



**PLAN ESTRATEGICO REGIONAL MULTISECTORIAL
PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ITS, VIH Y
SIDA EN LA REGIÓN
UCAYALI
2010 - 2015**



EQUIPO DE ASISTENCIA TÉCNICA

Lic. Zoila Fernández

Facilitadora PERM

Objetivo 4 – VI Ronda Fondo Mundial

Dr. José Pajuelo Cuba

Consultor PERM

Objetivo 4 – VI Ronda Fondo Mundial

Dr. Ricardo Muñante

**Coordinador de la Estrategia Regional de
Prevención y Control de ITS y VIH/SIDA**

DIRESA Ucayali

Dra. Margarita Talledo Vela

Consultora PERM

Objetivo 4 – VI Ronda Fondo Mundial

Obst. Shumaya Iturrizaga

Consultora PERM

Objetivo 4 - VI Ronda Fondo Mundial

Obst. Rocío Villavicencio

Sub coordinadora Regional

Objetivo 4 - VI Ronda Fondo Mundial

Sr. Robinson Perdomo

Agente Comunitario

Objetivo 4 - VI Ronda Fondo Mundial

Ucayali 2009

AGRADECIMIENTOS

Se agradece la colaboración y participación de las instituciones públicas y privadas, organizaciones de la sociedad civil, población vulnerable, afectada y en general, que han participado en el proceso de construcción del Plan Regional Estratégico Multisectorial para la Prevención y Control de las ITS, VIH y Sida de la Región Ucayali 2010-2015.

RECONOCIMIENTOS

Gobierno Regional de Ucayali

Presidente Regional

Gerente Regional de Desarrollo Social

Dirección Regional de Salud de Ucayali

Director Regional de Salud

Instituciones Públicas

MINDES

Dirección Regional de educación

Hospital Regional de Pucallpa

Hospital Amazónico de Yarinacocha

Centro de Salud San Fernando

ESSALUD

Defensoría del Pueblo

COREMUSA

Colegio de Enfermeros

Colegio de Obstetrices

Movimiento Manuela Ramos

Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza

Mesa de Concertación de LTGB y TS

Objetivo N° 1 Quinta Ronda

Iniciativas de Políticas en Salud

Objetivo N° 2 Segunda Ronda

Consortio Miradas y Voces

UNFPHA

UNICEF

Objetivo 4 Sexta Ronda

GTA RENA SHINE

Calidad en Salud

Objetivo 3 – CEPCO MRO

CRONIX Ucayali

Movimiento Cultural Igualdad y Futuro

Consejo Regional de Salud

FORO SALUD

Organización Juvenil Dejando Huellas

Organizaciones PVVS.

Organizaciones PEPS.

INDICE

Presentación	08
Introducción	10
I. CAPITULO I: Contexto Normativo	11
II. CAPITULO II: Contexto Región Ucayali	14
<i>II.1 DESCRIPCION DEL AMBITO REGIONAL</i>	14
II.1.1. Condicionantes Demográficas	14
II.1.2 Principales Actividades Económicas, Sociales y Religiosas	15
II.1.3 Condicionantes Socio – Económicas	16
II.1.4. Análisis de la Mortalidad	16
II.1.5. Análisis de la Morbilidad	16
II.1.6. Necesidades Básicas Insatisfechas	17
II.1.7. Ubicación y Superficie	18
II.1.8. Provincias	19
<i>II.2 SISTEMAS DE SERVICIOS DE SALUD</i>	20
II.2.1. Oferta de los Servicios de Salud	22
II.2.2. Indicadores de Oferta de los Recursos Humanos	23
II.2.3. Recursos Tecnológicos	23
II.2.4. Condicionantes de Infraestructura	23
II.2.5. Problemas Identificados y Priorizados de Salud.	24
<i>II.3 POBLACIÓN OBJETIVO</i>	24
<i>II.4 MARCO LEGAL</i>	25
III. CAPITULO III: Análisis Situacional de la epidemia del VIH-SIDA	26
<i>III.1 Contexto mundial</i>	26
<i>III.2 Situación en América Latina</i>	29
<i>III.3 Contexto Nacional</i>	31
<i>III.4 Situación de la epidemia a nivel regional</i>	37
<i>III.5 Respuesta Regional ante la epidemia.</i>	43
III.5.1 Estudios de Vigilancia Centinela	43
III.5.1.1 Estudios en Vig. Centinela en HSH	43
III.5.1.2 Estudios de Vig. Centinela en TS	44
III.5.1.3 Estudios de Vig. Centinela en clientes de Trabajadoras Sexuales	45
III.5.1.4 Vigilancia centinela en gestantes	45
III.5.2 Estudios de Prevalencia de base poblacional	46
III.5.3 Encuesta de ENDES, y signos y síntomas de ITS	48
IV. CAPITULO IV: Caracterización de los Problemas Fundamentales	49
<i>IV.1. En relación al marco normativo vigente se encontraron tres situaciones.</i>	49
<i>IV.2. En lo referente al estigma y discriminación</i>	50
<i>IV.3. En cuanto a la multisectorialidad</i>	51
<i>IV.4. En cuanto a Derechos Humanos</i>	52
V. CAPITULO V: Lineamientos de Política.	53

VI. CAPITULO VI: Valores	55
VII. CAPITULO VII: Visión y Misión	55
VIII. CAPITULO VIII: Análisis FODA	56
IX. CAPITULO IX: Objetivos Estratégicos Del PERM para La Prevenición y Control de las ITS VIH-SIDA 2010-2015	59
<i>IX.1 Objetivos Estratégicos Regionales</i>	59
<i>IX.2 Líneas de Acción Estratégica</i>	68
<i>IX.3 Matriz de Objetivos Estratégicos, Indicadores y Actividades por Eje temático</i>	68
<i>IX.4 Ideas de Proyectos Regionales</i>	82
<i>IX.5 METAS ESTRATÉGICO PROGRAMÁTICAS</i>	83
<i>IX.6 Presupuesto Referencial General</i>	89
<i>IX. 7 Presupuesto Referencial por Objetivos</i>	90
BIBLIOGRAFIA	105
ANEXOS	106
GLOSARIO	107

INDICE DE MAPAS, CUADROS Y GRAFICOS

MAPAS

MAPA N° 01: Mapa de Pobreza Según Necesidades Básicas Insatisfechas Región Ucayali 1993-2000	17
MAPA N° 02: Población por Distrito de la Región Ucayali – 2007	20

CUADROS

CUADRO N° 01: Principales Actividades Económicas y Celebraciones Sociales y Religiosas por Distritos en la región de Ucayali.	15
CUADRO N° 02: Establecimientos de Salud Públicos	21
CUADRO N° 03: Recursos Humanos Disponibles por Microrred de salud- 2009	22
CUADRO N° 04: Número de Trabajadores por Habitantes – DIRESA Ucayali	23
CUADRO N° 05: Prevalencia de VIH y otras ITS en TS (2002)	45
CUADRO N° 06: Prevalencia de VIH y otras ITS en clientes de TS (2002)	45
CUADRO N° 07: Prevalencia de VIH en adultos de 18 a 29 años de 24 ciudades, según sexo (2002).	47
CUADRO N° 08: Prevalencia de VIH y otras ITS en adultos de 18 a 29 años, según sexo (2002)*	47
CUADRO N° 09: Incidencia anual de síndromes de ITS por características seleccionadas	49

GRAFICOS

Grafico N° 1: Porcentaje de Estados Miembros de las Naciones Unidas que presentan informes por Región 2004 -2008	28
Grafico N° 2: Casos de SIDA según Año de Diagnostico Perú 1983 – 2008	32
Grafico N° 3: SIDA: Distribución por Edad y Sexo Perú, 1983 – 2008	32
Grafico N° 4: SIDA: Razón Hombre/Mujer Perú, 1983 – 2008	33
Grafico N° 5: SIDA: Casos Acumulados 1983 – 2008	34
Grafico N° 6: Vías de Transmisión del VIH / SIDA 2008	35
Grafico N° 7: Tamizaje VIH y SIFILIS en Gestantes MINSA, 2000 – 2007	36
Grafico N° 8: % de casos de ITS diagnosticados y tratados en población General DIRESA Ucayali 2009	38
Grafico N° 9: % de casos de ITS diagnosticados y tratados en población General DIRESA Ucayali 2009	38
Grafico N° 10: % de casos gestantes y púérperas tamizadas para VIH con resultado positivo DIRESA Ucayali 2009	39
Grafico N° 11: VIH: Razón de Hombre / Mujer DIRESA Ucayali 2009	39
Grafico N° 12: Casos de SIDA por sexo DIRESA Ucayali 2006 – 2008	40
Grafico N° 13: Casos de VIH por Distritos DIRESA Ucayali 1992 – 2008	41
Grafico N° 14: Casos de SIDA por Distritos DIRESA Ucayali 2006 – 2008	41
Grafico N° 15: Casos de SIDA por Distritos DIRESA Ucayali 2006 – 2008	42
Grafico N° 16: Casos de VIH/SIDA/ Fallecidos por años DIRESA Ucayali 1995 – 2009	42
Grafico N° 17: Prevalencia de VIH en HSH- Perú 2002	43

PRESENTACIÓN

El proceso de formulación del PEM – Ucayali , es el resultado de la sumatoria de esfuerzos que con el compromiso ante la necesidad conjunta de resolver los problemas más álgidos de salud, asumen el reto los diferentes actores que interactúan con una propuesta evidente de un compromiso de los mismos para lograr el objetivo poniendo en evidencia que el tema de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el virus de la inmunodeficiencia humana VIH/SIDA es mucho más que un problema de salud y requiere de una intervención articulada con mirada estratégica entre las instancias regionales

El presente documento ha sido elaborado hasta esta fase en forma multisectorial, en la misma que han participado asertiva y efectivamente representantes del estado y sociedad civil como : Gobierno Regional de Ucayali, Gerencia Regional de Desarrollo Social, Dirección Regional de salud de Ucayali- Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA , MINDES, Dirección Regional de educación, Hospital Regional de Pucallpa, hospital Amazónico de Yarinacocha, Centro de Salud San Fernando, ESSALUD, DEFENSORIA DEL PUEBLO, COREMUSA, Colegio de Enfermeros , Colegio de Obstetricas , Movimiento Manuela Ramos . Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza, Mesa de Concertación de LTGB y TS, Objetivo N° 1 Quinta Ronda, Iniciativas de Políticas en Salud, Objetivo N° 2, Segunda Ronda, Consorcio Miradas y Voces, UNFPHA-UNICEF, Objetivo 4 Sexta Ronda, GTA RENA SHINE, Calidad en Salud, Objetivo 3 – CEPCO, MRO, CRONIX UCAYALI, MOVIMIENTO CULTURAL IGUALDAD Y FUTURO, CONSEJO REGIONAL DE SALUD, FORO SALUD, ORGANIZACIÓN JUVENIL DEJANDO HUELLAS, PVVS, PEPS.

El proceso de articulación y participación se ha desarrollado a través de múltiples etapas. Llevándose a cabo una reunión de sensibilización a los decisores locales y organismo de la sociedad civil organizada, en los meses de Abril del presente año, con la participación de organismos estatales como la Gerencia de Desarrollo Social y luego con los representantes de la COREMUSA y los PVVS. Los mismos que acordaron el inicio del proceso de formulación del PERM, debido a la importancia de elaborar dicho documento, el mismo que requiere de la activa participación de todos, la presentación del equipo Técnico del PERM, se llevo a cabo en el mes de Mayo, del 2009, en los ambientes del Auditorio de la Cámara de Industria y Turismo de la ciudad de Pucallpa, en la misma que se realizo la instalación de mesas temáticas por grupos vulnerables: Transmisión Vertical, Jóvenes y Adolescentes, PVVS, Pueblos Indígenas, HSH. Así mismo se realizaron los talleres de trabajo y validación del proceso, finalizando con la presentación del PERM, ante los Consejeros Regionales para su respectiva aprobación.

INTRODUCCIÓN

La magnitud de la epidemia afecta a todos los países, principalmente a los países en vías de desarrollo, existiendo grupos vulnerables con mayor grado de exposición que son marginados y estigmatizados: Como los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), los usuarios y usuarias de drogas y los trabajadores y trabajadoras sexuales (TS), principalmente, evidenciadas en las altas prevalencias de VIH.

Es un problema de salud pública de mayor importancia y uno de los desafíos más grandes para la vida y la dignidad de los seres humanos a nivel mundial, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), cuyos factores condicionantes y conductas de riesgo hace que la población expuesta se encuentre en mayor riesgo, y en nuestro ámbito regional ya representa un problema de salud pública local.

La magnitud y distribución de la epidemia por VIH/SIDA en el Perú, con información disponible a través de estudios de seroprevalencia y de comportamientos que se realizan en determinados grupos poblacionales, y siguiendo la clasificación del estado de la epidemia propuesta por el Banco Mundial en 1997, es claro que el Perú presenta una “epidemia concentrada”. Esto quiere decir que la prevalencia del VIH en grupos con comportamientos altamente transmisores de la infección, como HSH y, posiblemente, pacientes con ITS, es mayor del 5% (según la vigilancia centinela nacional del 2002, en HSH asciende a 13,7%), por lo tanto, son los grupos más vulnerables y expuestos al VIH.

Es por lo tanto además importante conocer el estadio de la epidemia en que se encuentra nuestra región la misma que nos permita identificar recomendaciones de prevención y control mundialmente reconocidas como costo-efectivas que harían posible lograr una fase de control de la epidemia y, eventualmente, reducirla.

Los compromisos no serán posibles implementarlos si es que no se cuenta con mecanismos y capacidad de decidir implementar acciones que favorezcan el proceso, teniendo en cuenta los roles y actores locales asumiendo compromisos.

A nivel regional se han hecho muchos esfuerzos por lograr un documento que recoja una propuesta concertada y articulada ante una situación sanitaria negativa, es por ello que este documento firma parte del inicio de un reto de disminuir la prevalencia y de encontrar esfuerzos que conlleven a movilizar para lograr el objetivo.

CAPITULO I

CONTEXTO NORMATIVO

En el Perú existe una variada normatividad referida al VIH-sida que se inicia en 1993, año en el que se promulga la actual Constitución Política.

Desde ese momento, se ha producido un conjunto de leyes, decretos supremos, resoluciones ministeriales, resoluciones directorales, directivas sectoriales, entre otras normas, que han tratado de orientar la política respecto a esta epidemia.

En este marco, hay que poner en relieve la Ley 26626, promulgada en el mes de junio de 1996, más conocida como la Ley Contrasida. En esta normativa se enuncia: «Encargan al Ministerio de Salud la elaboración de un Plan Nacional de Lucha contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana, el sida y las enfermedades de transmisión sexual». En esta ley se establece que «las pruebas para diagnosticar el VIH-sida son voluntarias y se realizan previa consejería» (art. 4) y que «los resultados de las pruebas diagnosticadas con VIH-sida y la información sobre la causa cierta o probable de contagio son de carácter confidencial» (art. 5). Asimismo, se señala que el despido laboral es nulo cuando la causa es la discriminación por ser «portador del VIH-sida» (art. 6).

A estos avances, importantes para la época, hay que añadir que de acuerdo con la Ley 26626 toda persona con VIH-sida tiene derecho a la atención médica integral y la prestación previsional. Para este fin, se señala que «el Estado debe brindar dichos servicios a través de las instituciones de salud donde participe directa o indirectamente como administrador o gestor» (art. 7, inc. a).

A pesar de que para el momento ésta ley representó un avance en materia del carácter voluntario de las pruebas, la confidencialidad, el control legal de la arbitrariedad frente al despido laboral y la prestación obligatoria de servicios de salud a las personas que tuvieran un diagnóstico positivo de VIH-sida, no enfatizaba aspectos preventivos, de capacitación, difusión, monitoreo y participación efectiva de las personas que viven con VIH-sida en los programas y estrategias que debían articularse.

Igualmente, no se consideraban compromisos efectivos en materia de control y suministro gratuito de medicamentos para las personas que viven con VIH-sida.

Sin embargo, esta ley se mantuvo vigente durante ocho años hasta el año 2004, cuando se promulgó la Ley 28243 «Ley que amplía y modifica la Ley N° 26626 sobre el VIH y el sida y las infecciones de transmisión sexual». En términos generales, este nuevo dispositivo legal señala que «se declara de necesidad nacional e interés público la lucha contra la infección por el VIH y el sida y las ITS» (art. 1).

Algunos cambios de importancia que se introducen con esta ley ampliatoria son la excepción de la voluntariedad en las pruebas en el caso de las madres gestantes (art. 4, inc. b) y la ampliación de las intervenciones en la atención integral de la salud que se señalan a continuación:

- a. Acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento, monitoreo, consejería Pre- y post diagnóstico, rehabilitación y reinserción social.
- b. Atención ambulatoria, hospitalaria, domiciliaria y/o comunitaria.
- c. El suministro de medicamentos requeridos para el tratamiento adecuado e integral de la infección por el VIH y sida, que en el momento se consideren eficaces para prolongar y mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH-sida, estableciendo la gratuidad progresiva en el tratamiento antirretroviral, con prioridad en las personas en situaciones de vulnerabilidad y pobreza extrema (art. 3).

Complementariamente, con la creación de un Comité Técnico de Especialistas encargado de la actualización anual de las terapias (art. 4) y la incorporación de los medicamentos y/o insumos farmacológicos necesarios para las personas que viven con VIH-sida en el Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales (art. 6), se materializan el impulso y la dotación efectiva de recursos a la Estrategia Nacional de Prevención y Control del VIH y las ITS, lo que germina al amparo de los recursos externos proporcionados por el Fondo Global contra el VIH-Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

En el marco de dicha Estrategia Nacional de Prevención y Control del VIH y las ITS, aprobada por Resolución Ministerial 771-2004/ MINSa, la Dirección General de Salud de las Personas elaboró un plan general, en el que se reconoce: Los servicios de salud que prestan una atención integral son insuficientes, ya que el personal de salud no está adecuadamente capacitado en consejería, manejo clínico o en prácticas de bioseguridad. La condición de pobreza de la persona infectada se acentúa rápidamente en el curso de la enfermedad, por la pérdida de empleo, gastos de medicamentos, exámenes de laboratorio y en el transporte frecuente hacia los servicios de salud que prestan atención especializada. Igualmente, en materia de exclusión, estigma y discriminación, se constata lo siguiente:

Las personas afectadas por el virus del VIH tienen serios problemas económicos, sociales, psicológicos y de estigma difíciles de afrontar, que no son abordados de manera integral. Los conceptos de la Ley Contrásida modificada (Ley 28243) a los que se ha hecho mención, posteriormente —por Resolución Ministerial 939-2004— fueron explicitados y difundidos mediante normas, procedimientos y acciones que consolidan la capacidad de respuesta del sector en el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (Targa) (art. 3). En muchos lugares del país estas acciones aún no se implementan y continúan siendo un anhelo para las personas que viven con VIH-sida:

- Facilitar la disposición a tiempo completo de los especialistas y los integrantes de los equipos multidisciplinarios.

- La fijación de un paquete mínimo de los exámenes complementarios para el inicio del tratamiento (S/. 20,00) con la posibilidad de acceder a una exoneración total.
- Supervisión de las direcciones de salud para verificar el cumplimiento de la normatividad relacionada con el TARGA.
- Aplicar un plan comunicacional para incrementar los usuarios del TARGA y facilitar la formación de grupos de ayuda mutua en los establecimientos acreditados para el TARGA.

Con relación a esta normatividad vigente, que indudablemente ha evolucionado más por impulsos externos provenientes del Fondo Global de Lucha contra el VIH-Sida que por iniciativas y esfuerzos internos, hay que destacar algunos problemas como la escasa difusión y capacitación en materia de VIH-sida que persiste en el personal del sistema de salud y la sociedad en general. Asimismo, hay que poner en relieve la incertidumbre existente entre las personas que viven con VIH-sida respecto al futuro y sostenibilidad del proyecto «Fortalecimiento de la prevención y control del sida y la tuberculosis en el Perú», pues luego de concluido el financiamiento del Fondo Global este tendrá que ser asumido por el MINSa.

A pesar de que las referidas normas legales contienen artículos contra el estigma y la discriminación, y que el país, como se ha visto, ha suscrito varios tratados internacionales que a nivel interno tienen fuerza de ley, la revisión de las normas legales recientes únicamente permitió ubicar un proyecto de ley que garantizaría el derecho a la no discriminación de las personas con VIH-sida, sobre todo en controversias judiciales y extrajudiciales. Asimismo se ha promulgado una ley (Ley 28867) que modifica un artículo del Código Penal, sancionando con privación de la libertad una serie de actos discriminatorios por motivo racial, de discapacidad, de idioma, religión, etcétera, pero el VIH-sida solamente quedaría en la posibilidad de ser incluido dentro de la denominación «cualquier índole».

Por último, hay que señalar que, en el año 2005, el Ministerio de Salud realizó una Evaluación del Plan Estratégico 2001-2004 para la Prevención y Control del VIH-Sida en el Perú y se constató que a pesar de existir un conjunto de estrategias e intervenciones de comprobada eficiencia para la prevención de la transmisión de ITS y VIH, el número de casos de infección por VIH continúa incrementándose por diversos motivos como el limitado sistema de atención integral de las personas que viven con él, la limitada cobertura de las intervenciones, el estigma y discriminación hacia dichas personas, entre otros factores. Por ello, actualmente el MINSa y el CONAMUSA, con el apoyo de ONUSIDA, elaboran el Plan Estratégico Multisectorial Nacional 2007-2011 para la Prevención y Control de las ITS y VIH- Sida en el Perú. Este plan debe guiar y articular las acciones del sector gubernamental, no gubernamental y de la cooperación internacional contra el VIH-sida en el Perú entre los años 2007 y 2011.

CAPITULO II

CONTEXTO REGION UCAYALI

II.1 DESCRIPCION DEL AMBITO REGIONAL

Creación.- Ucayali fue creado como departamento el 18 de junio de 1980 sobre la base de las provincias de Ucayali y Coronel Portillo; mediante Ley N° 23416 del 01 de junio de 1982 se establecen los límites de las cuatro provincias que conforman el departamento, siendo los siguientes: Coronel Portillo, Atalaya, Padre Abad y la Provincia de Purús.

A partir del 24 de noviembre de 1988 y por Ley N°. 24945, el departamento se eleva a la categoría de Región; reconociéndose a Pucallpa como sede de la Región Ucayali.

II.1.1. CONDICIONANTES DEMOGRÁFICAS

La interacción entre ecología y la salud humana es el resultado directo de características geográficas como: topografía, clima, humedad, lluvia, presión atmosférica, flora y fauna.

- La altitud de la Región Ucayali oscila entre los 150 a 450 m.s.n.m, mostrando características del nicho ecológico; OMAGUA, RUPA RUPA (ubicado entre 400 a 1,000 m.s.n.m), favorece la presencia de los vectores causantes de enfermedades metaxénicas (Malaria Vivax, Malaria Falciparum, Dengue, Fiebre Amarilla y Zoonóticas (Leptospirosis, Rabia Humana), la difícil geografía de nuestra región influye en la demora de las referencias y contrarreferencias de pacientes, lo que incrementa la morbimortalidad.
- La población de la Región Ucayali, se ha incrementado de 387,200 en el año 1996 a 440,810 Hbts. en el año 2008.
- La tasa de crecimiento poblacional estimada, ha descendido de 4.19 en el año 1996 a -14.1 en el año 2007.
- La densidad poblacional es de 3.9 Hab. X Km² (2006).
- La pirámide poblacional es de comportamiento expansivo con una población eminentemente joven (40%), con tendencia al envejecimiento.
- La tasa de natalidad es de 14.88 x 1000 Hbts (INEI = 28.2).
- La tasa global de fecundidad es de 5.9 hijos x mujer

- La tasa de mortalidad infantil es de 30.72 x 1000 n.v.
- El promedio de vida al nacer es 67.3 años.

II.1.2 PRINCIPALES ACTIVIDADES ECONOMICAS, SOCIALES Y RELIGIOSAS

En el Perú, departamentos con actividades principalmente extractivas como Loreto (petróleo) y Pasco (minería) presentan un Producto Bruto Interno per cápita similar a los departamentos de menor pobreza como Lima, Callao y Arequipa. El conocimiento de las actividades económicas no solo es importante por que brinda información respecto de la potencial riqueza de los hogares, sino también porque determinan un perfil de riesgo frente a ciertas enfermedades ocupacionales. En la Región Ucayali las actividades económicas más importantes en cada una de las unidades poblacionales, se presentan en la Tabla N° 10. Del mismo modo, se puede apreciar también, la relación de fiestas religiosas y costumbristas de mayor repercusión en cada una de ellas, para tener en cuenta el incremento de demandas específicas de determinados servicios de salud.

CUADRO N° 01
PRINCIPALES ACTIVIDADES ECONOMICAS Y CELEBRACIONES SOCIALES Y RELIGIOSAS POR DISTRITOS
EN LA REGION UCAYALI

DISTRITOS	ACTIVIDADES ECONOMICAS	CELEBRACIONES SOCIALES Y RELIGIOSAS
Yarinacocha	Agricultura – Pesca	Fiesta Regional de San Juan
Callería	Empleado – Independiente	Fiesta Regional de San Juan
Campo Verde	Trabajadora del hogar	Fiesta Regional de San Juan
Nueva Requena	Independiente	Fiesta Regional de San Juan
Masisea	Agricultura	Aniversario del distrito
Iparia	Agricultura	Fiesta Regional de San Juan
Raymondi	Agricultura – Independiente	Festival de Danza Indígena
Sepahua	Agricultura	Semana Turística Ucayali
Tahuanía	Agricultura	Velada Señor de los Milagros
Yurua	Agricultura	Velada San Martín de Porras
Padre Abad	Agricultura – Independiente	Semana Santa Ucayalina
Irazola	Agricultura – Independiente	Pastoreada Navideña

Curimaná	Agricultura	Procesión de Santa Rosa
Purús	Agricultura	Aniversario del Distrito
Región Ucayali	Agricultura – Independiente	Aniversario de la Región Ucayali

II.1.3 CONDICIONANTES SOCIO – ECONOMICAS

La Región Ucayali se encuentra en el Quintil I y II de pobreza (60.1% a 80%, de hogares con al menos una NBI).

Los distritos de: Tahuania, Masisea, Yurua, Sepahua, Purús pertenecen a los estratos más pobres que el promedio regional.

El Índice de Desarrollo Humano es de nivel medio con 0.565 puntos.

El Índice de Analfabetismo (de 15 años a mas) es de 9.3% (DREU). La deserción escolar es de 8.3%(DREU).

Según las encuestas, la Región Ucayali tiene una calidad de vida aceptable con 77 puntos en un rango que va de 0 a 100 puntos.

La economía se basa fundamentalmente en el comercio y la industria, coexistiendo con una economía elemental de subsistencia: Caza, pesca y agricultura rudimentaria.

II.1.4. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD:

Las principales causas de mortalidad general, son las enfermedades del Sistema Circulatorio y los Tumores.

En la población infantil la principal causa de mortalidad son las enfermedades del aparato respiratorio, seguido de las enfermedades infecciosas y parasitarias.

La razón de mortalidad materna es de 103.1 x 100.000 NV (El nacional es de 185 x 100,000 NV).

Las causas directas de Mortalidad materna en el año 2007 fueron: Aborto provocado (27%), eclampsias (18%), Atonia uterina (18%), desgarro vaginal (9%), TBC (9%), estrechez pélvica (9%), Inversión uterina (9%).

II.1.5. ANÁLISIS DE LA MORBILIDAD:

Las enfermedades transmisibles continúan siendo la causa más importante de morbilidad, dado por las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas y parasitarias.

Durante el año 2007 se presentó 05 casos de dengue hemorrágico, no hubo mortalidad por dengue. El Serotipo circulante es el Dengue 3. Los distritos que más casos reportaron son Calleria, campo verde, Irazola y Puerto Callao.

La razón Malaria Falciparum - Malaria Vivax es de 1 : 29.1. casos.

La proporción es: por cada 100 casos de Malaria.Vivax. existe 3.44 casos de Malaria Falciforme.

Actualmente no se conoce el tipo de epidemia de SIDA que tiene la Región Ucayali por falta de estudios recientes. Según la proyección nacional estaríamos en situación de “Epidemia Concentrada” con tendencia a la generalización.

La Tasa de prevalencia de TBC pulmonar 143.96x 100,000 Hab.

