



**Combatir
el VIH/SIDA,
la malaria y otras
enfermedades**

OBJETIVO DE DESARROLLO DEL MILENIO 6

COMBATIR EL VIH/SIDA, LA MALARIA Y OTRAS ENFERMEDADES



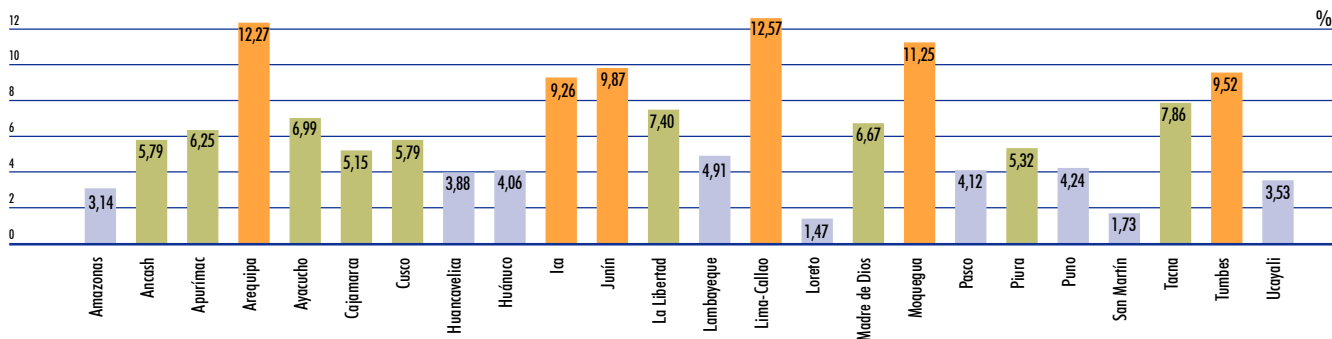
Mapa 7
Porcentaje de uso de preservativos dentro de la tasa de uso de anticonceptivos, 2000

- menos de 5%
- entre 5% y 9%
- más de 9%

Promedio nacional = 8,17%
 Promedio rural = 3,60%
 Promedio urbano = 10,30%

Fuente: INEI, ENDES 2000

Gráfico 25
Porcentaje de uso de preservativos dentro de la tasa de uso de anticonceptivos, 2000



VIH/SIDA

Meta 7

Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA.

Cuadro 12 VIH y uso de preservativos		
	Año base*	2000
Prevalencia de VIH entre gestantes de 15 a 24 años	0,30%	0,26%
% uso de preservativos dentro de tasa de uso de anticonceptivos	4,80%	8,20%

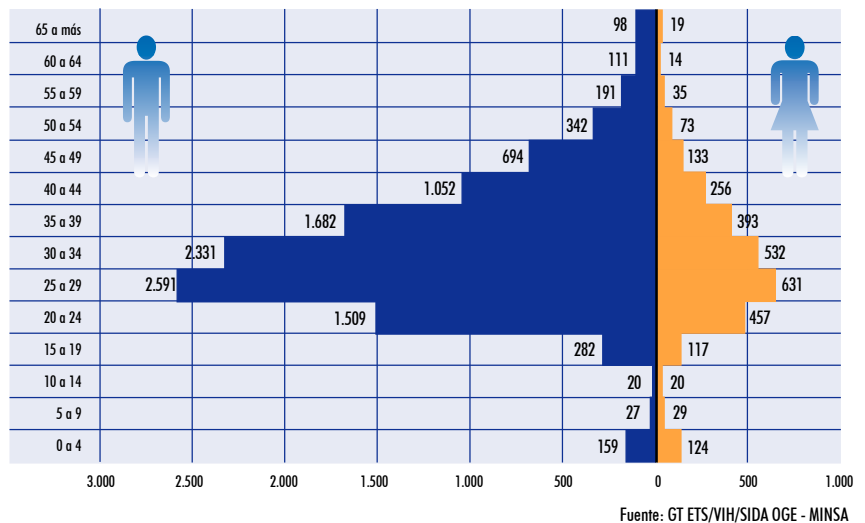
* 1996 para prevalencia de VIH; 1992 para % uso de preservativos
Fuente: MINSA

SITUACIÓN ACTUAL

El potencial de expansión del VIH/SIDA en el país es enorme debido a la confluencia de factores relacionados con la disminución en el uso de métodos anticonceptivos modernos por cambios en las políticas públicas, el comercio sexual activo sin protección y la baja percepción de riesgo a nivel societal.

