permanecen como portadores asintomáticos (cifra obtenida de estudios de vigilancia centinela 1998-2000), con promedio anual de 0,35% y que desconocen de su situación, determina una cifra aproximada mayor a 76,000 peruanos involucrados en la epidemia.

Por otra parte, los diferentes estudios transversales desarrollados en el Perú reportan que la prevalencia de la infección es mayor en algunos grupos poblacionales de Lima, como en los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) hasta alcanzar el 12% (vigilancia centinela 2002 PROCETSS). Esta información indica que la epidemia en el Perú es concentrada, es decir que la prevalencia es mayor del 5% convirtiéndolos en grupos de elevada prevalencia de enfermedades de transmisión sexual y menor del 1% en gestantes. Adicionalmente, la prevalencia de infección por VIH entre trabajadoras sexuales se encuentra entre 1% y 2% en todo el país, constituyendo una de las cifras más bajas en América Latina.

Sin embargo, la relación hombre: mujer que, hacia 1987, alcanzaba una cifra de 27 varones por una mujer infectada, a finales de 2002, se situó en 3,2 varones por una mujer infectada, lo que confirma la mayor vulnerabilidad biológica y social de la población femenina y la pertinencia de un enfoque de género en el análisis de las tendencias de la epidemia en el mediano plazo<sup>2</sup>.

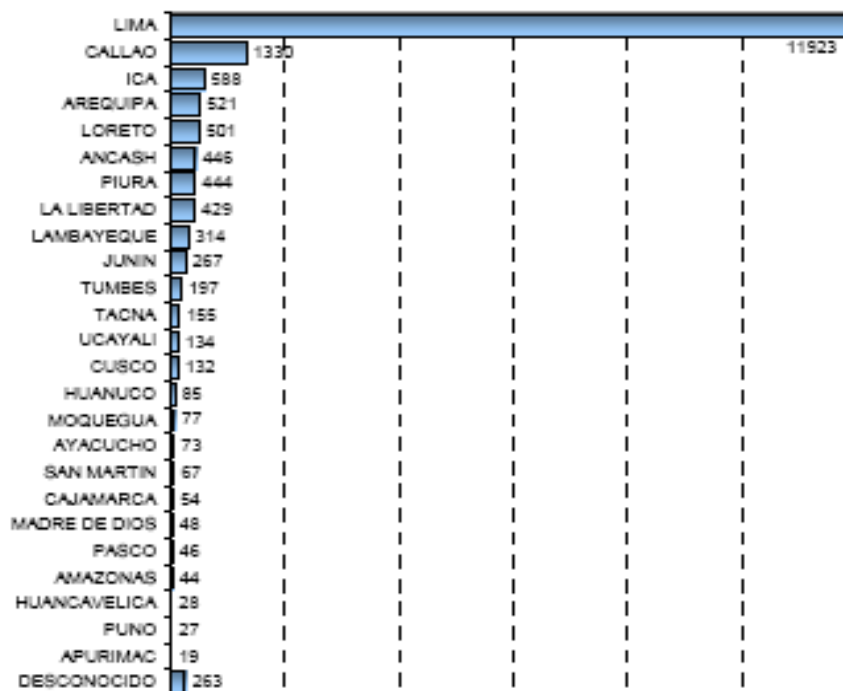
Por extraño que aparezca, los HSH parecen desempeñar un papel importante en la creciente “feminización” de la epidemia: algunas investigaciones recientes han demostrado que una gran proporción de los HSH también tienen relaciones sexuales con mujeres.

Hasta Junio 2007, Loreto era la cuarta región mas afectada con el VIH, ya que ha reportado 566 casos de SIDA desde el inicio de la epidemia. El primer caso fue reportado en 1989, para 1997 ya se reportaban casos en 10 distritos de la región y en el 2004 eran 17 los distritos reportantes. A nivel de provincias, la mayoría de los casos reportados se encuentran en Maynas (87.5%), seguida de la provincia de Alto Amazonas; a nivel de distritos el 85.5% de casos son reportados en tres distritos, ocupando el primer lugar Iquitos (429), seguido de Yurimaguas (26) y Punchana (25)

---

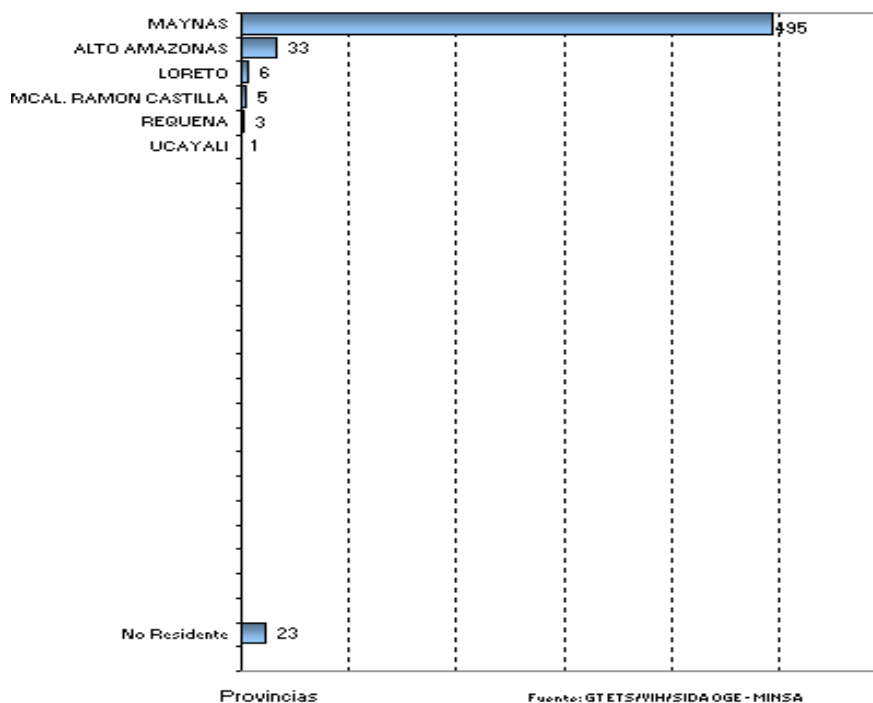
<sup>2</sup> “Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú” Presentado al Fondo Mundial en setiembre 2002

**Gráfico 2**  
**Casos de SIDA notificados por departamento, Perú, 1983 – 2006.**



Fuente: GT ETS/VIH/SIDA OGE - MINSA

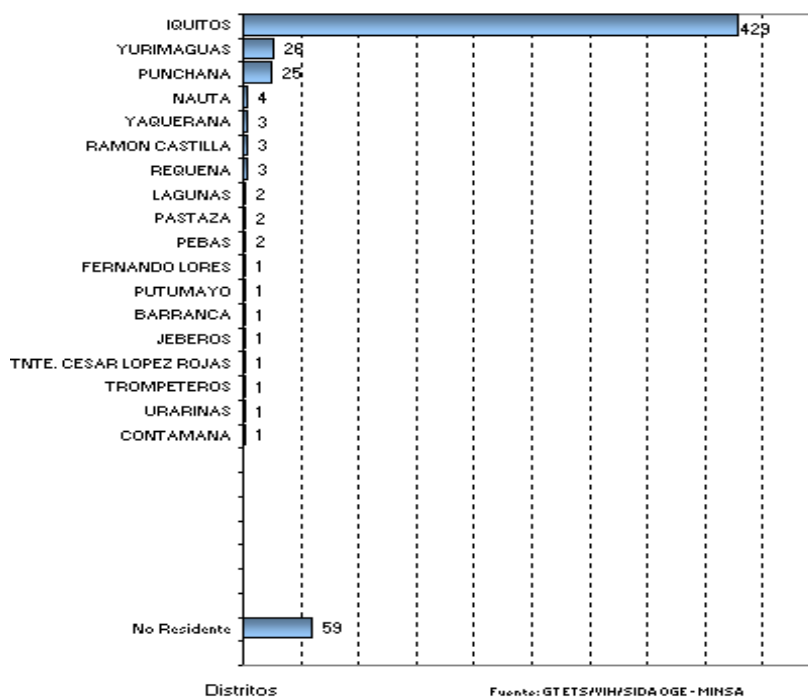
**Gráfico 3**  
**SIDA: CASOS ACUMULADOS LORETO, 1983-2007**



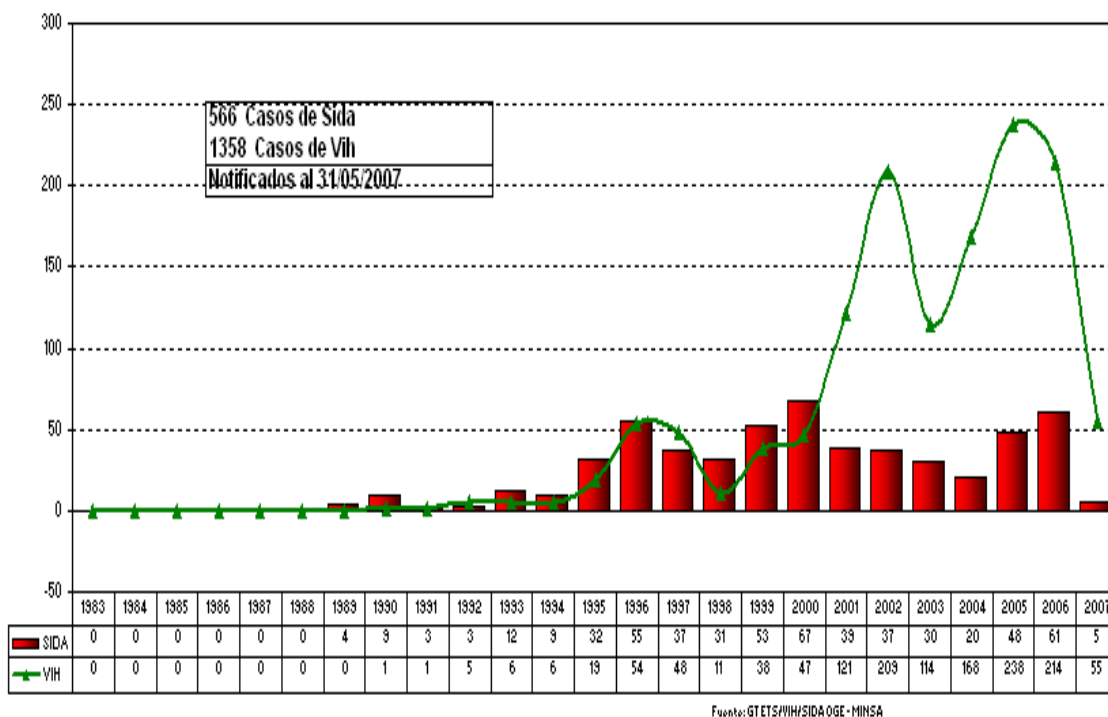
Fuente: GT ETS/VIH/SIDA OGE - MINSA

**Gráfico 4**

**SIDA: CASOS ACUMULADOS LORETO, 1983-2007**



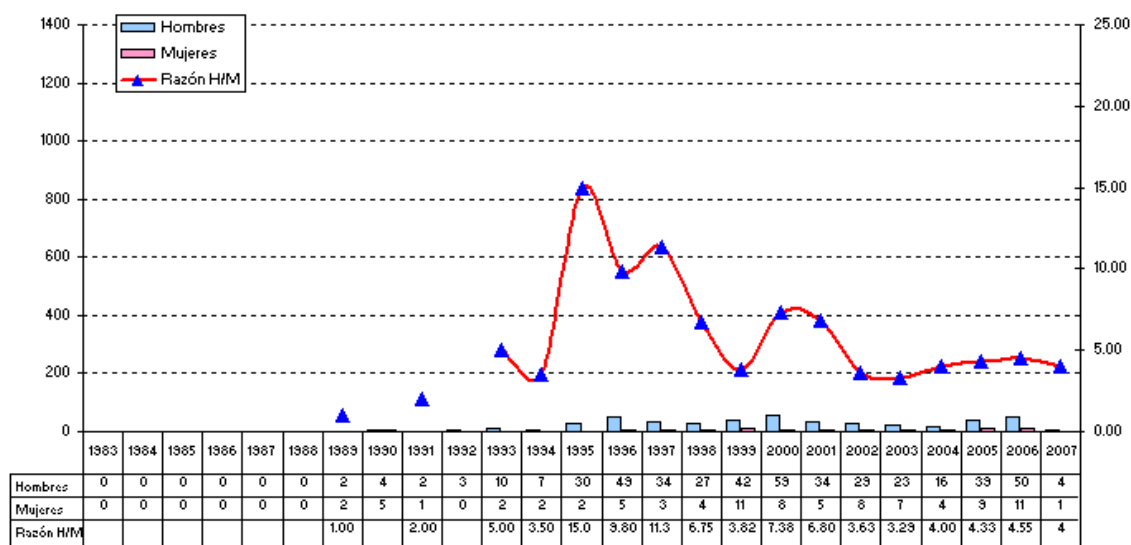
**Casos de Sida notificados por Año departamento de Loreto 1983- 2007**



El modo de transmisión es semejante al visto en el resto del país, transmisión sexual. En donde ésta es responsable del 93% de los casos reportados de SIDA

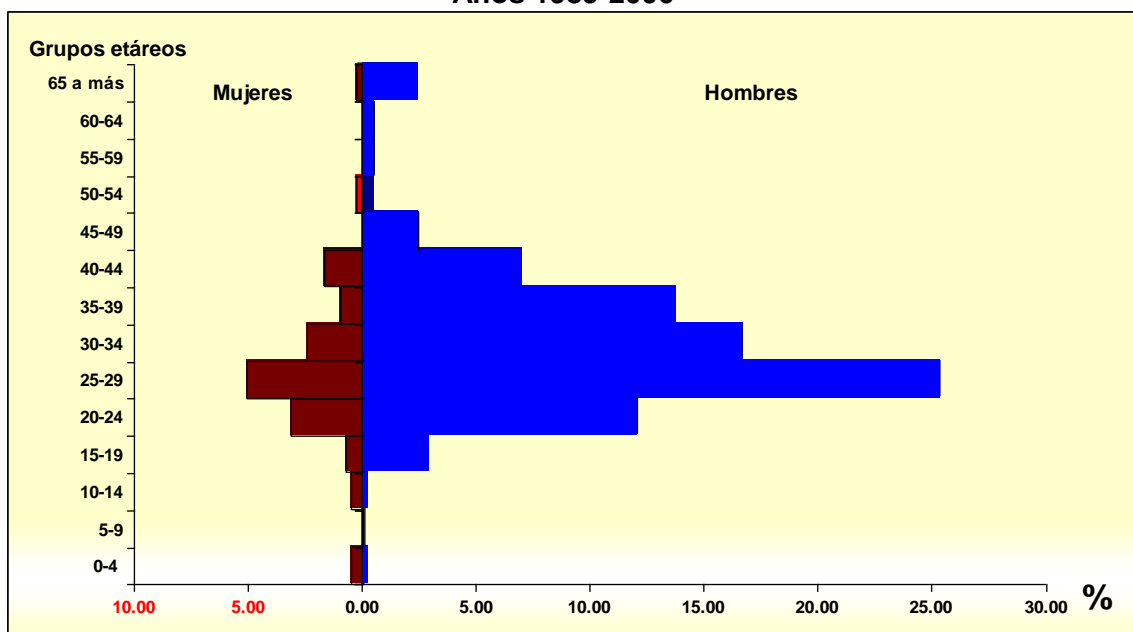
Por otro lado, el perfil de la epidemia entre los hombres y las mujeres no ha mostrado cambios importantes en la Región en la medida que hasta el 2006, el 86% de los casos eran de sexo masculino y la razón hombre mujer al 2006 era de 4:1

**Gráfico 6**  
**Evolución de la razón Hombre/ Mujer**  
**Casos de Sida: 1983-2007**



Al evaluar los casos de SIDA de acuerdo a edad y sexo, podemos apreciar que la mayoría de casos se concentra entre jóvenes y adultos jóvenes en edad productiva: 20 a 39 años de edad, mostrando nuevamente que los hombres son los más afectados en comparación que las mujeres. (Ver gráfico 7)

**Gráfico 7**  
**Casos de Sida según Grupos Etéreos y Sexo. Región Loreto**  
**Años 1989-2006**



Fuente: Dirección de Epidemiología-DISA Loreto

Al evaluar las vías de transmisión sexual, parenteral y vertical, se evidencia que la transmisión de la epidemia en la Región Loreto es casi exclusivamente sexual (93%). La transmisión Perinatal: el 1% y desconocida en 6%. Las relaciones sexuales no protegidas son la mas importante forma de exposición en la Región Loreto.