II.1.6. Necesidades Básicas Insatisfechas

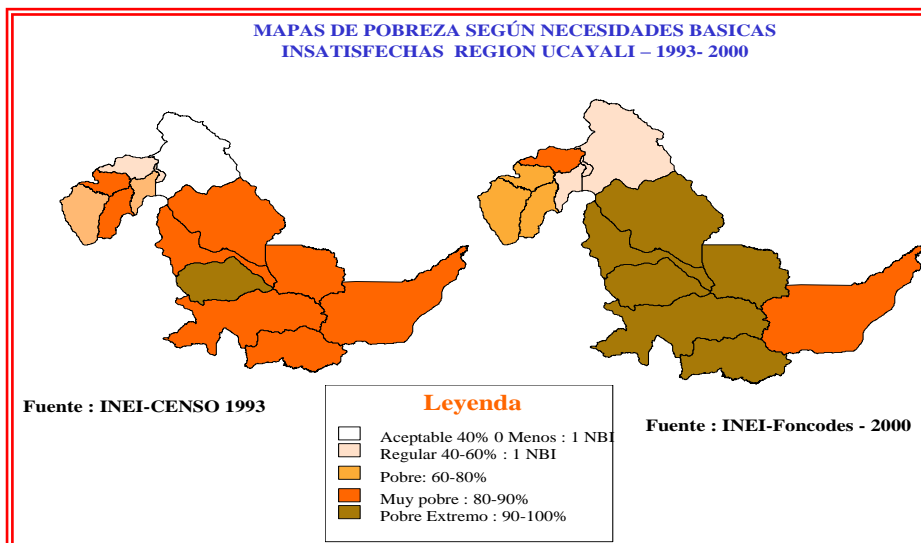
Según la encuesta regional de Hogares de Evaluación de Necesidades de Salud – Ucayali 2004 se muestra la distribución porcentual de las características de las viviendas de Ucayali. El 43% de los hogares de Ucayali fueron considerados pobres extremos, siendo mayor el porcentaje de hogares extremadamente pobres en la zona rural (67%) comparado con la zona urbana (8%).

Se aprecian grandes diferencias en el tipo de fuente de agua entre la zona urbana y rural. Solo el 3% de los hogares de la zona rural tienen agua de red pública intra-domiciliaria comparado con el 46% de la zona urbana. La mayoría de la zona rural se abastece el agua de pozo o río/acequia (83%).

El acceso a servicios higiénicos en red pública intra-domiciliaria es mucho menor en el área rural (3%) comparado con la zona urbana (39%). La mayor parte de la población rural realiza su disposición de excretas en letrina (48%) y en pozo ciego (18%). La disposición de excretas al aire libre es mayor en la zona rural (16%) comparado con la zona urbana (3%).

También se muestra que el 49% de los hogares de Ucayali tienen acceso a electricidad, siendo menor en el área rural (21%) que en el área urbana (82%).

MAPA N° 01
Mapa de Pobreza Según Necesidades Básicas Insatisfechas
Región Ucayali 1993-2000



Sobre la base del indicador Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), dividió a los 1794 distritos existentes en 2007 en cinco estratos de pobreza. De acuerdo al Censo Nacional 1993, se estima que el 56.8% de la población se encuentra en pobreza y 43,90 % en pobreza extrema, el cual se manifiesta que el 45.1% de hogares no contaban con electricidad, el 42.6% no contaban con agua potable, el 37.8% no tiene red de desagüe, la tasa de analfabetismo fue de 12.8% en el ámbito nacional.

La Región Ucayali se encuentra en el Estrato III de Pobreza (60.1% a 80% de hogares con al menos una NBI), lo que coincide con la conclusión obtenida de analizar la esperanza de vida al nacer. Sin embargo, este nivel de pobreza esconde importantes diferencias al interior de ella, tal como se observa en la Tabla N°7. En efecto, se puede apreciar que los distritos de Tahuanía, Masisea, Yurúa, Irazola, Sepahua, Iparia y Purús pertenecen a estratos más pobres que el promedio regional, en tanto que Callería, Yarinacocha, Campo Verde, Raymondi y Padre Abad pertenecen a estratos menos pobres de la Región.

En el mapa de estratificación por FONCODES 2000, se ve cambios distritales en relación a la estratificación, así tenemos los distritos de Masisea, Iparia, Tahuania, Yurua, Raymondi, Sepahua están en el grupo de pobreza extremo, los distritos de Purus y Nueva Requena están como muy pobres, los distritos de Padre Abad, Irazola y curimana están como pobre y los distritos de Yarinacocha, calleria y Campo Verde como regulares. En estos últimos 03 distritos se han realizados instalaciones de servicios de agua, desagüe y redes de fluidos eléctricos, sin embargo han sufrido un fuerte fenómeno inmigratorio que se manifiesta por el incremento de la población y la presencia de asentamientos humanos, que no han recibido atención de estos servicios básicos en forma satisfactoria, lo que explicaría la situación de pobreza regular descrita anteriormente.

II.1.7. Ubicación y Superficie.- La Región Ucayali se encuentra ubicada entre las coordenadas siguientes:

La Región Ucayali se localiza en la parte centro oriental del territorio peruano, denominada región selva, limita por el Este con la República del Brasil (Estado de Acre); por el Oeste con las Regiones de Pasco y Huánuco; por el Norte con la Región de Loreto; y por el Sur con las Regiones de Madre de Dios (Distrito de Tahuamanú), Cuzco(Distrito de Echerate) y Junín(Distrito del río Tambo).

Ucayali comprende los ejes económicos según el siguiente orden de importancia:

Pucallpa - Huánuco - Lima;

Pucallpa - Tingo María - Uchiza;

Pucallpa - Iquitos;

Pucallpa - Contamana.

Pucallpa – Nueva Requena – Honoria - Tournavista

Pucallpa – Pichis - Palcazu

La Región Ucayali tiene una superficie de 102,410.55 Km² equivalente al 7.97% del territorio nacional y al 19,6% de la Amazonía, siendo la segunda región más extensa del Perú luego de Loreto, casi el 100% de su territorio es de selva baja con alturas entre los 150 a 450 m.s.n.m.

La Región Ucayali esta atravesada por el río Ucayali, que se forma con la unión del río Tambo y Urubamba en la Provincia de Atalaya, y sigue un curso de Sur a Norte. Es un río caudaloso de largo curso sinuoso que alcanza una longitud de 1,771 kms. presentando numerosas islas, tiene un ancho que oscila entre 400 y 2,000 metros; la velocidad promedio de sus aguas es de 3 nudos; y también por la carretera Federico Basadre, que es la principal vía terrestre de acceso a la Región Ucayali, la que se encuentra en mal estado de conservación, recorriendo en su trayecto a las provincias de Coronel Portillo y Padre Abad.

II.1.8. Provincias.-La Región Ucayali la conforman las cuatro provincias, cuyas características generales son:

A. Provincia de Coronel Portillo

La provincia de Coronel Portillo se creó por ley N° 9815 del 2 de julio de 1943 dentro de la jurisdicción del departamento de Loreto. Por ley N° 23416 del 1° de junio de 1982 se crea el departamento de Ucayali, teniendo como capital la ciudad de Pucallpa. Posee un territorio de 36,815.86 Km², con una población proyectada al 2,003 de 342,474 habitantes, con una densidad de 9.3 Hab./Km².

La provincia de Coronel Portillo es la que concentra la mayor población de la Región con el 74.40%, estando ubicada la capital de la Región también concentra la mayor proporción de infraestructura en salud, en educación y servicios básicos. La provincia de Coronel Portillo está conformada por los distritos de Callería (Capital Pucallpa), Campo Verde (Capital Campo Verde), Iparía (Capital Iparía), Masisea (Capital Masisea), Yarinacocha (Capital Puerto Callao), y Nueva Requena (Capital Nueva Requena).

B. Provincia de Atalaya

Creada por Ley N° 23416 del 1° de junio de 1982, su territorio tiene 38,924.43 km² de superficie, una población proyectada al año 2,003 de 50,122 habitantes con una densidad poblacional de 1,29 Hab/Km², su capital se encuentra ubicada a orillas del río Tambo, muy próximo a su unión con el río Urubamba para dar origen al Ucayali. La provincia de Atalaya la constituyen lo distritos de Raymondi; Sepahua; Tahuanía y Yurúa.

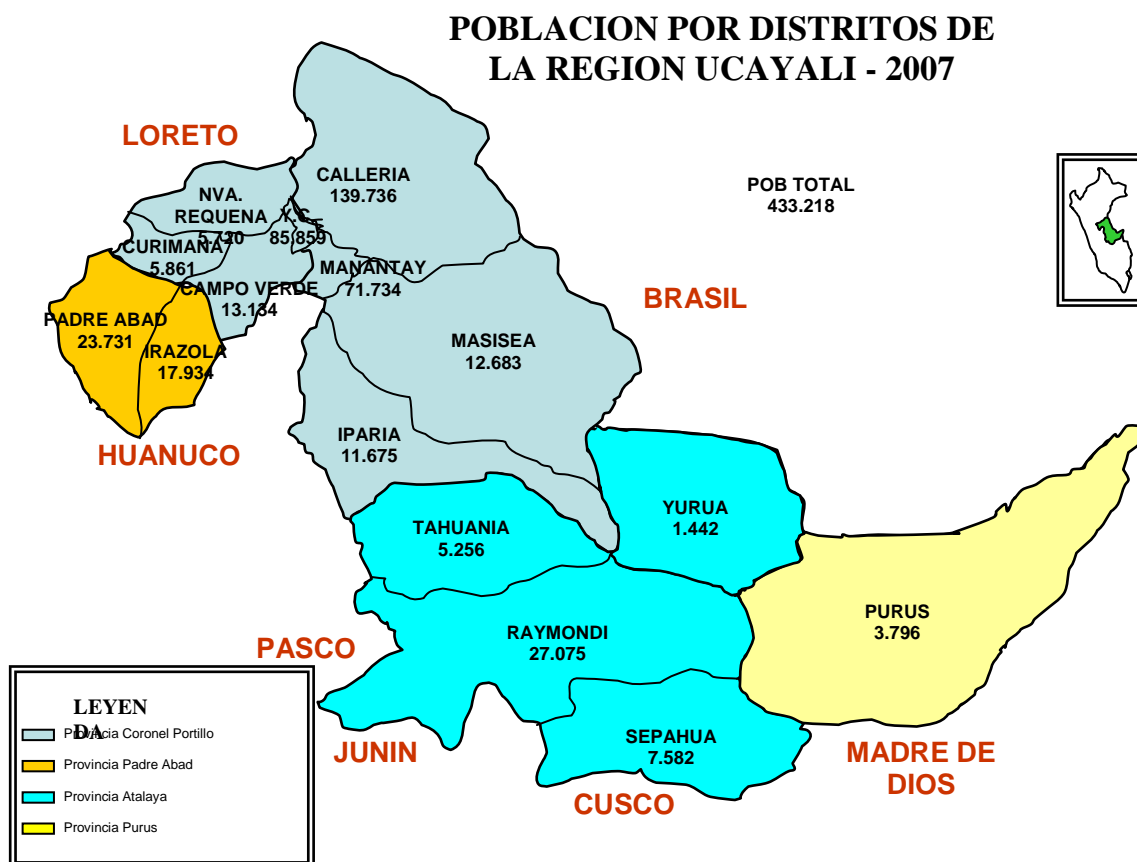
C. Provincia de Padre Abad

Mediante Ley N° 13723 del 13 de noviembre de 1961 se crea el distrito de Padre Abad y por gestiones de las autoridades de aquel entonces se creó la Provincia de Padre Abad, según Ley N° 23416 del 1° de junio de 1982, siendo su capital Aguaytía. Su territorio tiene 8 822,50 km² de superficie, una población proyectada al 2003 de 63,892 habitantes con una densidad poblacional de 7.24 Hab/Km². Comprende a los distritos de Curimaná; Irazola y Padre Abad.

D. Provincia de Purús

Por ley N° 23416 del 1° de junio de 1982 se creó esta provincia sobre la base del distrito homónimo (que perteneció anteriormente a la jurisdicción de Loreto). Sus territorios tienen 17,847.76 km² de superficie; son los más despoblados del Perú, con una población estimada al año 2,003 de 4,069 habitantes, con una densidad poblacional de 0,23 Hab/Km² se encuentran geográficamente aislados, pues sus únicas vías de acceso son por vía aérea y por vía fluvial; desde tiempo inmemorial la región a estado poblada por tribus Culinas, Sharahuas y Cashinahuas. Tiene el distrito del mismo nombre Purús.

MAPA N° 02
Población por Distrito de la Región Ucayali - 2007



Fuente: INEI

II.2 SISTEMAS DE SERVICIOS DE SALUD

En el sector Salud, se dispone en la Región Ucayali de infraestructura para la atención de la población en: 2 hospitales, 15 centros de salud, 167 puestos de salud, haciendo un total de 184 establecimientos distribuidos a nivel de la Red de Servicios, el 65% de la infraestructura está concentrada en la provincia de Coronel Portillo, el 17% en la provincia de Padre Abad, el 14% en Atalaya y el 4% en la provincia de Purús.

Se tiene 12.7 médicos por cada 100,000 habitantes, se ha establecido por norma institucional del sector salud, que debe existir 30 médicos por cada 100,000 habitantes, existiendo déficit en más del 60% de la población ucayalina.

Persisten problemas relevantes, especialmente el indicador de mortalidad materna que es alto y expresa el bajo nivel de vida, salubridad y acceso a los servicios de salud y otros factores determinantes que exigen mejorar la calidad de los servicios, contar con establecimientos de salud con capacidad resolutive suficiente para resolver una complicación obstétrica, contar con una población comprometida en el cuidado de su salud, tanto a nivel individual como colectivo.

El 38% de los establecimientos de salud tiene una infraestructura anticuada e inadecuada, con equipamiento escaso y obsoleto, a pesar de haberse mejorado en los últimos años, los establecimientos son insuficientes para lograr cobertura regional debido a las dificultades de acceso en la zona y el alto incremento demográfico.

CUADRO N° 02
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PUBLICOS

PROVINCIA	HOSPITAL	CENTRO	PUESTOS	
C. PORTILLO	2	8	110	120
ATALAYA		3	23	26
PADRE ABAD		3	28	31
PURUS		1	6	9
TOTAL	2	15	167	184

Fuente: DRSU

CUADRO N° 03
Recursos Humanos Disponibles por Microrred de salud- 2009

MICROREDES	Pob.	Méd.	Enfer	Odont.	Obst.	Tec. Médico	Nutric.	Téc.	Aux.
9 de Octubre	23,447	6	6	2	7	0	0	27	2
Aguaytia	9,934	3	2	1	2	1	1	9	5

Bolognesi	2,139	1	1	1	2	0	0	3	1
Campo Verde	6,561	3	4	1	4	0	0	12	1
Iparia	4,885	1	3	0	3	0	0	10	1
Masisea	5,308	1	3	1	2	1	0	12	1
Monte Alegre -Neshuya	4,139	3	3	1	4	0	0	16	1
Curimaná	6,561	3	4	1	4	0	0	12	1
Nueva Requena	2,395	1	1	1	1	0	0	8	1
Raymondi	11,195	3	2	1	3	0	0	15	3
San Alejandro	7,507	2	1	1	1	1	0	5	1
Sepahua	3,275	2	1	1	1	0	1	2	2
San José Yarinacocha	9,215	3	4	1	4	0	0	17	2
Total	96,561	37	42	13	40	3	2	158	22

II.2.1. OFERTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La Dirección Regional de Salud Ucayali, tiene 185 establecimientos de salud, 02 Hospitales, 14 Centros de Salud y 169 Puestos de Salud.

Los Centros y Puestos de Salud están organizados en 4 Redes :

- 1.- RED N°1 CORONEL PORTILLO : con 5 microrredes
- 2.- RED N°2 FEDERICO BASADRE YARINACOCCHA, con 5 microrredes
- 3.- RED N°3 ATALAYA, con 3 microrredes (descentralizado)
- 4.- RED N°4 AGUAYTIA, con 2 microrredes (En proceso de descentralización).

Existen también 05 establecimientos de ESSALUD, 11 Policlínicos y 01 Establecimiento de la Sanidad Policial.

La cobertura poblacional que abarca la oferta de servicios en la Región Ucayali se ha incrementado, observándose que en la actualidad todos los distritos cuentan con algún establecimiento de salud, lo que no sucede con todas las localidades, por lo que resulta una necesidad estratégica fortalecer el trabajo con los Agentes Comunitarios de Salud, sobre todo en las zonas de difícil acceso geográfico.

En cuanto a la infraestructura física de los Establecimientos de Salud, se observa que el 58% se encuentran en buen estado, el 24% están en situación de Regular (Mantenimiento y reparación) y un 18% requieren reemplazo; es decir que estos se encuentran en mal estado. Con respecto a los Hospitales, por ser de construcción antigua, se encuentran en situación regular, que requieren mejoramiento y ampliación, vía proyectos de inversión según el Programa Multianual de Inversión Pública.

En el cuadro antes citado se observa que el número de atenciones para el año 2006 es de 960,373 y de atendidos 204,505; dando como resultado una concentración de 4.70, siendo el distrito de Yurua el que presenta mayor grado de concentración de atenciones (7.95) seguido por los distritos de Iparía (6.90), Sepahua (5.70) y de Padre Abad (5.69). Estos valores muestran el número de veces/año que los pacientes acuden a los establecimientos de salud para ser atendidos en función a sus necesidades de salud. Con respecto a la extensión de uso, se observa que solamente el 50.82% es aprovechada.

II.2.2. INDICADORES DE OFERTA DE LOS RECURSOS HUMANOS

La Dirección Regional de salud cuenta con 1714 trabajadores distribuidos en: la Sede Central, Redes, Micro redes y Hospitales:

CUADRO N° 04
Número de Trabajadores por Habitantes – DIRESA Ucayali

CATEGORÍA O GÉNERO	Indicador x 10,000 hbts.
Medico	4.30
Enfermera	5.88
Obstetríz	2.55
Cirujano Dentista	0.72

Fuente: ASIS 2006 –DIRESA.

II.2.3. RECURSOS TECNOLÓGICOS

Existen un total de 131 computadoras con 97 en la DISA y 34 en los establecimientos de Salud de la periferia, un total de 50 impresoras. La totalidad de áreas administrativas disponen de computadoras, excepto Unidad de Radio y Cadena de Frío. La mayor concentración de computadoras se encuentran en las oficinas de Epidemiología, Economía y Personal.

II.2.4. CONDICIONES DE INFRAESTRUCTURA

La cobertura poblacional que abarca la oferta de servicios en la Región Ucayali se ha incrementado, observándose que en la actualidad todos los distritos cuentan con algún establecimiento de salud, lo que no sucede con todas las localidades, por lo que resulta una necesidad estratégica fortalecer el trabajo con los Agentes Comunitarios de Salud, sobre todo en las zonas de difícil acceso geográfico.

En cuanto a la infraestructura física de los Establecimientos de Salud, se observa que el 58% se encuentran en buen estado, el 24% están en situación de Regular (Mantenimiento y reparación) y un 18% requieren reemplazo; es decir que estos se encuentran en mal estado. Con respecto a los Hospitales, por ser de construcción antigua, se encuentran en situación regular, que requieren mejoramiento y ampliación, vía proyectos de inversión según el Programa Mltianual de Inversión Publica

II.2.5. PROBLEMAS IDENTIFICADOS Y PRIORIZADOS DE SALUD

Actualmente la DIRESA Ucayali, cuenta con un PLAN DE ACCION y Un PLAN PARTICIPATIVO REGIONAL que lo hace vinculante a los Planes operativos institucionales de la Dirección Regional.

El PPRS ha sido diseñado para atender los daños mas sentidos por la población objetivo, resumida en 5 prioridades elegidas en el conclave regional con los representantes de las organizaciones de Base de los distritos y Provincias de Ucayali:

- 1.- Infecciones Respiratorias Agudas
- 2.- Infecciones de Transmisión sexual VIH / SIDA
- 3.- Desnutrición y Anemia
- 4.- Deficiente acceso a Agua y Saneamiento Básico
- 5.- Inadecuado abastecimiento de los medicamentos e insumos

Además en los acuerdos de Partidos Políticos en la Región se acordó agregar otros problemas que también son de prioridad atender:

- 1.- Salud Sexual y Reproductiva: Embarazo no deseado en adolescentes.
- 2.- Salud Mental: Violencia intrafamiliar, alcoholismo y drogadicción.
- 3.- Enfermedades Transmisibles: Tuberculosis, Malaria, dengue y fiebre amarilla

II.3 POBLACIÓN OBJETIVO

Población Afectada, personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS)

Población vulnerable TS, HSH y PPL.

Gestantes y Recién Nacido de madres con ITS/VIH.

Población General, con énfasis en jóvenes y adolescentes.

II.4 MARCO LEGAL

Como ha sido mencionado en el presente documento el tema de las ITS y VIH/SIDA está catalogado por el Perú y por nuestra región como un problema de salud pública de mayor importancia debido a que no solo daña la salud de las personas de manera individual, sino que afecta su entorno social y económico tanto a nivel de las familias como de su comunidad, situación que repercute directamente en el desarrollo del país y de la región. Asimismo, afecta también el ejercicio de los derechos de las personas, razón por la cual resulta difícil abordar la problemática del VIH/SIDA sin una respuesta que no esté en marcada bajo un enfoque de Derechos.

Abordar la problemática de las ITS y VIH/SIDA bajo un enfoque de derechos constituye el conjunto de procesos y prácticas mediante las cuales las personas pueden hacer efectivos sus derechos, es decir, estos son garantizados, respetados y protegidos. Por consiguiente el Estado está en la obligación de hacer que el derecho a la salud se cumpla y sobre todo tiene la responsabilidad de brindar garantías para que no sean vulnerados.

Adicionalmente, la Salud como derecho humano se ve relacionado con otros derechos, tales como, la no discriminación, la información, la libertad de elección, el derecho a la intimidad y a la vida privada puesto que solo en la medida que se respeten estos se cumplirán los objetivos propuestos en las políticas de salud a nivel nacional como regional.

Al respecto, como bien se señala en “Diagnóstico de la situación del VIH/SIDA y la sexualidad de los niños y adolescentes en las zonas de Trabajo de EveryChild del Perú” (2005): “El estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA figuran entre los obstáculos más importantes y generalizados que entorpecen una respuesta eficaz a la epidemia del Sida. Dañan a quienes son menos capaces de disfrutar de sus derechos: los más pobres, los menos instruidos y los más marginados. De hecho, el estigma, la discriminación y las violaciones de los derechos humanos forman un círculo vicioso en el que todos los componentes se generan, refuerzan y perpetúan mutuamente. Aumenta la vulnerabilidad de las personas y al aislarlas y privarlas de tratamiento, asistencia y apoyo, agravan el impacto de la infección”.

Políticas Públicas

Las políticas públicas en materia de derechos humanos y salud que establecen en forma general y/o específicas actividades, metas, lineamientos, resultados en materia del VIH/SIDA entre otros son las siguientes:

Lineamientos de Política de Juventud (DS N° 18 – 2001 – PROMUDEH): establecen el real ejercicio del derecho de salud de los jóvenes y constituye un tema prioritario de atención para el Estado. Reconoce que ésta población tiene una considerable tasa de morbilidad y mortalidad que están asociadas con las complicaciones del embarazo adolescente, el aborto, las ITS y el VIH/SIDA, por lo cual se promueve el bienestar integral en procura de la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad.

El Plan Nacional de Acción por la Infancia (DS N° 003– 2002 – PROMUDEH, rango de ley desde 2005) Documento marco de los programas y estrategias que comprometen a los ciudadanos y a las autoridades del Perú a garantizar los derechos de los niños y adolescentes. De 0 a 17 años de edad. Tiene dentro de sus objetivos generales el “crear condiciones favorables para el desarrollo humano y sostenible de niños y adolescentes a lo largo de su ciclo de vida y contribuir a la lucha contra la pobreza y pobreza extrema en el Perú”. Asimismo, Se pronuncia sobre reducción al 50% los casos de ITS y VIH/SIDA en adolescentes y alude al 100% de adolescentes que en educación secundaria tendrán competencias en educación sexual y conocen los riesgos de las ITS y VIH/SIDA.

En el *Plan Nacional de Derechos Humanos 2006-2010 (2005)*, aprobado por Decreto Supremo N° 017-2005-JUS, se promueve y protege el Derecho a la Salud implementando disposiciones para desarrollar estrategias sanitarias. Dentro de una de las actividades para garantizar el logro del objetivo se encuentra “Implementar la Política Nacional de Medicamentos garantizando el acceso de la población a medicamentos genéricos de calidad, con énfasis en las enfermedades priorizadas como Tuberculosis, VIH/SIDA, Malaria, Trastornos mentales ente otros “.

En el año 2006, se dio un impulso especial a la respuesta nacional para la prevención y control de las ITS y el VIH/SIDA a través de la formulación del *Plan Estratégico Multisectorial (PEM) 2007 – 2011* aprobado por D.S. N° 005-2007-SA. Dentro de sus considerandos se indica que existe la necesidad de una respuesta multisectorial orgánica en la lucha contra el SIDA, para optimizar el uso de los recursos y potenciar el accionar de los diferentes actores, a fin de articular las respuestas desde los sectores estatales y la coordinación entre la sociedad civil y Estado para desarrollar el Proyecto del Fondo Mundial;

El PEM contiene los objetivos estratégicos y líneas de acción priorizados en el país concernientes al VIH y Sida. Es precisamente en el marco del Plan Estratégico Multisectorial 2007 – 2011 (PEM) que se propone la formulación de Planes Estratégicos Regionales Multisectoriales (PERM), que permitirá profundizar el análisis de la situación de la epidemia y la formulación de metas y estrategias acordes con las realidades y capacidades regionales orientados hacia un enfoque multisectorial y con un escenario regional en el marco de la descentralización.

El Plan Nacional Concertado de Salud 2007 - 2020 (2007), es el instrumento de gestión y de implementación de políticas de salud. Se basa en los compromisos que el Estado ha asumido en materia de salud, en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en las prioridades de salud que fueron determinadas en el Acuerdo Nacional del año 2002 y en el Acuerdo de Partidos Políticos en Salud realizado el año 2006. El Plan prioriza dentro de los problemas sanitarios la mortalidad materno-infantil y la alta prevalencia de enfermedades transmisibles como el VIH y Sida, planteándose dentro de los Objetivos sanitarios nacionales para el período 2007-2020 reducir la mortalidad materno-infantil y controlar las enfermedades transmisibles como el VIH y SIDA.

Normatividad

La normativa relacionada con las ITS y el VIH/SIDA está en marcada dentro del ámbito internacional, nacional y regional que a continuación desarrollaremos:

Marco normativo Internacional

En el marco de instrumentos internacionales vigentes que el Estado Peruano ha refrendado y por lo cual les otorga rango constitucional de obligatorio cumplimiento encontramos a:

La Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) aprobada por el Perú mediante Resolución Legislativa N° 13282 de 1959 establece que toda persona tiene derecho a la salud y a atención médica, sin ninguna discriminación;

En el *Pacto Internacional de Derechos Sociales, Económicos y Culturales (1966)* se menciona que los Estados Partes reconocen el derecho de toda persona de gozar de salud física y mental, con tal objeto los Estados Partes se comprometen a desarrollar acciones preventivas frente a las epidemias y enfermedades infecciosas, así como a su tratamiento oportuno con el objeto de impedir su propagación;

En la *Convención Americana de Derechos Humanos (1969)* encontramos que los Estados Partes se comprometen a adoptar las medidas necesarias para respetar el derecho de la personas especialmente en lo referido a su integridad física, psíquica y moral.

El tratado de la Cumbre del Milenio (2000) los Estados miembros de las Naciones Unidas, reafirmaron su compromiso de promover mejoras importantes y mensurables en la vida de las personas, a través de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio. Dichos objetivos desarrollan el compromiso de los estados parte de alcanzar una serie de metas cuantificables, las cuales pretenden guiar la implementación de una agenda integral para el desarrollo mundial hacia el año 2015. Dentro de los objetivos desarrollados, tenemos que en lo concerniente al tema del VIH/SIDA al “Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades”; con la meta 7: haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA.

El UNGASS (2001) es la *Declaración Mundial de Compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA*, marca un antes y un después en la historia de la epidemia. Su objetivo es que los Estados se comprometan a mejorar la coordinación e intensificar las actividades nacionales, regionales e internacionales para combatirlo de forma integral.

Asimismo, abarca varias áreas como: liderazgo, prevención, atención, apoyo, tratamiento y derechos humanos.

En la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, en la recomendación general 15 sobre la necesidad de evitar la discriminación contra la mujer en las estrategias nacionales de acción preventiva y lucha contra el SIDA recomienda a los estados partes que “En los programas de lucha contra el SIDA presten especial atención a los derechos de las mujeres y los niños y a los factores que se relacionan con la función de la reproducción de la mujer y suposición subordinada en algunas sociedades, lo que hace especialmente vulnerable al contagio del VIH”.

Con relación a la situación de los niños, niñas frente al VIH/SIDA tenemos a *la Convención sobre los Derechos del niño*, que es un tratado cuya finalidad es el resguardo de la condición de sujeto de derecho de los niños y niñas. El artículo 24° literal 1 de la Convención establece el Derecho a la Salud del Niño: “Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.”