En el año 2000, la tasa de prevalencia de VIH/SIDA en el Perú era de 0,26%. El MINSA ha registrado 12.981 casos notificados desde 1983 hasta el 2003. Según sus propias proyecciones, el MINSA estima que en el 2003 había 76.633 personas viviendo con VIH/SIDA en el Perú, de las cuales 18.000 serían mujeres y 4.500 niños y niñas menores de 15 años. El número de mujeres infectadas con VIH/SIDA aumenta diariamente. De acuerdo con los cálculos del

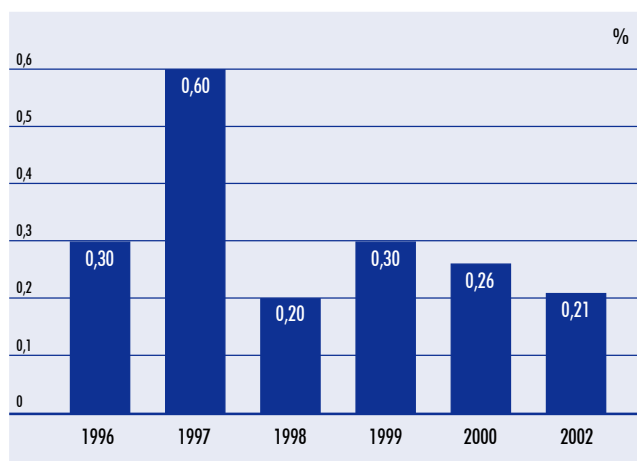
Gráfico 26
Casos de VIH/SIDA por edad y sexo, 1983-2004



MINSA, el porcentaje de mujeres dentro del total de casos creció de 4% a 20% entre 1987 y el 2003.

La prevalencia de VIH entre las mujeres embarazadas de 15 a 24 años ha sido calculada por tres fuen-

Gráfico 27
Prevalencia de VIH en mujeres gestantes de 15 a 24 años



Fuente: para datos 1996-2000, PROCETSS-MINSA; para 2002, datos de OGE-MINSA

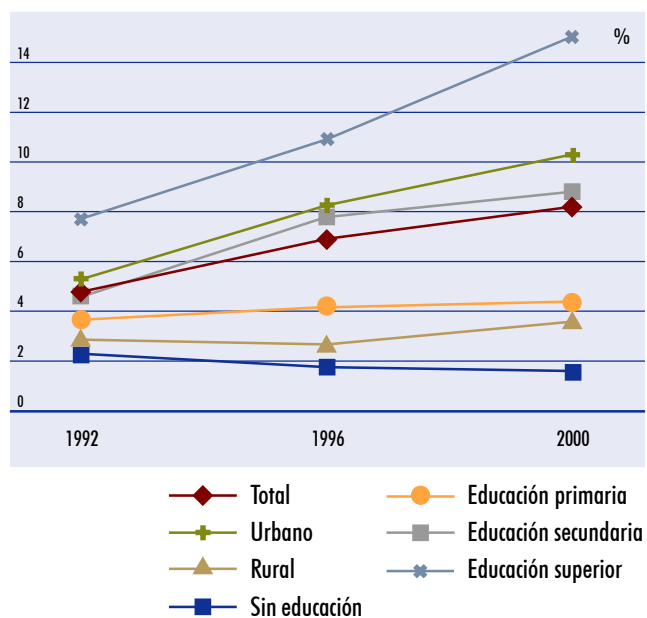
tes y metodologías distintas no comparables durante la década de 1990, las cuales dan como resultado tasas oscilantes de prevalencia en este grupo¹.

Una encuesta más focalizada —la Encuesta Domiliar de ETS y Conducta Sexual realizada por el proyecto PREVEN— halló tasas de prevalencia de VIH en adultos jóvenes entre 18 y 29 años de 0,4% en hombres y 0,1% en mujeres en el 2002, para 24 ciudades con más de 50.000 habitantes. A nivel geográfico, las regiones con mayor prevalencia son Ucayali, Madre de Dios, Lima y Callao.

Por otro lado, en el 2003 el MINSA tenía registradas 1.974 gestantes seropositivas. El mismo ministerio estima que esta cifra presenta un subregistro altísimo, el cual se debería al velo de estigmatización que rodea el tema, el consecuente miedo de las mujeres a hacerse alguna prueba que permita detectar la infección, las bajas coberturas de control prenatal y la limitada oferta de servicios de diagnóstico, especialmente en áreas andinas y amazónicas.

El porcentaje de uso de preservativos dentro del uso de anticonceptivos en mujeres de 15 a 24 años casi

Gráfico 28
Porcentaje de uso de preservativos dentro de tasa de uso de anticonceptivos en mujeres de 15 a 49 años



Fuente: ENDES 1992, 1996, 2000

se duplicó en la década de 1990 en el promedio nacional y en las zonas urbanas, mas no en el de las áreas rurales². La utilización de preservativos, como se sugirió en la discusión sobre el ODM 5, está asociada con el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva por parte de la mujer y el contexto consecuente de equidad o inequidad de género, con las oportunidades económicas de la mujer, con patrones socioculturales y con los niveles de educación. En los grupos más excluidos y los sectores de ingresos más bajos, la utilización de anticonceptivos es relativamente reducida; en estos grupos, el uso del preservativo tiende a ser relegado en favor del uso de métodos más tradicionales.