### 2.2.1. Estudios de Vigilancia Centinela

Los estudios de vigilancia nos entregan información más representativa de la situación regional comparada con la notificación de casos y permiten evaluar tendencias y comportamiento de la epidemia. Aunque cuentan con menor rigor metodológico que los estudios de prevalencia, brindan valiosa información para mejorar la eficacia de la prevención y control en los sistemas de salud.

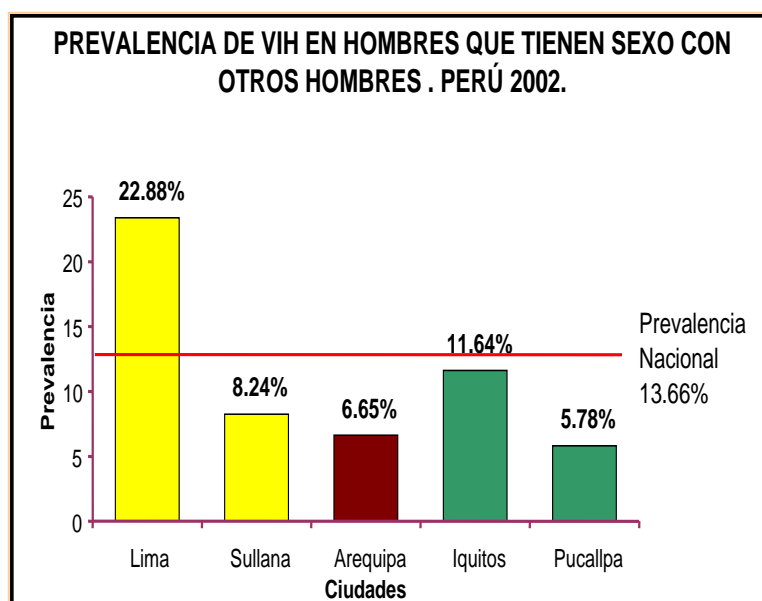
La vigilancia centinela se desarrolla en los grupos poblacionales específicos: gestantes usuarios de los servicios de control prenatal, hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y en Trabajadoras sexuales (TS).

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

Diversos estudios epidemiológicos concuerdan que la epidemia en la región Loreto está concentrada en población de HSH, puesto que la prevalencia de VIH es consistentemente mayor de 5% en esta población.

La vigilancia centinela del año 2002 fue desarrollada por la OGE e IMPACTA en una población de 3,635 HSH de las ciudades de Lima, Piura, Iquitos, Arequipa y Pucallpa. Esta vigilancia, no representativa de la situación nacional, encontró una prevalencia nacional de VIH de 13,66%. La vigilancia centinela en HSH arrojó una prevalencia de 11.6% en la ciudad de Iquitos. (Ver gráfico 8).

**Gráfico 8**



### 2.2.1.2 Vigilancia Centinela en Trabajadoras Sexuales (TS).

Los últimos estudios de vigilancia centinela fueron implementados en el 2002 (OGE-PREVEN) y 2005 (PREVEN).

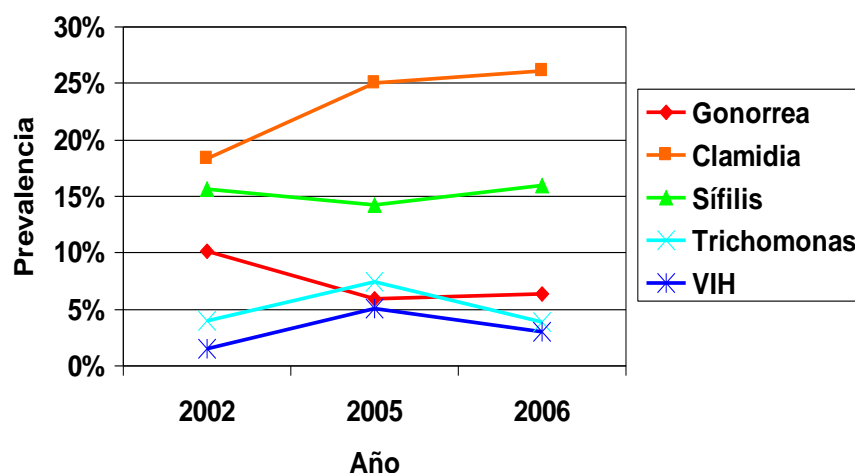
En los estudios de línea de base del 2002 y en la evaluación intermedia del 2005, incluyó 24 ciudades (No incluyo Lima ni Callao): Tumbes, Talara, Sullana, Piura, Iquitos, Cajamarca, Tarapoto, Chimbote, Huaraz, Huanuco, Pucallpa, Barranca, Cerro de Pasco, Huancayo, Cuzco, Ayacucho, Cuzco, Chincha, Ica, Juliaca, Arequipa, Puno, Ilo y Tacna. El reclutamiento de los participantes se realizó en los mismos lugares de comercio sexual. Se aplicó un cuestionario estandarizado para evaluar conductas sexuales y se colectó sangre y muestras vaginales y cervicales con las que se procesaron: RPR (para sífilis), ELISA para VIH (y confirmación según el caso), cultivo para tricomonas, gram para Vaginosis Bacteriana y PCR para Clamidia y Gonorrea. (Ver tabla 9 y Gráfico 9).

**Tabla 9**  
**Prevalencia de VIH y otras ITS en TS, Loreto, 2006\***

| ITS           | Prevalencia |
|---------------|-------------|
| <b>VIH</b>    | <b>2.6%</b> |
| Sífilis       | 15.1%       |
| Clamidiasis   | 26.2%       |
| Gonorrea      | 6.5%        |
| Tricomoniasis | 3.1%        |

\* Preliminar

**Gráfico 9**  
**Evolución de la Prevalencia de VIH y otras ITS en Trabajadoras Sexuales Iquitos 2002- 2006**



Fuente: PREVEN UPCH

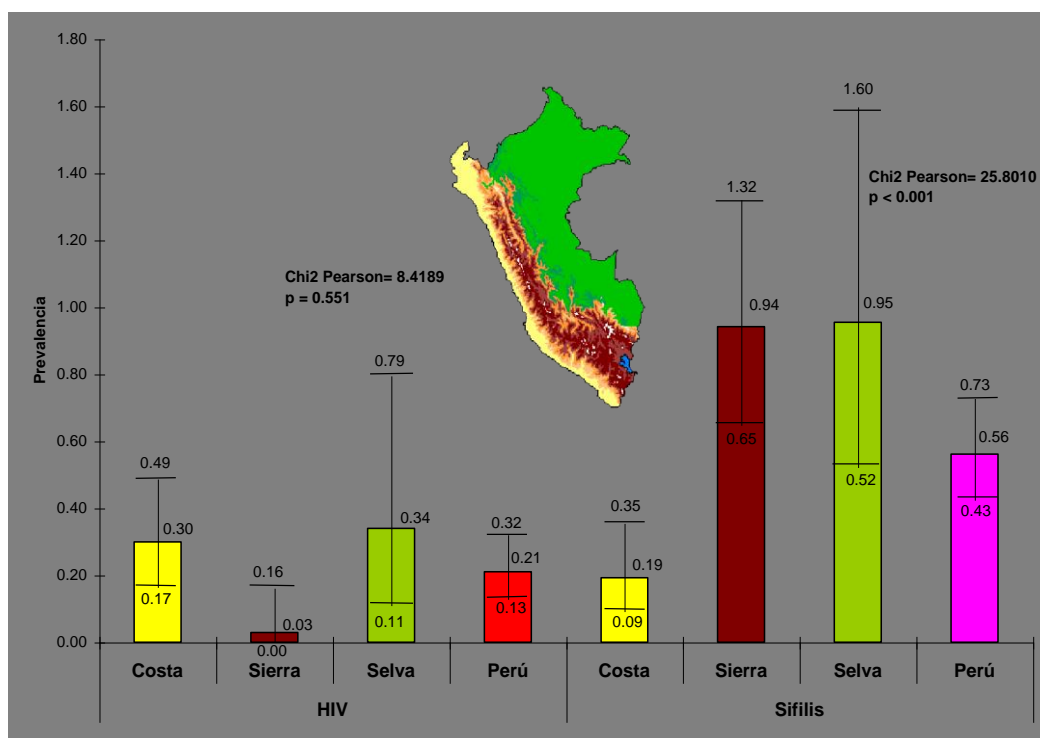
### 2.2.1.3 Vigilancia Centinela en Gestantes

Los estudios de vigilancia centinela en gestantes que acuden a control prenatal se vienen desarrollando desde 1996. La última vigilancia centinela fue realizada en año 2002, en 24 ciudades, por la OGE y la UNMSM, en 10,202 gestantes de entre 15 y 24 años, permitiendo tener resultados ajustados a nivel de regiones.

La prevalencia nacional de VIH encontrada fue: 0.21% (costa: 0.3, sierra: 0.03, selva: 0.34). La prevalencia nacional de ITS encontrada fue: 0.56% (costa: 0.19, sierra: 0.94, selva: 0.95). Ver Gráfico 10. Estas vigilancias permiten evaluar la epidemia en poblaciones de bajo riesgo y evaluar la tendencia en poblaciones similares a la población general. Sin embargo, su información se limita solo a las gestantes que pueden acudir a los servicios de salud.

**Gráfico 10**

**Prevalencia de VIH y Sífilis en gestantes jóvenes  
Según regiones naturales. Perú 2002**



Fuente: Vigilancia de II Generación OGE-INS-DGSP 2002

**La oficina de la ESR PCITS/VIH/SIDA de la DIRESA Loreto**, obtuvo datos de las hojas de monitoreo mensual del año 2006 de hospitales y centros de salud de la región Loreto, obteniendo cifras de tamizajes de mujeres gestantes con una cobertura de 58.2%, registrando a 70 gestantes reactivas, siendo el porcentaje de reactividad para el VIH de 0.46%. Cabe señalar, que la mayoría de pruebas realizadas a las gestantes fueron en base a Pruebas rápidas. Por otro lado, según la edad, el 25.7% de las gestantes reactivas corresponden al grupo etáreo de 10 -19 años de edad. (Ver Tabla 10)

**Tabla 10**  
**Transmisión Vertical-VIH Gestantes según grupo etéreo**  
**Loreto 2006**

| Condición   | DIAGNOSTICADAS |        |        | Total  | %     |
|---|----------------|--------|--------|--------|-------|
|   | 10-19a         |        | 20-49a |        |       |
|   | 10-14a         | 15-19a |        |        |       |
| Nº de gestantes tamizadas para VIH durante el control prenatal con prueba rápida          | 222            | 3760   | 9960   | 13,942 |       |
| Nº de gestantes tamizadas para VIH durante el control prenatal con prueba rápida reactiva | 1              | 10     | 38     | 49     | 0.35% |
| Nº de gestantes tamizadas para VIH durante el control prenatal con prueba Elisa           | 23             | 350    | 894    | 1,267  |       |
| Nº de gestantes tamizadas para VIH durante el control prenatal con prueba Elisa reactiva  | 0              | 7      | 14     | 21     | 1.66% |
| Nº de gestantes tamizadas para VIH durante CPN  | 245            | 4,110  | 10,854 | 15,209 |       |
| Nº de gestantes tamizadas para VIH durante CPN reactivas                                  | 1              | 17     | 52     | 70     | 0.46% |

Fuente: Oficina ESR PCITS/VIH/SIDA DIRESA Loreto 2006

### 2.2.2 Estudios de Prevalencia.

Los resultados del Proyecto PREVEN de la Universidad Peruana Cayetano Heredia del año 2002, muestra el análisis de la situación en las áreas urbanas de Loreto. Los principales hallazgos sobre conducta sexual, de la encuesta de base poblacional realizada en jóvenes de 18 a 29 años, muestran que la edad de inició sexual es de 16 años en promedio, que cerca del 30% de los varones tiene mas de 5 parejas en su vida sexual, 33% tuvo sexo anal con su ultima pareja sexual, 16% de los varones tuvieron sexo con otro hombre alguna vez y cerca de 6% lo tuvieron en el último año, el 4% tuvo sexo no protegido en su relación con otro hombre; entre las mujeres 8% tuvo mas de 5 parejas en su vida y 2% tuvieron sexo a cambio de dinero o regalos (Ver Tablas 11,12 y 13).