Así también el Comité de los Derechos del niño, en su observación General N° 3 sobre VIH/SIDA y derechos humanos, estableció medidas para que los estados partes hagan efectivos los derechos que se relacionan con la prevención, la atención y protección de los infectados o afectados por el VIH, así como también puedan contribuir a la formulación de estrategias, leyes, políticas y programas orientados a combatir la propagación y mitigar los efectos del VIH /SIDA a nivel nacional como internacional.

Dentro de las conferencias internacionales más destacadas que abordan el problema de la epidemia del VIH/SIDA tenemos a:

Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Cairo ,1994) en la cual estableció como objetivos de su plan de acción a) impedir y reducir la difusión de la epidemia de la infección con el VIH y minimizar sus consecuencias; (...); corregir las injusticias sociales, económicas, por razones de sexo y raciales que aumentan la vulnerabilidad a la enfermedad. b) Asegurar que las personas infectadas con el VIH reciban atención médica adecuada y no sean objeto de discriminación; (...) asegurar que los programas de salud reproductiva y sexual se ocupen de la infección con el VIH/SIDA.

Cuarta Conferencia Internacional sobre la Mujer (Beijing, 1995). En dicha conferencia se establecieron las medidas que los gobiernos debían de optar en materia de educación sexual para niños y niñas. Asimismo, se estableció la necesidad de asegurar las prestaciones de salud a nivel primario, del acceso universal de las parejas entre otros.

Marco Normativo Nacional

El Estado Peruano en cumplimiento de las obligaciones asumidas por la adhesión de los tratados y convenciones internacionales y para disminuir la transmisión del VIH, reducir el impacto individual, social, económico y fortalecer la respuesta nacional contra la epidemia formuló una serie de estrategias y desarrolló un conjunto de acciones para enfrentarla. Producto de ello es que contamos con una variada normatividad que va desde leyes, decretos supremos, resoluciones ministeriales, resoluciones directorales, directivas sectoriales, normas y protocolos de atención de los casos de ITS/VIH/SIDA.

La *Constitución Política* en su artículo 1° establece como principio rector la defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad. Cual rige la orientación de las políticas públicas referidas al desarrollo de la persona. En el artículo 7° menciona que toda persona tiene derecho a “la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa”.

Mediante *Ley N° 26626 (Ley CONTRASIDA)*, promulgada en 1996 y ampliada y modificada por *Ley N° 28243 (2004)*, se ha declarado de interés nacional e interés público, la lucha contra la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS); Asimismo, dentro de sus artículos encontramos reglamentado la voluntariedad de la prueba y el carácter confidencial de los resultados exceptuando del consentimiento informado y siendo obligatorio en gestantes y donantes.

Es importante señalar que se desarrolla el tema del derecho a la atención integral de la salud de las personas que viven con el VIH y SIDA la cual comprende las siguientes intervenciones en salud: a) Acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento, monitoreo, consejería pre y post diagnóstico, rehabilitación y reinserción social; b) Atención ambulatoria, hospitalaria, domiciliaria y/o comunitaria; c) El suministro de medicamentos requeridos para el tratamiento adecuado e integral de la infección por el VIH y SIDA, que en el momento se consideren eficaces para prolongar y mejorar la calidad de vida de las PVVS, estableciendo la gratuidad progresiva en el tratamiento antirretroviral, con prioridad en las personas en situaciones de vulnerabilidad y pobreza extrema; d) La provisión de recursos humanos, logísticos e infraestructura necesarios para mantener, recuperar y rehabilitar el estado de salud de las PVVS.

De igual modo, se ha establecido que las personas que viven con el VIH pueden seguir laborando mientras estén aptas para desempeñar sus obligaciones, por lo que es nulo el despido laboral cuando su causa radica en la discriminación por ser una persona

La Ley General de Salud N° 26842 (1997) señala en su artículo I del Título Preliminar, que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo y que toda persona por el solo carácter de tal, tiene el derecho al libre acceso a prestaciones de salud. Asimismo, en su artículo VI, reconoce que es responsabilidad del Estado, promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad. Reconoce que toda persona, tiene derecho a ser debida y oportunamente informada por la autoridad de salud, sobre medidas y prácticas de salud reproductiva, enfermedades

transmisibles, y demás acciones conducentes a la promoción de estilos de vida saludable;

Mediante *Resolución Ministerial N°771 -2004 – MINSA* se crearon las Estrategias Sanitarias Nacionales del Ministerio de Salud, dentro de la cuales se incluyó la Estrategia Nacional de Control y Prevención del VIH, responsable de orientar las actividades de prevención y reducción del impacto del VIH/SIDA en nuestro país.

El *Código de los Niños y Adolescentes* indica en su artículo 21° que “el niño y el adolescente tiene derecho a la atención integral de su salud, mediante la ejecución de políticas que permitan su desarrollo físico e intelectual en condiciones adecuadas (...) Corresponde al Estado, en colaboración y el concurso de la sociedad civil, desarrollar programas necesarios para reducir la mortalidad y prevenir las enfermedades (...)”.

Marco Normativo Regional

Para que pueda darse una respuesta eficaz frente a las ITS - VIH y SIDA, se requiere implementar un conjunto de medidas orientadas a la prevención, diagnóstico, tratamiento, monitoreo, suministro permanente de medicamentos, provisión de recursos humanos, logísticos e infraestructura necesaria para mantener, recuperar y rehabilitar el estado de salud de las personas afectadas dentro del ámbito regional como local.

La *Ley de Bases de Descentralización N° 27783*, promulgada el 17 de julio del 2002, en su Título IV, señala las competencias exclusivas y compartidas de los Gobiernos Regionales; como competencia exclusiva se sanciona la planificación integral y como competencia compartida, la educación y la salud pública.

Actualmente, los Gobiernos Regionales están ejerciendo sus facultades y se encuentran en pleno proceso de solicitar las competencias sectoriales a nivel de Gobierno Nacional. En ese contexto, la Dirección Regional de Salud, autoridad sanitaria regional, como parte del Consejo Regional de Salud viene fortaleciendo su rol de conducción y concertación sanitaria. Así, los procesos concertados y participativos de

planificación estratégica han demostrado que la creación del Gobierno Regional abre nuevas oportunidades para acercar a la sociedad civil con el Estado.

En la región Ucayali se cuenta con un Plan Participativo Regional de Salud de Ucayali – PPR Salud 2005 – 2010 aprobado por Ordenanza Regional del 28 de octubre del 2005. Su formulación se basa en las cinco necesidades de salud la región las cuales son: Infecciones respiratorias agudas, Infecciones de transmisión sexual – VIH/SIDA, Desnutrición y anemia, Deficiente acceso a agua y saneamiento básico, Inadecuado abastecimiento de medicamentos e insumos. Asimismo, se considera la participación no solo del sector salud sino también de otros actores sociales otros sectores sociales como la Dirección Regional de Vivienda, Construcción y Saneamiento para la prioridad de agua y saneamiento básico y la Dirección Regional de Educación cuyo rol será trabajar en la promoción y prevención de la salud.

Asimismo, Ucayali también cuenta con un Plan de Desarrollo Regional Concertado 2004 – 2010, el cual fue elaborado con la aplicación metodológica de la planificación estratégica y el presupuesto participativo en cumplimiento a la Resolución Directoral N° 010 - 2004 –EF/76.01, que aprueba el Instructivo N° 001-2004-EF/76.01 “Instructivo para el Desarrollo Concertado y Presupuesto Participativo de los Gobiernos Regionales y Locales”.

Es importante destacar que la región elaboró el PLAN DE ACCION POR LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA DE LA REGION UCAYALI 2004 – 2015, cuyo objetivo principal es el de “Fomentar a que las niñas, niños y adolescentes de la Región, accedan a los principales derechos de la persona humana, así como leyes en favor del niño y el adolescente, y a un desarrollo integral saludable en todas las etapas de su vida, impulsando la inserción e incorporación de las políticas sociales en los Planes Provinciales y Distritales de la región Ucayali.”

CAPITULO III

ANALISIS DE LA SITUACION DE LAS ITS VIH SIDA

III.1. Contexto Mundial

Los avances en la metodología de estimación de la epidemia del VIH aplicados a un espectro más amplio de datos por países han dado por resultado cambios sustanciales en las estimaciones de los números de personas que viven con el VIH en todo el mundo. Sin embargo, la interpretación, cualitativa de la gravedad y de las consecuencias de la pandemia no ha cambiado mucho. El número estimado de personas que vivían con el VIH en todo el mundo en 2007 alcanzó los 33,2 millones [30,6–36,1 millones], un 16% menos que la cifra estimada publicada en 2006 (39,5 millones [34,7–47,1 millones]). (ONUSIDA/OMS, 2006). La principal razón individual de esta reducción fue el ejercicio intensivo de evaluar la epidemia del VIH en India, que provocó una importante revisión de las estimaciones de ese país. También contribuyeron las importantes revisiones de las estimaciones de otras regiones, en especial, de África subsahariana.

La situación de la epidemia según ONU SIDA, luego de haber realizado los cálculos definidos el año 2007, afirman que cada día, más de 6,800 personas contraen la infección por el VIH y más de 5,700 fallecen a causa del SIDA, en la mayoría de los casos debido a un acceso inadecuado a los servicios de prevención y tratamiento del VIH. La pandemia del VIH sigue constituyendo uno de los desafíos más importantes en enfermedades infecciosas para la salud pública. No obstante, la evaluación epidemiológica actual presenta elementos alentadores, ya que sugiere que la prevalencia mundial de la infección por el VIH se mantiene en el mismo nivel, aunque el número general de personas que viven con el VIH está aumentando debido a la acumulación continua de nuevas infecciones con períodos más prolongados de supervivencia, en una población general en constante crecimiento por lo que existen disminuciones localizadas en la prevalencia en países específicos, observada en una reducción en la mortalidad asociada al VIH, en parte atribuible al reciente aumento de acceso al tratamiento lográndose una reducción del número de nuevas infecciones anuales por el VIH a nivel mundial.

La evaluación de las tendencias mundiales y regionales sugiere que la pandemia ha formado dos patrones generales: epidemias generalizadas en las poblaciones generales de muchos países de África subsahariana, en especial en la parte meridional del continente; y epidemias que se concentran principalmente entre las poblaciones

de mayor riesgo, como los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, usuarios de drogas inyectables, profesionales del sexo y sus parejas sexuales.

El Informe sobre la epidemia mundial de sida 2008 aparece en el hito intermedio entre la Declaración de compromiso de 2001 y la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de invertir el curso de la epidemia para 2015.

Asimismo, la publicación de este último informe tiene lugar tan sólo dos años antes de la fecha acordada para avanzar lo máximo posible hacia el acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH. La coyuntura actual brinda una oportunidad para valorar la respuesta al VIH y comprender qué se debe hacer para asegurar que los países prosigan el camino hacia la consecución de los compromisos contraídos sobre el VIH.

Se ha observado considerables progresos realizados en muchos países para afrontar sus epidemias nacionales. La sextuplicación de la financiación para programas sobre el VIH en países de ingresos bajos y medianos durante el periodo 2001-2007 está empezando a dar sus frutos, y en muchos de esos países se aprecian ya avances notables por lo que respecta a la reducción del número de fallecimientos por sida y a la prevención de nuevas infecciones. Sin embargo, los progresos siguen siendo desiguales, y el futuro de la epidemia todavía es incierto, lo que subraya la necesidad de una acción intensificada para avanzar hacia el acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH.

Los informes de 147 países sobre los progresos nacionales realizados en la aplicación de la Declaración de compromiso sobre el VIH/Sida de 2001 proporcionan la valoración global más exhaustiva que jamás se ha llevado a cabo sobre la respuesta al VIH.

Los indicadores sobre los que han informado los países se basan en los compromisos y plazos concretos que ellos mismos establecieron durante el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de la Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA del 2001.

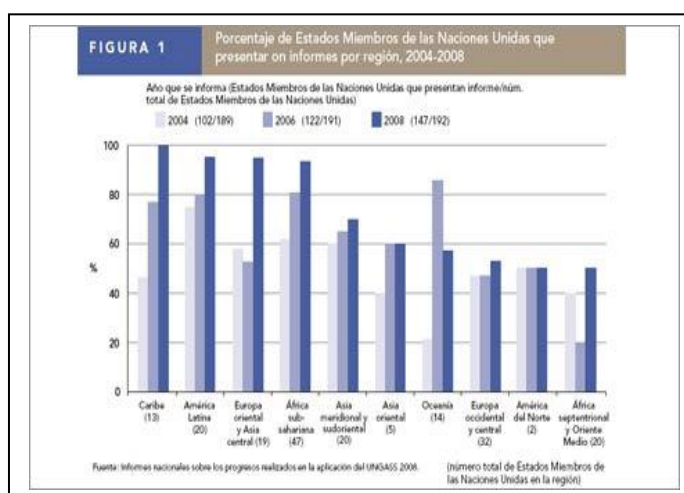
Los indicadores básicos del cubren un amplio espectro de variables, como la prevalencia del VIH entre los jóvenes de 15-24 años; la cobertura de terapia antirretrovírica y programas esenciales de prevención del VIH; los servicios de apoyo a los niños huérfanos o vulnerables a causa del VIH, y la adopción nacional de las políticas sobre el VIH recomendadas.

Los datos de los informes nacionales sobre los progresos realizados se han complementado con los derivados de otras fuentes, como las encuestas por hogares, los informes de la sociedad civil y los presupuestos y datos de vigilancia de programas

de los gobiernos donantes, copatrocinadores del ONUSIDA, fundaciones filantrópicas e instituciones de investigación biomédica.

Los grupos de la sociedad civil se han unido a sus homólogos gubernamentales y, en número sin precedentes, han contribuido a este proceso de presentación de informes, aprovechando la oportunidad de participar como vehículo para la comunicación pública sobre la situación dentro de su país y al mundo entero. En total, más de 700 organizaciones no gubernamentales locales (representadas por muchos más individuos) actuaron como informadores fundamentales para elaborar el Índice Compuesto de Políticas Nacionales, que rastrea los progresos nacionales realizados en la aplicación de marcos de políticas y estrategias sólidas sobre el VIH.

Grafico Nº 1
Porcentaje de Estados Miembros de las Naciones Unidas que presentan informes por Región 2004 - 2008



Fuente: UNGASS 2008

La respuesta al VIH es crucial para progresar en toda la amplitud de los planes mundiales de desarrollo. El éxito en la lucha contra el VIH acelerará el avance para alcanzar prácticamente todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Cumplir los múltiples compromisos políticos sobre el VIH asumidos exigirá un mayor liderazgo; aprovechar los éxitos recientes teniendo en cuenta las enseñanzas adquiridas; aumentar los recursos financieros; mejorar la coordinación de los esfuerzos, y una acción eficaz para abordar los factores determinantes sociales de la vulnerabilidad y el riesgo de VIH. Situación de la epidemia mundial de VIH.

El porcentaje mundial de personas que viven con el VIH se ha estabilizado desde 2000. Sin embargo, el número total de personas que viven con el VIH ha aumentado como consecuencia del número continuado de nuevas infecciones contraídas cada año y de

los efectos beneficiosos de la mayor disponibilidad de terapia antirretrovírica. África subsahariana sigue siendo la región más afectada por el VIH, ya que le corresponden el 67% de las personas que viven con el virus y el 72% de los fallecimientos por sida producidos en 2007 en todo el mundo.

La epidemia mundial se está estabilizando, pero a un nivel inaceptablemente alto. Se estima que, en 2007, había en todo el mundo 33 millones [30,3-36,1 millones] de personas que vivían con el VIH. El número anual de nuevas infecciones disminuyó de 3,0 millones [2,6-3,5 millones] en 2001 a 2,7 millones [2,2-3,2 millones] en 2007.

La tasa de nuevas infecciones por el VIH ha disminuido en varios países, aunque, a nivel mundial, estas tendencias favorables quedan contrarrestadas, al menos en parte, por el incremento de las nuevas infecciones en otros países.

En África subsahariana, la mayoría de las epidemias nacionales se ha estabilizado o ha empezado a declinar (Figura 4). Sin embargo, las últimas informaciones procedentes de Kenya sugieren que, en 2007, la prevalencia del VIH osciló entre el 7,1% y el 8,5%, en comparación con el 6,7% estimado en 2003. Fuera de África, las infecciones continúan al alza en diversos países.

III.2 SITUACION EN AMERICA LATINA

En América Latina el número estimado de nuevas infecciones en el 2007 es de 100,000, alcanzando 1.6 millón de personas viviendo con VIH para la región. Se estima que 58,000 personas fallecieron por una enfermedad relacionada al SIDA el año anterior.

La transmisión de VIH sigue ocurriendo en los grupos más expuestos, incluyendo los hombres que tienen sexo con hombres y las trabajadoras sexuales. Además, las relaciones sexuales sin protección es un importante factor de riesgo en la región.

El estigma y la discriminación han motivado la disminución de los esfuerzos para llegar al acceso universal para la prevención, el tratamiento, el cuidado y el apoyo en la región. ONU SIDA señala que hoy se reconoce de forma generalizada que hay tres fases de la epidemia del SIDA en cualquier sociedad. La primera es la epidemia de la infección del VIH que se introduce en una comunidad de manera silenciosa y sin que nadie se dé cuenta. A continuación, la segunda, tenemos la epidemia del SIDA, que aparece cuando el VIH provoca infecciones que amenazan las vidas. Por último, la tercera, está la tercera epidemia – la epidemia del estigma, la discriminación, la culpa, la negación y el rechazo colectivo – que tanto dificulta enfrentarse de modo eficaz a las otras dos. El estigma y la discriminación dificultan la prevención y el tratamiento al ocultar y hacer invisible la epidemia.

La campaña contra el estigma y la discriminación Con la actividad denominada: “Una Imagen contra el Estigma y la Discriminación causados por el VIH/SIDA”, que se enmarca dentro de las actividades que se realizan en conmemoración del Día Mundial de Lucha contra el VIH/SIDA, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y el Consejo de la Prensa Peruana quieren luchar contra el estigma y la discriminación que afecta a las personas viviendo con VIH y a sus familiares.

Esta campaña consta de la toma de una foto a personalidades representativas de los diferentes sectores de la sociedad acompañados por personas que viven con VIH/SIDA. Del resultado de esta toma de foto se han realizado una serie de afiches diferentes con frases contra el estigma y discriminación que fueron elegidas por las diferentes personalidades convocadas. Estos afiches serán distribuidos a nivel nacional para enfatizar que las personas viviendo con VIH/SIDA merecen respeto y solidaridad.

La ONU alertó de la alta incidencia del SIDA en Latinoamérica por conductas de riesgo el último, el documento más amplio y exhaustivo publicado hasta ahora por las Naciones Unidas y en el que se incluyen datos aportados por 130 países.

En Latinoamérica, se estima que hay 1,6 millones de personas que viven con el virus del sida VIH, de los que alrededor de 140.000 se infectaron el año pasado.

Una de las particularidades de esta área geográfica, según la ONU, es el "alto nivel de infección en varones que tienen relaciones sexuales con varones", lo que ocurre especialmente en Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica y Perú.

La ONU ha logrado documentar altos niveles de prevalencia del virus entre homosexuales en Santa Cruz (Bolivia), en Quito-Pichincha y Guayaquil-Guayas (Ecuador) y en Lima (Perú).

En Colombia, donde viven 160.000 personas infectadas, se han detectado niveles de infección de hasta el 20 por ciento entre hombres que mantienen relaciones homosexuales, en tanto que sólo un uno por ciento de las profesionales del sexo femeninas eran VIH positivas y que las mujeres se infecten a través de sus parejas masculinas que también tienen relaciones sexuales con varones.

Un caso grave de Latinoamérica es Honduras, que se han convertido en uno de los países más afectados con una prevalencia nacional del HIV del 1,5 por ciento, lo que supone unas 63.000 personas infectadas.

El sida es ya la primera causa de mortalidad entre las mujeres hondureñas, en un país en el que "el comercio sexual y las relaciones sexuales entre varones está propulsando la epidemia".

Una de cada 12 prostitutas de la capital, Tegucigalpa, es portadora del virus, en tanto que entre los homosexuales, la prevalencia es entre el 8 y el 16 por ciento.

La situación es similar en Guatemala, donde hay 61.000 personas que viven con el virus del sida, y en la capital su prevalencia es del 15 por ciento entre profesionales del sexo y del 12 por ciento entre homosexuales.

Se advierte también de que "las relaciones sexuales entre varones constituyen un factor oculto, pero poderoso" en las epidemias que sufren El Salvador, Nicaragua y Panamá.

En términos generales, el país que más sufre el problema del sida es Brasil, que alberga a un tercio de las personas que conviven con el virus.

No obstante, la ONU reconoce en su informe que en Brasil y en otros países, como Argentina, Chile, Costa Rica, México, Panamá, Uruguay y Venezuela, se han conseguido avances notables en el acceso al tratamiento del virus.

La zona del Caribe (no incluido en América Latina) sigue siendo lamentablemente la segunda zona del mundo más afectada, con 330.000 infectados, lo que supone una incidencia del 1,6 por ciento.

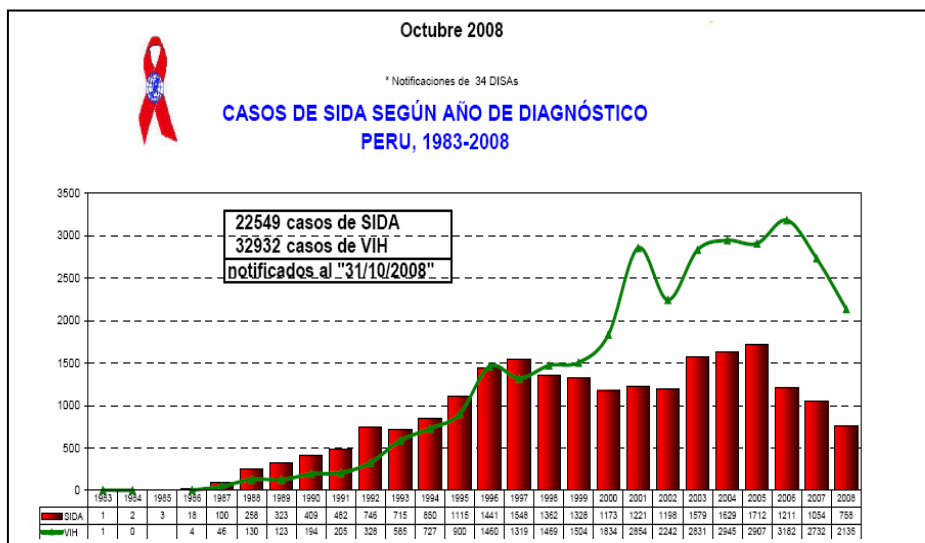
Los niveles de infección se han reducido en zonas urbanas de Haití y las Bahamas, en tanto que siguen estables en la República Dominicana y Barbados

III.3 Contexto Nacional

El primer caso de SIDA se diagnosticó en el Perú en 1,983 dos años después de que lo hicieran en Estados Unidos. Desde esa fecha la epidemia ha avanzado de manera sostenida, siendo actualmente uno de los problemas más serios a los que debemos enfrentarnos dada su particular manera de transmisión. Esto por ser una enfermedad de larga evolución con una etapa asintomática prolongada, y con componentes ligados a los comportamientos y actitudes que la hacen difícil de manejar.

A diciembre del 2,007 en el Perú se conocían más de 50,000 personas viviendo con el VIH/SIDA donde la mayoría de casos se encuentran entre Lima y Callao, afectando mayormente a las personas entre 20 a 39 años.

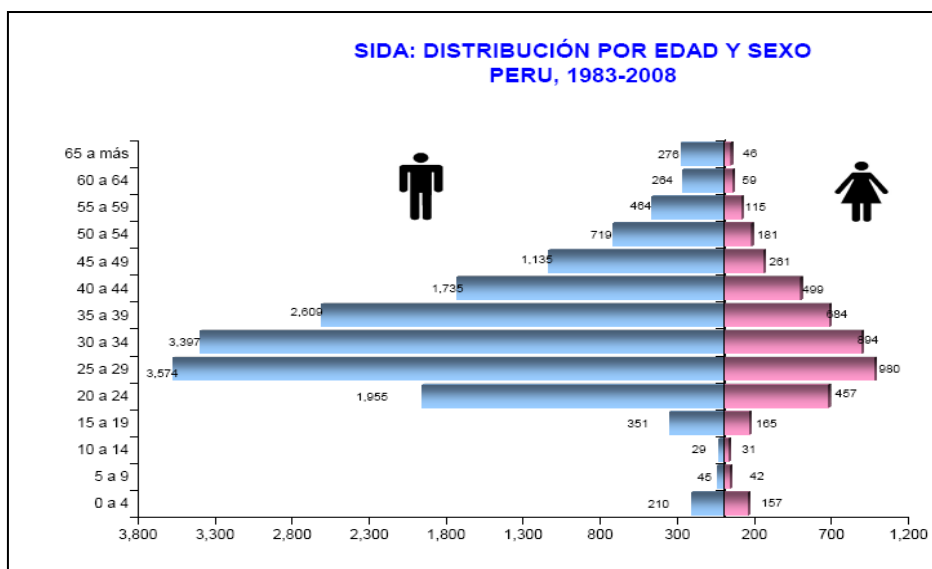
Grafico Nº 2
Casos de SIDA según Año de Diagnostico
Perú 1983 - 2008



Fuente: OGE – MINSA 2008

En relación al registro de la enfermedad considerando el género, se registra mayor proporción de casos en varones que en mujeres.

Grafico Nº 3
SIDA: Distribución por Edad y Sexo
Perú, 1983 - 2008



Fuente: OGE – MINSA 2008

Mientras al inicio de los noventa, por cada mujer con SIDA había 11 hombres con SIDA. Hoy, por cada mujer con SIDA, existen tres hombres con SIDA. Esto se refiere

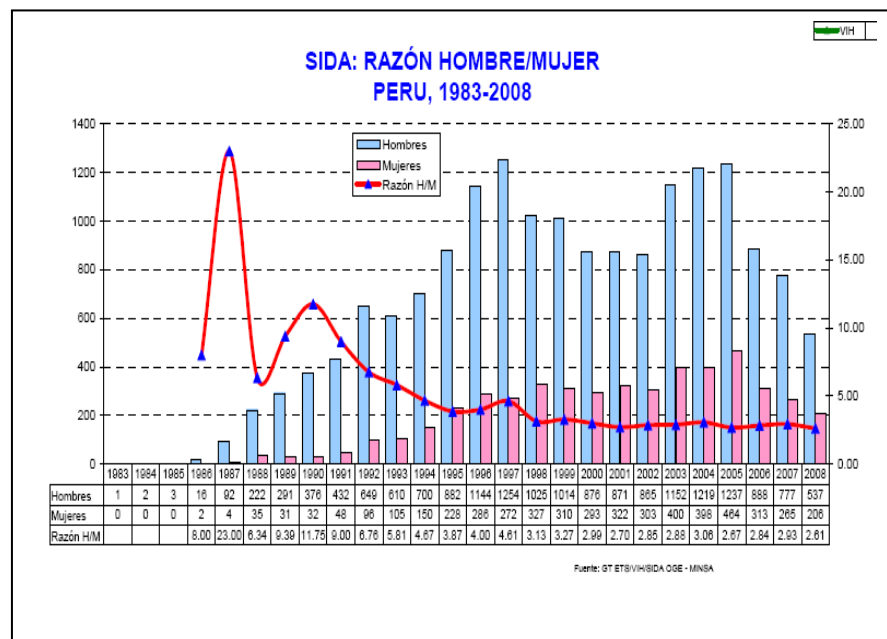
únicamente a la proporción hombre/mujer, porque en el mundo, en términos globales, el número de mujeres y hombres infectados se ha incrementado

El VIH puede afectar a cualquier persona no importando a que grupo pertenece, estado socio económico, credo político o religioso, edad, sexo, etc. Y es en este contexto donde apreciamos que el perfil de las personas mayormente afectadas por la epidemia es el siguiente:

1. Gente joven
2. Gente pobre
3. Población que vive en las grandes ciudades
4. Población de la costa y de la selva

El promedio de edad de los casos de SIDA es 31 años, y el promedio de edad de infección es 20 años siendo la tendencia cada vez más a los adolescentes que actualmente constituyen el 15% de casos. La gente pobre no tiene acceso a información, a los servicios de salud, y tiene mayores comportamientos de riesgo. Las ITS y el VIH/SIDA son infecciones cosmopolitas ya que su prevalencia es mayor donde hay más personas que puedan mantener la cadena epidemiológica. A diciembre 2007 ha sorprendido la presencia de Arequipa y de Huancayo, zonas de Sierra, con un incremento importante de casos que, se supone se debe a una mejor búsqueda y a diagnóstico de los mismos.