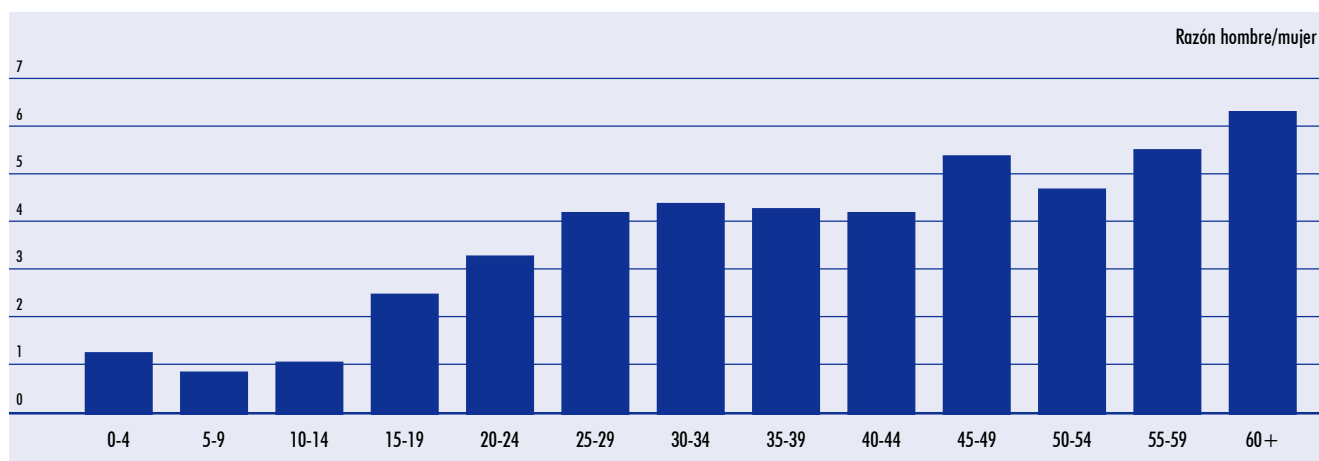
Si bien el país no cuenta con información oficial sobre el número de niños y niñas huérfanos por causa del VIH/SIDA, el MINSA menciona la cifra de 17.000 huérfanos para el 2001 en varios reportes. Dada la es-

¹ Hasta el 2000, la prevalencia de VIH fue reportada por el sistema de vigilancia centinela del Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETSS) del MINSA. A partir de 1999, la conducción de la medición pasó a la Oficina General de Epidemiología (OGE) del MINSA y desde el 2002 se realiza de acuerdo a las zonas de influencia de las Direcciones de Salud (DISAs).

² La encuesta PREVEN del 2002 reportó el uso consistente de condón en el 9% de las mujeres y 16% de los hombres con su pareja estable, en el 11% de las mujeres y 24% de los hombres con sus parejas casuales, en el 32% de los varones con parejas del mismo sexo y 45% de los varones con trabajadoras sexuales.

Gráfico 29

Razón hombre/mujer por grupos de edad entre los casos notificados de VIH/SIDA



Fuente: MINSA: PROCETTS, OGE, hasta el 31 de agosto del 2003

tigmatización aún persistente, estos huérfanos y huérfanas tienden a ser discriminados en sus escuelas y comunidades. Incluso en algunos casos se vulnera su derecho a asistir a la escuela.

El mal ha dejado de ser principalmente un problema de minorías de alto riesgo. La relación hombre/mujer ha variado sustancialmente (véase gráfico 29). El principal modo de transmisión es la vía sexual (87%), y desde 1994 la fuente de transmisión principal se desplazó de las relaciones homosexuales a las relaciones heterosexuales.

En cuanto a los grupos etarios más afectados, se tiene que entre 1983 y 1999 cerca del 70% del total acumulado de casos de VIH/SIDA se presentó en adultos de 20-39 años. En ese período, la edad mediana pasó de 38 a 29 años, por lo que se calcula que la infección ocurre entre los 15 y 19 años. Así, dentro del grupo más afectado se hallan las mujeres en edad y apogeo reproductivo. Esta señal de alarma va complementada por cambios en las formas principales de transmisión de la enfermedad: actualmente, el primer y segundo lugar están ocupados, respectivamente, por la transmisión sexual —especialmente en relaciones heterosexuales— y la transmisión vertical de madre a hijo. El incremento de mujeres en edad reproductiva con seroprevalencia permite proyectar crecimientos sostenidos en el peso de la transmisión vertical.

CONTEXTO INSTITUCIONAL

La lucha contra la epidemia de VIH/SIDA ha sido asumida por el gobierno peruano como una de sus Políticas de Estado. La Ley General de Salud señala las responsabilidades de la autoridad sanitaria en la prevención y control de las enfermedades Transmisibles, y la Ley N° 26626 (Ley CONTRASIDA) declara de importancia nacional la prevención y control del VIH/SIDA y da las pautas para el tratamiento integral de las personas que tienen VIH/SIDA, incluyendo el tratamiento antirretroviral.

La Decimotercera Política de Estado del Acuerdo Nacional tiene entre sus objetivos “[p]otenciar la promoción de la salud, la prevención y el control de enfermedades transmisibles y crónico degenerativas”. En este contexto, establece la meta cuantitativa de “mantener la seroprevalencia de VIH en 0,2% en la población general, al 2006”.