**Tabla 11**  
**Resultados Encuesta - Varones**

| <i>Factor</i>                               | <i>Iquitos</i> | <i>Resto del país*</i> | <i>p</i>         |
|---|----------------|------------------------|------------------|
| <b>Edad de inicio sexual (mediana)</b>      | <b>16</b>      | <b>17</b>              | <b>&lt;0.001</b> |
| Más de 5 parejas en la vida                 | 29.7%          | 25.8%                  | 0.180            |
| <b>Tuvo nueva pareja sexual últimos 12m</b> | <b>53.42</b>   | <b>38.24</b>           | <b>&lt;0.001</b> |
| Alguna vez sexo con TS                      | 40.3%          | 36.0%                  | 0.155            |
| Sexo con TS últimos 12m                     | 13.6%          | 15.2%                  | 0.515            |
| Sexo no protegido con TS últimos 12m        | 4.84%          | 3.09%                  | 0.095            |

**Tabla 12**  
**Resultado Encuesta - Varones**

| <i>Factor</i>   | <i>Iquitos</i> | <i>Resto del país*</i> | <i>p</i>         |
|---|----------------|------------------------|------------------|
| <b>Alguna vez sexo con otro hombre</b>                | <b>16.5%</b>   | <b>7.73%</b>           | <b>&lt;0.001</b> |
| <b>Sexo con otro hombre últimos 12m</b>               | <b>5.48%</b>   | <b>2.89%</b>           | <b>0.016</b>     |
| <b>Sexo anal con la última pareja sexual</b>          | <b>33.1%</b>   | <b>25.7%</b>           | <b>0.009</b>     |
| <b>Sexo no protegido con otro hombre últimos 12 m</b> | <b>3.55%</b>   | <b>1.36%</b>           | <b>0.005</b>     |

**Tabla 13**  
**Resultados Encuesta - Mujeres**

| <i>Factor</i>  | <i>Iquitos</i> | <i>Resto del país*</i> | <i>p</i>         |
|--|----------------|------------------------|------------------|
| <b>Edad de inicio sexual (mediana)</b>                                   | <b>17</b>      | <b>18</b>              | <b>&lt;0.001</b> |
| <b>Más de 5 parejas en la vida</b>                                       | <b>8.05%</b>   | <b>3.37%</b>           | <b>&lt;0.001</b> |
| <b>Tuvo nueva pareja sexual últimos 12m</b>                              | <b>20.8%</b>   | <b>11.7%</b>           | <b>0.005</b>     |
| Alguna vez recibió dinero o regalos de la última pareja a cambio de sexo | 2.17%          | 1.87%                  | 0.650            |

Por otro lado, según los resultados de este estudio, la epidemia en Loreto tiene una tendencia a la generalización, con prevalencias poblacionales de 1.33% entre los varones y 0.96% entre las mujeres, es especialmente dramático el hecho que la prevalencia del VIH en la población de varones de Loreto es tres veces mayor que las de otras ciudades del país (que en promedio tienen 0.46%) y entre las mujeres esta situación es cerca de ocho veces mayor (0.13% en las otras ciudades). Una condición similar se observa en el comportamiento de las ITS. (Ver Tablas 14 y 15)

**Tabla 14**  
**Prevalencia de ITS en Varones. Loreto 2002**

| <i>Agente etiológico</i>            | <i>Iquitos</i> | <i>Resto del país*</i> | <i>p</i>     |
|-------------------------------------|----------------|------------------------|--------------|
| VIH                                 | 1.33%          | 0.46%                  | <u>0.063</u> |
| Sífilis reciente (RPR+>1:4 & TPPA+) | 0.67%          | 0.27%                  | 0.219        |
| Gonorrea                            | 0.00           | 0.11                   | 1.00         |
| <b>Clamidia</b>                     | <b>8.28</b>    | <b>4.49</b>            | <b>0.005</b> |

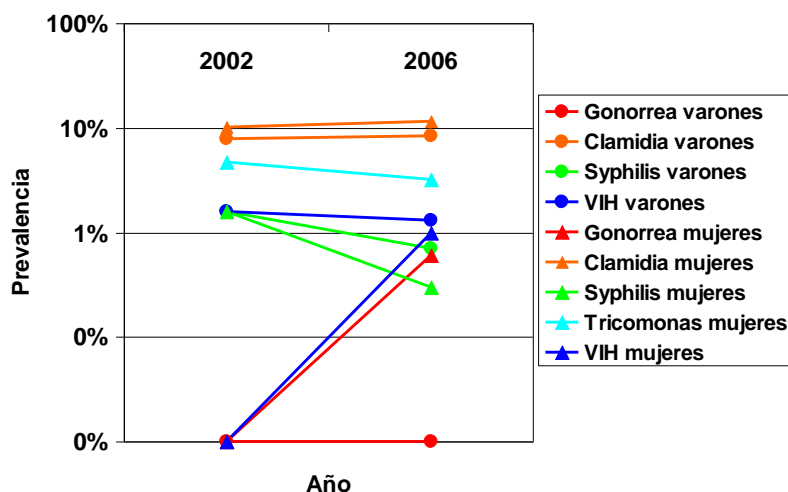
Tabla 15

## Prevalencia de ITS en Mujeres. Loreto 2002

| Agente etiológico                   | Iquitos | Resto del país* | p     |
|-------------------------------------|---------|-----------------|-------|
| VIH                                 | 0.96    | 0.13            | 0.014 |
| Sífilis reciente (RPR+>1:4 & TPPA+) | 1.29    | 0.46            | 0.068 |
| Gonorrea                            | 0.64    | 0.22            | 0.173 |
| Clamidia                            | 11.5    | 8.51            | 0.079 |
| Tricomonas                          | 3.21    | 2.38            | 0.343 |

Este estudio ha demostrado que el riesgo de contraer VIH para los varones es 8 veces mayor para quienes alguna de sus últimas 3 parejas fue hombre y el riesgo de contraer VIH entre las mujeres se incremento en 59 veces cuando alguna de las últimas 3 parejas le pago por tener relaciones sexuales.

**Gráfico 11**  
Evolución de la Prevalencia de VIH y otras ITS en Población General  
Iquitos 2002- 2006



### 2.2.3 Estimación del número de personas viviendo con VIH/SIDA en la región:

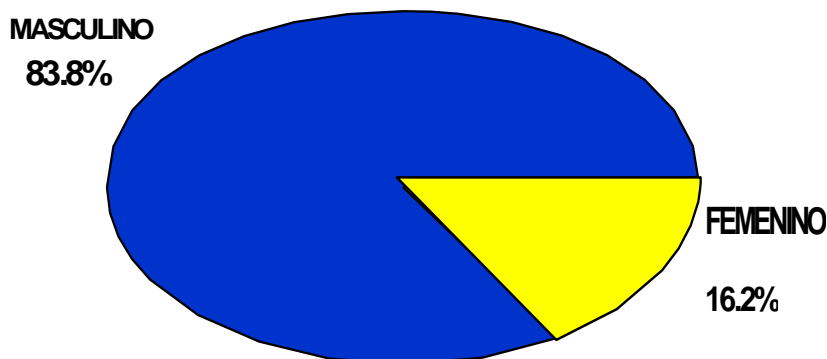
De los estudios de prevalencia de la OGE-MINSA y asumiendo tasas de subregistro similares en los diferentes estratos, desde el año 1989 al 31 de mayo del 2007 se han notificado 566 casos de Sida y 1358 casos de VIH a nivel de la Región Loreto.

La principal provincia según el número de casos es la provincia de Maynas (495), seguida de Alto Amazonas (33) y Loreto (6). El 75% de las PVVS se encuentra entre los 20 y 39 años de edad. Según estimaciones de la ESR PC VIH y Sida de la DIRESA Loreto hasta noviembre del 2007, existen 8 niños (3 varones y 5 mujeres) que viven con el VIH y reciben TARGA.

De acuerdo al sexo el 83.8% pertenecen al sexo masculino y el 16.2% al sexo femenino; y según el grado de instrucción el 58% de casos tienen secundaria completa, 28% primaria y 7% estudios superiores.

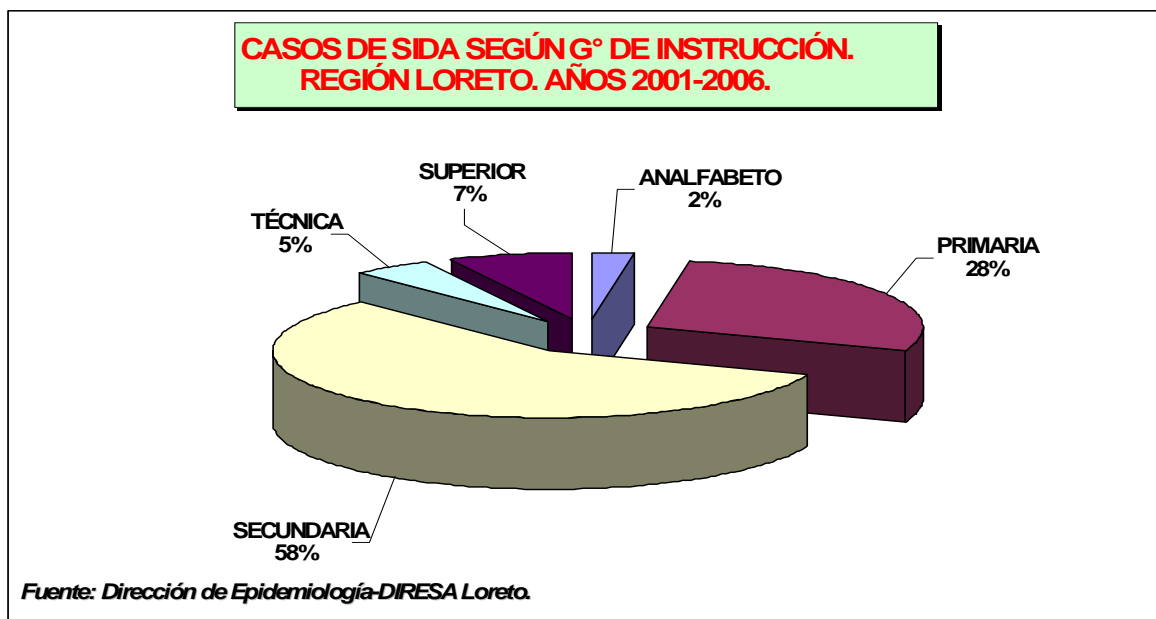
**Gráfico 12**

**Casos Acumulados de Sida según Sexo. Región Loreto 1989 - 2006**



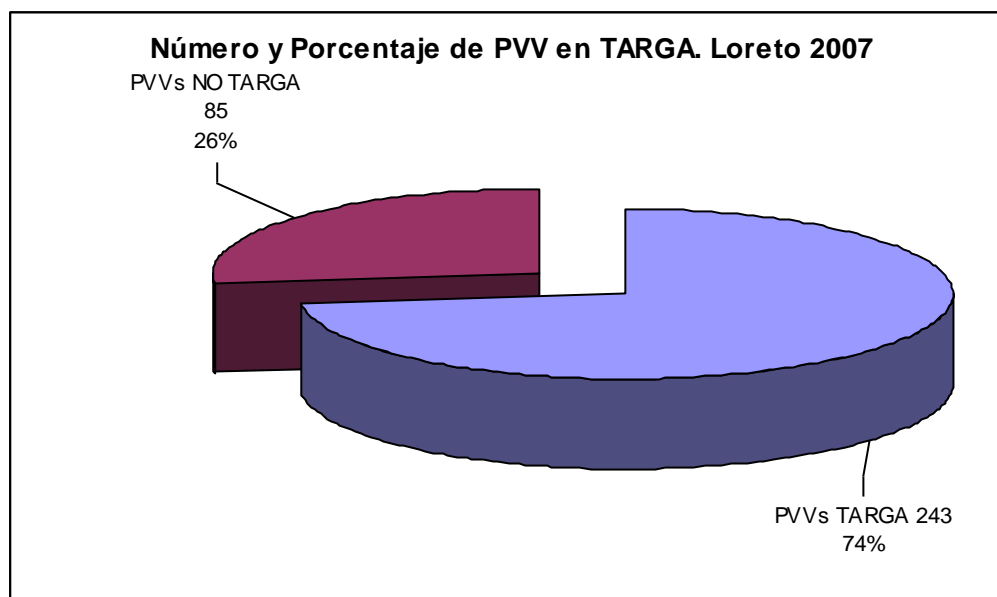
Fuente: Dirección de Epidemiología - DIRESA Loreto

**Gráfico 11**



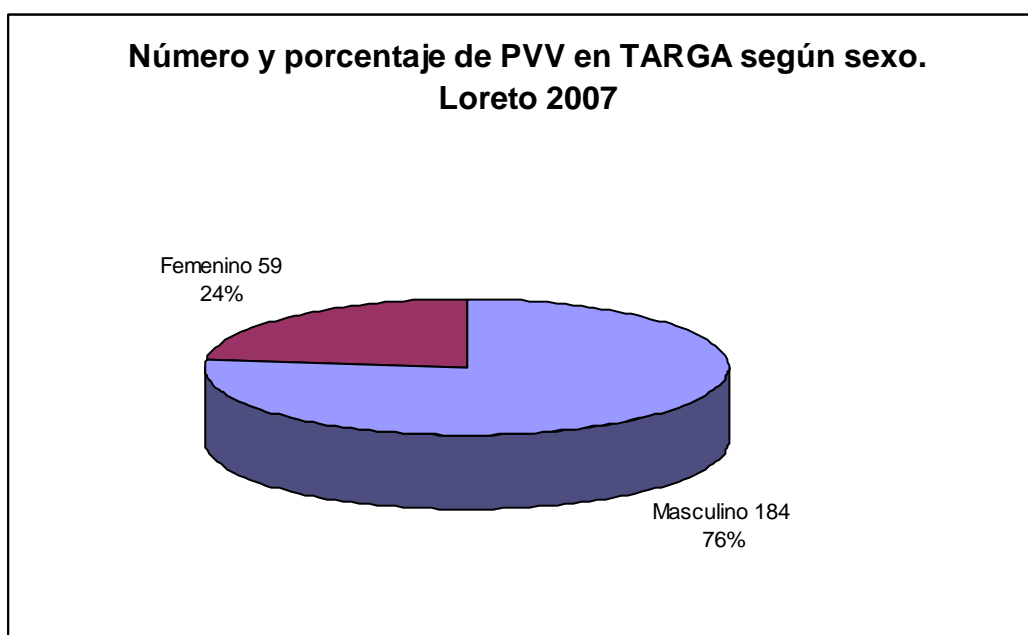
Por otro lado, según los datos **de la ESR PC ITS, VIH y Sida de la DIRESA Loreto**, obtenidos de los 3 hospitales que brindan TARGA a nivel regional existen 328 PVVS controlados, de las cuales 243 (74%) reciben Tratamiento Antiretroviral de gran actividad (TARGA) al mes de noviembre de 2007, así mismo, los 85 casos en condición NO TARGA, son pacientes que no cumplen criterios o están en proceso de completar exámenes necesarios. De acuerdo al sexo el 76% pertenecen al sexo masculino y el 24% al sexo femenino.