Grafico Nº 4
SIDA: Razón Hombre/Mujer
Perú, 1983 - 2008



Fuente: OGE – MINSA 2008

Por otra parte, de las tres etapas de diseminación de la epidemia, nuestro país se encuentra en el estadio de Epidemia Concentrada demostrada en los estudios de vigilancia centinela donde se muestra que las personas afectadas presentan una prevalencia mayor del 5% en poblaciones vulnerables de alto recambio sexual (por ejm. 14% en hombres que tienen sexo con hombres) y menor del 1% en población general (por ejm. 0.2% en gestantes) Gracias al apoyo de los aportes del Fondo Global el Perú inició en el 2,004 la estrategia TARGA (Tratamiento Antiretroviral de Gran Actividad), mediante el cual ha sido posible entregar medicamentos a las personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS), con lo cual los índices de mortalidad por esta causa han disminuido. La meta es conseguir que las PVVS en TARGA lleguen a niveles indetectables de su carga viral, lo que ayuda a incrementar los linfocitos y mejorar el sistema inmunológico, consiguiendo mejorar la calidad de vida de las personas en tratamiento.

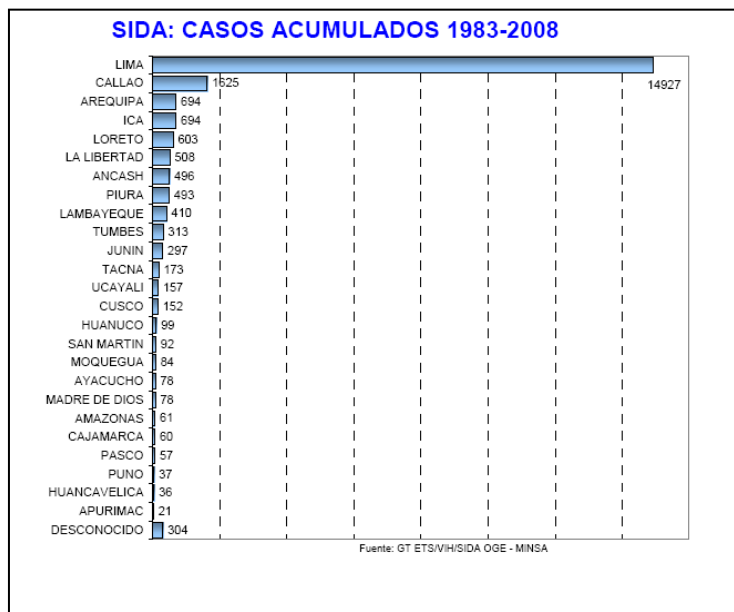
En conclusión, siendo la epidemia por VIH/SIDA un problema multifactorial la solución deviene en una intervención intersectorial que comprometa a todos en esta lucha.

La transmisión de la epidemia en el Perú es casi exclusivamente sexual (97%). La transmisión peri natal es del orden del 2,1% y la transmisión parenteral del 1,1%.

El 50% se infecta a una temprana edad: la mediana de la edad de infección por VIH es 31 años.

La mayoría de los casos se presentan en ciudades y departamentos de la Costa y de la Selva del Perú, con mayor concentración urbana (Lima-Callao, Iquitos, Chiclayo, Trujillo, Pucallpa, Arequipa, Huancayo, Piura, Ica, Chimbote y Huaraz); su diseminación se correlaciona con mayor densidad poblacional, mayor actividad comercial y mayor flujo migratorio. Lima y Callao concentran el 73% de los casos registrados (MINSa, 2006).

Grafico N° 5
SIDA: Casos Acumulados 1983 - 2008



Fuente: OGE – MINSa 2008

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

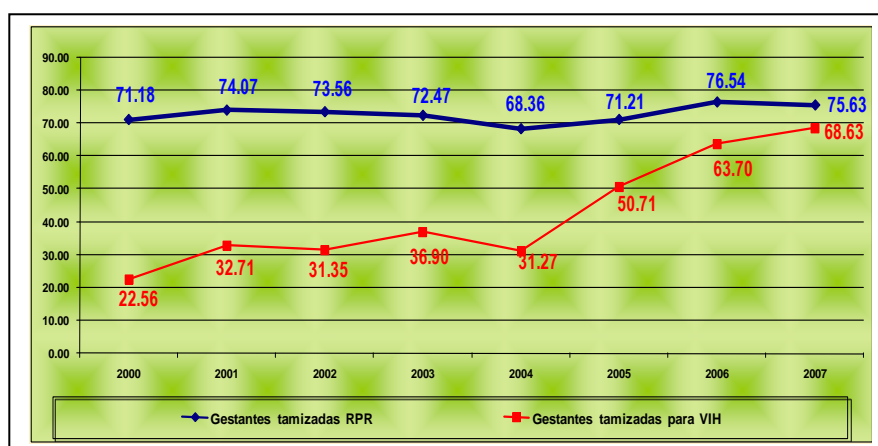
Grafico N° 6
Vías de Transmisión del VIH / SIDA 2008



Fuente : DGE- MINSA

La transmisión vertical ocupa un lugar importante debido a que se en los tamizajes a través de los controles prenatales

Grafico N° 7
Tamizaje VIH y SIFILIS en Gestantes
MINSA, 2000 - 2007



Fuente: Ficha Monitoreo ESN ITS/VIH y SIDA

III.3.1 Respuesta al VIH/SIDA en el Perú

De acuerdo a la información sobre la magnitud y distribución de la epidemia por VIH/SIDA en el Perú, disponible a través de estudios de seroprevalencia y de comportamientos que se realizan en determinados grupos poblacionales, y siguiendo la clasificación del estado de la epidemia propuesta por el Banco Mundial en 1997, es claro que el Perú presenta una “epidemia concentrada”. Esto quiere decir que la prevalencia del VIH en grupos con comportamientos altamente transmisores de la infección, como Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) y, posiblemente, pacientes con Infecciones de Transmisión Sexual, es mayor del 5% (según la vigilancia centinela nacional del 2002, en HSH asciende a 13,7%), por lo tanto, son los grupos más vulnerables y expuestos al VIH.

Recientemente, en el Perú, se aprobó por Decreto Supremo N°005-2007-SA (3 de mayo 2007) el Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 para la prevención y Control de las ITS y VIH/SIDA en el Perú. Este Plan deberá guiar las acciones contra el VIH/SIDA entre los años 2007-2011, tanto del sector gubernamental como del sector no gubernamental y de la cooperación internacional. Este documento contiene nueve objetivos estratégicos:

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

3. Promover la prevención de ITS/VIH, la educación sexual y estilos de vida y conductas sexuales saludables en adolescentes y jóvenes.
4. Reducir la transmisión vertical a menos del 2% al 2011
5. Garantizar 100% de tamizaje de paquetes sanguíneos al 2011
6. Alcanzar un 90% de acceso de las PVVS (adultos y niños) a una atención integral y de calidad
7. Promover un entorno político, social y legal favorable para el abordaje integral del VIH/SIDA y la diversidad sexual desde una perspectiva de derechos humanos, con la participación de las comunidades con mayor prevalencia (HSH, TS y PPL) y las PVVS.
8. Asegurar una respuesta multisectorial amplia y articulada para el desarrollo intersectorial e interinstitucional de actividades conjuntas para la prevención y control de las ITS y el VIH/SIDA.
9. Fortalecer los sistemas de información y establecer un sistema de monitoreo y evaluación para permitir la toma de decisiones oportuna y la medición de los logros obtenidos.

III.4 SITUACION DE LA EPIDEMIA A NIVEL REGIONAL

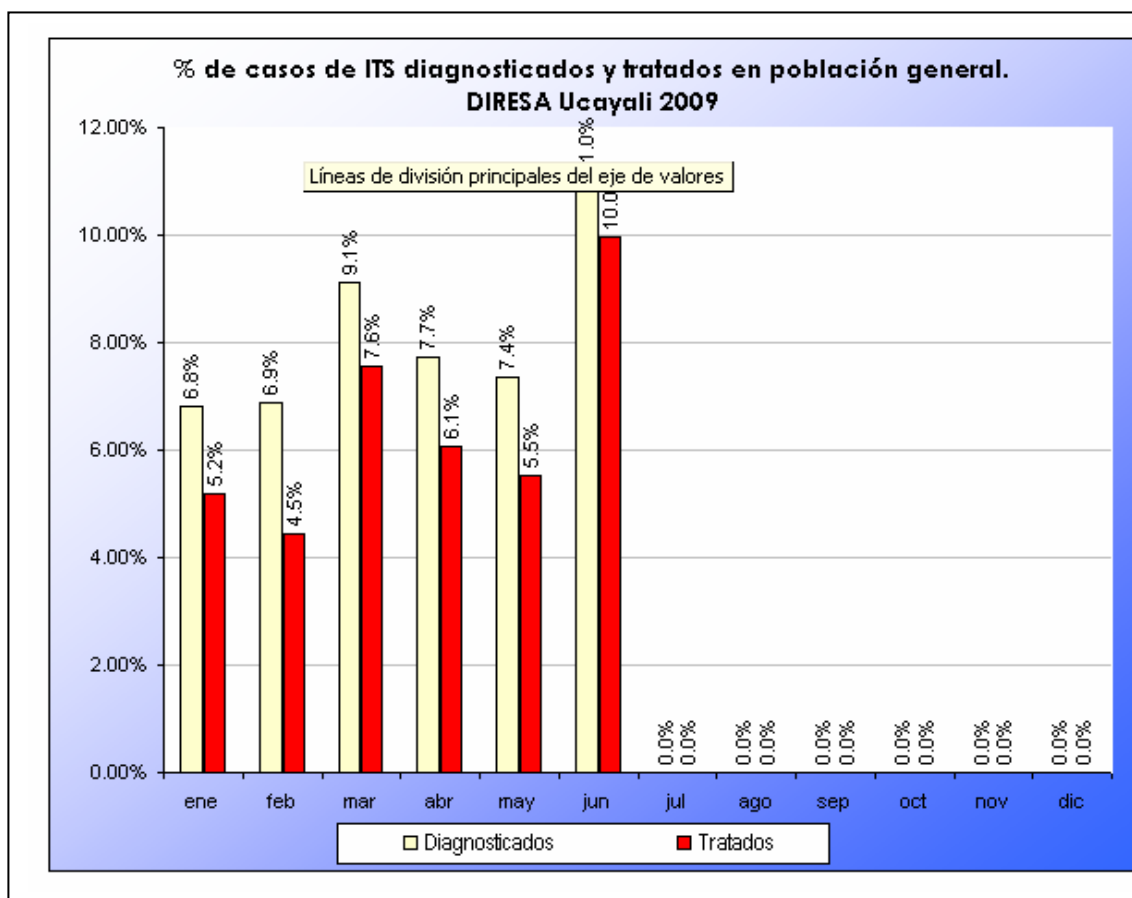
El análisis de la situación de la epidemia del VIH SIDA, debe ser enfocada principalmente teniendo en cuenta los factores e riesgo, población vulnerable o expuesta. Debemos mencionar algunos componentes estadísticos como la tasa brutal de natalidad nacional es de 21.8 (INEI 2007), registrándose 14.88 muy por debajo a nivel local, la tasa global de fecundidad, calculada en promedio de hijos por mujer se observa que ha disminuido notoriamente de 9.16 en 1995 y 5.77 al 2007, siendo dos veces más alta comparada con los promedios nacionales, en relación a la esperanza de vida al nacer el promedio es de 68.9 años, por debajo del promedio nacional que registra 71.2 años. Los indicadores multifactoriales que determinan el índice de desarrollo humano, que representa las oportunidades de las personas, disminuyéndolas brechas de exclusión e inequidades es a nivel regional el 0.565, que representa las dimensiones de la esperanza de vida al nacer, logro educacional y calidad de vida según LAS NBI.

En relación a los casos registrados de mortalidad materna, es de igual forma un factor múltiple de estructura del estado y brechas en relación al acceso y oportunidades, los que determinan la calidad de vida, a nivel regional el promedio ha sido constante y oscilante, registrándose un alto porcentaje de embarazo en adolescente y la insuficiente capacidad resolutive de los servicios de salud en los diferentes niveles de atención, conocidos que los mismos están ubicados en poblaciones dispersas y la

brecha intercultural que amplía los factores de riesgo. Registrándose en promedio el 173.06 x 100,000 nacidos vivos.

El relación a las ITS, como un factor de riesgo importante para la transmisión del VIH sida es de mucha importancia analizar, debido a que es la población joven la más expuesta a contraer una infección, que trae consigo los embarazos no deseados y la ventana para contraer el VIH SIDA.

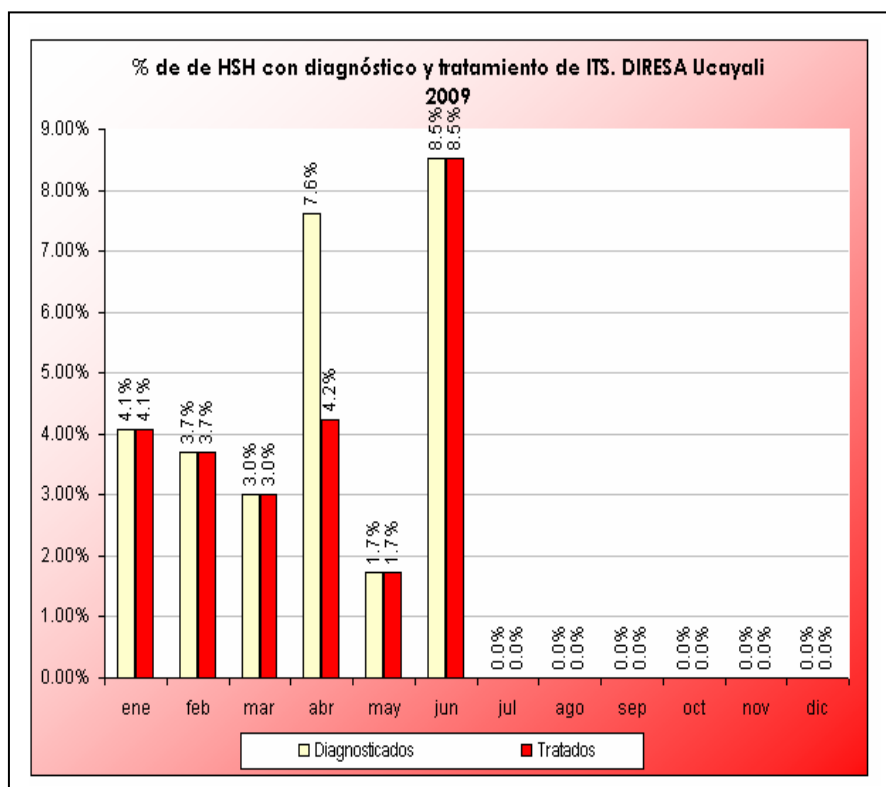
Grafico Nº 8
% de casos de ITS diagnosticados y tratados en población General
DIRESA Ucayali 2009



Fuente: DIRESA Ucayali

En relación a los HSH, se observa de igual manera el factor de exposición a la enfermedad.

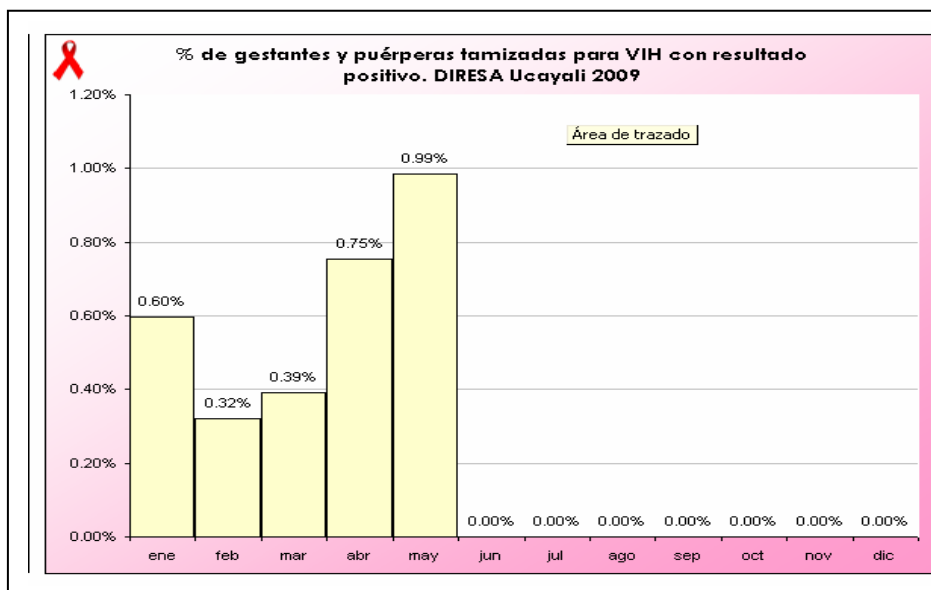
Grafico Nº 9
% de casos de ITS diagnosticados y tratados en población General
DIRESA Ucayali 2009



Fuente: DIRESA Ucayali

En relación al tamizaje a gestantes como un mecanismo de búsqueda activa a través de los servicios de salud como parte de la estrategia nacional, se viene registrando un incremento de casos.

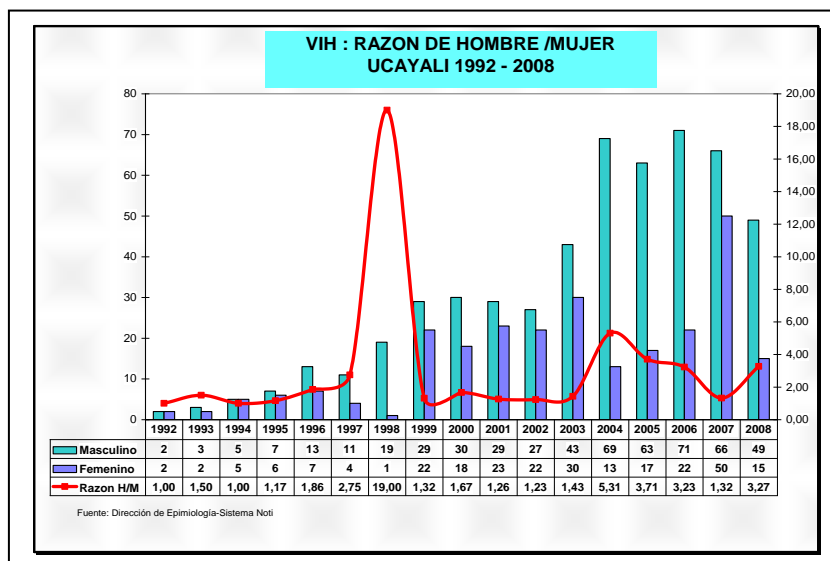
Grafico Nº 10
% de casos gestantes y puérperas tamizadas para VIH con resultado positivo
DIRESA Ucayali 2009



Fuente: DIRESA Ucayali

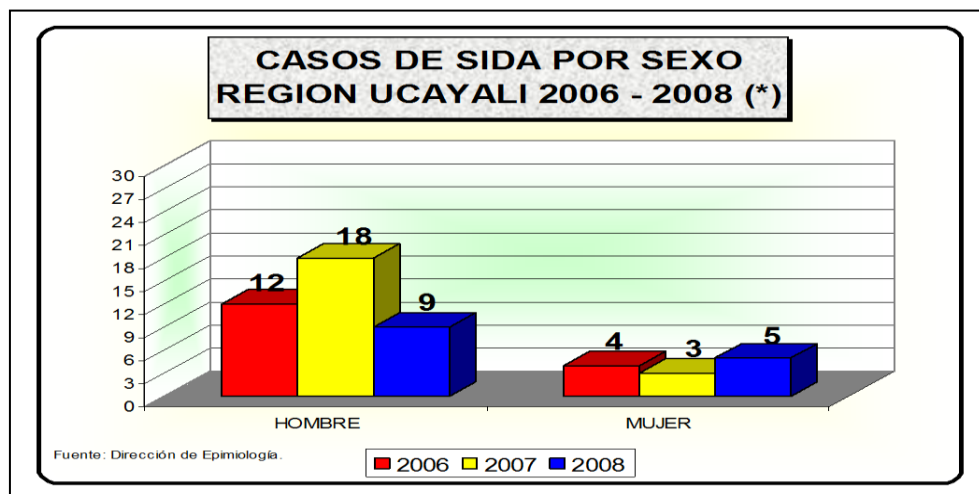
La relación que existe en la infección por hombre y mujer es evidente que el VIH, es más frecuente en los varones, estos se han estudiado mucho y se ha determinado que la conducta sexual del varón tiene mayor implicancia por la ausencia de conciencia de protección.

Grafico Nº 11
VIH: Razón de Hombre / Mujer
DIRESA Ucayali 2009



De igual forma esto se refleja en casos que llegan a la fase SIDA, es mucho mayor en el género masculino.

Grafico N° 12
Casos de SIDA por sexo
DIRESA Ucayali 2006 - 2008

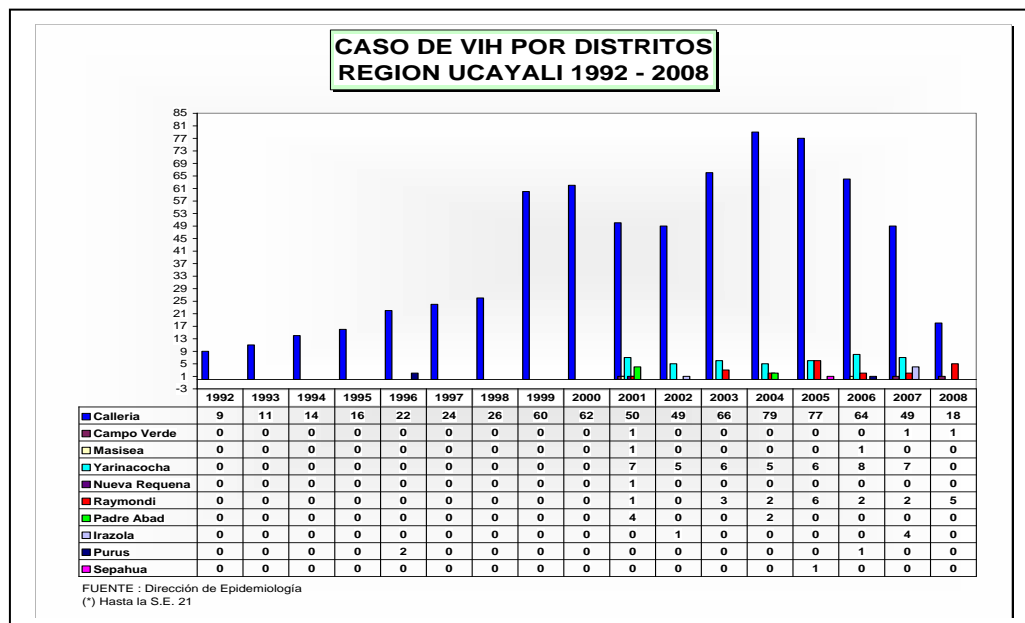


Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Ucayali

Es importante determinar el comportamiento de la epidemia a nivel local para definir algunos componentes, argumentos y análisis para intervenciones eficientes, de hecho en cada jurisdicción se registra diferentes actividades económicas, mucho más teniendo en cuenta que Ucayali, como región emergente, con alta migración interna y externa y economías locales en creciendo, hacen que la epidemia e confirme como concentrada, es así que el registro de casos a nivel provincial y distrital, confirma que es un factor de riesgo importante los corredores económicos o economías locales emergentes, en la que se incrementa el comercio sexual, con servicios de salud no acordes a esta demanda y débil capacidad resolutive para intervenir a nivel de acciones e prevención y promoción de la salud.

De igual modo se registra incremento de casos en los años de crecimiento económico local, por las oportunidades tributarias y otras que estas generan.

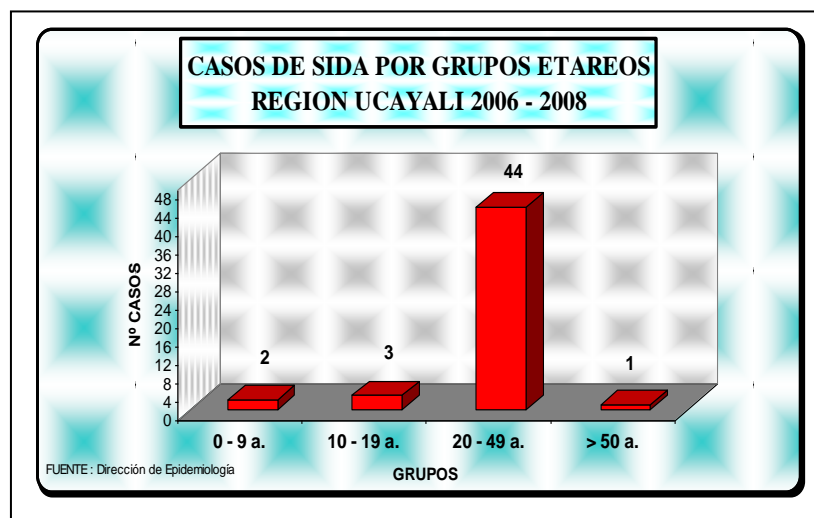
Grafico N° 13
Casos de VIH por Distritos
DIRESA Ucayali 1992 - 2008



Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Ucayali

Los grupos de edad representan un mecanismo de análisis, para intervenir en los procesos, teniendo en cuenta que es la población joven la más expuesta, por lo que la intervención debe ser enfocada a este nivel, siendo los pobladores de 20 a 49 años, los que adquieren la enfermedad.

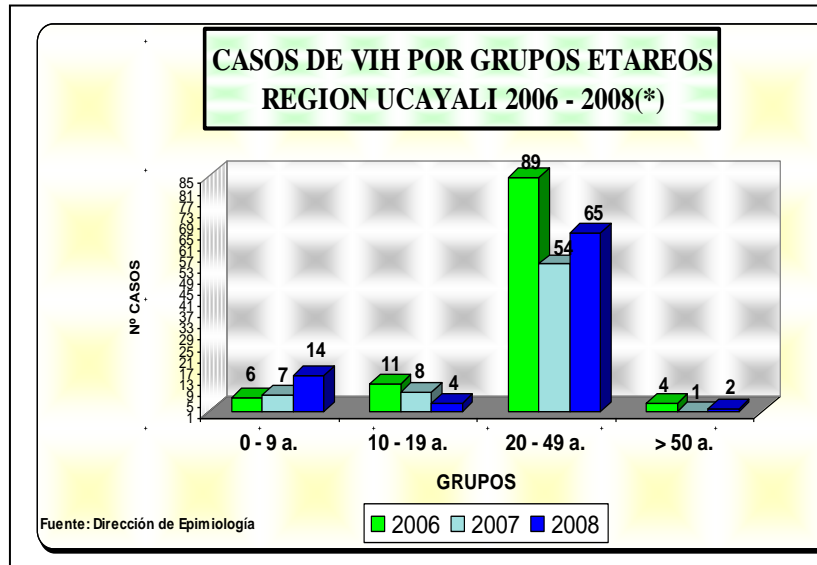
Grafico N° 14
Casos de SIDA por Distritos
DIRESA Ucayali 2006 - 2008



Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Ucayali

Los años que se registraron mayor número de casos es el año 2006, en el mismo grupo de edad con ligero descenso oscilando la casuística que se registra.

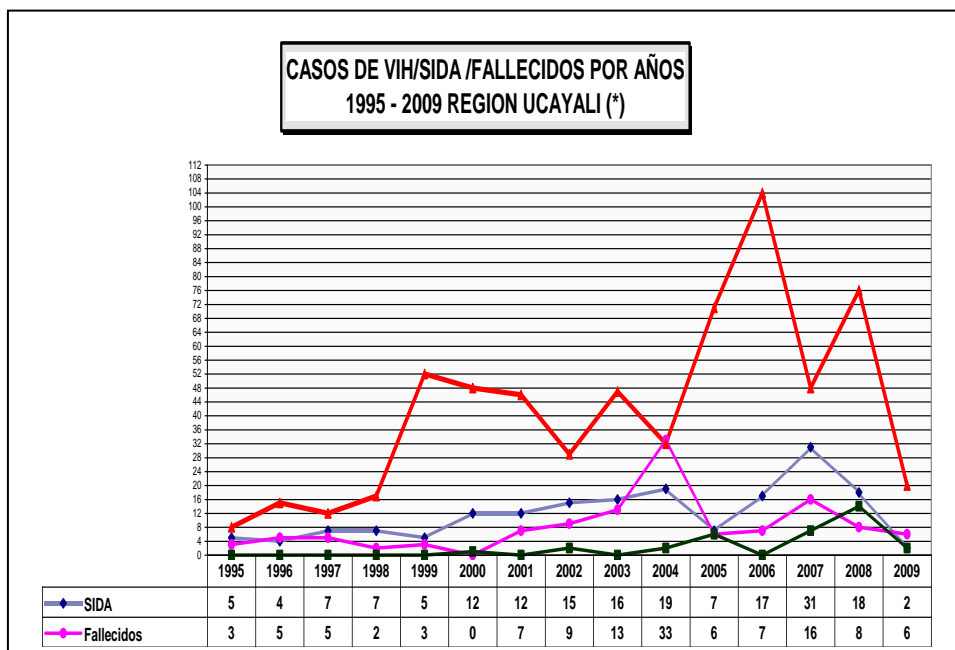
Grafico N° 15
Casos de SIDA por Distritos
DIRESA Ucayali 2006 - 2008



Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Ucayali

La defunciones registradas a nivel regional, ha tenido un incremento importante desde los años 1999, oscilando su comportamiento, el acceso a los tratamientos y la difusión de los mismos ha logrado disminuir en los últimos años estas cifras

Grafico N° 16
Casos de VIH/SIDA/ Fallecidos por años
DIRESA Ucayali 1995 - 2009



Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Ucayali

III.5 Respuesta Regional y algunas intervenciones

III.5.1. Estudios de vigilancia centinela

La notificación de casos y los estudios de vigilancia, permiten tener representatividad y pertinencia para evaluar tendencias sobre el comportamiento de la epidemia y hacer proyecciones en el tiempo. Dicha información sirve para mejorar la eficacia de la intervención en aspectos de Prevención y control en los sistemas de salud, focalizando la intervención.