La Ley General de Salud (Ley N° 26842), en el Capítulo IV (Del Control Nacional e Internacional de las Enfermedades Transmisibles) señala que “[l]a Autoridad de Salud de nivel nacional es responsable de dirigir y normar las acciones destinadas a evitar la propagación y lograr el control y erradicación de las enfermedades transmisibles en todo el territorio nacional, ejerciendo la vigilancia epidemiológica e inteligencia

sanitaria y dictando las disposiciones correspondientes”, lo cual da el soporte legal para el desarrollo de acciones de promoción, prevención y control de las enfermedades transmisibles, incluyendo el VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual.

La Ley CONTRASIDA (Ley N° 26626, 1996) y su Reglamento (1997) declaran “de necesidad 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, establecen las pautas para la prevención y control del VIH/SIDA y el tratamiento de las personas que viven con VIH/SIDA (Art. 7). Señalan que toda persona con VIH/SIDA (PVVS) tiene derecho a recibir, entre otros:

- Atención integral de salud continua y permanente en los establecimientos de salud del Estado.
- El suministro de medicamentos requeridos para el tratamiento adecuado e integral de la infección por el VIH y SIDA. Para ello establece la gratuidad progresiva en el tratamiento antirretroviral,

dando prioridad a las personas en situaciones de vulnerabilidad y pobreza extrema.

- La provisión de recursos humanos, logísticos e infraestructura necesarios para mantener, recuperar y rehabilitar su estado de salud.

En los últimos años ha aumentado la participación de ONGs, agrupaciones de personas que viven con VIH, instituciones académicas y otras de la sociedad civil —que se han organizado en la Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud (CONAMUSA)— en la lucha contra esta epidemia. Esta entidad obtuvo financiamiento del Fondo Mundial de Lucha contra la Malaria, Tuberculosis y el VIH/SIDA por 23 millones de dólares para actividades de prevención y control, incluyendo el acceso a tratamiento de 7.000 personas en el primer año del proyecto. Conjuntamente con ese financiamiento, se ha obtenido el compromiso del gobierno de financiar el tratamiento, en forma progresiva, a todas las personas que lo requieran, de modo que se espera que al final de los cinco años el 100% de los tratamientos sean financiados con fondos provenientes del tesoro público.

DESAFÍOS

Los factores críticos para el cumplimiento de las metas son la baja percepción y desinformación del riesgo de infección por parte de la población, así como la necesidad de incluir en los programas criterios preventivos además de curativos. Es urgente que se atiendan las dificultades para el acceso a tratamiento, se dé cabida a una progresiva participación de la sociedad civil —en particular de las PVVS— y se establezcan políticas de Estado e instrumentos legales que institucionalicen la prevención y el control del VIH/SIDA.

Desinformación respecto al VIH/SIDA

La desinformación es uno de los factores que interviene en la diseminación de la enfermedad. La ENDES 2000 registró que el 12,7% de mujeres de 15 a 49 años de edad declararon no conocer el VIH/SIDA, 24,7% indicaron conocerlo pero desconocer como prevenir la enfermedad. Dos tercios de las mujeres declararon

que luego de haber conocido sobre el SIDA no cambiaron su comportamiento sexual. Solo el 49% de las mujeres en el país ha oído hablar de infecciones distintas al VIH que pueden transmitirse a través del contacto sexual.

Necesidad de reformular la estrategia actual

Cumplir la meta de detener y reducir la propagación de VIH/SIDA en el Perú significa disminuir la prevalencia en mujeres embarazadas, aumentar en general el uso de preservativos y en particular su uso en la última relación sexual con pareja ocasional, bajar la proporción anual de nuevos casos de SIDA en la población de 15 a 24 años y la trasmisión vertical de VIH. Se prevé que todo ello se podrá cumplir cambiando la estrategia centrada en el SIDA y en grupos minoritarios de alto riesgo hacia una estrategia de prevención primaria dirigida a la población en su conjunto, complementando las acciones dirigidas a grupos de mayor riesgo con acciones generales dirigidas a la población mediante el empleo de medios masivos de comunicación y el sistema educativo.

Calidad y sostenibilidad del acceso al tratamiento

Se debe garantizar la calidad y adherencia al tratamiento antiretroviral a través de los servicios de salud en el marco de la universalización del tratamiento apoyado por el Proyecto del Fondo Global. Asimismo, se debe asegurar la contrapartida nacional durante la ejecución del proyecto y la sostenibilidad de la inversión pública una vez concluido su apoyo.

Acceso reducido a antiretrovirales

La principal dificultad que afrontan los pacientes con VIH/SIDA es el acceso a medicamentos, que en el Perú tienen alto costo. Solo el 8% de las mujeres gestantes seropositivas tuvieron acceso a la terapia antiretroviral en el 2001, la cual es crucial para prevenir la transmisión vertical de madre a hijo. En el 2003, el MINSA y las organizaciones de PVVS obtuvieron, dentro de una negociación conjunta de los países de la Comunidad Andina con los grandes proveedores de medicamentos, el compromiso de precios más bajos para los antiretrovirales.