**Gráfico 12**



Fuente: Oficina de la ESR PCITS/VIH/SIDA de la DIRESA Loreto,

**Gráfico 13**



Fuente: Oficina de la ESR PCITS/VIH/SIDA de la DIRESA Loreto

### 2.3 Situación de otras Infecciones de Transmisión Sexual

Una aproximación a la prevalencia poblacional de ITS, a nivel nacional según ENDES 2000<sup>i</sup>, mostraba que en el último año 23% de las mujeres sexualmente activas habían presentado secreción genital, cerca del 1% tuvo una ITS y 3% alguna llaga o úlcera en sus genitales (ENDES, 2000). En Loreto, ese año el 20.4% de las mujeres sexualmente activas habían presentado secreción vaginal, el 1.1% tuvo una ITS y 1% alguna llaga o úlcera en sus genitales. Esta encuesta no presenta dato alguno sobre hombres sexualmente activos. Tampoco brinda información en relación a la seroprevalencia de VIH.

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

**Tabla 16: Incidencia anual de síndromes de ITS por características seleccionadas, Peru, ENDES 2000.**

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

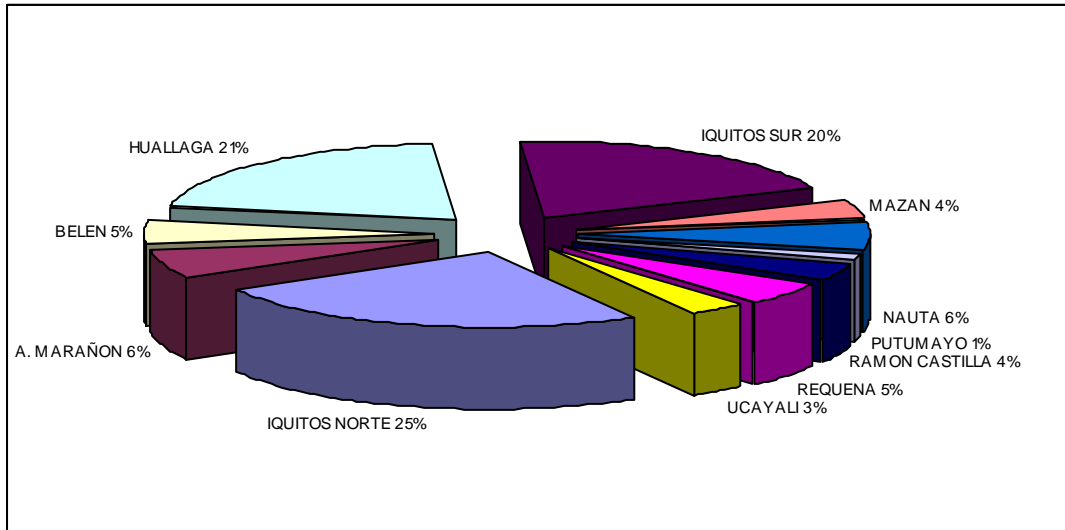
El informe correspondientes al período entre los años 2000 al 2006 "Diagnóstico de la Situación de las ITS en la DIRESA Loreto"<sup>3</sup>, indica que en ese período se diagnosticaron 156,696 casos de ITS en la DIRESA Loreto, de los cuales 132,579 (84.61%) se

<sup>3</sup> Zorrilla Sakoda, Henry. 2007

presentaron en mujeres, 23,897 (15.25%) en hombres, 214 (0.14%) en recién nacidos y 6 (0.004%) en niños. En ese estudio, muestra que el Flujo vaginal, las vaginitis y la vaginitis más cervicitis representan el 81.22% del total de casos.

En el Gráfico 14, se puede apreciar el total de ITSS diagnosticadas según las Micro-redes. La mayor concentración se encuentra en Iquitos Norte, Huallaga e Iquitos Sur con un 66% y la diferencia en el resto de micro-redes.

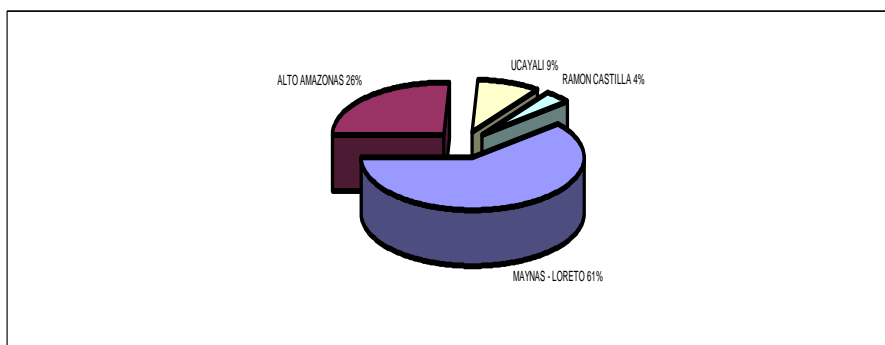
**Gráfico 14**  
**Total De ITS diagnosticadas según Microrred de la DIRESA Loreto 2006**



Fuente: Hoja de monitoreo de la DIRESA Loreto.2006, Zorrilla S. Henry

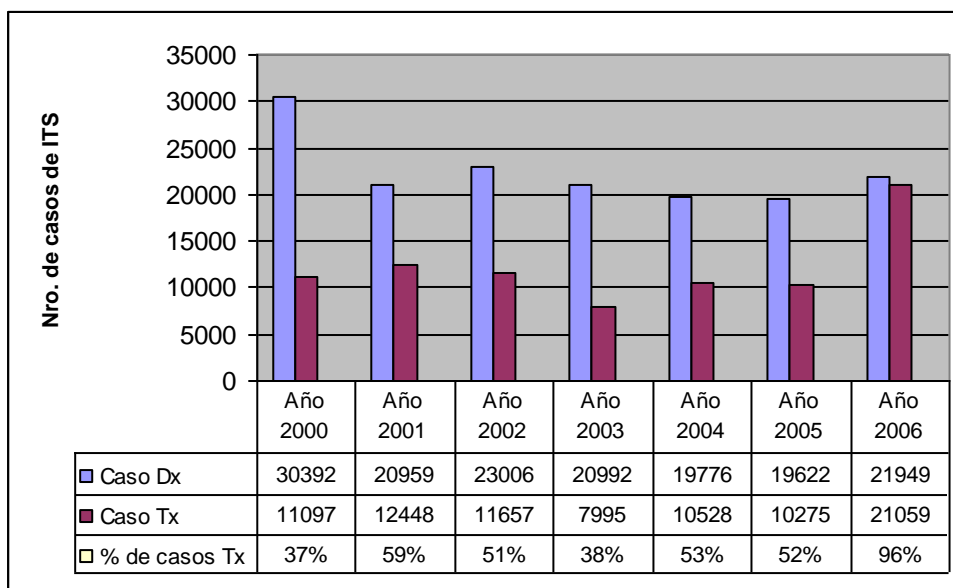
En el Gráfico 15, se puede apreciar la distribución por Redes, donde la mayor cantidad de los casos de ITS se encuentran entre la Red de Maynas-Loreto y Alto Amazonas con 61% y 26% respectivamente

**Gráfico 15**



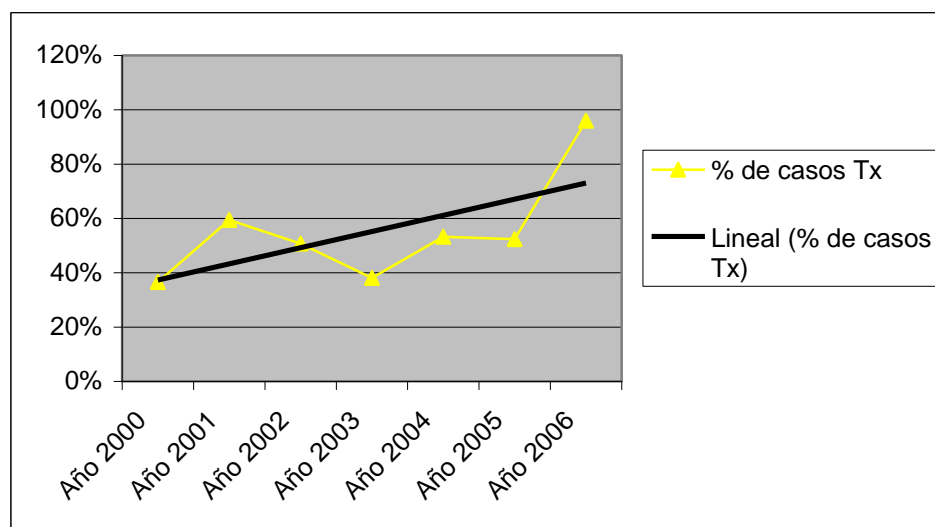
Asimismo, en los Gráficos 16 y 17 podemos apreciar la tendencia de los casos de ITS por años, los cuales se han mantenido cerca de los 20 mil casos por año desde el 2001 al 2006, teniendo como pico el año 2000 con más de 30 mil casos. Por otra parte, el porcentaje promedio de de los tratamientos anuales que se entregaron fue del 55%, existiendo años como el 2000 y el 2003 donde sólo se llegó al 37% y 38% respectivamente, sin embargo, en el gráfico 17 se puede observar la tendencia de tratamientos de casos diagnosticados es creciente.

**Gráfico 16**  
**Total de ITS diagnosticadas en la DIRESA Loreto.**  
**2000-2006**



Fuente: Hoja de monitoreo de la DIRESA Loreto.2006, Zorrilla S. Henry

**Gráfico 16**  
**Porcentaje y tendencia de ITS diagnosticadas y tratadas**  
**en la DIRESA Loreto. 2006**



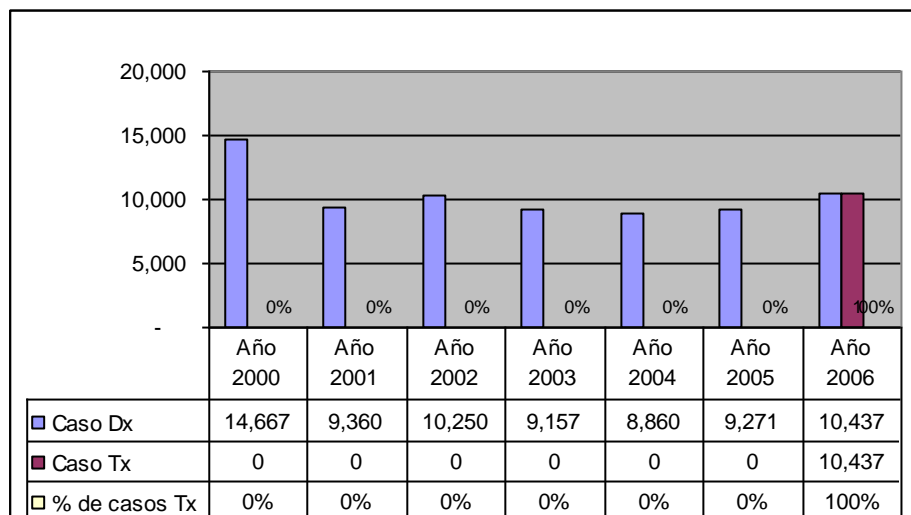
Fuente: Hoja de monitoreo de la DIRESA Loreto.2006, Zorrilla S. Henry

En el informe de Zorrilla<sup>4</sup> muestra que en el período del año 2000 al 2006, el **Flujo vaginal** representa el mayor número de casos, ocupando el primer lugar de las ITS con el 45.96 % del total, lo cual significa que esta ITS constituye casi la mitad de este problema sanitario. Se puede apreciar en el Gráfico 17 el total de casos de flujo vaginal durante los años 2000 al 2006, el cual se incrementó en el 2000, 2002 y 2006, superando los diez mil casos alcanzando el pico más alto en el año 2000.

<sup>4</sup> Op. Cit.

Por otro lado, el porcentaje de casos que recibieron tratamiento para los años 2000 al 2005, no se obtuvo información, sin embargo, para el año 2006 fue de 100%.

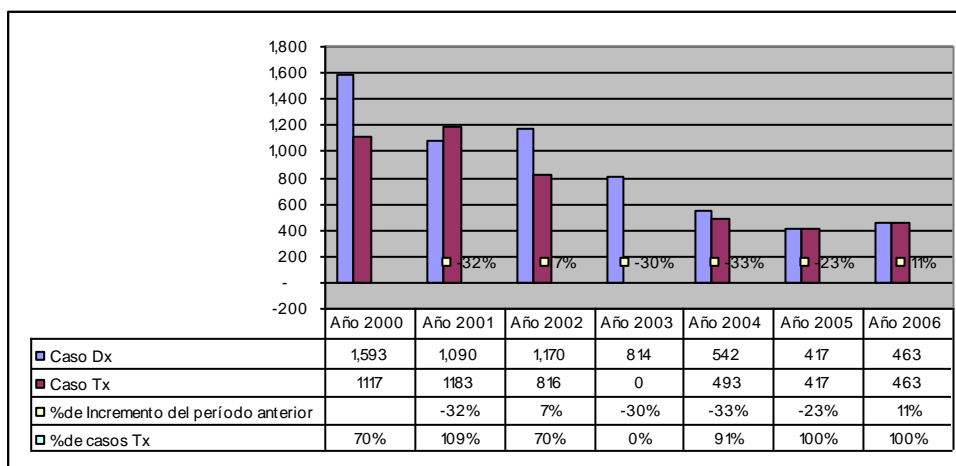
**Gráfico 17**  
**Total de casos de Flujo Vaginal diagnosticados y tratados en la DIRESA Loreto. 2000- 2006**



Fuente: Hoja de monitoreo de la DIRESA Loreto.2006, Zorrilla S. Henry

Respecto a la **Descarga Uretral**, en el período del 2000 al 2006 ocupó el 3.89% del total de ITS, con 6,087 casos. En el Gráfico 18, se muestra el comportamiento en los años 2000 al 2006, con incrementos positivos de casos en los años 2002 y 2006, llegando hasta en 11% en el 2006; además presenta caídas importantes en los años 2001, 2003, 2004 y 2005, siendo el más considerable el 2001 con -32%. El tratamiento de la Descarga Uretral en los años 2005 y 2006 es en el 100% de los casos.