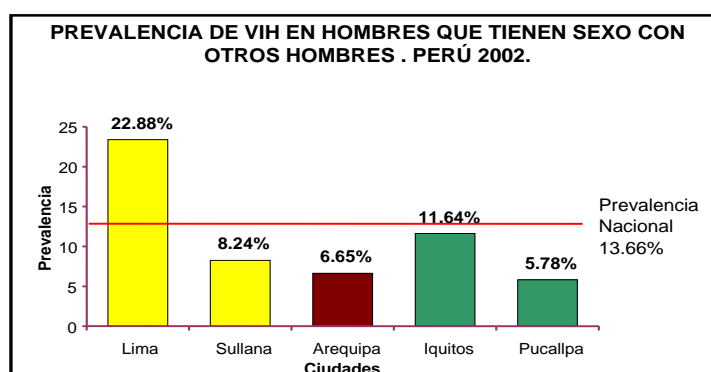
Los mecanismos para la vigilancia centinela se desarrolla en los grupos poblacionales específicos en epidemias concentradas: HSH y trabajadoras sexuales (TS), y en gestantes usuarias de los servicios de control prenatal para medir el grado de extensión de la infección por VIH a la población general.

III.5.1.1. Vigilancia centinela en HSH

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

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

Grafico N° 17
Prevalencia de VIH en HSH- Perú 2002



Fuente: OGE – MINSA 2002

Además de la poca representatividad nacional, por las características especiales de marginación y estigmatización de esta población, esta vigilancia centinela tiene otras limitaciones: no permite realizar estimados de los subgrupos de poblaciones HSH. Así, no permite diferenciar entre HSH que desarrollan comercio sexual del resto de HSH, ni distinguir las distintas identidades de género manifiestas entre estos grupos y que podrían estar asociadas a índices de prevalencia aún mayores. Esto dificulta la implementación más efectiva de las estrategias de prevención y tratamiento dirigidas y priorizadas. Sin embargo, es indudable que estos alarmantes índices de prevalencia justifican la priorización de actividades de prevención y disminución del impacto del VIH entre HSH, aún desconociendo las particularidades de los diferentes subgrupos.

El estudio realizado por PREVEN en población general encontró que un 13,6% de los hombres han tenido alguna vez sexo con otros hombres. Este grupo presenta una prevalencia de VIH de 1,8% comparada con la prevalencia general de 0.21%. Un 6,8% de los hombres han tenido sexo con otro hombre en los últimos 12 meses, grupo que tiene un 2,5% de prevalencia de VIH. El 2,3% de los hombres reporta que su última pareja sexual ha sido hombre y estos presentan una prevalencia de VIH de 3,1%; mientras que en el 0,5% de los hombres cuyas últimas 3 parejas han sido hombres la prevalencia de VIH es de 4.5%.

III.5.1.2. Vigilancia centinela en TS

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

El estudio del año 2002 abarcó 24 ciudades (no incluyó Lima ni Callao): Tumbes, Talara, Sullana, Piura, Iquitos, Cajamarca, Tarapoto, Chimbote, Huaraz, Huánuco, Pucallpa, Barranca, Cerro de Pasco, Huancayo, Cuzco, Ayacucho, Chíncha, Ica, Juliaca, Arequipa, Puno, Ilo y Tacna. El reclutamiento de las participantes se realizó en los mismos lugares de comercio sexual. Se aplicó un cuestionario estandarizado para evaluar conductas sexuales y se recolectó sangre y muestras vaginales y cervicales en las que se aplicó las siguientes pruebas: RPR (sífilis), ELISA y confirmación según el caso (VIH), cultivo (tricomonas), Gram. (vaginosis bacteriana) y PCR (clamidia y gonorrea).

CUADRO N° 05
Prevalencia de VIH y otras ITS en TS (2002)

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

Fuente PREVEN 2002

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

III.5.1.3. Vigilancia centinela en clientes de Trabajadoras Sexuales (TS)

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

CUADRO N° 06
Prevalencia de VIH y otras ITS en clientes de TS (2002)

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

Fuente PREVEN 2002

III.5.1.4 Vigilancia centinela en gestantes

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

III.5.2 Estudios de prevalencia de base poblacional

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

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

CUADRO Nº 07

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

Varones		Mujeres	
Pucallpa	1,90%	Huánuco	0,40%
Iquitos	1,60%	Pisco	0,40%
Barranca	0,90%	Pucallpa	0,40%
Chincha Alta	0,90%	Arequipa	0,00%
Puno	0,80%	Ayacucho	0,00%
Arequipa	0,50%	Barranca	0,00%
Sullana	0,50%	Cajamarca	0,00%
Talara	0,50%	Cerro de Pasco	0,00%
Cerro de Pasco	0,40%	Chimbote	0,00%
Ica	0,40%	Chincha Alta	0,00%
Tacna	0,40%	Cusco	0,00%
Tumbes	0,40%	Huancayo	0,00%
Ayacucho	0,00%	Huaraz	0,00%
Cajamarca	0,00%	Ica	0,00%
Chimbote	0,00%	Ilo	0,00%
Cusco	0,00%	Iquitos	0,00%
Huancayo	0,00%	Juliaca	0,00%
Huaraz	0,00%	Piura	0,00%
Huanuco	0,00%	Puno	0,00%
Ilo	0,00%	Sullana	0,00%
Juliaca	0,00%	Tacna	0,00%
Pisco	0,00%	Talara	0,00%
Piura	0,00%	Tarapoto	0,00%
Tarapoto	0,00%	Tumbes	0,00%
Total	0,40%	Total	0,05%

Fuente PREVEN 2002

CUADRO Nº 08

Prevalencia de VIH y otras ITS en adultos de 18 a 29 años, según sexo (2002)*

	Varones	Mujeres
VIH	0,4%	0,1%
Sífilis	1,1%	1,1%
Clamidiasis	4,0%	6,8%
Gonorrea	0,3%	0,8%
Tricomoniasis		5,2%

Fuente PREVEN 2002

Es importante destacar las claras diferencias en los índices de prevalencia de VIH entre hombres y mujeres, influenciadas particularmente por la población de HSH. Aquí es necesario tomar en cuenta las diferencias de prevalencia entre los distintos grupos de HSH descritas anteriormente, como por ejemplo las diferencias entre el 1,8% de prevalencia que se encuentra entre los hombres que declaran que han tenido alguna vez sexo con otros hombres (y que representa un 13,6% de los hombres de la población general), y el 4,5 % de prevalencia en los hombres cuyas últimas 3 parejas ha sido hombre (0,5% de los hombres).

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

III.5.3 Encuesta ENDES y síndromes de ITS

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

CUADRO Nº 09
Incidencia anual de síndromes de ITS por características seleccionadas

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

Fuente: ENDES 2000

CAPITULO IV

CARACTERIZACION DE LOS PROBLEMAS FUNDAMENTALES

IV.1. En relación al marco normativo vigente se encontraron tres situaciones:

- Vacíos legales por cubrir: generar normas y leyes que amparen a los usuarios de los servicios públicos contra el estigma y la discriminación, especialmente en lo que se refiere a las poblaciones más expuestas y su acceso a los servicios de prevención de ITS / VIH y servicios de salud. También hubo referencias a la necesidad de oficializar mediante normas regionales la prioridad del tema del VIH, para facilitar su abordaje multisectorial.
- Modificación de normas vigentes: La necesidad de modificar algunas normas vigentes que actualmente constituyen barreras para el abordaje efectivo de las ITS, VIH y la Promoción de derechos de las personas afectadas y grupos más expuestos. Estas normas son:
 - a. Reconocer derechos básicos de los PVVS: algunos municipios del país tienen normativa que impide a las personas viviendo con VIH contraer matrimonio, aún cuando sea entre PVVS.
- Asegurar que se cumplan las leyes y regulaciones sobre ITS / VIH: normas importantes como la de la confidencialidad del diagnóstico de VIH y del costo máximo para las pruebas de ingreso al programa TARGA (S/. 20) que no se están cumpliendo por parte de los trabajadores de salud, y no existen a la fecha mecanismos eficaces para supervisar su adecuado cumplimiento.

IV.2. En lo referente al estigma y discriminación:

Se ha encontrado niveles muy elevados de estigma y discriminación que afectan el acceso a los servicios públicos y de salud y a las oportunidades en general tanto a las poblaciones más expuestas como a los PVVS. La percepción general es que “la sociedad provinciana es muy estigmatizadora y muy discriminadora”. Sin embargo, es posible identificar diferentes niveles o grados de estigma y discriminación, según el grupo del cual se trate, a saber:

- Agresiones físicas y discriminación activa de parte de la sociedad en general, contra la población de HSH y transgéneros. Incluye golpes e insultos de parte de parte de diversos sectores de la sociedad, personal policial y municipal. Hay casos donde se ha llegado al asesinato de estas personas sin que las familias denuncien el caso por temor a la estigmatización; inclusive en algunas comunidades indígenas de ceja de selva, los HSH y transgéneros llegan a ser expulsados de las mismas.
- Estigmatización y exclusión de parte de la sociedad en general y agresiones físicas de parte de sectores específicos, contra los trabajadores sexuales. La sociedad en general prefiere negar la existencia de los trabajadores sociales y excluirlos de la vida colectiva. Aunque el trabajo sexual no está prohibido en el país (como sí lo está el proxenetismo y la trata), los trabajadores sexuales

reciben maltratos físicos y verbales frecuentes de parte de la policía nacional y de la policía municipal.

- Estigmatización y exclusión social de parte de la sociedad en general y también sectores específicos, contra las PVVS. Es común todavía saber que la sociedad en general siente rechazo hacia las PVVS, y prefieren no incorporarlas en las actividades colectivas por temor a contagiarse con el VIH. Esta situación no es ajena al personal de los sectores de educación y, en menor medida, de salud.
- Menosprecio, compasión y exclusión focalizada contra niños que viven con VIH. La actitud social en general frente a los niños que viven con VIH es de tenerles compasión (“no tienen la culpa de lo que les pasó”), aunque se ha sabido de casos de discriminación en el sector educativo en la región.
- La autoexclusión. Los actores en general identificaron un nivel de estigma y discriminación representado por la autoexclusión de las personas afectadas y grupos más expuestos de los servicios públicos y oportunidades, así evitan ser maltratados y discriminados.

IV.3. En cuanto a la multisectorialidad:

Para la implementación efectiva del PERM, se destaca la existencia de un espacio multisectorial que es la Coordinadora Regional Multisectorial en Salud (COREMUSA) para VIH, liderada por el gobierno Regional, La DIRESA, organizaciones de sociedad civil y personas afectadas. Otros espacios importantes para el trabajo en VIH son el Consejo Regional de salud, ente consultivo del Ministerio de Salud que también tiene una conformación multisectorial (aunque no incluye personas afectadas), y el Foro Salud, ente representativo de la sociedad civil.

En el nivel regional, pareciera estar muy claro el rol del sector salud en el tema de las ITS / VIH, no siendo así en el caso de los otros actores de la respuesta multisectorial (Educación, Desarrollo Social, Justicia, Trabajo, universidades, Iglesia, ONGs, afectados, etc.).

Por su parte, la participación y nivel de involucramiento de las personas afectadas y grupos más expuestos en la respuesta regional al VIH es todavía limitado.

La participación en los espacios de toma de decisiones se limita a las COREMUSAS en el caso de PVVS y a las Mesas de Poblaciones Vulnerables que se promueven desde los programas del Fondo Mundial en el caso de los grupos más expuestos (HSH, TS y transgéneros), pero otros espacios no los toman en cuenta. Inclusive, en algunos de los espacios mencionados, la participación suele ser nominal y no real.

Así, se puede afirmar que la región se encuentran en diferentes niveles de maduración multisectorial. En este sentido, se ha podido identificar qué nivel de desarrollo de la multisectorialidad y coordinación interinstitucional:

- a) Condiciones prometedoras para la multisectorialidad, que requieren un impulso para adecuarla al PERM. En este caso se han observado actores motivados alrededor de una percepción de importancia del tema del VIH / SIDA, disponibilidad para organizarse bajo un organismo multisectorial, contactos y coordinación interinstitucional iniciales; organización de grupos de personas afectadas y/o poblaciones más expuestas.

IV.4. En cuanto a Derechos Humanos

En los últimos años se han dado cambios sustantivos en relación a la igualdad de la mujer y el ejercicio pleno de sus derechos humanos. Sin embargo, estos cambios no se han traducido en cambios concretos y prácticas. Leyes como el de acoso sexual y la Igualdad de Oportunidades, se contraponen con la indefinición del Programa de Violencia Sexual, cuya prioridad por parte del Estado, es cada vez más dudosa.

Así mismo, en lo que se refiere a la disminución de brechas entre mujeres que viven en zonas rurales y zonas urbanas, si bien es cierto, la ENDES demuestra un incremento de uso de anticonceptivos, las mujeres rurales tienen el doble de hijos los que en realidad quieren tener. Un tema de mucha preocupación y que aún no ha sido investigado con la profundidad debida, es el respeto de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. La mayor parte de las mujeres afectadas, se suelen enterar de sus diagnósticos durante el control prenatal y la entrega de la información muchas veces se hace a través de personal no capacitado, que no sólo no está informado, sino que también tiene muchos prejuicios, que se suelen expresar a través de maltratos o segundo problema es que muchas mujeres suelen no ser consultadas acerca de sus preferencias reproductivas, pues para muchos proveedores, las mujeres que viven con VIH, ya no tiene posibilidades de actividad sexual, a diferencia de lo que ocurre con los hombres, pues de acuerdo a los estereotipos de género, sus necesidades sexuales no son reconocidas. Lo mismo ocurre con el asunto de reproducción, pues a pesar que la transmisión vertical, se puede reducir sustancialmente, muchas mujeres son negadas del derecho a tener hijos y si los tienen, suelen ser criticadas y estigmatizadas.

El Perú como Estado, ha firmado la mayor parte de los compromisos de protección de los derechos y durante los últimos años, ha aprobado un conjunto importante de leyes y normas que aseguran el cumplimiento de los derechos humanos que favorecen particularmente a las mujeres, sin embargo, su aplicación todavía mantiene una gran distancia.

- ❖ Una de las razones para que esto no ocurra, es que muchas de estas iniciativas, no vienen acompañadas del presupuesto necesario, haciendo que su carácter sea meramente declarativo o no vienen acompañado de mecanismos redistributivos, originando que estas medidas sólo alcancen a determinadas poblaciones que no son

particularmente las más pobres, ni las más excluidas, entre las que se encuentran las mujeres que viven con VIH.

- ❖ La ausencia de derechos en las mujeres, más de una manera particular su salud sexual y reproductiva. Esto es evidente en los indicadores que señalan que las mujeres más pobres, presentan los peores indicadores en salud y en el control de sus propias decisiones reproductivas.

- ❖ Los compromisos asumidos por el Estado, incluso aquellos que son meramente declarativos, son asumidos de manera fragmentaria; hay un énfasis en el rol materno de las mujeres, pero no en las decisiones reproductivas, como por ejemplo el aborto, en los casos que la ley lo permite.

CAPITULO V

LINEAMIENTOS DE POLITICA

Frente a la situación encontrada, partiendo de la opinión de los actores se ha identificado los siguientes lineamientos de política:

- Abogacía y negociación para posicionar el tema del VIH como una prioridad en la región, entre las autoridades regionales, tomadores de decisión y público en general, para construir o fortalecer los mecanismos de coordinación multisectorial y la definición del rol que podrían cumplir los múltiples actores en la respuesta al VIH. Incluye también hacer abogacía con las autoridades y funcionarios
- Comunicación para el cambio de comportamiento referido a estigma y discriminación: realización de campañas dirigidas tanto a población general como a autoridades, funcionarios públicos y trabajadores de salud y de educación, a fin de informarlos, sensibilizarlos y generar un cambio conductual y actitudinal respecto a la diversidad sexual, grupos más expuestos y personas viviendo con VIH. Incluye actividades contra la homofobia, transfobia y lesbofobia.
- Ajustes al marco normativo: implica apoyar a promover el diseño de normas que no existen, diseñar propuestas de modificación de las que existen, pero que constituyen una barrera para alcanzar los objetivos del PERM y hacer abogacía con las autoridades pertinentes para que las normas sean aprobadas
- Promover el establecimiento de alianzas estratégicas con la Defensoría del Pueblo y la Mesa para la Lucha contra la Pobreza, por el liderazgo respecto a la defensa y promoción de derechos que han alcanzado en la mayoría de las regiones, y porque tienen presencia tanto a nivel regional como provincial y distrital. También son recomendables las alianzas con las personas afectadas y

grupos más expuestos al VIH y las de los GAM en los hospitales que brindan TARGA.

- Promoción de la Salud, implementando una serie de iniciativas orientados a promover el desarrollo humano y social con acciones de Promoción de la Salud en diferentes escenarios: Municipio, Comunidad, Institución Educativa, Familia, Vivienda y Centro Laboral.

La Promoción de la Salud es un proceso que busca desarrollar habilidades personales y generar los mecanismos administrativos, organizativos y políticos que faciliten a las personas y grupos tener mayor control sobre su salud y mejorarla.

Busca lograr un estado de bienestar físico, mental y social, en el que los individuos y/o grupos puedan tener la posibilidad de identificar y lograr aspiraciones, satisfacer necesidades y poder cambiar o hacer frente a su entorno.

La Promoción de la Salud se constituye como un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades, capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la Salud Pública e individual. La Promoción de la Salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los Determinantes de la Salud.

Por tanto, las estrategias de Promoción de la Salud, están diseñadas para llegar a toda la población y para influir sobre un rango amplio de los Determinantes de la Salud.

Invertir en un enfoque de salud de la población ofrece beneficios en tres áreas principales: mayor prosperidad, ya que una población sana contribuye a una economía dinámica; menores gastos en salud y problemas sociales; además de un clima general de estabilidad social y bienestar.

CAPITULO VI

VALORES

- **Honestidad:** Cualidad de las personas que realizan acciones con coherencia y sinceridad en la labor cotidiana y de acuerdo con la verdad y justicia.
- **Compromiso:** Transformar una promesa en realidad que habla con valentía de nuestras intenciones.
- **Empatía:** Comprender en profundidad el mensaje del otro y de 'sentir con los demás', de experimentar las emociones de los otros como si fuesen propias

CAPITULO VII

VISION AL 2015

Ucayali al 2015, ha disminuido casos nuevos de ITS-VIH-SIDA con población informada, concientizada, empoderada, ejerciendo sus derechos sexuales, con autoridades comprometidas que implementan políticas sociales, enfatizando la prevención y control, teniendo en cuenta el enfoque intercultural y de género.

MISION

Ser una región líder que promueve el acceso a la información y educación sexual; garantizando una atención integral a través de la implementación de políticas públicas sostenibles con enfoque de género e interculturalidad, priorizando poblaciones vulnerables y afectadas por las ITS VIH-SIDA.

CAPITULO VIII

ANALISIS FODA

En el análisis FODA se han encontrado como fortalezas una COREMUSA con capacidad de movilización social e institucional y se cuenta con el Trabajo activo de las organizaciones de poblaciones vulnerables y la inclusión de estas a la COREMUSA.

Las principales oportunidades el proceso de descentralización que permite tomar acciones que respondan a las necesidades particulares de la región, contar con un espacio de concertación para la coordinación de acciones y potenciación de los impactos cooperación internacional y nacional que se presentan en la región con predisposición para establecer alianzas para la sostenibilidad de la lucha contra las ITS, VIH SIDA.

Las debilidades identificadas están relacionadas con débil involucramiento de las instituciones de las entidades públicas, la desarticulación entre el sector público y privado, escaso incremento de presupuesto para fortalecer recursos humanos, infraestructura, medicamentos e insumos en el sector salud, escasas actividades preventivo promocionales e irrespeto de los derechos de las personas afectadas.

Entre las principales amenazas se han identificado el escaso trabajo con enfoque intercultural con las comunidades nativas, así mismo la reducción de recursos de cooperación internacional y el incremento de población en situación de pobreza y extrema pobreza, la migración, así como los prejuicios de algunos sectores de la población.

Fortalezas	Debilidades
<ol style="list-style-type: none"> 1. Existencia del plan concertado de Salud donde el VIH y Sida es una de sus prioridades regionales. 2. Se cuenta con el Plan de Acción por la Infancia y Adolescencia Región Ucayali 2004- 2015 donde una de sus metas es reducir la infección por las ITS, VIH y SIDA. REGION UCAYALI 2004 – 2015. 3. Se cuenta con infraestructura en los servicios de salud. 4. Microredes de salud que cuentan con servicios de I.E.C. 5. Presencia de ONG. locales comprometidas en salud. 6. Visibilidad y participación de poblaciones vulnerables (HSH, LGTB, TS) organizadas y constituidas ante las autoridades. 7. Organizaciones de poblaciones vulnerables que cuentan con el apoyo de entes cooperantes internacionales. 8. Voluntad política para el trabajo con los PVVS. 9. Personal de salud sensibilizado y comprometidos. 10. Se cuenta con comunidades nativas organizadas y con compromiso para la prevención de las ITS, VIH y Sida. 11. Se cuenta con trabajo para la prevención y control de la ITS, VIH y Sida con enfoque intercultural de parte de los promotores de salud, docentes, iglesias, entes cooperantes. 12. Existencia de una política educativa en el tema de salud sexual y reproductiva en adolescentes y padres de familia. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Escasa participación del PVVS en las acciones de lucha contra el VIH. 2. limitado acceso a la atención integral de los PVVS. 3. Deficiente calidad de atención integral a las PVVS. 4. Poca implementación de los servicios de salud: materiales educativos e insumos. 5. Comunidades nativas no acogen iniciativas del Estado a favor de la salud. 6. Multilingüismo: ausencia de personal de salud que entienda el idioma. 7. Comunidades nativas no visualizan la salud como problemas por factores culturales. 8. Deserción escolar y difícil acceso a la educación. 9. Promiscuidad e inicio de la actividad sexual de adolescentes indígenas. 10. Las comunidades nativas no son atendidas por autoridades. 11. Limitado número de personal de salud en los E.S. 12. Limitado seguimiento de gestante con VIH 13. Barreras interculturales que impiden el acceso al Control prenatal 14. Escasa implementación de lineamientos del PRAIA 15. Débil respuesta ciudadana a las políticas a favor de adolescente 16. Población LGTB no identificada con problemática de su población. 17. Población itinerante con conductas sexuales de riesgo. 18. Desabastecimientos de insumos para la prevención y control de las ITS, VIH y Sida por los establecimientos de salud 19. Insuficiente material de difusión para la atención diferenciada.

Oportunidades	Amenazas
<ol style="list-style-type: none"> 1. Presencia y participación activa de entes cooperantes internacionales. 2. La lucha contra la epidemia es una prioridad nacional. 3. Municipalización de la salud. 4. Jóvenes indígenas egresados de Institutos y Universidades, próximos a insertarse en mundo laboral de salud. 5. Medios de comunicación radiales con enfoque intercultural. 6. Existencia de instituciones educativas superiores (Universidad e Institutos) bilingües. 7. Sociedad civil involucrada y sensibilizada. 8. Inclusión de transmisión vertical en las prioridades sanitarias regionales. 9. Presencia en agenda regional el tema ITS VIH sida en adolescentes. 10. Existencia de planes regionales que consideran, PRAIA, PDC. PRIO etc. 11. Alianza estratégica del Gobierno Regional y los objetivos del fondo global. 12. Existencia de UAMP diferenciado en HSH Yarinacocha 13. Presencia de laboratorio permanente. 14. Proyecto de contrato de más personal para el CERITS. 15. Incremento de PEPS , HSH y TS por fondo global 16. Alianzas estratégicas y expansión con medios de comunicación 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estigma y discriminación. 2. Escaso compromiso del sector empresarial en la lucha contra el VIH/SIDA. 3. Desarrollo de actividades productivas que han generado mayor comercio sexual en las comunidades nativas 4. Gobierno nacional, regional y locales, no toman en cuenta a las comunidades nativas. 5. Existen zonas con difícil acceso, influencias por cambios estacionarios 6. Docentes poco preparados. 7. Currícula no diversificada y sin componentes de educación sexual. 8. Presencia de empresas extractivas que no contemplan el territorio y la cultura de las comunidades nativas. 9. Retiro de cooperantes al finalizar los convenios. 10. No involucramiento de actores en las actividades. 11. Decisores públicos no empoderados con el tema de ITS VIH SIDA , en adolescentes 12. Rotación frecuente de los decisores locales. 13. Ausencia de espacios de atención personalizada. 14. Trata de personas para comercio sexual 15. Falta e información y abuso de autoridad por parte de serenazgo. 16. Ausencia de ciudadanía (DNI y partidas de nac.) 17. Insuficiente oferta de atención (horarios para atención) 18. Alta rotación de personal de salud falta de socialización y replica de información y capacitación.

CAPITULO IX

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL PERM PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ITS VIH-SIDA 2010-2015

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

IX.1 OBJETIVOS ESTRATEGICOS REGIONALES

OBJETIVO ESTRATEGICO 1

Articular acciones integrales que permitan mejorar la calidad de vida de los PVVS, con enfoque intercultural, derechos humanos y género.

Uno de los principales obstáculos para que se respeten los derechos humanos de los PVVS, es el estigma y discriminación. El estigma es la mayor barrera para diseñar e implementar los programas orientados a la prevención, atención y control del VIH-SIDA. La estigmatización es un proceso de subvaloración construido sobre concepciones negativas que ha sido descrito como una característica que “desprestigia considerablemente” a un individuo ante los ojos de otros.

La discriminación denota cualquier forma de distinción, exclusión o restricción que afecte a una persona en el ejercicio de sus derechos.

El derecho a buscar, recibir y compartir información es un derecho humano fundamental y una condición básica que asegura la prevención efectiva del VIH y tratamiento del SIDA. La población tiene derecho a saber cómo protegerse contra la infección del VIH; a conocer su situación respecto al VIH; y si estuvieran infectados, también tienen el derecho a conocer cómo obtener el adecuado tratamiento, cuidados y apoyo que los haga gozar de una mejor calidad de vida; así como conocer acerca de sus derechos laborales.

La experiencia confirma que la protección de los derechos humanos reduce la vulnerabilidad al VIH-SIDA, disminuyendo en consecuencia, el impacto negativo de la epidemia en las sociedades.

Es así, que este componente incluirá actividades de sensibilización, capacitación al personal de salud de los CERITSS, UAMPS para prevenir el estigma y discriminación.

1. Fortalecimiento, adecuación de servicios y capacitación del personal de salud para atención integral a PVVS

En este componente se considera fortalecer las capacidades al personal de salud en Derechos Humanos, sistemas de información.

Así mismo, se capacitara y fortalecer capacidades al personal de salud para la atención integral a PVVS.

También se capacitara a los PVVS para reforzar la prevención de ITS y la Prevención secundaria para evitar infecciones oportunistas, donde se

fortalecerá las capacidades de promoción del uso de condón para prevenir las ITS o la Reinfeción por el VIH.

2. Adecuación, Remodelación y/o construcción de infraestructura donde se brinda atención integral a la población afectada.

A través de esta actividad se busca incrementar el personal de salud, así mismo se gestionara la implementación de 4 UAMPZ, 2 CERITSS, con servicios de atención diferenciada para las y los PVVS evitando la multifuncionalidad.