Necesidad de mayor inversión en intervenciones contra el VIH/SIDA

Cumplir la meta implica aumentar la inversión en las intervenciones contra VIH/SIDA. El presupuesto del PROCETSS creció 15 veces entre 1995 y el 2000, llegando a ejecutarse 18'570.600 soles en el 2000 aunque esto no detuvo la propagación del VIH/SIDA. Sin embargo, es importante resaltar como un logro de país la consolidación de un equipo nacional multisectorial que presentó la propuesta ante el Fondo Global. El compromiso del país es por los dos primeros años. Además de la necesidad de fortalecer dicho compromiso en el mediano plazo, es importante recalcar que el Fondo Global no incluye medidas preventivas sino solo acceso a antiretrovirales. En este sentido, se considera conveniente la inclusión de la distribución de preservativos como parte de la estrategia de prevención. ■

META 8

Haber detenido y comenzado a reducir para el año 2015 la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves.



SITUACIÓN ACTUAL

Malaria

La malaria constituye uno de los principales problemas de salud pública en el Perú. El problema se agrava al constatar que quienes padecen de malaria son los pobres. Alrededor del 30% (7'892.822 habitantes) de la población vive en zonas de alto y mediano riesgo de transmisión. A inicios del 2003, la OPS/OMS estimó que 2,5 millones de habitantes del país viven en áreas de alto y muy alto riesgo. La tasa de morbilidad asociada con la malaria, calculada mediante la Incidencia Parasitaria Anual (IPA), muestra que hubo una tendencia ascendente desde 1991 (1,53) hasta 1998 (9,97) cuando empezó a caer, llegando a 1,82 en el 2003.

A pesar del discreto decrecimiento entre 1996 y setiembre del 2003, se han notificado y tratado 1'135.797 casos de malaria. Las variables de riesgo que motivaron su incremento en la década de 1990 —fe-

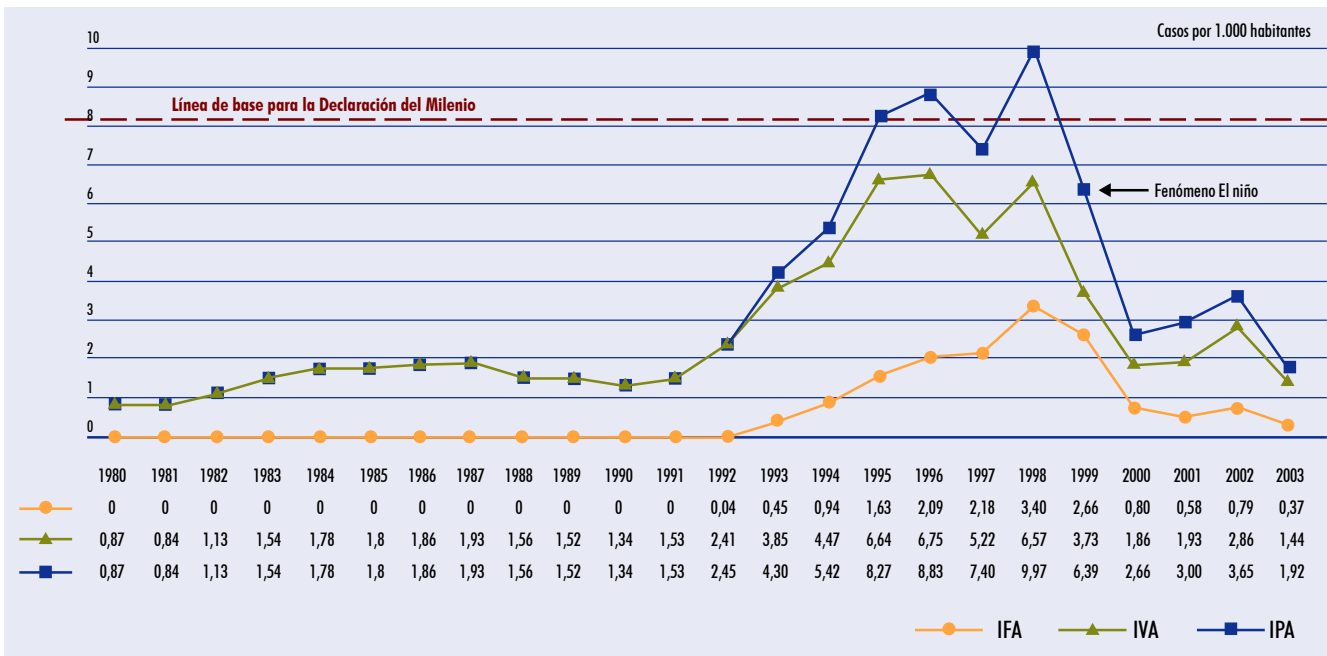
nómenos climatológicos, resistencia a medicinas e insecticidas y migraciones de poblaciones en riesgo— siguen siendo peligros potenciales para la población.