**Gráfico 18**  
**Total de casos de Descarga Uretral diagnosticados y tratados en la DIRESA Loreto. 2000- 2006**



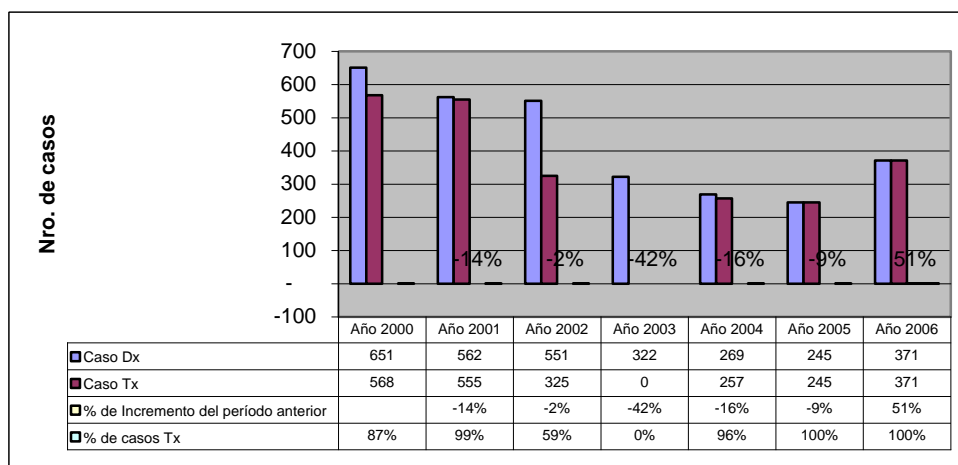
Fuente: Hoja de monitoreo de la DIRESA Loreto.2006, Zorrilla S. Henry

De todas las ITS, los casos de **Úlcera Genital** ocupan en varones el sexto lugar con el 1.85%; en el caso de las mujeres, ocupa el décimo lugar con al 0.4%, representando juntos el 1.98% del total de casos de ITS. La úlcera genital tienen una distribución por sexo de 97.6% en hombres con 2,901 casos y 2.4% en mujeres con 70 casos, representando un total de 2,971 casos desde el 2000 al 2006, de los cuales sólo

recibieron tratamiento 2,321 casos, lo que hace una cobertura de 78.1% (Zorrilla, Henry)<sup>5</sup>. El gráfico 19, muestra que en el periodo del 2000 al 2006, concentraron mayor captación de casos de úlcera genital los años 2000, 2002 y 2006. Asimismo, el análisis del porcentaje de incremento fueron positivos sólo en el año 2006 con 51%, respecto del año anterior, los demás años fueron negativos, siendo el 2003 el más negativo con -42%, respecto al año anterior. Por otro lado, se puede observar que el porcentaje de los tratamientos para la úlcera genital tiene como promedio en los años 2005 y 2006 el 100% de los casos.

**Gráfico 19**

**Total de casos de Úlcera Genital diagnosticados y tratados en la DIRESA Loreto. 2000- 2006**



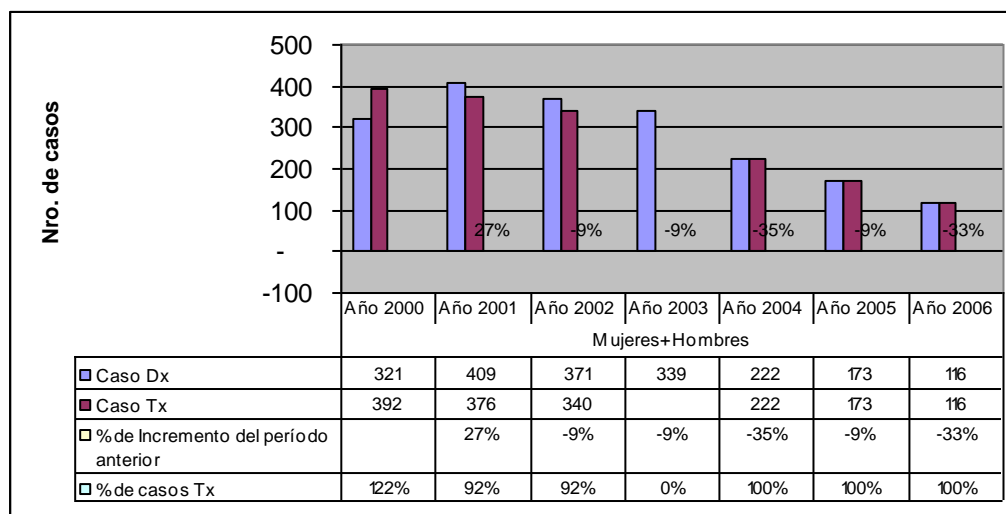
Fuente: Hoja de monitoreo de la DIRESA Loreto.2006, Zorrilla S. Henry

Finalmente de acuerdo al estudio de Zorrilla, Henry, de todas las ITS los casos de **Bubón Inguinal** en mujeres ocupan el décimo lugar con el 0.01%; en el casos de los varones, el octavo lugar con el 1.23%, representando juntos el 1.24% del total de casos de ITS . El bubón inguinal tiene una distribución por sexo de 83.6% en hombres con 97 casos y 16.4% en mujeres con 19 casos, representando ambos un total de 116 casos en el año 2006. En el Gráfico 20 puede observarse que la mayor captación de bubón inguinal se da en los años 2000, 2001, 20002 y 2003.

Por otro parte, el porcentaje de tratamientos en el periodo 2000-2006 para el bubón inguinal tiene como promedio el 87% del total de casos diagnosticados; también se puede apreciar que en el año 2003 hubo problemas de información de ese dato, ya que registra 0% de casos tratados.

<sup>5</sup> Op. Cit.

**Gráfico 20**  
**Total de casos de Bubón Inguinal diagnosticados y tratados.**  
**DIRESA Loreto. 2000- 2006**



Fuente: Hoja de monitoreo de la DIRESA Loreto.2006, Zorrilla S. Henry

## 2.4 Culturas sexuales

Una serie de investigaciones realizadas por Universidades y ONGs, de Lima y de la Región Loreto, entre adultos jóvenes y adolescentes, analizaban el imaginario social, la identidad de género, la historia y vida sexual y la salud sexual y reproductiva, incluyendo la prevención del VIH y SIDA, hallaron que las dinámicas sociales de migración estacional, comercio y sexo comercial habían modelado culturas sexuales locales.

Algunos de esos estudios se presentaron en el mes de julio del 2007 durante el **Foro “Socialización de resultados de investigaciones sobre sexualidad y VIH/Sida en la Región Loreto”**, entre los que podemos destacar el estudio presentado por La Universidad Peruana Cayetano Heredia denominada “Estudios en Sexualidad y Salud sexual”<sup>6</sup>, llevada a cabo en la ciudad de Iquitos en el año 1988, entre uno de cuyos objetivos fue Explorar sobre los Factores Situacionales y Culturales del VIH/SIDA, y en sus principales conclusiones de la vigilancia epidemiológica muestra: la no existencia de registros sub-regionales adecuados con los cuales realizar una comparación, la especificidad del registro en Iquitos fue de 44%, una predominancia de casos de VIH/SIDA mayoritariamente masculinos; el grupo etareo más importante se situó entre los 20 y 29 años, la presencia de casos en adolescentes (3% del total de casos), sólo un 12% de los varones de Iquitos usó condón en su última relación heterosexual, el número de parejas heterosexuales es más alta en Iquitos en relación a las otras dos ciudades estudiadas, existencia de Intercambio de relaciones por compensación, la actividad homosexual frecuente en Iquitos, la percepción de riesgo baja para embarazos no deseados, ITS y VIH, limitada práctica de uso del condón, no existe reflexión sobre las ITS, existe importante migración temporal, presencia de subculturas homosexuales complejas. Todo lo anterior ofrece condiciones para un continuado desarrollo de la epidemia del VIH/SIDA.

En la presentación del estudio **“Ser hombre en el Perú de hoy- Una mirada a la salud Sexual desde la Infidelidad, la violencia y la homofobia”**<sup>7</sup>, da una mirada a los diferentes aspectos de la masculinidad en la ciudad de Iquitos, mostrando como conclusiones más importantes que la socialización masculina se expresa en sucesivas y permanentes

<sup>6</sup> Cáceres, Carlos F. ; Mendoza, Walter; Rosasco, Ana María.1988

<sup>7</sup> Cáceres, Carlos F. ; Salzar, Ximena; Rosasco, Ana María; Fernández, Percy. 2002

pruebas de virilidad; la presencia de la Cosmovisión amazónica particular, con raíces en las culturas selváticas, se asume pragmáticamente las uniones, se asume con aparente mayor equidad las relaciones de pareja; la sexualidad da mayor libertad en el plano erótico, la infidelidad es socialmente aceptada tanto en hombres como en mujeres, se legitima el uso de la violencia por parte de ambos géneros con diferente capacidad de ejercerla entre los hombres y las mujeres, la homosexualidad es considerada como una forma más de expresión sexual incorporada sin problemas al sistema sexual (todo varón puede, eventualmente, disfrutar de relaciones homosexuales).

Por otro lado en el estudio entre jóvenes de 18 a 39 años de la UPCH “**A LO QUE VENGA...! Alcohol, drogas y vulnerabilidad sexual en el Perú actual**”<sup>8</sup>, las conclusiones de los resultados de la ciudad de Iquitos, mencionan: que el 63% de jóvenes había consumido alcohol hacía menos de 30 días, el 15 % lo consumía de 1 a 2 veces a la semana; el 30% consumió alcohol “a veces” durante las relaciones sexuales, el 25% mantuvo relaciones sexuales estando bajo los efectos del alcohol en el último año, el 52% no usó condón en esas circunstancias, el 74% afirma que cuando se está bajo los efectos del alcohol o las drogas, se dificulta el uso del condón, el 81% no usó condón con una pareja sexual ocasional, el 94% no tuvo relaciones sexuales con una pareja sexual ocasional estando bajo los efectos del alcohol o una droga ilegal. (Ver Tabla 17). Por ello, .....

- La comunidad de Iquitos ve el uso de alcohol y drogas hasta cierto punto como un obstáculo para el disfrute pleno de las relaciones sexuales
- No se plantea la necesidad de utilizarlos para romper el hielo y generar situaciones sexuales
- Esta situación pone en ventaja a Iquitos respecto de Lima y, sobre todo, Chiclayo (donde el uso de alcohol es muy frecuente).

**Tabla 17**  
**Relaciones sexuales pareja ocasional bajo efectos de alcohol o drogas v sin uso consistente del condón según dominio**

|   |    | Dominio       |               |               | Total          |
|---|----|---------------|---------------|---------------|----------------|
|   |    | Lima-Callao   | Iquitos       | Chiclayo      |                |
| Relaciones sexuales bajo efectos de alcohol o droga ilegal con pareja ocasional y sin hacer uso de preservativo | No | 403<br>91,4%  | 467<br>94,2%  | 420<br>88,2%  | 1290<br>91,3%  |
|   | Sí | 38<br>8,6%    | 29<br>5,8%    | 56<br>11,8%   | 123<br>8,7%    |
| Total   |    | 441<br>100,0% | 496<br>100,0% | 476<br>100,0% | 1413<br>100,0% |

Fuente: Estudio “A LO QUE VENGA...! Alcohol, drogas y vulnerabilidad sexual en el Perú actual”.

Por otro lado, durante el Foro la presentación de la Dirección de Salud Loreto, mostró la distribución de los casos notificados, los cuales se concentran mayoritariamente en población joven, urbana (Gráficos 5, 6 y 7). Aunque se señaló que en el reciente análisis de situación de salud del pueblo Ashuar informa de la existencia de casos entre los nativos. Un reporte similar fue publicado recientemente por investigadores de la UPCH que encontraron prevalencias elevadas de VIH entre nativos del pueblo Chayahuita, sin embargo, según informes de la OGE-MINSA, se requiere de estudios de mayor envergadura para establecer conclusiones más cercanas a la realidad.

Se presentó también el *ESTUDIO SOBRE LA EXPLOTACION SEXUAL COMERCIAL DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES*<sup>9</sup> que encontró que la percepción de la población es

<sup>8</sup> Cáceres, Carlos F.; Salazar, Ximena; Rosasco, Ana María; Salazar, Victor.. 2007

<sup>9</sup> Mejía, Ada. VIA LIBRE

que hay una situación de indiferencia respecto a la explotación sexual, se conocen casos pero no se ha hecho nada frente a ello, y que un sector de la población responsabiliza a las niñas y adolescentes para la existencia del problema (son las que se ofrecen). Las edades promedio de los niños y niñas son entre 15 a 17 años, sin embargo se pueden encontrar menores, en su mayoría los niños explotados son dependientes de drogas (pegamento químico) promovido por los explotadores, y no encuentran en su familia un estado de protección debido a que las familias de donde proceden han desarrollado una cultura de abuso.

Respecto al tema de la ESCIA, el segundo día del Foro se presentó el Estudio de base del Proyecto “Prepárate para la Vida”<sup>10</sup> que mostró cifras de niños, niñas y adolescentes (NNA) tanto en situación de Trabajo Infantil como en ESCIA en los cuatro distritos de la provincia de Maynas, siendo el distrito de Iquitos el que mayor número de NNA en situación de TI y ESCIA, seguido del distrito de San Juan Bautista y Punchana, con 294, 199 y 152 casos respectivamente. Además se observa que el mayor número de casos de ESCIA se encuentran en los distritos de Iquitos y Punchana, correspondiéndole el 63% de casos al sexo femenino y el 37% al sexo masculino.

**Tabla 18**  
**Total de NNA en situación de Trabajo Infantil y ESCIA según distritos**  
**De la Provincia de Maynas. 2007**

| DISTRITO                 | TRABAJO INFANTIL | H   | M   | ESCIA       | H   | M   | TOTAL       | H   | M   |
|--------------------------|------------------|-----|-----|-------------|-----|-----|-------------|-----|-----|
| <b>IQUITOS</b>           | <b>229</b>       | 170 | 59  | <b>65</b>   | 17  | 48  | <b>294</b>  | 187 | 107 |
| <b>SAN JUAN BAUTISTA</b> | <b>160</b>       | 99  | 61  | <b>39</b>   | 18  | 21  | <b>199</b>  | 117 | 82  |
| <b>BELEN</b>             | <b>120</b>       | 70  | 50  | <b>20</b>   | 8   | 12  | <b>140</b>  | 78  | 62  |
| <b>PUNCHANA</b>          | <b>100</b>       | 68  | 32  | <b>52</b>   | 23  | 29  | <b>152</b>  | 91  | 61  |
| <b>TOTAL</b>             | <b>609</b>       | 407 | 202 | <b>176</b>  | 66  | 111 | <b>785</b>  | 473 | 312 |
| <b>PORCENTAJES</b>       | <b>100%</b>      | 67% | 33% | <b>100%</b> | 37% | 63% | <b>100%</b> | 60% | 40% |

Fuente: OBSERVACION DE CAMPO. CHS Enero – Febrero 2007

El estudio de CHS, muestra que la gama de oficios a los que los NNA en situación de ESCIA está dada por “lustrines”, cuidadores de motos, vendedores de golosinas, comidas y ventas diversas, cargadores, jaladores, recolectores de basura, doméstico, caracterizado por trabajo informal, temporal y en constante desplazamiento, la condición de pobreza (circulo vicioso) y exclusión; se realiza en la calle, expuestos permanentemente a los peligros de la misma: alcohol, drogas, mafias, tratantes, violaciones, delincuencia, prostitución adulta, infecciones de enfermedades diversas, ITS; VIH, la mayoría que trabaja son varones, y quienes más sufren la ESCIA son mujeres. Entre otras características encontradas, mencionan que los actores no perciben su situación como violación de derechos, ni como víctimas de alguna explotación, los clientes o usuarios actúan con total impunidad y complicidad diversa.