3. Promover el trabajo articulado de los Establecimientos de Salud, las Instituciones No Gubernamentales, las Organizaciones PVVS de la comunidad que trabajan en la prevención y control de las ITS, VIH/SIDA

Las personas que viven con el VIH son un indicador 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. El propósito de la prevención en los y las PVVS es habilitarlos y/o fortalecer capacidades en Gestión, Abogacía.

4. Fortalecer las acciones de Información, Educación y Comunicación (IEC) para la población afectada con enfoque intercultural

Se considera realizar campañas de IEC a población general (a través de boletines electrónicos y spots radiales) descentralizadamente para lograr que las instituciones promuevan el cumplimiento de los derechos humanos y equidad de género en la prevención, atención y control del VIH-SIDA.

5. Promoción de la legislación para proteger el cumplimiento de leyes a favor de las poblaciones afectadas PVVS

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

OBJETIVO ESTRATEGICO 2

Reducir el número de nuevos casos (incidencia) de VIH y de las ITS en la población vulnerable (HSH, TS).

En esta línea estratégica está sub dividida en tres componentes; Prevención y Promoción, participación social activa y fortalecimiento de los establecimientos de salud dirigidos a cada población en condiciones de mayor vulnerabilidad, donde se incrementan las acciones de prevención y atención en e ITS, VIH/SIDA en cada población en condiciones de mayor vulnerabilidad Se considera el estudio y propuesta

de ordenanzas y normas que faciliten acceso a la atención e información a los HSH, TS; así como el desarrollo de Talleres regionales de sensibilización a políticos y líderes del gobierno Regional y local, que permita viabilizar la aprobación de las propuestas de ordenanzas y normas requeridas. También se realizara actividades de difusión de la propuesta normativa en programas de radio, TV y prensa.

1. Mejoramiento de la prevención de ITS a través de la AMP, en HSH y TS

Dentro de este componente se ha considerado la programación y adquisición de condones para las poblaciones HSH, TS, así mismo se desarrollara la promoción de la Atención Médica Periódica (AMP), la consejería y servicios de despistaje en HSH y TS, También se ha considerado la producción de materiales de IEC con la necesaria adecuación cultural y diferenciación según el tipo de poblaciones HSH, TS (Folletos y rotafolios) así mismo se reforzara la cobertura de AMP a través de la creación de equipos móviles de consejería, atención de ITS y promoción de servicios para HSH y TS.

2. Fortalecimiento de CERITS mediante el manejo y prevención de ITS, asegurando diagnóstico, tratamiento y consejería en forma gratuita y oportuna por personal sensibilizado y competente

Dentro de este componente se busca fortalecer las actividades de prevención, promoción de los establecimientos de Salud, así mismo mejorar la infraestructura del CERITS, UAMPS y la implementación de nuevos UAMPS para contrarrestar la dificultades del acceso geográfico.

3. Fortalecimiento de la Estrategia de PEPs, en poblaciones HSH, TS donde se incluya la prevención de la violencia sexual

Se desarrollara procesos que fomenten el fortalecimiento de la Estrategia de PEPs como estrategia importante para la prevención y control de las ITS, VIH y SIDA, así mismo se fortalecerá el liderazgo y la participación de poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad, para fortalecer la respuesta regional Dentro de esta línea estratégica esta la capacitación para el fortalecimiento de líderes y lideresas de poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad para participar en mecanismos de coordinación, impulsando propuestas y desarrollando acciones que fortalecen la respuesta regional.

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

4. Incidencia Política para facilitar el acceso a la atención e información a HSH, TS

Se realizará la incidencia con las autoridades regionales para que se promuevan ordenanzas municipales y regionales que faciliten el acceso de las personas de grupos

vulnerables y afectadas a servicios de atención y a información relacionada a prevención de ITS y VIH.

OBJETIVO ESTRATEGICO 3

Diseñar y ejecutar en forma conjunta un programa integral de intervención en el centro penitenciario siguiendo los lineamientos y acciones de prevención y atención del VIH SIDA, desarrollando y potenciando la prevención primaria y secundaria y la atención integral de personas que viven con el VIH SIDA.

En muchos países se han observado niveles significativamente mayores de infección por el VIH entre los reclusos que en la población general. Las relaciones sexuales entre varones y el consumo de drogas son prevalentes en muchas prisiones. La mayoría de los reclusos no tiene acceso a servicios de prevención del VIH.

Los consumidores de drogas inyectables, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y profesionales del sexo tienen una mayor probabilidad de encarcelación porque sus comportamientos son ilegales en muchos países.

Los centros penitenciarios pueden utilizarse como oportunidad para promover servicios de prevención del VIH. Una buena salud en las prisiones significa una buena salud pública.

Los centros penitenciarios brindan una oportunidad enfocada para influir en el comportamiento de los individuos con riesgo antes de que se reintegren a la sociedad.

1. Formación de educadores pares PPL y asegurar la sostenibilidad técnica y financiera

A través de esta línea estratégica se busca el trabajo preventivo promocional como, la formación y fortalecimiento de consejeros pares en VIH SIDA, en la población PPL, estableciéndose un sistema de información, educación y comunicación en prevención y promoción de la salud con énfasis en las ITS, VIH y Sida.

El trabajo de fortalecimiento de los establecimientos penitenciarios donde se dotara de suficiente preservativos, se gestionara los medicamentos e insumos para la atención en ITS Y VIH SIDA, donde se cuente con el acceso al test de pruebas rápidas en forma suficiente.

Así, mismo se deberá fortalecer capacidades del personal de salud que labora en centro penitenciario, donde también se cuente con implementación de servicios de salud diferenciados para atención personalizada.

2. Promover el trabajo articulado de los Establecimientos de Salud del INPE y las Instituciones de la comunidad que trabajan en la prevención y control de las ITS, VIH/SIDA.

El trabajo articulado entre los establecimientos de salud del INPE y otras organizaciones privadas puede utilizarse como oportunidad para promover

servicios de prevención del VIH en todos los establecimientos del INPE con ahorro de recursos.

3. Promover el acceso universal y el uso adecuado del condón, garantizando su provisión oportuna y sostenida en los Establecimientos de Salud, incluido el INPE

El trabajo de fortalecimiento de los establecimientos penitenciarios donde se dotara de suficiente preservativos, se gestionara los medicamentos e insumos para la atención en ITS Y VIH SIDA, donde se cuente con el acceso al test de pruebas rápidas en forma suficiente.

Así, mismo se deberá fortalecer capacidades del personal de salud que labora en centro penitenciario, donde también se cuente con implementación de servicios de salud diferenciados para atención personalizada.

OBJETIVO ESTRATEGICO 4

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.

Es importante reconocer que la estrategia IEC dirigida a la población adolescente y joven a la población joven es muy relevante dado que es la población más influenciable con respecto a conocimientos, actitudes y prácticas. Es así como se pretende educar a los jóvenes acerca del VIH-SIDA antes que sean sexualmente activos, por ello es importante que la información comience desde los niveles básicos, dotando a los adolescentes y jóvenes de la información apropiada para cada edad; respetando los principios y valores tradicionales de nuestra sociedad. Fomentando la abstinencia, el retraso de la primera relación sexual y la fidelidad mutua.

La información contenida en los programas educativos debe ser de calidad ofreciendo adecuado nivel de conocimientos acerca de la sexualidad y VIH, a los educandos. Se reconoce la limitante mayor son los padres que se oponen a que se informe a sus hijos acerca de tópicos que tienen que ver con el sexo, salud reproductiva y formas como protegerse pues consideran los incita a la promiscuidad. Sin embargo, se ha comprobado como los adolescentes y jóvenes responden de manera positiva a este tipo de programas, retrasando la edad para su primera relación sexual o cuando deciden tener relaciones sexuales, son más propensos al uso de medios para protegerse tanto de un embarazo no deseado, como de las ITS incluyendo el VIH.

Cada vez más se hace necesario el entrenamiento a padres o adultos en las comunidades para superar la incomodidad que sienten abordando éstos temas, así como la misma falta de conocimientos. Es la intención final impactar la reducción de la estigmatización y discriminación, a través de la introducción del diálogo abierto a nivel

de las familias y comunidades. Asimismo, las bases de la familia se verían fortalecidas, para que los adolescentes y jóvenes se sientan más seguros y cómodos en sus hogares, en las escuelas y en su lugar de habitación.

La ausencia de estabilidad en su ambiente cercano, limita que los jóvenes busquen espontáneamente formas de protegerse de las ITS, VIH.

Se debe destacar el hecho que ninguna estrategia orientada a disminuir el avance del VIH-SIDA puede ser efectiva, a menos que los derechos de los adolescentes y jóvenes sean protegidos firmemente.

Por ello, el Gobierno Peruano se comprometió ante la ONU en el año 2000 al cumplimiento de los Objetivos del Milenio, los que entre ellas incluyen la reducción de la prevalencia del VIH entre los jóvenes y adolescentes de 15 a 24 años en un 25% para el año 2010. Así como asegurar que los jóvenes tengan acceso a información, educación, servicios y buenos hábitos para reducir su vulnerabilidad ante el VIH alcanzando 90% en el 2005 y 95% para el 2010.

Cada vez se torna más prioritario ofrecer el acceso masivo a la educación, siendo éstas medidas de importancia crucial que pueden contribuir a erradicar la pobreza.

1. Fortalecer las acciones de Información, Educación y Comunicación (IEC)

Para este componente se formulara un Plan de IEC en VIH-SIDA e ITS diferenciados de acuerdo al tipo de población y zona geográfica dirigido a la población general con énfasis en los grupos en condiciones de mayor vulnerabilidad, así mismo se promoverá la adecuación de los contenidos de la currícula en educación sexual y reproductiva a nivel de asignatura en la educación formal pública y privada, con un enfoque científico. También se identificara y actualizara las necesidades de capacitación en materia de ITS/VIH/SIDA del personal de salud y educación de todos los niveles proporcionándoles las herramientas técnicas que optimizan el desempeño del personal de educación en el abordaje de las ITS/VIH/SIDA.

Se implementara procesos de monitoreo y evaluación de los programas de capacitación. Aplicar metodologías educativas, interactivas y participativas adecuadas a las características de los adolescentes y jóvenes escolarizados y no escolarizados para la prevención de VIH – SIDA

Así mismo, se implementara una campana Comunicacional para la Prevención de las ITS dirigida a adolescentes y jóvenes. Dentro de las acciones de implementación de este plan de comunicación y mercadeo social dirigido a adolescentes y jóvenes, se ha previsto la producción y difusión mediante medios de comunicación (programas de TV, Radio), cuñas radiales, material audiovisual, hay que considerar que los medios de

comunicación masivos muchas veces no llegan a las comunidades más lejanas , por lo tanto elaborara y difundirá folletos a adolescentes y jóvenes mas expuestos (nativos) con enfoque intercultural.

Finalmente la promoción y educación, así como la distribución de condones se espera desarrollar a través de PEPs Jóvenes y por ultimo se ha incluido la realización de campañas de promoción en academias, institutos (Ferias).

2. Fortalecer y crear nuevas unidades de atención diferenciada en los establecimientos de salud para las adolescentes y jóvenes, que incluya población HSH, TS y niñas en explotación sexual comercial, garantizando su sostenibilidad.

En este componente se contempla el seguimiento a las autoridades regionales para la implementación de la Ordenanza del adolescente, así mismo se implementara la atención diferenciada de servicios de salud para adolescentes, así como la necesaria capacitación del personal de salud para el manejo de servicios para adolescentes.

También acciones de consejería y prueba de VIH para jóvenes más expuestos, y el diseño e implementación de modelo de intervención para prevención en adolescentes en situación de vulnerabilidad.

OBJETIVO ESTRATEGICO 5

Disminuir la Transmisión Vertical mediante el fortalecimiento de los Establecimientos de salud y el involucramiento de las autoridades, Sociedad Civil y Población General con enfoque de género, Derechos e Interculturalidad.

En este componente estratégico tiene el propósito de prevenir la transmisión vertical si las mujeres embarazadas acceden a la prueba voluntaria de VIH y a los tratamientos antirretrovirales, en caso de ser VIH+. Para ello se propone que toda mujer embarazada o que piense embarazarse sea motivada por el personal de los servicios salud para hacerse la prueba voluntaria de VIH, esto permitiría una detección temprana y por tanto un tratamiento oportuno para evitar la transmisión vertical.

COMPONENTES ESTRATEGICOS

1. Educación sanitaria como medida preventiva para la transmisión vertical

Se considera la realización de pruebas gratuitas de diagnostico y seguimiento de sífilis y de VIH en gestantes.

Igualmente se han contemplado las acciones de Consejería Pre y post test.

Se realizara una campaña de difusión dirigida a la población general de despistaje del VIH en la gestante, y la capacitación del personal en prevención de la transmisión vertical del VIH y la eliminación de la Sífilis Congénita, con talleres a nivel regional.

2. Obtener compromiso político, desarrollo de alianzas estratégicas e intervención con otros actores para la Prevención de la Transmisión vertical del VIH.

Se considera realizar la búsqueda activa de gestantes para que acudan al primer control prenatal a través de las redes.

3. Garantizar la dotación para el tamizaje para VIH Y sífilis materna dentro del CPN y las pruebas rápidas para mujeres.

Se buscara fortalecer los establecimientos de salud con el Kit de insumos para la prevención de la transmisión vertical.

Se fortalecerá las capacidades del personal de salud en la atención de la gestante VIH (+) Se fortalecerá las estrategias de monitoreo y seguimiento para el cumplimiento del tratamiento de gestantes seropositivas.

Se gestionara la dotación de pruebas rápidas a nivel de los diferentes servicios de salud

OBJETIVO ESTRATEGICO 6

Promover la formulación de políticas de estado desde los gobiernos regionales y locales mediante la participación de las organizaciones indígenas.

1. Promoción de Políticas Públicas Regionales donde se promueva los derechos y deberes de las CC.NN. Para la lucha contra las ITS, VIH y Sida.

Se realizara reuniones de abogacía dirigida a Autoridades Regionales para sensibilizarlos respecto a al enfoque intercultural que se deberá implementar para prevenir las ITS, VIH y Sida en las diferentes comunidades nativas, el cual será aprobado mediante ordenanza regional.

Dónde, a través de la COREMUSA se hará el seguimiento para la implementación de la Ordenanza Regional donde se debe implementar acciones con enfoque intercultural dirigido a las comunidades nativas.

Así mismo, se realizara alianzas estratégicas para Sensibilizar y capacitar en derechos y deberes sexuales y reproductivos –uso adecuado de condón.

Difusión de los derechos sexuales y reproductivos a traves de medios de comunicación en su lengua nativa.

2. Fortalecer los Servicios de Salud de las CCNN para la realización de una atención integral en ITS y VIH/SIDA con enfoque intercultural y de género para las CC.NN.

Capacitar al personal de salud, promotores de salud, profesores en lenguas nativas para mejorar las estrategias de comunicación e información para la prevención de ITS VIH/SIDA.

Reuniones de sensibilización a los jefes de comunidades nativas y promotores de salud.

También, se sensibilizara a los profesionales de salud de las comunidades sobre la calidad de atención con enfoque intercultural.

Así mismo se capacitara a los pobladores que practican la medicina tradicional para que puedan referir personas a los establecimientos de salud de manera oportunamente.

3. Promover actividades de prevención y promoción en ITS y VIH/SIDA en las CCNN

Se realizara actividades de IEC con enfoque intercultural, así mismo se capacitara a los líderes nativos para que puedan hacer la réplica en sus comunidades sobre la importancia de la prevención de las ITS, VIH y Sida.

IX.2. LÍNEAS DE ACCION ESTRATEGICA

1. Promoción de uso adecuado y provisión de condones
2. Incidencia política para desarrollar acciones que faciliten el acceso a la atención e información a HSH, TS, PPL.
3. Promoción para el incremento de la cobertura de AMP, consejería y servicios de despistaje y tratamiento de ITS en HSH, TS.
4. Fortalecimiento del manejo y prevención de ITS a través de la AMP, asegurando diagnóstico, tratamiento y consejería en HSH, TS y PPL.
5. Fortalecimiento de la estrategia de PEPs, tomando en cuenta la diversidad de poblaciones HSH y TS
6. Reducir la vulnerabilidad de la población general a través de la promoción de conductas sexuales saludables y del uso consistente y correcto del condón, así como de la prevención de ITS.
7. Incidencia política y promoción de leyes y normas que permitan el acceso a la atención integral e información para adolescentes y jóvenes, priorizando la población adolescente y joven
8. Sensibilización a las autoridades sobre la situación actual de los niños, niñas y adolescentes, en situación de violencia física, sexual, explotación sexual, comercial y trata de personas y su vulnerabilidad frente al VIH/SIDA.

9. Promoción de normatividad vigente, sobre la violencia física, sexual, explotación sexual, comercial, infantil y trata de personas; y vigilancia del efectivo cumplimiento de leyes de protección al niño, niña y adolescente.
10. Información, sensibilización y concientización del riesgo a la población en general, frente a las ITS VIH/SIDA, en caso de exposición a violencia sexual.

IX. 3 MATRIZ DE OBJETIVOS ESTRATÉGICOS, INDICADORES Y ACTIVIDADES POR EJE TEMÁTICO

Los mecanismos de intervención han sido definidos por eje estratégico, resultado de las intervenciones de los colectivos en relación a cada rubro en procesos participativos.

OBJETIVO ESTRATEGICO 1: PARA PERSONAS VIVIENDO CON VIH SIDA (PVVS)

TEMATICA	OBJETIVO ESTRATEGICO	COMPONENTES	ACTIVIDADES	INDICADORES
	Articular acciones integrales que permitan mejorar la calidad de vida de los PVVS, con enfoque intercultural, derechos humanos y género	Fortalecimiento, adecuación de servicios y capacitación del personal de salud para atención integral a PVVS	Cursos de capacitación y sensibilización al personal de salud en derechos de los PVVS y estigma	<ul style="list-style-type: none"> - N° de Personal de Salud Capacitado y sensibilizado en: estigma y discriminación, en atención integral por etapa de vida y Gestión de medicamentos e insumos - N° de equipos multidisciplinarios capacitados
Capacitación de equipo multidisciplinario para el manejo integral de los pacientes PVVS, en cualquier etapa de vida.				
Capacitación en TARGA y enfermedades oportunistas a personal de E.S. en zonas dispersas, con incidencia de casos.				
Capacitación a equipos multidisciplinarios de establecimientos de salud en poblaciones dispersas				
			Fortalecer de capacidades del personal de salud en Gestión de medicamentos e insumos	
	Adecuación, Remodelación y/o construcción de infraestructura donde se da atención integral a la población afectada.	Adecuación, Remodelación y/o construcción de infraestructura donde se da atención integral a la población afectada.	Implementar adecuadamente el CERITS (Incorporar personal, implementar laboratorio, nuevos consultorios.	<ul style="list-style-type: none"> - N° de CERIT Implementado - N° UAMP Implementado - Laboratorio Referencial Mejorado - Porcentaje de CERITS/UAMP que aplican protocolos de atención - N° de establecimientos de Salud que administran TARGA de forma descentralizada. - N° Personal de salud suficiente en número para la atención de PVVS. - Sistemas de Información e Informático mejorados - PIP elaborado y aprobado - N° de Servicio de atención diferenciada implementado - N° de pacientes con seguimiento y monitoreo - N° de albergues integrales para PVVS construidos e implementados
Implementar 4 UAMP y 2 CERIT				
Mejoramiento de laboratorio referencial				
Implementación de los servicios de salud según capacidad resolutive				
mejoramiento del sistema de información e informático				
Acceso a la información de la WEB LAB				
Administrar adecuadamente la distribución y logística del TARGA, en forma descentralizada				
Elaborar proyectos especiales para la contratación de personal que atiende a las PVVS.				
Implementar los servicios de atención diferenciada de los PVVS				
Incorporación de los consejeros educadores de pares en los CERITS				

			<p>Implementar y gestionar la construcción y equipamiento de albergues integrales para los PVVS.</p> <p>Incrementar el acceso a la información del WBLAB a los PVVS a través de consejeros educadores de pares</p>	<ul style="list-style-type: none"> - - Consejeros educadores pares con acceso a la información WEBLAB
		<p>Promover el trabajo articulado de los Establecimientos de Salud, las Instituciones No Gubernamentales, las Organizaciones PVVS de la comunidad que trabajan en la prevención y control de las ITS, VIH/SIDA</p>	<p>Fortalecer el trabajo articulado de los establecimientos de salud, ONG y PVVS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - N° de instituciones que promueven el cumplimiento de los derechos humanos y equidad para la prevención, atención y control del VIH-SIDA
		<p>Fortalecer las acciones de Información, Educación y Comunicación (IEC) para la población afectada con enfoque intercultural</p>	<p>Implementar acciones de promoción y prevención de las ITS VIH SIDA, a través de: Ferias educativas, Charlas, Espacios radiales, testimonios de los PVVS, atención médica integral, en forma descentralizada (Atalaya y Padre Abad).</p> <p>Se considera también la realización de campañas en medios masivos de comunicación contra el estigma y la discriminación. Igualmente una campaña de IEC a población general</p>	<ul style="list-style-type: none"> - N° de Boletines elaborados. - N° de Ferias educativas, charlas, espacios radiales realizados de forma descentralizada - N° de instituciones y empresas públicas y privadas que no exigen la prueba de VIH-SIDA como requisito para la contratación laboral, ni durante la vigencia del contrato
		<p>Promoción de la legislación para proteger el cumplimiento de leyes a favor de las poblaciones afectadas PVVS</p>	<p>Elaboración de información amigable e intercultural de las normas vigentes que promueven los derechos de los PVVS y la Ley 26626 y su modificatoria</p> <p>Publicar las normas que favorezcan la calidad de vida de los PVVS, con adecuación intercultural.</p> <p>Se contempla acciones de incidencia política, relacionadas con la promoción de normatividad sobre estigma y vigilancia del efectivo cumplimiento de leyes antidiscriminatorias a favor de los PVVS, así como la ejecución de un estudio y Propuestas de normatividad al respecto</p>	<p>N° de Ordenanzas, normas, que faciliten acciones de prevención y control de las ITS, VIH/SIDA, disminuyan el estigma y discriminación de la población con VIH o por su orientación sexual con enfoque intercultural.</p> <p>N° de Boletines elaborados donde se publiquen las Normas que benefician a PVVS.</p>

OBJETIVO ESTRATEGICO 2: PARA PERSONAS HSH Y TS				
TEMATICA	OBJETIVO ESTRATEGICO	COMPONENTES	ACTIVIDADES	INDICADORES
INFECCION POR ITS VIH SIDA EN HSH Y TS	Reducir el número de nuevos casos (incidencia) de VIH y de las ITS en la población vulnerable (HSH, TS).	Mejoramiento de la prevención de ITS a través de la AMP, en HSH y TS	Fortalecimiento de capacidades de PEPS	N° de PEPS fortalecidos para promover la AMP
			Elaborar plan de concientización Social para la promoción de la AMP	Plan elaborado, validado, aprobado y difundido
			Promover talleres de concientización reducción de estigma, discriminación y Autoestigma.	N° de talleres realizados para la prevención del Estigma y Discriminación.
			Crear escuela de padres con hijos HSH y TS.	N° de escuelas con maestros capacitados para impartir educación sobre ITS/VIH/SIDA
			Fortalecer organizaciones para HSH y TS.	Organizaciones HSH y TS fortalecidas
			Elaborar e implementar un plan de comunicación diferenciada.	Material y numero de talleres entregado a PEPS
		Fortalecimiento de CERITS mediante el manejo y prevención de ITS, asegurando diagnóstico, tratamiento y consejería en forma gratuita y oportuna por personal sensibilizado y competente.	Garantizar el abastecimiento permanente de condón y lubricantes: DIRESA	N° de EESS abastecidos regularmente de condones en un periodo de un año
			Implementar servicios de atención diferenciada e Incrementar el acceso a atención integral de los adolescentes HSH en los servicios diferenciados a través de la difusión y cumplimiento de la ordenanza regional 011	N° de servicios de salud adecuados y diferenciados para la atención de ITS/VIH y consejería para adolescentes y jóvenes HSH y TS
			Elaborar e implementar un plan de fomento de Registro Civil descentralizado (USAID, MANUELA, ONG).	N° de HSH TS nuevos registrados en RENIEC en el periodo de una año
			Incrementar la oferta de atención	Incremento de Personal de Salud de Cerits y UAMPS capacitados en manejo

			integral	sindrómico, que estén laborando actualmente
			Fortalecimiento de laboratorios referencial UAMP Y CERITS	N° de EESS con infraestructura mejorada
			Mejoramiento de infraestructura para la atención personalizada	N° de de EESS con infraestructura para la atención personalizada
			Acreditación de nuevas UAMP.	N° de nuevas UAMPS acreditadas en un año
			Incremento de recursos humanos en servicios de salud.	Incremento de Personal de Salud en laboratorios exclusivo para Cerits y UAMP e incremento de insumos
			Compromiso de permanencia de personal capacitado (mínimo 1 año).	Numero de personal de CERIITS y UAMP que permanece laborando más de un año
			Implementación de los servicios de salud según capacidad resolutive	Servicios de salud implementados según capacidad resolutive
			Promover el uso del condón a través de plan de capacitación de negociación del condón.	N° de TS y HSH que declaran haber usado condón con su cliente mas reciente
		Fortalecimiento de la Estrategia de PEPs, en poblaciones HSH, TS donde se incluya la prevención de la violencia sexual	Plan de fortalecimiento de PEPs con enfoque de derechos e interculturalidad.	N° de nuevos PEPs capacitados en prevención de ITS y VIH con enfoque en derechos e interculturalidad
			Crear e implementar un plan de intervención para poblaciones itinerantes.	N° de planes implementados
			Plan Comunicacional para la Prevención de Violencia Sexual en HSH y TS	N° planes elaborados / HSH, TS y LGTB capacitados en el manejo de violencia sexual

			Plan de Comunicación de Atención de Emergencias de Salud en casos de Violencia Sexual en población HSH y TS.	N° de intervenciones realizadas por la
			Garantizar kit de Emergencia para Violencia Sexual por DIRESA.	N°EESS que cuentan con Kit de emergencia municipalidades en el año
		Incidencia Política para facilitar el acceso a la atención e información a HSH, TS	Reuniones de sensibilización con autoridades y líderes de opinión.	N° Reuniones realizadas
			Reuniones periódicas de abogacía para el cumplimiento de las políticas que previenen el Estigma y discriminación	N° de Planes locales y regionales de abogacía y lucha contra el Estigma y Discriminación hacia poblaciones con mayores prevalencias
			Aprobación de Ordenanzas Regional/ Municipal	Ordenanza aprobada
			Concertación multisectorial en temas de prevención y promoción de las ITS, VIH y Sida en Población vulnerable (HSH y TS)	N° de reuniones multisectoriales que promuevan la prevención y promoción de las ITS, VIH y Sida en HSH y TS.