La tasa de mortalidad por malaria no es un indicador sensible debido a sus valores excesivamente bajos y a la evidencia de subregistro de las defunciones³. Por ejemplo, de las 33 Direcciones Regionales de Salud, solo cuatro regiones registraron casos de mortalidad por malaria en el 2000 y una —Loreto— en el 2002. En la misma línea, se tiene que solo hubo 9 casos registrados de muerte por malaria en el 2003.

El Perú no cuenta en la actualidad con información respecto al porcentaje de la población en áreas de riesgo que toman medidas efectivas de prevención y tratamiento de malaria. Sin embargo, se está iniciando el seguimiento del uso adecuado de mosquiteros y de la población beneficiaria de la distribución de los mismos en zonas de alto riesgo. Se espera además monitorear otros indicadores como la presencia de métodos de cultivo de arroz con riego intermitente, la

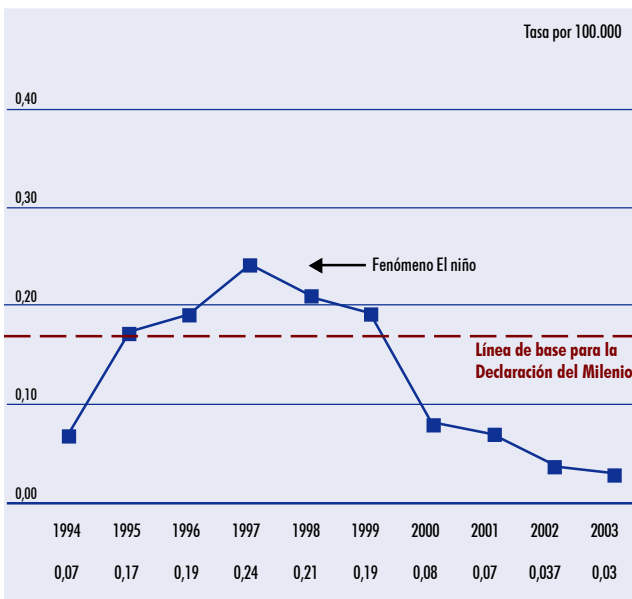
³ Entre 1998 y 2002, la mortalidad se calculó en rangos de 0,13 a 0,037 x 100.000.

Gráfico 30⁴
Indicadores epidemiológicos de malaria. Tendencia IPA, IVA, IFA, 1980 - junio 2003



Fuente: MINSA- DGSP, DEAIS, DPCR - ESN - malaria y OEM

Gráfico 31
Mortalidad por malaria, 1994 - 2003



Fuente: MINSA- DGSP, DEAIS, DPCR - ESN - malaria y OEM

incorporación de contenidos sobre malaria en la currícula escolar de zonas endémicas, así como los establecimientos en zonas de riesgo que cuentan con métodos de diagnóstico de laboratorio.

La información proporcionada por la OPS/OMS señala que predomina la malaria por *Plasmodium vivax* y que ha habido un incremento progresivo de la proporción de *Plasmodium falciparum* (19,7% de los casos en 1995, 41,6% en 1999 y 21% en 2001). Este incremento se asocia al aumento de la extensión geográfica de la transmisión vectorial en Loreto en 1995-96 y en Tumbes y Piura luego del fenómeno de El Niño en 1997-98, así como a la emergencia, extensión y dispersión de cepas plasmodiales resistentes al tratamiento, y al incremento y dispersión de *Anopheles darlingi* en Loreto y *Anopheles albimanus* en Tumbes y Piura.

En el Perú, el comportamiento tendencial de la malaria es el de una endemia con picos epidémicos periódicos en algunas áreas de la Amazonía y Costa norte. Tiene un patrón cíclico y estacional, y está aso-

⁴ IPA: Incidencia Parasitaria Anual; IVA: Índice de P. Vivax Anual; IFA: Índice de Malaria por Falciparum Anual.