Como era previsible, las estadísticas disponibles a nivel oficial no lograban reflejar estas situaciones, que tenían que ver con la reproducción social del SIDA: Las poblaciones más

<sup>10</sup> Capital Humano y Social (CHS). 2007

afectadas por el VIH no eran individuos aislados sino personas socialmente integradas en mayor o menor grado pero dentro de un contexto cultural diverso.

En general, se puede afirmar que los hallazgos presentados reafirman la necesidad de efectuar análisis mas profundos de la dinámica de la epidemia en Loreto, y ante la hipótesis de un estado generalizado de epidemia desarrollar intervenciones apropiadas que deberán reflejarse en el Plan Estratégico Multisectorial Regional (PEMR).

## **2.5 Sociedad civil y multisectorialidad**

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

En Loreto el año 2005 se conforma la COREMUSA, como una propuesta estatal desde la DIRESA Loreto y el Gobierno Regional, sin embargo, la sociedad civil se encontraba organizada y trabajando el tema desde la Red Sida Loreto, la misma que le da un impulso inusitado a la COREMUSA Loreto. Esta última pasa por momentos de intenso dinamismo y por momentos de pasividad, sobre todo durante el segundo semestre del año 2006, año de elecciones, sin embargo, logra articular el trabajo coordinado entre el sector público y la sociedad civil organizada, con la presencia importante de organizaciones de PVV y representantes de poblaciones vulnerables; un efecto importante se da en el año 2007 en la que se propone iniciar el proceso de construcción del Plan Estratégico Multisectorial Regional- PEMR Loreto 2008-2012 de prevención y control, del VIH y Sida en la Región, proceso que se inicia en Mayo 2007 y concluye en diciembre del 2007, con la aprobación de los objetivos estratégico y principales lineamientos estratégicos regionales del PEMR Loreto 2008-2012. El proceso ha sido un proceso inédito a nivel de país, habiéndose avanzado hasta la elaboración del POA del 2008 al 2012, con el liderazgo de la Responsable de la ESR PCP ITS, VIH y Sida de la DIRESA Loreto y la participación comprometida de muchas organizaciones que trabajan el tema, sin embargo, es preciso señalar que dicho PEMR Loreto 2008-2012 requiere sea aprobado formalmente por alguna instancia pertinente y promover un mayor involucramiento y articulación de sectores como el privado, los representantes de las FF AA. A través de COPRECOS y los representantes de las organizaciones de base, especialmente de las mujeres. En la actualidad podríamos afirmar que la COREMUSA Loreto constituye un espacio de acción multisectorial en proceso de avance pero que requiere fortalecerse.

## **3 ANÁLISIS DE LA RESPUESTA REGIONAL Y DE LOS ACTORES**

### **3.1 Respuesta del sector salud**

El **Ministerio de Salud (MINSA) a través de la DIRESA Loreto**, es el organismo a quien le corresponde el ejercicio de la rectoría en salud en la Región, siendo uno de los principales actores y ejecutores. Es el que estructura la normas de acción contra el VIH/SIDA, las mismas que regulan la actividad de los otros subsectores. Sin embargo, la percepción de los actores es que su rol rector aún debe ser consolidado

y en particular debieran fortalecerse las competencias para mejorar las negociaciones con la sociedad Civil y con su ejercicio de liderazgo con otros sectores del Estado.

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

En la **DIRESA Loreto**, la Estrategia Sanitaria Regional de Prevención y Control de ITS y VIH / SIDA (ESR PCITS/VIH/SIDA) es percibida por la sociedad civil con mucha voluntad concertadora y generando una cultura de dialogo propicia para el trabajo conjunto con la sociedad civil, tal es así, que desde el primer trimestre del año 2007, la responsable de la ESR PCITS/VIH/SIDA es invitada con voz y voto a ser parte de las reuniones de la Junta Directiva de la COREMUSA Loreto.

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

En este contexto, la ejecución, con financiamiento del Fondo Mundial, del Proyecto de Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en la Fase I, ha permitido el inicio de actividades de prevención y control, así como el TARGA a lo cual debemos de agregarle el gran esfuerzo desplegado por el país y particularmente en la región Loreto, la introducción de pruebas rápidas para el diagnóstico del VIH en la gestante y otras, cuyo impacto en la evolución de la epidemia se podrán observar en los siguientes años.

La implementación del Programa de Tratamiento Antiretroviral de Gran Actividad (TARGA), es definitivamente relevado por los actores como uno de los logros alcanzados por el Estado, el país y sus regiones. En tal sentido en la Región Loreto, 243 (74%) PVVS ya reciben TARGA al mes de noviembre de 2007, así mismo un logro importante ha sido descentralizar el TARGA a la ciudad de Yurimaguas. Actualmente los tres hospitales de la Dirección Regional de Salud Loreto ( Hospital Regional de Loreto, Hospital de Apoyo Iquitos y Hospital de Yurimaguas), están ofertando el TARGA, según Informe de la ESR PC ITS VIH y Sida.

Este tratamiento se brindó al inició en su mayor parte con el apoyo financiero del Proyecto del Fondo Mundial, actualmente es completamente financiado por el Estado. Sin embargo, este desarrollo es considerado aún incompleto y el cual debe ser perfeccionado, en particular la facilitación de los procesos y la abolición de las barreras económicas y geográficas para el acceso universal al TARGA.

El Seguro Social del Perú - **EsSalud** filial Iquitos viene jugando también un importante rol en relación al incremento de la cobertura del tratamiento antiretroviral, en tanto dentro de las prestaciones regulares que brinda, considera el TARGA a los PVV afiliados a EsSalud.

Adicionalmente, las Fuerzas Armadas y Policiales, cuentan con el denominado Comité de Prevención y Control del Sida (**COPRECOS**) de las Fuerzas Armadas (FFAA) y Policía Nacional del Perú (PNP), el cual propone las normas, coordina el diagnóstico y tratamiento que se realiza en los servicios asistenciales de estas instituciones y tiene un laboratorio central de referencia. COPRECOS- Iquitos, es parte de la junta directiva de la COREMUSA, sin embargo, durante el año 2007 ha disminuido su involucramiento en las actividades de la COREMUSA Loreto, no

contando con cifras estadísticas de los casos de PVV pertenecientes a las FFAA y policiales, ni el porcentaje de PVV en TARGA. La existencia de una Institución especializadas en VIH y Sida como COPRECOS es considerada una fortaleza en la Región pero que requiere mayor articulación con la COREMUSA Loreto.

### **3.2 Respuesta de otros sectores del Estado**

Asimismo, los otros sectores del Estado como el Ministerio de Educación (MINEDU) a través de la Dirección regional de educación de Loreto (DREL) disponen de acciones dirigidas a la educación y protección del adolescente y del niño donde incluyen el tema de prevención del VIH/SIDA, a través de la promoción de estilos de vida saludable y de educación sexual.

En estos tres últimos años la DREL ha participado activamente como contraparte técnica del Objetivo 1 del componente VIH del Proyecto del Fondo Mundial (relacionado a promover estilos de vida saludable en adolescentes y jóvenes en los temas de ITS VIH y Sida), tanto en el acompañamiento para la revisión de la currícula escolar del nivel secundario, como para la capacitación de docentes, alumnos (capacitados como pares), en siete ciudades del país elegidas por la mayor prevalencia de VIH. Se ha trabajado en aproximadamente trece I.E. de la ciudad de Iquitos, implementando la capacitación de Promotores de pares y docentes acompañantes, asimismo, se ha logrado desde inicio del 2007 la capacitación y conformación de un Equipo Regional de Docentes tutores, conformado por aproximadamente 30 docentes altamente capacitados, cuya función principal es dinamizar la propuesta de capacitación de nuevos docentes tutores en la ciudad de Iquitos y supervisar la implementación en aula del Módulo de soporte educativo para docentes de primero a quinto grado de secundaria

Sin embargo, es preciso que se incorpore en la currícula regional los temas aprobados por el MINEDU señalados en el Módulo de soporte educativo para docentes de primero a quinto grado de secundaria, lo que facilitaría sean implementados en toda la región.

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

El Instituto Nacional Penitenciario (INPE), entidad dependiente del Ministerio de Justicia, también realiza acciones de prevención del VIH en los establecimientos penales a nivel regional y cuenta con un convenio con el Ministerio de Salud para la entrega del TARGA a las personas privadas de la libertad (PPL) que son VIH positivas. Con la ejecución del Objetivo 2, componente TB del Proyecto de Fortalecimiento de la Prevención y Control del Sida y Tuberculosis se fortalecieron los centros de atención del INPE, se desarrollaron actividades de prevención y conjuntamente con el Comité de Vigilancia Centinela del MINSa se realizó la vigilancia centinela de VIH el año 2005. Durante el 2007 se ha realizado la capacitación y formación de promotores de pares del penal de Guayabamba, financiado por PACT – USAID, en coordinación con el personal de salud (médico y enfermera) que laboran por el proyecto en el INPE.

### **3.3 Respuesta de la sociedad civil y de las poblaciones afectadas**

#### **3.3.1 Las ONGs**

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

Las ONGs de Loreto que vienen trabajando en VIH-SIDA han acompañado los esfuerzos estatales desde sus inicios. Las organizaciones de la sociedad civil (ONGs y PVVs) han desarrollado conocimientos sobre estrategias innovadoras de intervención en promoción y prevención a distintas poblaciones focalizadas. También conocimientos y experticia en estrategias de apoyo y soporte a afectados en etapas terminales y apoyo a niños afectados y huérfanos, superando necesidades no cubiertas por el gobierno. Durante el año 2007 se conformó la mesa de vigilancia Unidos por Igualdad de la región Loreto (UPIRL) conformada por representantes de poblaciones vulnerables y PVV que realizan acciones de abogacía para la protección de los derechos humanos y derechos de las poblaciones vulnerables (Lesbianas, Gays, TRANS , Bisexuales y TS).

#### **3.3.2 Las organizaciones de personas viviendo con VIH y SIDA**

Las organizaciones de personas viviendo con el VIH (PVVs), se han consolidado en grupos de base comunitaria generando liderazgos reconocidos en los campos de la prevención y promoción de estilos de vida saludables y una sexualidad saludable y segura, además de participar muy activamente (ya sea como parte integrante de las actividades como desde la vigilancia social y desde la COREMUSA Loreto) en la ejecución de programas como el financiado por el Fondo Mundial, como un ejemplo de aplicación del principio de “mayor participación de las personas que viven con y afectadas por el VIH y Sida”.

Los principales desarrollos de estas organizaciones, están orientadas principalmente hacia la prevención secundaria, el soporte social y afectivo, y el activismo por el reconocimiento de derechos y participación en la respuesta regional, sin embargo, desde el 2007 gracias al apoyo del Gobierno Regional de Loreto, están interviniendo de manera activa en prevención primaria dirigido a la población general.

Una de las organizaciones más activas en la Región Loreto es Lazos de Vida, cuya acción ha ido creciendo con los años, habiendo desarrollado actividades desde la conformación de grupos de apoyo mutuo, acciones de promoción y prevención de VIH y Sida en instituciones educativas y población en general ha organizar y mantener casas de apoyo a niños infectados y afectados por el VIH. Esta organización de PVVs esta articulada a otras de carácter nacional e internacional como un esfuerzo de construcción de redes y plataformas de PVVs más amplias.

#### **3.3.3 Las organizaciones de las poblaciones consideradas como vulnerables**

La participación de las organizaciones de las poblaciones consideradas como vulnerables aún es limitada, consecuencia de un proceso de organización aún

progresivo. Aunque se identifica una mayor apertura y participación de grupos vulnerables, desde su participación en la COREMUSA Loreto y últimamente en la conformación de una mesa de vigilancia ciudadana en coordinación con la Defensoría del Pueblo y auspiciada por Vía Libre, cuyo objetivo principal es realizar abogacía por los derechos de esas poblaciones en su relación con el Estado y disminuir el Estigma y la Discriminación en la población en general hacia esa población. Entre las organizaciones de poblaciones vulnerables se tiene a los miembros de la Comunidad Homosexual Esperanza de la Región Loreto (CHERL), los Jóvenes Homosexuales Unidos Contra el Sida (JHACS), la Asociación de Homosexuales de Punchana (ASHOP), la organización de Trabajadoras Sexuales Sarita Colonia y Las Amazonas, quienes en su mayoría de ellos han conformado la mesa de vigilancia UPIRL. En general se aprecia un interés creciente de Grupos vulnerables HSH y de TS de organizarse e involucrarse en la problemática, lo cual se presenta como una fortaleza en la Región Loreto.

### 3.3.4 Las organizaciones religiosas

Desde el sector de las Iglesias o Comunidades Ínter confesionales, no existe una corriente formal de apoyo a la sensibilización hacia la problemática, sin embargo, la Parroquia San Martín de Porrás a través de su sacerdote católico el Padre Raymundo Portelli, implementó y administra una casa de apoyo a personas terminales de Sida, denominada “Casa Hogar Algo Bello para Dios”

## 3.4 Respuesta multisectorial

### 3.4.1 COREMUSA

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

En Loreto, el año 2003 se crea la Red Sida Loreto compuesta por aproximadamente 12 organizaciones de la sociedad civil, que trabajaban desde su organizaciones miembros el tema de la prevención del VIH y Sida en la Región. El año 2005 se crea la COREMUSA Loreto, con la participación del sector salud, educación, Fuerzas armadas (COPRECOS) y organizaciones de la sociedad civil, incluyendo a organizaciones de PVVs, cabe señalar que la Red Sida Loreto fue la base de experiencia que dinamizó la COREMUSA. Loreto. El año 2006 se crean las COREMUSA provinciales en Requena y Nauta, ese año, La COREMUSA Loreto, elabora sus estatutos y elabora su Plan Estratégico 2006-2008, con la participación de 28 instituciones que la conforman. En Enero 2007 La COREMUSA Loreto inicia las coordinaciones con las organizaciones participantes y dinamiza su actuación con un impulso renovado desde la Gerencia de Desarrollo Social del Gobierno regional de Loreto (GOREL). En Febrero 2007 la COREMUSA Loreto, la ESR PC ITS VIH y Sida de la DIRESA Loreto y la sociedad civil, realizan la evaluación del Plan Operativo del 2006 y elabora el POA 2007 en la que como una de sus prioridades es la búsqueda de apoyo técnico y financiero para iniciar la construcción multisectorial del Plan Estratégico Multisectorial Regional (PEMR)

de prevención y control de las ITS y el VIH y Sida, obteniéndolo de la institución Iniciativa de Políticas en Salud. La COREMUSA Loreto en coordinación con la Responsable de la ESR PCITS/VIH/SIDA de la DIRESA Loreto y el GOREL desde mayo a diciembre de 2007 inician el proceso de construcción multisectorial del PEMR Loreto 2008-2012, el mismo que es parte de un esfuerzo colectivo y que servirá como documento que orientará los esfuerzos regionales del sector estatal como privado y de las cooperación internacional para el logro de sus objetivos en el marco del Plan Estratégico Multisectorial Nacional. (PEM).