OBJETIVO ESTRATEGICO 3: PERSONAS PRIVADAS DE SU LIBERTAD

TEMATICA	OBJETIVO ESTRATEGICO	COMPONENTES	ACTIVIDADES	INDICADOR
Personas privadas de su libertad	Diseñar y ejecutar en forma conjunta un programa integral de intervención en el centro penitenciario siguiendo los lineamientos y acciones de prevención y atención del VIH SIDA, desarrollando y potenciando la prevención primaria y secundaria y la atención integral de personas que viven con el VIH SIDA	Formación de educadores pares PPL y asegurar la sostenibilidad técnica y financiera	<ul style="list-style-type: none"> - Formación y fortalecimiento de consejeros en VIH SIDA., en la población PPL. - Establecer un sistema de información, educación y comunicación en Prevención y promoción de la salud con énfasis en ITS VIH SIDA en PPL. - Difusión de material educativo y programas permanentes en diferentes niveles de intervención. - Educación sanitaria para la prevención y promoción. - Concertación multisectorial en temas de promoción y prevención. 	<ul style="list-style-type: none"> - Porcentaje de PROGRAMAS EDUCATIVOS a nivel del penal por año. - N° de PEPS capacitados y habilitados para la consejería - % de afiches distribuidos - % de Charlas y reuniones realizadas. - N° de Plan Estratégico de intervención elaborado. - Plan de acción para la disminución de ITS VIH SIDA a nivel penitenciario.
		Promover el trabajo articulado de los Establecimientos de Salud del INPE y las Instituciones de la comunidad que trabajan en la prevención y control de las ITS, VIH/SIDA.	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilización dirigida a autoridades y personal policial en actividad y en formación en la prevención y atención de las ITS VIH SIDA. - Abogacía periódica para el cumplimiento de las políticas locales a favor de los PPL. - Articulación intersectorial con instancias no gubernamentales y de apoyo. - Formalización de los conductos regulares que faciliten el ingreso y trabajo de las organizaciones de la sociedad civil al interior de los recintos penitenciarios 	<ul style="list-style-type: none"> - N° de reuniones con autoridades del INPE sensibilizados y capacitados. - Seguimiento a la normatividad en salud del INPE. - N° de convenios con ONG que trabajan con PPL.
		Promover el acceso universal y el uso adecuado del condón, garantizando su provisión oportuna y sostenida en los Establecimientos de Salud, incluido el INPE.	<ul style="list-style-type: none"> - Dotar de suficiente preservativos - Gestión de medicamentos e insumos para la atención en ITS Y VIH SIDA.. - Aumento del acceso al test de pruebas rápidas en forma suficiente. - Fortalecimiento de capacidades del personal de salud que labora en centro penitenciario - Implementación de servicios de salud diferenciados para atención personalizada. - Seguimiento y monitoreo para el cumplimiento del tratamiento a usuarias (os) identificados. - Consolidar la estrategia regional de 	<ul style="list-style-type: none"> - % de mujeres embarazadas con tamizaje de sífilis dentro de la atención pre natal del Penal. - % de casos de ITS tratados. - % de Mujeres en edad fértil tamizadas - % de pasantías de personal de salud que atiende PPL, con énfasis en ITS VIH

			<p>Prevención de las ITS VIH SIDA, en el servicio de salud del establecimiento penitenciario.</p>	<p>SIDA.</p> <ul style="list-style-type: none"> - % de Preservativos entregados por PPL. - % de autoridades penitenciarias y alumnos de la policía nacional capacitados. - % de mujeres embarazadas infectadas por el VIH que han recibido un ciclo de profilaxis antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión materno infantil – - % de lactantes que nacieron con el VIH, de madres infectadas. - % de Tamizajes realizados en PPL, y TS - % de mujeres embarazadas con tamizaje de VIH, dentro de la atención prenatal dentro del penal.
--	--	--	---	--

OBJETIVO ESTRATEGICO 4: ADOLESCENTES Y JOVENES

TEMATICA	OBJETIVO ESTRATEGICO	COMPONENTE	ACTIVIDADES	INDICADORES
ADOLESCENTE	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	Fortalecer las acciones de Información, Educación y Comunicación (IEC)	Campañas de IEC, promoviendo estilos de vida saludables y el uso adecuado del condón	- Número de campañas implementadas.
			Difusión masiva en medios de comunicación televisiva y radial con enfoque intercultural y de género.	- Número de Instituciones que participan en las campañas
			Reproducción y distribución de material educativo.	- Número de medios de comunicación que desarrollan un programa
			Fortalecimiento de la implementación de la estrategia de educación sexual integral (ESI)	- % de establecimientos de salud e instituciones educativas que cuentan con materiales educativos
		- N° de instituciones educativas que implementan la estrategia		
		- % de docentes capacitados en ESI		
		Fortalecer y crear nuevas unidades de atención diferenciada en los establecimientos de salud para las adolescentes y jóvenes, que incluya población HSH, TS y niñas en explotación sexual comercial, garantizando su sostenibilidad.	GESTION DE MEDICAMENTOS E INSUMOS	- % de establecimientos que cuentan con medicamentos e insumos COMPLETOS para la atención de las ITS/VIH/SIDA
			CONCERTACION MULTISECTORIAL EN TEMAS DE PROMOCION Y PREVENCION	- % de redes y micro-redes que cuentan con sistema de referencia y contra-referencia intra e interinstitucional
			REUNIONES PERIODICAS DE ABOGACIA PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS POLITICAS.	- % de operadores de salud capacitados en atención diferenciada en salud sexual y salud reproductiva
			CAPACITACION A PERSONAL DE SALUD	- N° de personal de salud capacitado para la atención integral del

			INVOLUCRADOS	adolescente y joven.
			IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEGÚN CAPACIDAD RESOLUTIVA	- % de establecimientos de salud que cuentan con atención diferenciada para adolescentes y jóvenes de acuerdo a su capacidad resolutive

OBJETIVO ESTRATEGICO 5: TRANSMISION VERTICAL

TEMATICA	OBJETIVO ESTRATEGICO	COMPONENTES	ACTIVIDADES	INDICADOR
TRANS. VERTICAL	Disminuir la Transmisión Vertical mediante el fortalecimiento de los Establecimientos de salud y el involucramiento de las autoridades, Sociedad Civil y Población General con enfoque de género, Derechos e Interculturalidad	Educación sanitaria como medida preventiva para la transmisión vertical	<ul style="list-style-type: none"> - Tamizaje a Mujeres en edad fértil - Atención prenatal integral que incluya el paquete peri natal enfocada con competencias. - Educación sanitaria para la prevención y promoción. - Concertación multisectorial en temas de promoción y prevención. 	<ul style="list-style-type: none"> - N° de reuniones y/o talleres realizados con organizaciones de mujeres. - N° de campañas integrales de tamizaje en VIH realizadas a MEF en las diferentes provincias.
		Obtener compromiso político desarrollo de alianzas estratégicas e intervención con otros actores para la Prevención de la Transmisión vertical del VIH.	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilización con autoridades Y líderes de opinión. - Abogacía periódica para el cumplimiento de las políticas. - Búsqueda activa de gestantes a través de las redes comunales. 	<ul style="list-style-type: none"> - N° de reuniones de sensibilización con autoridades Regionales y líderes para lograr el trabajo multisectorial articulado en la búsqueda de activa de gestantes para la prevención de la Transmisión vertical. - N° de convenios interinstitucionales firmados
		Garantizar la dotación para el tamizaje para VIH Y sífilis materna dentro del CPN y las pruebas rápidas para mujeres.	<ul style="list-style-type: none"> - Gestión de medicamentos e insumos. - Fortalecimiento de capacidades del personal de salud - Implementación de los servicios de salud según capacidad resolutive. - Seguimiento y monitoreo para el cumplimiento del tratamiento de usuarias identificadas. - Porcentaje de establecimiento de salud implementada con quid para prevención de atención vertical. - Gestionar la dotación de pruebas rápidas a nivel de los diferentes servicios de salud 	<ul style="list-style-type: none"> - % de mujeres embarazadas infectadas por parto por cesárea. - % de mujeres con sífilis materna tratados. - % de Mujeres en edad fértil tamizadas - % de mujeres embarazadas infectadas por el VIH que han recibido un ciclo de profilaxis antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión materno infantil - % de lactantes que nacieron con el VIH, de madres infectadas - Porcentaje de establecimientos equipados con el quid para la atención pre natal. - % de mujeres embarazadas con tamizaje de sífilis dentro de la atención pre natal - % de mujeres embarazadas con tamizaje de VIH, dentro de la atención prenatal.

OBJETIVO ESTRATEGICO 6: COMUNIDADES INDIGENAS

TEMATICA	OBJETIVO ESTRATEGICO	COMPONENTES	ACTIVIDADES	INDICADORES
ITS Y VIH/SIDA EN CCNN.	Promover la formulación de Políticas de Estado desde los Gobiernos, Regional y Local, mediante la participación de las Organizaciones representativas de las CCNN.	Promoción de Políticas Públicas Regionales donde se promueva los derechos y deberes de las CC.NN. Para la lucha contra las ITS, VIH y Sida	Realizar incidencia en las Organizaciones representativas de las CCNN a fin de que propongan la formulación de nuevas políticas públicas para las CCNN, con la finalidad de brindar atención integral en ITS y VIH/SIDA.	<ul style="list-style-type: none"> - N° de reuniones con representantes de las Organizaciones de CCNN. - N° de Organizaciones representativas de CCNN sensibilizadas. - N° de Propuestas elevadas a instancia, Regional o Local. - N° de Normas aprobadas en instancias, Regional o Local
			Realizar proyecto de Normas a ser presentadas	- N° de proyectos Aprobados
			Realizar acciones de abogacía en las instancias, Regional y Local, para la formulación de políticas en beneficio de las CCNN.	<ul style="list-style-type: none"> - N° de reuniones con autoridades de instancia, Regional o Local - N° de Instituciones gubernamentales visitadas y sensibilizadas.
			Reuniones de sensibilización con autoridades y líderes de opinión.	<ul style="list-style-type: none"> - N° de reuniones de trabajo con líderes de opinión. - N° de medios de comunicación que difunden y sensibilizan sobre la formulación de políticas pública en ITS y VIH/SIDA.

ITS Y VIH/SIDA EN CCNN			Reuniones periódicas de abogacía para el cumplimiento de las políticas	- N° de Comités de Vigilancia local involucrados en la formulación de políticas públicas en ITS y VIH/SIDA.
				- N° de rendición de cuentas solicitadas a través de los Comités de Vigilancia Regional y Local, en formulación de políticas públicas en ITS VIH/SIDA.
				- N° de Cabildos abiertos de GR y GL realizados con agenda en ITS y VIH/SIDA.
			Establecer alianzas estratégicas con Defensoría del Pueblo, Entes Cooperantes, Partidos Políticos, Mesa de Concertación de la lucha contra la pobreza, Colegios Profesionales etc.	- N° de compromisos realizados con Actores Claves.
				- N° de acciones conjuntas para la comulación de políticas públicas.
			Establecer planes de trabajo o convenios interinstitucionales para la formulación/aprobación de políticas públicas en beneficio de las CCNN en ITS y VIH/SIDA.	- N° de planes de trabajo interinstitucionales realizados.
ITS Y VIH/SIDA EN CCNN		Fortalecer los Servicios de Salud de las CCNN para la realización de una atención integral en ITS y VIH/SIDA con enfoque intercultural y de género para las CC.NN.	Dotar los SS con personal bilingüe	- N° de EESS que cuentan con personal bilingüe
				- Estudio de brecha realizado.
			Realizar un estudio para establecer la brecha existente entre la Oferta y Demanda en los SS de las CCNN	- N° de SS que necesitan dotación de RRHH.
			Realizar la vigilancia permanente de medicamentos, material médico y de laboratorio según nivel de complejidad y necesidad a los EESS de las CCNN.	- N° de EESS que cuentan con insumos para la atención integral según nivel de complejidad
ITS Y VIH/SIDA EN CCNN			Sensibilizar al personal de salud de los EESS de las CCNN para el respeto de las costumbres y creencias en medicina tradicional	N° de personal de salud capacitado

			Capacitar a las personas que practican medicina tradicional para el reconocimiento y derivación a los EESS de manera oportuna.	Nº de personas que practican medicina tradicional capacitada
			Implementar SS con enfoque intercultural	Nº de SS implementados
ITS Y VIH/SIDA EN CCNN		Promover actividades de prevención y promoción en ITS y VIH/SIDA en las CCNN	Realizar acciones de evaluación y monitoreo a las IE para el cumplimiento de las actividades curriculares	Nº de evaluaciones realizadas a las IE
				Nº de monitoreos realizados a las IE.
			Promover la inserción de docentes bilingües en las IE de las CCNN	Nº de docentes bilingües incorporados a las IE de las CCNN
			Promover la inserción de cosmovisión indígena y educación sexual en la Curricula escolar de las IE de las CCNN	Curricula escolar adaptada que ha incorporado la cosmovisión indígena.
				Curricula escolar que ha incorporado temas de educación sexual.
			Promover la inserción de material educativo bilingüe en las IE de las CCNN	Nº de materiales educativos impresos que contengan información bilingüe
ITS Y VIH/SIDA EN CCNN			Elaboración de material educativo con enfoque intercultural	Nº de materiales educativos impresos que contengan información bilingüe
			Realizar actividades Multisectoriales para la prevención y promoción en ITS y VIH/SIDA.	Nº de actividades multisectoriales realizadas
			Incorporar a las OSB de las CCNN en actividades de CCC	Nº de actividades realizadas en CCC con participación de las OSB
			Fomentar la realización de actividades de CCC intercultural a través de los medios de comunicación	Nº de actividades de CCC interculturales realizadas por los medios de comunicación

IX.4 IDEAS DE PROYECTOS REGIONALES

Una vez definidas las estrategias regionales del PERM se definieron un conjunto de ideas de proyectos que permitirán su implementación.

Este listado de ideas de proyectos permitirá a la Región priorizar éstos según los criterios establecidos, para la formulación de los perfiles de proyectos, en la fase de preinversión del ciclo de proyectos del Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP), e ingresar al Presupuesto Participativo una vez declarado viable.

A continuación presentamos el listado de Ideas de Proyectos identificados.

1. Proyecto para el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de estándares para la atención a PVVS.
2. Proyecto para el desarrollo de protocolos/guías de atención integral de personas y familias afectadas por la enfermedad con adecuación intercultural.
3. Proyecto de Investigación sobre la línea base de VIH/SIDA en la Region.
4. Proyectos para la generación de unidades ocupacionales para personas viviendo con VIH /SIDA.
5. Proyecto regional de educación sexual en la población adolescente para la prevención de ITS, VIH/SIDA.
6. Proyecto de Construcción de albergues para niños y niñas afectados por la enfermedad.
7. Proyecto de Construcción de albergues para adultos VVS.
8. Proyecto de atención diferenciada a adolescentes, con énfasis en SS y SR.
9. Proyecto de desarrollo (diseño, implementación y evaluación) de guías de Atención integral de salud de adolescentes.
10. Proyecto de fortalecimiento de capacidades de información para la prevención del estigma y discriminación hacia los PVVS Y Población vulnerable.
11. Proyecto de fortalecimiento de Educadores Pares en población escolar, Vulnerable, Afectada para la prevención y control de las ITS, VIH/SIDA

IX.5 METAS ESTRATÉGICO PROGRAMÁTICAS

	OBJETIVO ESTRATEGICO	ACCIONES	INDICADOR	METAS			RESPONSABLES
				2011	2013	2015	
1	Articular acciones integrales que permitan mejorar la calidad de vida de los PVVS, con enfoque intercultural, derechos humanos y género.	Fortalecimiento, adecuación de servicios y capacitación del personal de salud para atención integral a PVVS	N° de Personal de Salud y equipos multidisciplinares capacitados en: estigma y discriminación, en atención integral por etapa de vida y Gestión de medicamentos e insumos	30%	50%	80%	DIRESA, Defensoría del Pueblo, Fiscalía.
Adecuación, Remodelación y/o construcción de infraestructura donde se da atención integral a la población afectada.		N° de CERITSS, UAMP y Laboratorios referenciales mejorados, implementados, donde se brinde atención integral a las poblaciones afectadas.	Proyecto mejorado para mejorar la oferta	Proyecto con 50% de avance para mejora de oferta	Proyecto con 80% de avance para mejora de oferta	Gobierno Regional: Gerencia de Desarrollo Social, DIRESA Gobiernos Municipales COREMUSA	
Promover el trabajo articulado de los Establecimientos de Salud, las Instituciones No Gubernamentales, las Organizaciones PVVS de la comunidad que trabajan en la prevención y control de las ITS, VIH/SIDA		N° de instituciones que promueven el cumplimiento de los derechos humanos y equidad para la prevención, atención y control del VIH-SIDA	20% de las ONG participan de COREMUSA y/o en actividades impulsadas en la región para la prevención y control del VIH e ITS., al cumplimiento de los Derechos Humanos en PVVS.	40% e las ONG participan de COREMUSA y/o en actividades impulsadas en la región para la prevención y control del VIH e ITS., al cumplimiento de los Derechos Humanos en PVVS.	60% e las ONG participan de COREMUSA y/o en actividades impulsadas en la región para la prevención y control del VIH e ITS., al cumplimiento de los Derechos Humanos en PVVS.	Gobierno Regional Gobiernos Municipales Poder Judicial Fiscalía Defensoría del Pueblo COREMUSA, ONG que trabajan en VIH y Sida o rendición de cuentas.	
Fortalecer las acciones de Información, Educación y Comunicación (IEC) para la población afectada con enfoque intercultural		N° de boletines, Ferias educativas, charlas, espacios radiales realizados de forma descentralizada	20% de los directivos y periodistas de los medios más importantes de comunicación regional han recibido información o participado de talleres y seminarios sobre manejo informativo de las ITS y el VIH/SIDA. 40% de personas encuestadas responde adecuadamente respecto a ITS y VIH y a las normas antidiscriminación	30% de los directivos y periodistas de los medios más importantes de comunicación regional han recibido información o participado de talleres y seminarios sobre manejo informativo de las ITS y el VIH/SIDA. 50% de personas encuestadas responde adecuadamente respecto a ITS y VIH y a las normas antidiscriminación	50% de los directivos y periodistas de los medios más importantes de comunicación regional han recibido información o participado de talleres y seminarios sobre manejo informativo de las ITS y el VIH/SIDA. 60% de personas encuestadas responde adecuadamente respecto a ITS y VIH y a las normas antidiscriminación	Oficina de comunicaciones de DIRESA y estrategia Sanitaria Regional de ITS y VIH/SIDA Directivos y principales periodistas de medios de comunicación regional	
Promoción de la legislación para proteger el cumplimiento de leyes a favor de las poblaciones afectadas PVVS		N° de Ordenanzas, normas, que faciliten acciones de prevención y control de las ITS, VIH/SIDA, disminuyan el estigma y discriminación de la población con VIH o por su orientación sexual con enfoque intercultural así mismo se considera el N° de Boletines elaborados donde se publiquen las Normas que benefician a PVVS.	Ordenanzas y directivas regionales para todos los sectores, con un 50% de su difusión	Ordenanzas y directivas municipales en correspondencia con las ordenanzas regionales con un 70% de su difusión.		Gobierno Regional y Municipal: DIRESA, GDS, Asesoría Legal, Poder Judicial, Fiscalía, Defensoría del Pueblo	

	OBJETIVO ESTRATEGICO	ACCIONES	INDICADOR	METAS			RESPONSABLES
				2011	2013	2015	
2	Reducir el número de nuevos casos (incidencia) de VIH y de las ITS en la población vulnerable (HSH, TS)	Mejoramiento de la prevención de ITS a través de la AMP, en HSH y TS	N° de PEPs fortalecidos para promover la AMP, así mismo se elaborara, validara y difundira un plan para la concientizacion del AMP y se fortalecera las capacidades a a las organizaciones HSH y TS	30% de población HSH y TS refiere uso de condón en toda relación sexual en el último mes 30% de población HSH y TS acude a CERITS o UAMP para consejería, diagnóstico y tratamiento de ITS/VIH	40% de población HSH y TS refiere uso de condón en toda relación sexual en el último mes. 40% de población HSH y TS acude a CERITS o UAMP para consejería, diagnóstico y tratamiento de ITS/VIH	50% de población HSH y TS refiere uso de condón en toda relación sexual en el último mes 50% de población HSH y TS acude a CERITS o UAMP para consejería, diagnóstico y tratamiento de ITS/VIH	DIRESA: ESR ITS/VIH, Gobierno Local: Gerencia de Salud, PEPS HSH y TS COREMUSA
		Fortalecimiento de CERITS mediante el manejo y prevención de ITS, asegurando diagnóstico, tratamiento y consejería en forma gratuita y oportuna por personal sensibilizado y competente.	N° de servicios de salud adecuados y diferenciados y debidamente acreditados para la atención de ITS/VIH y consejería para adolescentes y jóvenes HSH y TS, así mismo N° de EESS abastecidos regularmente de condones en un periodo de un año	100% Personal de CERITS y UAMP, y de equipos itinerantes capacitados en prevención y tratamiento de ITS y VIH Profesionales de CERITS especializados en sexualidad humana. Distribución de condones a 100% HSH y TS que acuden a control periódico o son captadas a través de equipos itinerantes, según normas técnica	100% Personal de CERITS y UAMP, y de equipos itinerantes capacitados en prevención y tratamiento de ITS y VIH Profesionales de CERITS especializados en sexualidad humana. Distribución de condones a 100% HSH y TS que acuden a control periódico o son captadas a través de equipos itinerantes, según normas técnicas	100% Personal de CERITS y UAMP, y de equipos itinerantes capacitados en prevención y tratamiento de ITS y VIH Profesionales de CERITS especializados en sexualidad humana. Distribución de condones a 100% HSH y TS que acuden a control periódico o son captadas a través de equipos itinerantes, según normas técnicas	Gobierno Regional: DIRESA/ESR ITS y VIH, ESR SSR Gobiernos Municipales: Gerencias de salud COREMUSA ONGs Cooperación Internacional:
		Fortalecimiento de la Estrategia de PEPs, en poblaciones HSH, TS donde se incluya la prevención de la violencia sexual	N° de nuevos PEPs capacitados en prevención de ITS y VIH con enfoque en derechos e interculturalidad, así mismo N° de planes elaborados para la intervención a poblaciones itinerantes, y la atención de violencia sexual para HSH, TS	50 PEPs HSH y 30 TS capacitados anualmente. 50% de organizaciones de TS capacitadas participan de actividades de vigilancia e incidencia política. Un equipo itinerante capacitado por Provincia	50 PEPs HSH y 30 TS capacitados anualmente. 70% de organizaciones de TS capacitadas participan de actividades de vigilancia e incidencia política Un equipo itinerante capacitado por Provincia	50 PEPs HSH y 30 TS capacitados anualmente. 80% de organizaciones de TS capacitadas participan de actividades de vigilancia e incidencia política Un equipo itinerante capacitado por Provincia	Gobierno regional: DIRESA, MIMDES Gobiernos Locales Defensoría del Pueblo Organizaciones de HSH y TS COREMUSA
		Incidencia Política para facilitar el acceso a la atención e información a HSH, TS	N° de reuniones de abogacia dirigida a autoridades regionales y locales con aprobación de Ordenanza para población vulnerable.	Ordenanza aprobada, con un 50% de su difusión	Ordenanza aprobada con un 70% de su difusión.		Gobierno Regional y Municipal: DIRESA, GDS, Asesoría Legal, Poder Judicial, Fiscalía, Defensoría del Pueblo

	OBJETIVO ESTRATEGICO	ACCIONES	INDICADOR	METAS			RESPONSABLES
				2011	2013	2015	
3	Diseñar y ejecutar en forma conjunta un programa integral de intervención en el centro penitenciario siguiendo los lineamientos y acciones de prevención y atención del VIH SIDA, desarrollando y potenciando la prevención primaria y secundaria y la atención integral de personas que viven con el VIH SIDA	Formación de educadores pares PPL y asegurar la sostenibilidad técnica y financiera	% de programas educativos a nivel del penal por año así mismo se tendrá en cuenta el N° de PEPS capacitados y habilitados para la consejería a sus pares.	40% de establecimientos del INPE cuentan con programa educativo para la prevención y control de las ITS, VIH y SIDA. 50 PEPS capacitados y habilitados anualmente para la realización de educación de pares para la prevención de las ITS, VIH y sida donde: la cobertura de consejería sea al 40% de la población PPL 30% de PPL realizan pruebas voluntarias de diagnóstico de VIH y Sífilis, y 20% de PPL refieren uso de condón durante toda RS en el último mes	60% de establecimientos del INPE cuentan con programa educativo para la prevención y control de las ITS, VIH y SIDA. 50 PEPS capacitados y habilitados anualmente para la realización de educación de pares para la prevención de las ITS, VIH y sida, donde: la cobertura de consejería sea al 50% de la población PPL 40% de PPL realizan pruebas voluntarias de diagnóstico de VIH y Sífilis, y 25% de PPL refieren uso de condón durante toda RS en el último mes	80% de establecimientos del INPE cuentan con programa educativo para la prevención y control de las ITS, VIH y SIDA. 50 PEPS capacitados y habilitados anualmente para la realización de educación de pares para la prevención de las ITS, VIH y sida, donde: la cobertura de consejería sea al 60% de la población PPL 50% de PPL realizan pruebas voluntarias de diagnóstico de VIH y Sífilis, y 30% de PPL refieren uso de condón durante toda RS en el último mes	INPE, DIRESA, Coord. ESR PC ITS, VIH - SIDA, agencias de cooperación internacional
		Promover el trabajo articulado de los Establecimientos de Salud del INPE, las autoridades regionales y las Instituciones de la comunidad que trabajan en la prevención y control de las ITS, VIH/SIDA	N° de reuniones interinstitucionales entre INPE, DIRESA, Ministerio de Justicia e Instituciones (ONG). N° de reuniones con autoridades del INPE sensibilizados y capacitados de manera que permitan hacer el seguimiento a la normatividad en salud del INPE respecto a la prevención de las ITS, VIH y sida.	Acuerdo interinstitucional Gobierno regional / DIRESA CON Ministerio de Justicia /INPE y ONG. Actividades de información, consejería, diagnóstico y atención que llegan al 30% de las autoridades, personal y familiares de personal del establecimiento penitenciarios. Comité de vigilancia constituido y en funcionamiento que hace seguimiento y emite 1 informe semestral sobre la normatividad en salud del INPE en lo que concierne a la prevención y tratamiento de las ITS, VIH y Sida.	Acuerdo interinstitucional Gobierno regional / DIRESA CON Ministerio de Justicia /INPE y con agencias de cooperación u ONGs vigente. Actividades de información, consejería, diagnóstico y atención que llegan al 40% de las autoridades, personal y familiares de personal del establecimiento penitenciarios Comité de vigilancia constituido y en funcionamiento que hace seguimiento y emite 1 informe semestral sobre la normatividad en salud del INPE en lo que concierne a la prevención y tratamiento de las ITS, VIH y Sida.	Acuerdo interinstitucional Gobierno regional / DIRESA CON Ministerio de Justicia /INPE y con agencias de cooperación u ONGs vigente. Actividades de información, consejería, diagnóstico y atención que llegan al 50% de las autoridades, personal y familiares de personal del establecimiento penitenciarios Comité de vigilancia constituido y en funcionamiento que hace seguimiento y emite 1 informe semestral sobre la normatividad en salud del INPE en lo que concierne a la prevención y tratamiento de las ITS, VIH y Sida.	Gobierno Regional: Gerencia de Desarrollo Social, DIRESA Ministerio de Justicia – INPE COREMUSA y ONGs Agencias de Cooperación Internacional. COREMUSA: Comité de Vigilancia Social Defensoría del Pueblo Organizaciones de Grupos Vulnerables DIRESA e INPE
		Promover el acceso universal y el uso adecuado del condón, garantizando su provisión oportuna y sostenida en los Establecimientos de Salud, incluido el INPE.	% de preservativos, tamizajes entregados y/O realizados a PPL	100% de PPL pasan consejería y reciben condones durante sus visitas de control 40% de PPL refieren uso de condón en todas sus RS del último mes	100% de PPL pasan consejería y reciben condones durante sus visitas de control 50% de PPL refieren uso de condón en todas sus RS del último mes	100% de PPL pasan consejería y reciben condones durante sus visitas de control 60% de PPL refieren uso de condón en todas sus RS del último mes	DIRESA: ESR ITS/VIH, INPE

	OBJETIVO ESTRATEGICO	ACCIONES	INDICADOR	METAS			RESPONSABLES
				2011	2013	2015	
4	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	Fortalecer las acciones de Información, Educación y Comunicación (IEC)	N° de campañas de IEC donde se promueva estilos de vida saludable y el uso de condón	Plan IEC formulado y en ejecución. 30% de campañas de IEC ejecutadas para adolescentes y jóvenes.	Plan IEC formulado y en ejecución 50% de campañas de IEC ejecutadas para adolescentes y jóvenes.	Plan IEC formulado y en ejecución 70% de campañas de IEC ejecutadas para adolescentes y jóvenes.	Gob. Regional: DIRESA, Oficina de Comunicaciones, DRED Medios de comunicación COREMUSA
		Fortalecer y crear nuevas unidades de atención diferenciada en los establecimientos de salud para las adolescentes y jóvenes, que incluya población HSH, TS y niñas en explotación sexual comercial, garantizando su sostenibilidad.	% de establecimientos de salud, personal de salud y/o operadores de salud capacitados en atención diferenciada en salud sexual y salud reproductiva para adolescentes y jóvenes.	30% de los distritos cuentan con un centro juvenil en funcionamiento. 100% Personal multidisciplinario capacitados y entrenados de establecimientos de salud diferenciados	40% de los distritos cuentan con un centro juvenil en funcionamiento. 100% Personal multidisciplinario capacitados y entrenados de establecimientos de salud diferenciados	50% de los distritos cuentan con un centro juvenil en funcionamiento 100% Personal multidisciplinario capacitados y entrenados de establecimientos de salud diferenciados	Gobierno Regional: Gerencia de Desarrollo Social, DIRESA Gobiernos Municipales COREMUSA Establecimientos seleccionados