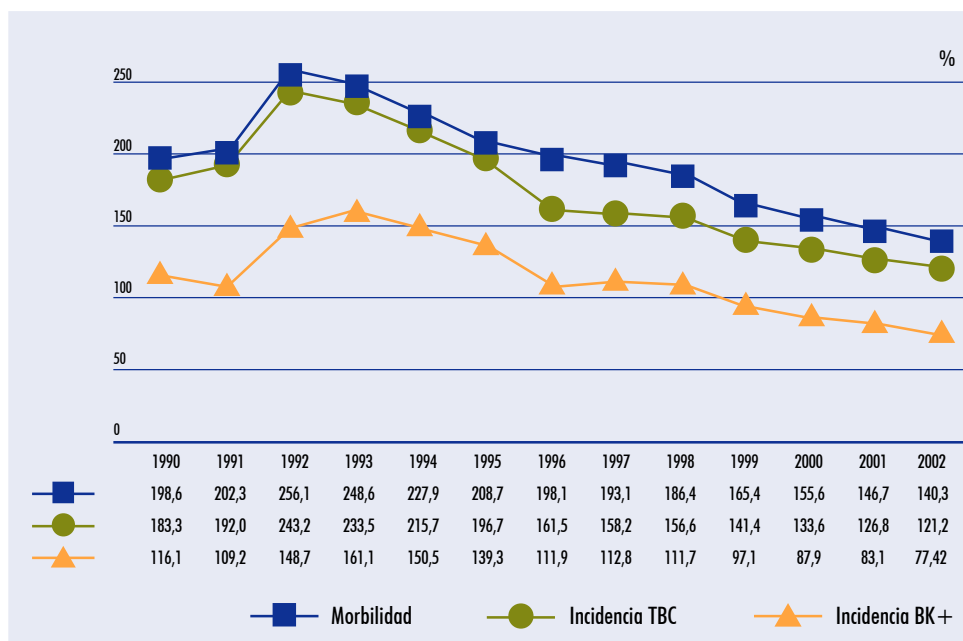
ciada geográfica y ecológicamente a zonas tropicales y desérticas irrigadas de la Costa norte, la Selva montañosa nororiental, la Selva central, la Selva sudoriental y la cuenca amazónica por debajo de los 2.500 metros sobre el nivel del mar. Las áreas endemo-epidémicas más activas en el 2001 fueron los departamentos de Loreto, Tumbes, Piura, San Martín, Junín y Ayacucho. En el año 2002, las más altas tasas de incidencia se registraron en Loreto, Ucayali y Tumbes, con 6.149, 1.053 y 1.046 por cada 100 mil habitantes, respectivamente. Así, se evidencia un desplazamiento geográfico de la incidencia de la enfermedad, que disminuyó en 22 Direcciones de Salud y se incrementó en las 11 restantes.

Un factor crítico que explica parte de la epidemiología de la malaria en el Perú es el fenómeno de resistencia del *Plasmodium falciparum* a las drogas anti-maláricas tanto en la Costa norte como en la Selva. Estos patrones obligan al uso de esquemas terapéuticos de segunda y tercera línea y a un estricto programa de vigilancia de esa resistencia para brindar una respuesta terapéutica adecuada a la población afectada.

Tuberculosis

Si bien la tasa de morbilidad asociada a la tuberculosis disminuyó en más de 45% entre 1992 y el 2003, esta enfermedad mantiene características de severidad en el Perú. El país alberga al 5% de la población latinoamericana y sin embargo reporta el 25% de todos los casos registrados de tuberculosis (TBC) en la región de las Américas.