#### **4 PRINCIPIOS DE LA POLITICA REGIONAL**

Debido a las características de la epidemia, no se prevé que exista una solución a este problema en el mediano plazo. Es por esto que la lucha contra el ITS, VIH y Sida debe realizarse con una visión a largo plazo y con lineamientos de políticas en relación al VIH que permitan la implementación de una respuesta integral en la región. La transmisión del VIH en la región es predominantemente por vía sexual, en poblaciones vulnerables, tales como HSHs y TSs. no es suficiente enfatizar los factores biomédicos, sino que es necesario tener en cuenta consideraciones sociales, económicas y culturales que influyen sobre los individuos y comunidades y que pueden llevar a intervenciones efectivas para evitar la expansión de la epidemia.

El gobierno, organizaciones de la sociedad civil, organizaciones no gubernamentales, empresas privadas, iglesias, agencias de cooperación, tienen que unir esfuerzos para que esta sea una respuesta articulada que contribuya a la mejora de la salud de individuos y colectividades.

Para lograr los objetivos regionales en la lucha contra ITS, VIH y Sida se proponen los siguientes lineamientos de políticas.

**Lineamientos de política 1:** Rectoría del Gobierno Regional, Liderazgo Participativo y Multisectorialidad en la Respuesta Regional a la epidemia de las ITS, VIH y SIDA.

**Lineamientos de política 2:** Transparencia en la información de la epidemia a la población general con énfasis en los niños, adolescentes y gestantes para promover prácticas de prevención de la transmisión del VIH y otras ITS.

**Lineamientos de política 3:** Aseguramiento del acceso a la atención integral y apoyo a las personas afectadas por las ITS, el VIH y el SIDA en los servicios de salud públicos.

**Lineamientos de política 4:** Modernización y Descentralización de los servicios de salud públicos y privados orientados a brindar atención con calidad y seguridad evitar la transmisión Madre-niño del VIH y a través sangre, hemoderivados, tejidos y órganos.

**Lineamientos de política 5:** Promover en la población los valores de Respeto y Solidaridad hacia las poblaciones con diversidad en su orientación sexual e identidad de género, como paradigma orientado a erradicar el estigma y la discriminación asociadas a ITS, VIH y SIDA.

**Lineamientos de política 6:** Vigilancia Social del sector público y privado orientado a promover el cumplimiento del marco legal que garantiza el acceso de todas las personas a la atención integral, relacionados con las ITS, VIH y SIDA.

**Lineamientos de política 7:** Fomento de la Investigación Aplicada como base en la formulación de políticas públicas relacionadas a la epidemia de ITS, VIH y SIDA.

**Lineamientos de política 8:** Desarrollo de una cultura institucional de Gestión por resultados, basada en el monitoreo y análisis de la información y la toma de decisiones reflexiva basada en evidencias y enfocada a la evaluación de impacto de la epidemia de ITS, VIH y SIDA.

**Lineamientos de política 9:** Movilizar recursos financieros y técnicos, nacionales y de las agencias de cooperación para contribuir al sostenimiento de la respuesta efectiva a la epidemia de ITS, VIH y SIDA.

## 5 DEFINICION DE LA VISION Y SITUACIÓN OBJETIVOS AL 2012

En el año 2012, se ha reducido a menos de la mitad el número de personas que se infectan el VIH o que se infectan una ITS. Todas las personas que lo necesitan tienen acceso a prevención, a tratamiento antiretroviral y a atención integral de calidad. Existe la información necesaria que asegura estilos de vida saludable y previene estas enfermedades, especialmente en quienes tienen mayor riesgo de exposición al VIH. Ninguna persona es discriminada por ser portadora de alguna de estas enfermedades o por su orientación sexual. Esto como resultado de que todos los peruanos y peruanas, la sociedad civil, los organismos del estado y de la cooperación internacional movilizan recursos y trabajan juntos para lograrlo

## 6 DEFINICIÓN DE OBJETIVOS ESTRATEGICOS

Considerando los principales problemas que se han identificado, se han definido los objetivos estratégicos y las líneas estratégicas de intervención más eficaces para la prevención y control de ITS y VIH/SIDA acordes con las características de epidemia concentrada que presenta la región Loreto

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

**Obj. Estratégico 1:** Reducir el número de nuevos casos (incidencia) de VIH y de las ITS en la población vulnerable (HSH, TS), PPL.

**Objetivo estratégico2:** Reducir la incidencia de ITS y promover la prevención de las ITS y VIH/Sida en la población general con énfasis en los adolescentes y jóvenes

**Obj. Estratégico 3:** Disminuir la condición de vulnerabilidad en relación al VIH mediante la respuesta multisectorial en niños, niñas y adolescentes en situación de violencia física, sexual, explotación sexual comercial infantil y trata de personas

**Obj. Estratégico 4:** Disminuir la condición de vulnerabilidad con relación a las ITS y el VIH de poblaciones de pueblos originarios, poblaciones móviles y fronteras

**Obj. Estratégico 5:** Disminuir la transmisión vertical

**Obj. Estratégico 6:** Asegurar el acceso universal a la atención integral incluyendo el TARGA en toda la región (prevención positiva, servicios complementarios, infecciones oportunistas, descentralización y trabajo en red)

**Obj. Estratégico 7:** Lograr la articulación y respuesta multisectorial entre Estado y Sociedad Civil que promueva lineamientos de políticas y acciones conjuntas que faciliten la implementación de actividades de prevención y el control de las ITS, el VIH y Sida.

**Obj. Estratégico 8:** Fortalecer el Sistema de información y vigilancia epidemiológica de casos de VIH y Sida funcionando eficaz, efectiva y eficientemente, y establecer un sistema de monitoreo de evaluación y medición de logros obtenidos

## **Objetivos Estratégicos y principales Líneas Estratégicas**

### **OBJETIVO ESTRATEGICO Nº 1**

#### **Objetivo estratégico 1: Reducir el número de nuevos casos (incidencia) de VIH y de las ITS en la población vulnerable (HSH, TS), PPL**

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

*Indicador:* Número de casos nuevos de VIH y Sida e ITS *Basal:* 544 casos acumulados de VIH (boletín DGE DIRESA Loreto 2006) Vigilancia Centinela, PREVEN, Selva Amazónica

*Meta:* 50 % menos

Para lograrlo se plantean las siguientes Líneas estratégicas Regionales:

PREO1: Promover el uso adecuado y continuo del condón en la población vulnerable y PPL

PREO2: Fortalecer y mejorar la cobertura del manejo sindrómico, especializado y prevención de las ITS, asegurando diagnóstico, tratamiento y consejería en población vulnerable, a través de la AMP.

PREO3: Implementar intervenciones itinerantes (equipos móviles, etc.) para el diagnóstico y tratamiento de ITS y VIH en población vulnerable sin cobertura en las ciudades de Iquitos, Yurimaguas y otras ciudades priorizadas.

CAL01: Mejorar la capacidad resolutive de los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento de los casos de VIH y Sida en las zonas rurales, incluyendo infraestructura, equipamiento, suministros y personal capacitado.

CAL02: Mejorar las competencias de los recursos humanos para la atención y cumplimiento de estándares de calidad en ITS y VIH, incluyendo los prestadores de salud del INPE, ESSALUD e instituciones privadas.

PRO01: Formular políticas públicas regionales con perspectiva de derechos, que visualicen y disminuyan el estigma y discriminación de poblaciones vulnerables  
PRO02: Potenciar el programa de IEC a través de la capacitación de personal de salud facilitador, educadores de pares, uso de medios masivos a nivel provincial.

PRO03: Mejorar y gestionar el conocimiento de las culturas sexuales con énfasis en las poblaciones vulnerables. (HSH, TRANS, PPL, TS) y el VIH.

PAR01: Fortalecer la estrategia de Promotores educadores de pares entre la población vulnerable mejorando la accesibilidad, impacto de la información y cambios de conducta en las ciudades mas afectadas.

PAR02: Fortalecer a las organizaciones de poblaciones vulnerables en la defensa de sus derechos y su participación en la respuesta regional, en todos los niveles de gobierno, desde la formulación, implementación y evaluación del Plan.

PAR03: Fortalecer la capacidad de incidencia, vigilancia y dialogo político para mejorar la respuesta regional al VIH, que incluya la prevención y atención integral de los servicios de salud

FIN01: Establecer lineamientos de política (normas, resoluciones) que establezcan claramente presupuestos adecuados para asegurar la atención integral de las ITS incluyendo la AMP en las poblaciones vulnerables

## **OBJETIVO ESTRATEGICO Nº 2**

***Objetivo estratégico2: Reducir la prevalencia de ITS y promover la prevención de las ITS y VIH/Sida en la población general con énfasis en los adolescentes y jóvenes***

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

*Indicador:* Prevalencia en hombres y mujeres de población general. *Basal:* Prevalencia de 1.33% entre los varones y 0.96% entre las mujeres (PREVEN UPCH, DGE)

*Meta:* 50% menos

Para ello se ha previsto desarrollar las siguientes líneas estratégicas *regionales*

PRE01: Promover el uso adecuado, continuo y provisión suficiente de condones dirigida a la población general que incluya mercadeo social y estrategias de comunicación e información.

PRE02: Incidencia política y promoción de normas regionales que faciliten el acceso a servicios de atención integral de salud a los jóvenes y adolescentes, incluyendo programas de prevención y promoción de comportamientos sexuales saludables.

PRE03: Asegurar el manejo sindrómico de las ITS en los servicios de salud de la región.

PRE04: Promover e Implementar la Consejería y tamizaje voluntario (pruebas rápidas) de VIH en la población en edad reproductiva.

PRE05: Asegurar la atención integral post exposición (laboral, violencia basada en genero), incluyendo profilaxis post exposición al VIH

CAL01: Mejorar la accesibilidad cultural y horaria a través de la adecuación de los establecimientos de salud para la atención integral de ITS, VIH y Sida, dirigida a los adolescentes y jóvenes.

CAL02: Formación de equipos de facilitadores de educación (profesores y alumnos) y de salud mediante la *capacitación continua* en temas de derechos humanos, género, interculturalidad y habilidades sociales.

CAL03: Promover la donación voluntaria de sangre y garantizar los estándares de calidad para tamizajes de donantes y hemoderivados

PRO01: Establecer una política regional educativa que priorice la temática de salud sexual y reproductiva con énfasis en ITS, VIH, educación sexual, orientación sexual, identidad de género, estigma y discriminación y derechos humanos, y su implementación en el Plan Educativo Regional en todos los niveles.

PRO02: Implementar programas de promoción de estilos de vida saludables y ejercicio responsable de la sexualidad de individuos, familias y comunidad dirigidos a jóvenes y mujeres, articulados a los programas sociales, con participación efectiva de las comunidades organizadas y gobiernos locales.

PAR01: Fortalecer la formación de educadores de pares escolares en las instituciones educativas incluyendo a los docentes y padres de familia.

PAR02: Fortalecer la formación de educadores de pares juveniles (barriales, universitarios e institutos) articulados a los gobiernos locales y servicios de salud

PAR03: Conformación de equipos de facilitadores (docentes, promotores escolares y profesionales de la salud) en sexualidad, prevención del VIH y Sida en el ámbito escolar.

PAR04: Establecer un sistema de vigilancia ciudadana con participación activa de padres de familia, sociedad civil y comunidad para el cumplimiento de la currícula que aborde los temas de salud sexual y reproductiva con énfasis en ITS, VIH, educación sexual, estigma y discriminación y derechos humanos.

FIN01: Realizar incidencia política para lograr el acceso universal a los establecimiento de salud de parte de la población adolescentes y joven.

FIN02: Asegurar el financiamiento de todas las estrategias de prevención, atención y control de las ITS y el VIH y Sida en población general (incluida la post exposición al VIH

### **OBJETIVO Nº 3**

***Objetivo estratégico 3: Disminuir la condición de vulnerabilidad en relación al VIH mediante la respuesta multisectorial en niños, niñas y adolescentes en situación de violencia física, sexual, explotación sexual comercial infantil y trata de personas***

A través de este tercer objetivo se busca vulnerar otro de los problemas identificados, cual es la existencia de grupos de niños, niñas y adolescentes (NNA) en situación de violencia física, sexual y explotación sexual comercial infantil /ESCIA)

Indicador: Niños, niñas y adolescentes en situación de violencia física, sexual y ESCIA.

Basal: (Prevalencia en ITS en niños- Martín Casapia, Estudio La Restinga, Capital Humano y Social – CHS, Estudio Vía Libre)

Meta: 50% menos

Para ello se ha previsto desarrollar las siguientes líneas estratégicas *Líneas Estrategias Regionales*:

PREO1: Implementar estrategias multisectoriales regional y local, para prevenir la violencia física, sexual, ESCIA y Trata en niñas, niños y adolescentes que incluya un plan comunicacional multisectorial (medios escritos, radiales y visuales).

PREO2: Promover a nivel de las instituciones educativas de los distritos de Iquitos, Belén, Punchana, San Juan, nauta y otros identificados por una mayor presencia de violencia física, sexual, ESCIA y Trata en niñas, niños y adolescentes, los temas de promoción de estilos de vida saludables y habilidades para la vida.

PREO3: Implementar programas de atención integral a víctimas de violencia física, sexual, ESCIA y Trata en niñas, niños y adolescentes, articuladas a los gobiernos locales (que incluya atención psicológica y legal).

CAL01: Implementar modelos de recuperación víctimas violencia física, sexual, ESCIA y Trata en niñas, niños y adolescentes, que incluya habilidades para la vida y generación de ingresos.