	OBJETIVO ESTRATEGICO	ACCIONES	INDICADOR	METAS			RESPONSABLES
				2011	2013	2015	
5	Disminuir la Transmisión Vertical mediante el fortalecimiento de los Establecimientos de salud y el involucramiento de las autoridades, Sociedad Civil y Población General con enfoque de Género, Derechos e Interculturalidad.	Educación sanitaria como medida preventiva para la transmisión vertical	N° de campañas integrales de tamizaje de VIH a MEF, así mismo se considera el N° de reuniones con Organizaciones de mujeres realizados.	40% de los distritos han implementado campañas sostenidas integrales de promoción de la atención prenatal en el primer trimestre de gestación con participación de las Organizaciones Sociales de Base .	60% de los distritos han implementado campañas sostenidas integrales de promoción de la atención prenatal en el primer trimestre de gestación con participación de las Organizaciones Sociales de Base	80% de los distritos han implementado campañas sostenidas integrales de promoción de la atención prenatal en el primer trimestre de gestación con participación de las Organizaciones Sociales de Base	Gobierno regional: Gerencia de Desarrollo Social, DIRESA – ESR ITS y SSR., DPS, Oficina de Comunicaciones Gerencia de Salud de Gobiernos Locales y Oficina de Participación Social y Oficina de Comunicaciones Organizaciones Sociales de Base (Comedores, club de madres, vaso de leche, etc.) Medios de comunicación locales COREMUSA
		Obtener compromiso político, desarrollo de alianzas estratégicas e intervención con otros actores para la Prevención de la Transmisión vertical del VIH.	N° de reuniones de sensibilización con autoridades Regionales y líderes para lograr el trabajo multisectorial articulado en la búsqueda de activa de gestantes para la prevención de la Transmisión vertical con la firma de convenios Interinstitucionales.	40% de los distritos cuentan con una red de Organizaciones Sociales de Base para la vigilancia y búsqueda activa de gestantes para la prevención y control de las ITS, VIH y sida. Promotoras y delegadas de Organizaciones Sociales de Base de 40% de los distritos han sido capacitadas y participan de la vigilancia de gestantes	60% de los distritos cuentan con una red de Organizaciones Sociales de Base para la vigilancia y búsqueda activa de gestantes para la prevención y control de las ITS, VIH y sida. Promotoras y delegadas de Organizaciones Sociales de Base de 60% de los distritos han sido capacitadas y participan de la vigilancia de gestantes	80% de los distritos cuentan con una red de Organizaciones Sociales de Base para la vigilancia y búsqueda activa de gestantes para la prevención y control de las ITS, VIH y sida. Promotoras y delegadas de Organizaciones Sociales de Base de 80% de los distritos han sido capacitadas y participan de la vigilancia de gestantes	Gobierno regional: Gerencia de Desarrollo Social, DIRESA – ESR ITS y SSR., DPS Gerencia de Salud de Gobiernos Locales y Oficina de Participación Social OSB (Comedores, club de madres, vaso de leche, etc.) ONGS COREMUSA
		Garantizar la dotación para el tamizaje para VIH Y sífilis materna dentro del CPN y las pruebas rápidas para mujeres.	Porcentaje de establecimientos equipados con KID para el descarte y tratamiento del VIH y/o ITS durante el control pre natal, parto y puerperio	100% de servicios de APN y de atención de parto disponen de prueba rápida o ELISA para diagnóstico de VIH Atención de parto por cesárea de acuerdo a norma técnica (100% de gestante VIH) 100% de gestantes o púerperas VIH positivas son evaluadas con CV y CD4 de acuerdo a norma técnica	100% de servicios de APN y de atención de parto disponen de prueba rápida o ELISA para diagnóstico de VIH Atención de parto por cesárea de acuerdo a norma técnica (100% de gestante VIH) 100% de gestantes o púerperas VIH positivas son evaluadas con CV y CD4 de acuerdo a norma técnica	100% de servicios de APN y de atención de parto disponen de prueba rápida o ELISA para diagnóstico de VIH Atención de parto por cesárea de acuerdo a norma técnica (100% de gestante VIH) 100% de gestantes o púerperas VIH positivas son evaluadas con CV y CD4 de acuerdo a norma técnica	Gobierno Regional: DIRESA (ESR ITS/VIH y ESR SSR), Gerencia de Planificación y presupuesto Establecimientos de salud de DIRESA. Servicios de Obstetricia, APN y parto Instituto Nacional de Salud

	OBJETIVO ESTRATEGICO	ACCIONES	INDICADOR	METAS			RESPONSABLES
				2011	2013	2015	
6	Promover la formulación de políticas de estado para la prevención y el control de las ITS y el VIH en comunidades nativas desde los gobiernos regionales y locales mediante la participación de sus propias organizaciones	Promoción de Políticas Públicas Regionales donde se promueva los derechos y deberes de las CC.NN. Para la lucha contra las ITS, VIH y Sida	Nº de Normas aprobadas en instancias, Regional o Local	Ordenanzas regionales para la prevención de las ITS, VIH y Sida con enfoque de Derecho Humanos e interculturalidad para las CCNN , con un 50% de su difusión	Ordenanzas regionales para la prevención de las ITS, VIH y Sida con enfoque de Derecho Humanos e interculturalidad para las CCNN , con un 80% de su difusión		Gobierno Regional y Municipal: DIRESA, GDS, Asesoría Legal, Poder Judicial, Fiscalía, Defensoría del Pueblo, Comunidades nativas (CCNN)
		Fortalecer los Servicios de Salud de las CCNN para la realización de una atención integral en ITS y VIH/SIDA con enfoque intercultural y de género para las CC.NN.	Nº de EESS que cuentan con insumos para la atención integral según nivel de complejidad con enfoque intercultural (lengua)	2 EESS adecuados con personal capacitado en interculturalidad para la atención de las poblaciones nativas.	4 EESS adecuados con personal capacitado en interculturalidad para la atención de las poblaciones nativas.	6 EESS adecuados con personal capacitado en interculturalidad para la atención de las poblaciones nativas.	Gobierno Regional y Municipal: DIRESA, GDS, Comunidades nativas (CCNN)
		Promover actividades de prevención y promoción en ITS y VIH/SIDA en las CCNN	Nº de materiales educativos impresos que contengan información bilingüe	2 000 tripticos y folleteria relacionadas a la prevención de VIH y Sida con dailecto nativo repartido a las de comunidades nativas. 1 campaña semestral de sensibilizacion e informacion sobre el VIH y Sida a poblacion nativa	4 000 tripticos y folleteria relacionadas a la prevención de VIH y Sida con dailecto nativo repartido a las de comunidades nativas 1 campaña semestral de sensibilizacion e informacion sobre el VIH y Sida a poblacion nativa	6 000 tripticos y folleteria relacionadas a la prevención de VIH y Sida con dailecto nativo repartido a las de comunidades nativas 1 campaña semestral de sensibilizacion e informacion sobre el VIH y Sida a poblacion nativa	Gobierno Regional y Municipal: DIRESA, GDS, area de Comunicación, Lideres Nativos.

IX.6 PRESUPUESTO REFERENCIAL GENERAL

ESTIMACIÓN PROGRAMÁTICO FINANCIERA PERM UCAYALI 2010 - 2015
PLAN ESTRATÉGICO REGIONAL MULTISECTORIAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ITS Y VIH

OBJETIVO ESTRATÉGICO	AÑO						TOTAL (S/.)
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
OE1: PVVS	1,233,800	1,793,800	1,790,600	1,562,000	1,562,000	1,562,000	9,504,200
OE2: HSH y TS	1,392,000	1,372,000	1,222,000	1,222,000	1,222,000	1,222,000	7,652,000
OE3: Personas Privadas de la Libertad	254,000	254,000	254,000	254,000	254,000	254,000	1,524,000
OE4: Adolescentes	1,070,000	670,000	630,000	615,000	615,000	615,000	4,215,000
OE5: Transmisión Vertical	882,000	882,000	882,000	882,000	882,000	882,000	5,292,000
OE6: Comunidades Nativas	569,000	519,000	409,000	404,000	369,000	369,000	2,639,000
TOTAL	5,400,800	5,490,800	5,187,600	4,939,000	4,904,000	4,904,000	30,826,200

IX. 7 PRESUPUESTO REFERENCIAL POR OBJETIVOS**OBJETIVO ESTRATÉGICO 1 : PVVS**

Articular acciones integrales que permitan mejorar la calidad de vida de los PVVS, con enfoque intercultural, derechos humanos y género

Línea estratégica 1.1: Fortalecimiento, adecuación de servicios y capacitación del personal de salud para atención integral a PVVS; y 1.3 Promover el trabajo articulado de los Establecimientos de Salud, las Instituciones No Gubernamentales, las Organizaciones PVVS de la comunidad que trabajan en la prevención y control de las ITS, VIH/SIDA

ACCIONES	PRESUPUESTO (Nuevos Soles S/.)						TOTAL (S/.)
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Cursos de capacitación y sensibilización al personal de salud en derechos de los PVVS y estigma	25,000	25,000	25,000	25,000	25,000	25,000	150,000
Capacitación de equipo multidisciplinario para el manejo integral de los pacientes PVVS, en cualquier etapa de vida	30,400	30,400	30,400	30,400	30,400	30,400	182,400
Capacitación en TARGA y enfermedades oportunistas a personal de E.S. en zonas dispersas, con incidencia de casos	30,400	30,400	30,400	30,400	30,400	30,400	152,000
Capacitación a equipos multidisciplinarios de establecimientos de salud en poblaciones dispersas	30,400	30,400	30,400	30,400	30,400	30,400	182,400
Fortalecer capacidades del personal de salud en Gestión de medicamentos e insumos	22,800	22,800	22,800	22,800	22,800	22,800	136,800
Articulación interinstitucional: promover y facilitar convenios, acuerdos, compromisos, etc.	15,000	15,000	15,000	15,000	15,000	15,000	90,000
SUB - TOTALES	154,000	154,000	154,000	154,000	154,000	154,000	893,600

Línea estratégica 1.2: Adecuación, Remodelación y/o construcción de infraestructura donde se da atención integral a la población afectada

ACCIONES	PRESUPUESTO (Nuevos Soles S/.)						TOTAL (S/.)
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Implementar adecuadamente el CERITS (Incorporar personal, implementar laboratorio, nuevos consultorios)	364,800	250,000	180,000	180,000	180,000	180,000	1,334,800
Implementar 4 UAMP y 2 CERITS : adecuación infraestructura, equipos, servicios y funcionamiento en la atención	0	474,800	721,600	493,000	493,000	493,000	2,675,400
Mejoramiento de laboratorio referencial	100,000	100,000	60,000	60,000	60,000	60,000	440,000
Mejoramiento del sistema de información e informático y y Acceso a la información de la WEB LAB	100,000	100,000	60,000	60,000	60,000	60,000	440,000
Administrar adecuadamente la distribución y logística del TARGA, en forma descentralizada	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	300,000
Implementar los servicios de atención diferenciada de los PVVS	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	300,000
Incorporación de los consejeros educadores de pares en los CERITS e Incrementar el acceso a la información del WBLAB a los PVVS a través de consejeros educadores de pares	120,000	120,000	120,000	120,000	120,000	120,000	720,000
Implementar y gestionar la construcción y equipamiento de albergues integrales para los PVVS en condición crítica de abandono	0	200,000	100,000	100,000	100,000	100,000	600,000
SUB - TOTALES	784,800	1,344,800	1,341,600	1,113,000	1,113,000	1,113,000	6,810,200

Línea estratégica 1.4: Fortalecer las acciones de Información, Educación y Comunicación (IEC) para la población afectada con enfoque intercultural

ACCIONES	PRESUPUESTO (Nuevos Soles S/.)						TOTAL (S/.)
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Implementar acciones de promoción y prevención de las ITS VIH SIDA, a través de: Ferias educativas, Charlas, Espacios radiales, testimonios de los PVVS, atención médica integral, en forma descentralizada (Atalaya y Padre Abad)	120,000	120,000	120,000	120,000	120,000	120,000	720,000
Se considera también la realización de campañas en medios masivos de comunicación contra el estigma y la discriminación. Igualmente una campaña de IEC a población general	120,000	120,000	120,000	120,000	120,000	120,000	720,000
SUB - TOTALES	240,000	240,000	240,000	240,000	240,000	240,000	1,440,000

Línea estratégica 1.5: Promoción de la legislación para proteger el cumplimiento de leyes a favor de las poblaciones afectadas PVVS

ACCIONES	PRESUPUESTO (Nuevos Soles S/.)						TOTAL (S/.)
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Elaboración de información amigable e intercultural de las normas vigentes que promueven los derechos de los PVVS y la Ley 26626 y su modificatoria	15,000	15,000	15,000	15,000	15,000	15,000	90,000
Publicar las normas que favorezcan la calidad de vida de los PVVS, con adecuación intercultural	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	120,000
Incidencia política, relacionadas con la promoción de normatividad sobre estigma y vigilancia del efectivo cumplimiento de leyes antidiscriminatorias a favor de los PVVS, así como la ejecución de un estudio y Propuestas de normatividad	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	120,000
SUB - TOTALES	55,000	55,000	55,000	55,000	55,000	55,000	330,000

TOTALES OBJETIVO ESTRATÉGICO 1

1,233,800 1,793,800 1,790,600 1,562,000 1,562,000 1,562,000 9,504,200

OBJETIVO ESTRATÉGICO 2

Reducir el número de nuevos casos (incidencia) de VIH y de las ITS en la población vulnerable (HSH, TS).

Línea estratégica 2.1: Mejoramiento de la prevención de ITS a través de la AMP, en HSH y TS

ACCIONES	PRESUPUESTO (Nuevos Soles S/.)						TOTAL (S/.)
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Fortalecimiento de capacidades de PEPS	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	300,000
Elaborar y ejecutar plan de concientización Social para la promoción de la AMP	60,000	60,000	60,000	60,000	60,000	60,000	360,000
Promover talleres de concientización reducción de estigma, discriminación y Autoestigma	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	600,000
Crear escuela de padres con hijos HSH y TS.	60,000	60,000	60,000	60,000	60,000	60,000	360,000
Fortalecer organizaciones para HSH y TS	60,000	60,000	60,000	60,000	60,000	60,000	360,000
SUB - TOTALES	330,000	330,000	330,000	330,000	330,000	330,000	1,980,000

Línea estratégica 2.2: Fortalecimiento de CERITS mediante el manejo y prevención de ITS, asegurando diagnóstico, tratamiento y consejería en forma gratuita y oportuna por personal sensibilizado y competente

ACCIONES	PRESUPUESTO (Nuevos Soles S/.)						TOTAL (S/.)
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Garantizar el abastecimiento permanente de condón y lubricantes: DIRESA	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	600,000
Implementar servicios de atención diferenciada e Incrementar el acceso a atención integral de los adolescentes HSH en los servicios diferenciados a través de la difusión y cumplimiento de la ordenanza regional 011	150,000	150,000	80,000	80,000	80,000	80,000	620,000
Elaborar e implementar un plan de fomento de Registro Civil descentralizado (USAID, MANUELA RAMOS)	60,000	40,000	40,000	40,000	40,000	40,000	260,000
Incrementar la oferta de atención integral para HSH adultos	100,000	100,000	60,000	60,000	60,000	60,000	440,000
Fortalecimiento de laboratorios referencial UAMP Y CERITS	100,000	100,000	60,000	60,000	60,000	60,000	440,000
Promover el uso del condón a través de plan de capacitación de negociación del condón	60,000	60,000	60,000	60,000	60,000	60,000	360,000
SUB - TOTALES	570,000	550,000	400,000	400,000	400,000	400,000	2,720,000

Línea estratégica 2.3: Fortalecimiento de la Estrategia de PEPs, en poblaciones HSH, TS donde se incluya la prevención de la violencia sexual

ACCIONES	PRESUPUESTO (Nuevos Soles S/.)						TOTAL (S/.)
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Plan de fortalecimiento de PEPs con enfoque de derechos e interculturalidad	60,000	60,000	60,000	60,000	60,000	60,000	360,000
Crear e implementar un plan de intervención para poblaciones itinerantes	250,000	250,000	250,000	250,000	250,000	250,000	1,500,000
Plan Comunicacional para la Prevención de Violencia Sexual en HSH y TS y de atención de emergencias	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	300,000
Garantizar kit de Emergencia para Violencia Sexual por DIRESA	60,000	60,000	60,000	60,000	60,000	60,000	360,000
SUB - TOTALES	420,000	420,000	420,000	420,000	420,000	420,000	2,520,000

OBJETIVO ESTRATÉGICO 3

Diseñar y ejecutar un programa integral de intervención en el centro penitenciario siguiendo los lineamientos y acciones de prevención y atención del VIH SIDA, desarrollando y potenciando la prevención primaria y secundaria y la atención integral de PVVS

Línea estratégica 3.1 : Formación de educadores pares PPL y asegurar la sostenibilidad técnica y financiera

ACCIONES	PRESUPUESTO (Nuevos Soles S/.)						TOTAL (S/.)
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Formación y fortalecimiento de consejeros en VIH SIDA., en la población PPL	25,000	25,000	25,000	25,000	25,000	25,000	150,000
Establecer un sistema de información, educación y comunicación en Prevención y promoción de la salud con énfasis en ITS VIH SIDA en PPL	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	300,000
Difusión de material educativo y programas permanentes en diferentes niveles de intervención	15,000	15,000	15,000	15,000	15,000	15,000	90,000
Educación sanitaria para la prevención y promoción	12,000	12,000	12,000	12,000	12,000	12,000	72,000
Concertación multisectorial en temas de promoción y prevención	12,000	12,000	12,000	12,000	12,000	12,000	72,000
SUB - TOTALES	114,000	114,000	114,000	114,000	114,000	114,000	684,000

Línea estratégica 3.2: Promover el trabajo articulado de los Establecimientos de Salud del INPE y las Instituciones de la comunidad que trabajan en la prevención y control de las ITS, VIH/SIDA

ACCIONES	PRESUPUESTO (Nuevos Soles S/.)						TOTAL (S/.)
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Sensibilización dirigida a autoridades y personal policial en actividad y en formación en la prevención y atención de las ITS VIH SIDA	15,000	15,000	15,000	15,000	15,000	15,000	90,000
Abogacía periódica para el cumplimiento de las políticas locales a favor de los PPL	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	36,000
Articulación intersectorial con instancias no gubernamentales y de apoyo	12,000	12,000	12,000	12,000	12,000	12,000	72,000
Formalización de los conductos regulares que faciliten el ingreso y trabajo de las organizaciones de la sociedad civil al interior de los recintos penitenciarios	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	36,000
SUB - TOTALES	39,000	39,000	39,000	39,000	39,000	39,000	234,000

OBJETIVO ESTRATÉGICO 4

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

Línea estratégica 4.1: Fortalecer las acciones de Información, Educación y Comunicación (IEC)

ACCIONES	PRESUPUESTO (Nuevos Soles S/.)						TOTAL (S/.)
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Campañas de IEC, promoviendo estilos de vida saludables y el uso adecuado del condón	60,000	30,000	30,000	15,000	15,000	15,000	165,000
Difusión masiva en medios de comunicación televisiva y radial con enfoque intercultural y de género.	120,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	370,000
Fortalecimiento de la implementación de la estrategia de educación sexual integral (ESI) a través de capacitación permanente de profesores y formación de PEP escolares	500,000	300,000	300,000	300,000	300,000	300,000	2,000,000
SUB - TOTALES	680,000	380,000	380,000	365,000	365,000	365,000	2,535,000

OBJETIVO ESTRATÉGICO 5

Disminuir la Transmisión Vertical mediante el fortalecimiento de los Establecimientos de salud y el involucramiento de las autoridades, Sociedad Civil y Población General con enfoque de género, Derechos e Interculturalidad

Línea estratégica 5.1: Educación sanitaria como medida preventiva para la transmisión vertical

ACCIONES	PRESUPUESTO (Nuevos Soles S/.)						TOTAL (S/.)
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Tamizaje a Mujeres en edad fértil a través de prueba rápida	150,000	150,000	150,000	150,000	150,000	150,000	900,000
Atención prenatal integral que incluya el paquete peri natal enfocada por competencias	500,000	500,000	500,000	500,000	500,000	500,000	3,000,000
Educación sanitaria para la prevención y promoción	60,000	60,000	60,000	60,000	60,000	60,000	360,000
Concertación multisectorial en temas de promoción y prevención	12,000	12,000	12,000	12,000	12,000	12,000	72,000
SUB - TOTALES	722,000	722,000	722,000	722,000	722,000	722,000	4,332,000

OBJETIVO ESTRATÉGICO 6

Promover la formulación de Políticas de Estado desde los Gobiernos, Regional y Local, mediante la participación de las Organizaciones representativas de las CCNN

Línea estratégica 6.1: Promoción de Políticas Públicas Regionales donde se promueva los derechos y deberes de las CC.NN. Para la lucha contra las ITS, VIH y Sida

ACCIONES	PRESUPUESTO (Nuevos Soles S/.)						TOTAL (S/.)
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Realizar incidencia en las Organizaciones representativas de las CCNN a fin de que propongan la formulación de nuevas políticas públicas para las CCNN, con la finalidad de brindar atención integral en ITS y VIH/SIDA	25,000	25,000	25,000	25,000	25,000	25,000	150,000
Realizar proyecto de Normas a ser presentadas	15,000	15,000	15,000	10,000	10,000	10,000	75,000
Realizar acciones de abogacía en las instancias, Regional y Local, para la formulación de políticas en beneficio de las CCNN	12,000	12,000	12,000	12,000	12,000	12,000	72,000
Reuniones de sensibilización con autoridades y líderes de opinión	25,000	25,000	25,000	25,000	25,000	25,000	150,000
Reuniones periódicas de abogacía para el cumplimiento de las políticas	15,000	15,000	15,000	15,000	15,000	15,000	90,000
Establecer alianzas estratégicas con Defensoría del Pueblo, Entes Cooperantes, Partidos Políticos, Mesa de Concertación de la lucha contra la pobreza, Colegios Profesionales etc	12,000	12,000	12,000	12,000	12,000	12,000	72,000
Establecer planes de trabajo o convenios interinstitucionales para la formulación/aprobación de políticas públicas en beneficio de las CCNN en ITS y VIH/SIDA	25,000	25,000	25,000	25,000	25,000	25,000	150,000
SUB - TOTALES	129,000	129,000	129,000	124,000	124,000	124,000	759,000

Línea estratégica 6.2: Fortalecer los Servicios de Salud de las CCNN para la realización de una atención integral en ITS y VIH/SIDA con enfoque intercultural y de género para las CC.NN

ACCIONES	PRESUPUESTO (Nuevos Soles S/.)						TOTAL (S/.)
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Dotar los SS con personal bilingüe	60,000	60,000	60,000	60,000	60,000	60,000	360,000
Realizar un estudio para establecer la brecha existente entre la Oferta y Demanda en los SS de las CCNN	50,000						50,000
Realizar la vigilancia permanente de medicamentos, material médico y de laboratorio según nivel de complejidad y necesidad a los EESS de las CCNN	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	300,000
Sensibilizar al personal de salud de los EESS de las CCNN para el respeto de las costumbres y creencias en medicina tradicional	60,000	60,000	60,000	60,000	60,000	60,000	360,000
Capacitar a las personas que practican medicina tradicional para el reconocimiento y derivación a los EESS de manera oportuna	120,000	120,000	60,000	60,000	25,000	25,000	410,000
Implementar SS con enfoque intercultural	100,000	100,000	50,000	50,000	50,000	50,000	400,000
SUB - TOTALES	440,000	390,000	280,000	280,000	245,000	245,000	1,880,000

Línea estratégica 6.3: Promover actividades de prevención y promoción en ITS y VIH/SIDA en las CCNN

ACCIONES	PRESUPUESTO (Nuevos Soles S/.)						TOTAL (S/.)
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Realizar acciones de evaluación y monitoreo a las IE para el cumplimiento de las actividades curriculares	25,000	25,000	25,000	25,000	25,000	25,000	150,000
Promover la inserción de docentes bilingües en las IE de las CCNN	60,000	60,000	100,000	100,000	120,000	120,000	560,000
Promover la inserción de cosmovisión indígena y educación sexual en la Curricula escolar de las IE de las CCNN	40,000	40,000	20,000	20,000	20,000	20,000	160,000
Promover la inserción de material educativo bilingüe en las IE de las CCNN	50,000	50,000	25,000	25,000	25,000	25,000	200,000
Elaboración de material educativo con enfoque intercultural	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	300,000
Realizar actividades Multisectoriales para la prevención y promoción en ITS y VIH/SIDA	25,000	25,000	25,000	25,000	25,000	25,000	150,000
Incorporar a las OSB de las CCNN en actividades de CCC	25,000	25,000	25,000	25,000	25,000	25,000	150,000
Fomentar la realización de actividades de CCC intercultural a través de los medios de comunicación	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	300,000
SUB - TOTALES	325,000	325,000	320,000	320,000	340,000	340,000	1,970,000

TOTALES OBJETIVO ESTRATÉGICO 6 COMUNIDADES NATIVAS	569,000	519,000	409,000	404,000	369,000	369,000	2,639,000
---	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	------------------

BIBLIOGRAFIA

1. Valverde Rocío, Cabello Robinson. Informe de Monitoreo y Evaluación de la implementación del compromiso del UNGASS por el Perú. Lima Perú. 2007.
2. Ministerio de Salud del Perú – Plan de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS-VIH/SIDA 2005 – 2009
3. Plan Estratégico Multisectorial (PEM) 2007-2011 para la Prevención y Control de las ITS y VIH/SIDA en el Perú.
4. Plan de Desarrollo Concertado de La Región Ucayali 2004-2010
5. Plan de Desarrollo Concertado de Salud de la Región Ucayali 2005-2010.
6. Plan de Acción por la Infancia y Adolescencia Región Ucayali 2004- 2015
7. Diagnóstico de necesidades de asistencia técnica para la implementación del Plan Estratégico Multisectorial para la Prevención y Control de ITS y VIH en el Perú 2007 – 2011 (PEM).
8. ASIS 2008 – DIRESA Ucayali.

ANEXOS

GLOSARIO

CONAMUSA

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

COREMUSA UCAYALI

La Coordinadora Regional Multisectorial en Salud (COREMUSA) es un organismo de coordinación constituido por representantes del gobierno regional, la sociedad civil y las organizaciones de personas directamente afectadas por el VIH/SIDA, tuberculosis y malaria en la región Ucayali. La COREMUSA tiene como objetivos promover y construir consensos, desarrollar mensajes y conceptos compartidos entre todos los sectores, cerrar la brecha entre lo público y lo privado y complementar y fortalecer el trabajo gubernamental en torno a la prevención del VIH/SIDA, tuberculosis y malaria en la región.

Epidemia

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

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

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

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

Es una unidad del MINSA, dependiente de la Dirección General de Salud de las Personas. Diseña y norma los procesos de organización correspondientes en el ámbito de su gestión institucional y sectorial para lograr objetivos funcionales relacionados a la cultura de salud, prevención y control de las ITS y VIH/SIDA con un enfoque de equidad, derecho y ejercicio de la ciudadanía. Se estableció en el año 2004.

Feminización

Es actualmente usado a nivel mundial para indicar el creciente impacto que la epidemia de VIH tiene sobre las mujeres. Se refiere a la tendencia de que el número de mujeres infectadas iguale o supere el número de hombres infectados. En Perú la epidemia se mantiene con una relación hombre a mujer entre 2,81 y 3,27 de 1998 hasta el 2005. En nuestra región la brecha es cada vez más pequeña para las mujeres

Grupos de alto riesgo

Debe evitarse su uso pues ha sido motivo de estigma y discriminación. Se prefiere el uso de “grupos vulnerables”, “grupos más expuestos” o “grupos con alta prevalencia de VIH”. Puede llevar a quienes no se identifican como miembros de estos grupos a tener la sensación falsa de seguridad. También supone que el riesgo está restringido a estos grupos, cuando en realidad hay más grupos sociales interrelacionados a través de redes sexuales, aunque su nivel de exposición al VIH sea mucho menor.

HSH

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

homosexual, incluidos los “gays” y los “transexuales” o “transgéneros”, aunque estos dos últimos a veces adoptan una identidad de género diferente a la masculina.

Incidencia

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

Mayor riesgo de exposición al VIH

Es una frase que se prefiere en lugar de hablar de “grupos de riesgo” y se refiere a los grupos vulnerables, grupos más expuestos o grupos con alta prevalencia de VIH. También se usa para el sexo sin condón, sexo no protegido, o uso de inyectables no esterilizados. No es la pertenencia a un determinado grupo lo que pone a la persona en riesgo, sino algunas conductas. En el caso de personas casadas o que cohabitan, especialmente en las mujeres, puede ser la conducta de riesgo de su pareja sexual.

MINSA

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

ONUSIDA

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

Personas que viven con VIH

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

Prevalencia

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

SIDA o enfermedad relacionada con VIH

El término “SIDA” sólo debe usarse para referirse a la etapa avanzada de la enfermedad por VIH. SIDA es de lo que la gente muere y VIH es de lo que está infectada. La expresión “enfermedad relacionada con VIH” puede ser usada si la persona ha sido diagnosticada de sida.

Respuesta al SIDA

Los términos “respuesta al SIDA”, “respuesta al VIH”, “respuesta al VIH y respuesta al SIDA” son intercambiables y significan “respuesta a la epidemia”.

Virus del SIDA

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