CAL02: Conformar y capacitar a equipos multidisciplinarios que aborden de manera integral los temas de violencia física, sexual, ESCIA y Trata en niñas, niños y adolescentes

PRO01: Generar conocimiento acerca de la situación de violencia física, sexual, ESCIA y Trata en niñas, niños y adolescentes con participación multisectorial en los distritos con identificados por una mayor presencia.

PAR01: Diseñar e implementar defensorías escolares, comunales y municipales articuladas como Red para la prevención y manejo de la violencia física, sexual, ESCIA y Trata en niñas, niños y adolescentes en distritos priorizados.

PAR02: Propiciar el mayor involucramiento de los niños, niñas en situación de vulnerabilidad como educadores de pares en el tema de prevención y recuperación en violencia física, sexual, ESCIA y Trata en niñas, niños y adolescentes.

FIN01: Realizar abogacía para lograr el incremento del presupuesto regional con fondos públicos y privados, a fin de mejorar e implementar programas de prevención de la violencia física, sexual, ESCIA y Trata en niñas, niños y adolescentes en la Región Loreto.

FIN02: Desarrollar capacidades en las organizaciones que trabajan el tema de violencia física, sexual, ESCIA y Trata en niñas, niños y adolescentes para la elaboración de proyectos de prevención y recuperación de niños en situación de vulnerabilidad para ser presentados en los presupuestos participativos locales, provinciales y regionales y a la cooperación nacional e internacional.

#### **OBJETIVO ESTRATEGICO Nº 4**

***Objetivo estratégico 4: Disminuir la condición de vulnerabilidad con relación a las ITS y el VIH de poblaciones de pueblos originarios, poblaciones móviles y fronterizas***

A través de este objetivo se busca enfrentar uno de los principales problemas identificados en la región Loreto, cual es la existencia de condiciones de vulnerabilidad ante las ITS y el VIH y Sida en los pueblos originarios y poblaciones móviles y fronterizas.

*Indicador: Estudios realizados e implementación de estrategias innovadoras*

*Basal: 1 Shawis CAP y revisar ASIS en pag. OGE-MINSA*

*Meta: 70% más de estudios*

Para ello se ha previsto desarrollar las siguientes *Líneas Estrategias Regionales*

PREO1: Generar conocimiento acerca de la situación del VIH y Sida en pobladores de pueblos originarios, población itinerante: madereros, petroleros y población cerrada (militares y comunidades religiosas), mediante estudios socio-antropológicos para diseñar estrategias adecuadas para dicha población.

PREO2: Implementar estrategias de intervención, con enfoques de interculturalidad, género y derechos humanos para la prevención y control de las ITS, el VIH y el Sida en poblaciones de pueblos originarios, poblaciones móviles y fronterizas.

PREO3: Ampliación de la oferta de servicios de salud con nuevas modalidades adecuadas a las culturas locales y sexuales de los pueblos originarios y población itinerante con énfasis en prevención y control de las ITS, VIH y Sida, en los lugares priorizados.

PREO4: Establecer política regional multisectorial (además de salud y educación) para mejorar la respuesta regional frente a las ITS y el VIH Sida en las poblaciones originarias

CAL01: Capacitación del personal de salud e implementación con insumos y medicamentos, para mejorar la capacidad resolutoria de los servicios con enfoque de interculturalidad, género y derechos humanos, para la prevención y control de las ITS y el VIH Sida en poblaciones de pueblos originarios, poblaciones móviles y fronterizas.

PRO01: Implementación de campañas educativas de acuerdo a resultados de diagnóstico socio-antropológico dirigido a los promotores de salud de pueblos originarios, población itinerante y cerrada.

PRO02: Promover el enfoque de interculturalidad, género y derechos humanos entre el personal de los establecimientos de salud que atiendan a poblaciones originarias, socializando las disposiciones sobre derechos de los pueblos indígenas y las políticas estatales, respetando sus saberes y tradiciones.

PRO03: Implementar en la currícula de formación escolar y universitaria los temas de interculturalidad, derechos y género.

PAR01: Promover la participación de los pueblos originarios en el diseño, implementación y evaluación de las estrategias de prevención y control de las ITS y el VIH Sida.

PAR02: Diseñar e implementar un Plan Comunicacional elaborados con participación de líderes respetando y valorando las formas de comunicación y las culturas locales existentes.

PAR03: Formación de Promotores Educadores de Pares nativos para la promoción y prevención de las ITS y el VIH.

PAR04: Formación de Grupos de Ayuda Mutua en poblaciones originarias.

FIN01: Promover políticas de recursos humanos en el ámbito regional para el planteamiento autónomo de políticas para el ámbito regional promoviendo la creación de incentivos para una mejor captación y distribución de los recursos humanos

## **OBJETIVO ESTRATEGICO Nº 5**

### ***Objetivo estratégico 5: Disminuir la transmisión vertical del VIH y la sífilis***

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

*Indicador: Basal:* estudio sobre la situación de la TV (Byelca)

*Meta:* Menos del 2 %

Para ello se ha previsto desarrollar las siguientes líneas estratégicas *Regionales*

PRE01: Garantizar el tamizaje universal para VIH y sífilis, la atención integral (incluyendo la cesárea electiva y la profilaxis con ARV) y el seguimiento de gestantes en todos los niveles de atención del sistema de salud.

PRE02: Garantizar una atención integral (incluyendo sucedáneos de leche materna) a los recién nacidos expuestos perinatalmente a VIH, asegurando medidas preventivas, diagnóstico, profilaxis con ARV y seguimiento.

PRE03: Brindar atención integral de diagnóstico y tratamiento a las parejas de mujer gestante VIH positivo.

PRE04: Articular las intervenciones de prevención de la transmisión vertical con los estándares de calidad en la atención obstétrica (FON básicas, primarias y esenciales) en redes y microrredes

CAL01: Mejorar la capacidad resolutoria de los servicios de salud para la implementación de la estrategia de disminución de la transmisión vertical de la sífilis y el VIH en las zonas rurales, incluyendo infraestructura, equipamiento, suministros y personal capacitado.

CAL02: Mejorar las competencias de los recursos humanos para la implementación de la estrategia de disminución de la transmisión vertical de la sífilis y el VIH, el cumplimiento de estándares para atención a la gestante y el recién nacido, que incluya a los prestadores de salud de ESSALUD e instituciones privadas.

CAL03: Implementar el sistema de registro operacional y epidemiológico para recién nacidos expuestos perinatalmente al VIH y el sistema de referencia y contrarreferencia.

PRO01: Elaborar e implementar plan comunicacional de información de prevención de la transmisión vertical con adaptación cultural, incluyendo medios masivos de radio y TV.

PRO02: Fortalecer la gestión de conocimientos en salud sexual y reproductiva y VIH en gestantes que acuden a su control pre natal, incluyendo a mujeres en edad fértil y mujeres que viven con VIH.

PRO03: Promoción de la prueba de tamizaje voluntaria a las mujeres en edad fértil y sus parejas

PAR01: Promover el involucramiento de las organizaciones de Mujeres con VIH en las capacitaciones dirigidas a mujeres de organizaciones de base, articulados a los gobiernos locales.

PAR02: Fortalecimiento de las organizaciones sociales de base para la vigilancia ciudadana a la respuesta regional de la disminución de la transmisión vertical

FIN01: Realizar incidencia política en autoridades de la región que permita asegurar la implementación de las estrategias para disminuir la transmisión vertical priorizando en las provincias de Maynas, Yurimaguas, Contamana, Caballococha y Requena.

## **OBJETIVO ESTRATEGICO Nº 6**

***Objetivo estratégico 6: Asegurar el acceso universal a la atención integral incluyendo el TARGA en toda la región (prevención positiva, servicios complementarios, infecciones oportunistas, descentralización y trabajo en red).***

A través de este objetivo se busca enfrentar uno de los problemas identificados, cual es mejorar las limitaciones en el acceso a la atención integral y lograr el acceso universal al TARGA en las PVVs que lo requieran.

Indicador: Nº de PVVs en TARGA Basal: 235 PVV al final del 2006.

Meta: 100% PVVS de acceso al TARGA

Para ello se ha previsto desarrollar las siguientes líneas estratégicas *regionales*

PRE01: Ampliación de la oferta de servicios de salud para el diagnóstico y TARGA, con insumos y medicamentos, que garanticen el acceso universal tanto en esquema Naive como en rescate.

PRE02: Fortalecer el sistema de referencia y contrarreferencia para los casos de VIH y Sida.

PRE03: Reforzamiento de los programas de prevención positiva (consejería de pares, abastecimiento de condones, diagnóstico y tratamiento de las ITS), quimioprofilaxis y tratamiento para infecciones oportunistas.

CAL01: Implementar Programa de Apoyo Psicosocial a Personas con VIH y familiares.

CAL02: Mejorar la capacidad resolutive de los servicios de salud para la atención integral a la persona con VIH, incluyendo la dispensación del TARGA mediante infraestructura, equipamiento, suministros y personal capacitado

PRO01: Realizar Incidencia política para disminuir el estigma y discriminación de las Personas con VIH en el marco de los derechos humanos.

PRO02: Elaborar e implementar plan comunicacional a nivel regional de acceso universal al TARGA, disminución del estigma y la discriminación, incluyendo medios de comunicación masiva escrita, radial y Tv.

PAR01: Reforzar la capacitación y formación de consejeros educadores de pares en los principales provincias con mayor prevalencia de VIH.

PAR02 Implementación del modelo de participación social sostenible para la atención integral de las personas viviendo con VIH.

FIN01: Realizar Incidencia política para lograr incremento del presupuesto regional que asegure el acceso universal al prevención, atención y apoyo en toda la región Loreto (incluyendo el TARGA)

FIN02: Promover estrategias con participación multisectorial para la generación de ingresos para los PVVS y poblaciones más expuestas

## **OBJETIVO ESTRATEGICO Nº 7**

***Objetivo estratégico 7: Lograr la articulación y respuesta multisectorial entre Estado y Sociedad Civil que promueva lineamientos de políticas y acciones conjuntas que faciliten la implementación de actividades de prevención y el control de las ITS, el VIH y Sida.***

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

Para ello se ha previsto desarrollar las siguientes líneas estratégicas *regionales*

PREO1: Fortalecer la COREMUSA y promover la descentralización hasta el nivel distrital.

PRE02: Constituir en la COREMUSA, las mesas especializadas, en estigma y discriminación, adherencia al tratamiento y defensa de derechos de los PVVS.

PRE03 Incidencia de COREMUSA para la incorporación de mas sectores para la mejorar la respuesta regional y local.

PRO01: Generar una política multisectorial regional en ITS, VIH con liderazgo y rectoría del sector salud.

PRO02: Promover la normatividad sobre estigma y vigilancia del cumplimiento de las normas antidiscriminacion de las poblaciones mas expuestos y los PVVS.

PRO03: Difundir los principios que regulan la participación multisectorial en la COREMUSA (MIPA)

PAR01: Promover el fortalecimiento de la COREMUSA Loreto a nivel de provincias y distritos articulados a los gobiernos locales para liderar el plan.

PAR02 Fortalecer y promover la formación de redes de las asociaciones de PVVS y grupos mas expuestos.

PAR03: Fortalecer las organizaciones que trabajan el tema de VIH.

FIN01 Promover la aprobación de políticas multisectoriales públicas regionales que aseguren el financiamiento de la respuesta regional al VIH

FIN02 Promover la elaboración de proyectos en el marco del SNIP, para la utilización de los fondos regionales no gastados (canon y otros), para la prevención, atención y apoyo al VIH

## **OBJETIVO ESTRATEGICO Nº 8**

**Objetivo estratégico 8: Fortalecer el Sistema de información y vigilancia epidemiológica de casos de VIH y Sida funcionando eficaz, efectiva y eficientemente, y establecer un sistema de monitoreo de evaluación y medición de logros obtenidos**

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

*Indicador:* Sistema unificado y funcionando.

*Basal:* (Hoja de monitorización, HIS, notificación epidemiológica, Base TARGA)

*Meta:* Un Sistema de información unificado y medición de logros.

Para ello se ha previsto desarrollar las siguientes líneas estratégicas *regionales*

PRE01: Diseño e implementación de un sistema único de monitoreo y evaluación de actividades del PEMR.

PRE02: Fortalecimiento de la articulación del sistema de información de las diversas fuentes, que permita la toma de decisiones.

PRE03: Fomentar el análisis de la información del sistema de monitoreo y evaluación y de la vigilancia epidemiológica (comportamiento, biológica) a diversos niveles.

PRE04: Fomentar la investigación operativa y la sistematización de experiencias regionales

CAL01 Fomentar el reporte oportuno de información de los servicios de salud.

CAL02 Fomentar la asistencia técnica a las redes y microrredes para el reporte de atenciones, vigilancia epidemiológica e investigación operativa.

PRO01: Promover estudios de investigación operativa que faciliten la vigilancia de la epidemia en poblaciones vulnerables, pueblos originarios, población itinerante y población en general.

PRO02 Generar los mecanismos de supervisión de parte de los integrantes con miras al cumplimiento de las metas del PEMR.

PAR01: Promover iniciativas de apoyo multisectorial a la gestión del PEMR desde la sociedad civil.

PAR02: Conformar un comité multisectorial, liderado por la Defensoría del Pueblo, que realice seguimiento, monitoreo y evaluación del PEMR.

PAR03: Involucrar a las poblaciones mas expuestas en la elaboración de los estudios e investigaciones especiales.

FIN01 Asegurar el financiamiento del Sistema de supervisión y monitoreo de la Región.

FIN02 Asegurar el financiamiento para la comunicación de zonas alejadas para la notificación de información (vía radio, computadoras,etc)

## 7 GLOSARIO

|                      |  |
|----------------------|--|
| CAL                  | Calidad de la Atención   |
| CERITS               | Centro de referencia de Infecciones de Transmisión sexual  |
| DISA                 | Dirección de Salud   |
| DIRESA               | Dirección Regional de Salud  |
| ESN                  | Estrategia sanitaria Nacional  |
| ESR PC ITS, VIH/SIDA | Estrategia Sanitaria Regional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH/SIDA |
| FIN                  | Del Financiamiento   |
| HSH                  | Hombres que tiene Sexo con Hombres   |
| ITS                  | Infección de Transmisión Sexual  |
| MINSA                | Ministerio de Salud  |
| NNA                  | Niños, niñas y Adolescentes  |
| PRE                  | Prestación de Salud  |
| PRO                  | Promoción de temas prioritarios  |
| PAR                  | Participación Comunitaria  |
| SIDA                 | Sida   |
| TARGA                | Tratamiento Antiretroviral de Gran Actividad   |
| TS                   | Trabajadora Sexual   |
| UPCH                 | Universidad Particular Cayetano Heredia  |
| VIH                  | Virus de Inmunodeficiencia Humana  |