Gráfico 32
Morbilidad e incidencia de TBC

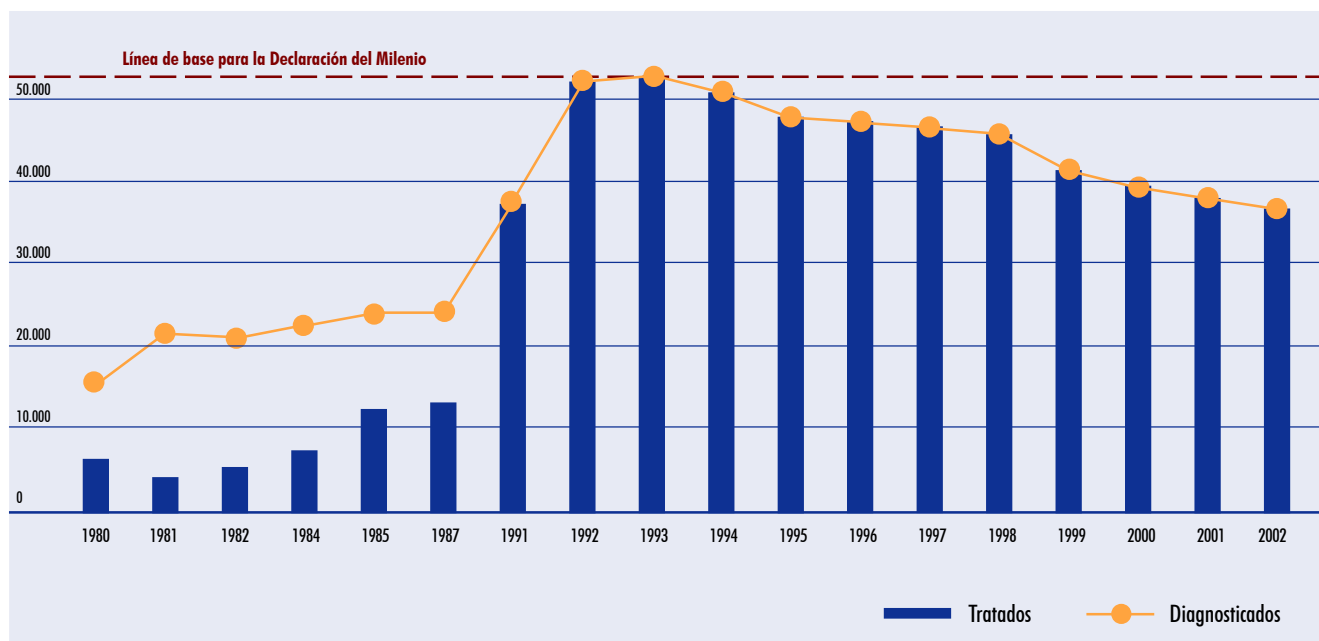


Fuente: MINSa- DGSP, DEAIS, ESN - TBC

A fines de la década de 1980, la TBC había llegado a una situación grave en el Perú, con altas tasas de incidencia y baja eficiencia técnica en las actividades de control. Solo el 50% de los casos diagnosticados accedía a un tratamiento antituberculoso gratuito. De éstos, solo la mitad se curaba y el resto abandonaba el tratamiento. A partir del segundo semestre de 1990, el Estado asumió el compromiso político y financiero de priorizar el control de la TBC, implementando rápidamente la estrategia DOTS (recomendada por la OMS) en todos los establecimientos de salud, garantizando el acceso al tratamiento gratuito y supervisado al 100% de casos diagnosticados.

Las tasas de morbilidad (todos los casos) e incidencia (casos nuevos) tuvieron su máxima expresión en el año 1992 y la de incidencia de TBC pulmonar BK (+) en 1993. Para 2003, la morbilidad se había reducido en 52,1% y la incidencia en 56,1%. Durante ese mismo año se diagnosticó y trató a 18.550 casos nuevos de TBC pulmonar BK (+), lo que se traduce en una tasa de incidencia de 68,8 x 100 mil habitantes. Esta ha significado una disminución del 57,5% en re-

Gráfico 33
Número de casos diagnosticados y tratados de tuberculosis, 1980 - 2002



Fuente: MINSA- DGSP, DEAIS, ESN - TBC

lación a 1993 y de 11,6% en relación al 2002. Las Direcciones Regionales de Salud que registran las mayores tasas de morbilidad son las de Lima, Callao, Madre de Dios, Tacna e Ica.

La reducción del número de casos no es consistente debido a que desde el año 2001 ha disminuido la captación de sintomáticos respiratorios (SR) en 6% por año en promedio, lo cual expresa la pérdida de liderazgo del Programa de Control de la Tuberculosis y demoras administrativas en la adquisición de insumos.

La evaluación del resultado del tratamiento anti-tuberculoso para casos nuevos de TBC pulmonar con BK (+), a través del estudio de cohorte de los pacientes ingresados en el año 2002, a los que se les administró un esquema de tratamiento primario (2RHZE/4R₂H₂), muestra buenos resultados, con una eficiencia o tasa de éxito de 91,5%, mientras que la tasa de abandono es de 3%, fracasos 2,3%, fallecidos 2,3% y transferencias sin confirmar 0,9%. La resistencia múltiple a las drogas antituberculosas de los enfermos nuevos nunca antes tratados en el Perú es del orden del 3,1%,

según datos de 1999, cuya estimación siguió los protocolos recomendados por la OMS. Aunque es un tema controversial, hay indicios de que este fenómeno está aumentando en el país y que por lo tanto merecerá atención sanitaria.

La TBC es la primera causa de muerte en las personas infectadas por VIH, observándose niveles de eficacia del tratamiento de 98,2% para casos nuevos y 92,1% para los que presentan la co-infección VIH/TBC, la cual muestra mayor letalidad.

CONTEXTO INSTITUCIONAL

La prevención y el control de enfermedades transmisibles están contemplados en las políticas de Estado, así como en las políticas sectoriales específicas del sector salud. La Constitución Política establece que todos los peruanos tienen derecho a la protección de su salud y que es el Estado el que determina la política nacional de salud y garantiza el libre acceso a las prestaciones de salud (Arts. 7, 9, 11).

La Decimotercera Política de Estado del Acuerdo Nacional está referida al Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social. Por medio de ésta, el Estado se compromete y asume la responsabilidad de asegurar las condiciones para un acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en las zonas de concentración de pobreza y en las poblaciones más vulnerables. Para ello, se ha acordado:

- Potenciar la promoción de la salud y la prevención y control de enfermedades transmisibles y crónico degenerativas.
- Desarrollar un plan integral de control de las principales enfermedades emergentes y reemergentes, de acuerdo con las necesidades de cada región.

La Ley General de Salud (Ley N° 26842, 1997) establece que la autoridad de salud —el MINSA— es responsable de dirigir y normar las acciones destinadas a evitar la propagación y lograr el control y erradicación de las enfermedades transmisibles en todo el territorio nacional.

En los Lineamientos de Política del Sector Salud 2002-2012 se identifica como crítica la alta prevalencia de enfermedades transmisibles, por lo cual se considera la reducción de la morbimortalidad asociada como un objetivo estratégico. En tal sentido, el MINSA estableció en el 2004 la prevención y el control de enfermedades metaxénicas y otras transmitidas por vectores como una de sus Estrategias Nacionales (R.M. 771-2004/MINSA). Se ha conformado un Comité Técnico para articular dicha estrategia.

En el marco del proceso de descentralización, la Ley N° 27813 (2002) creó el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud —en el que participa la sociedad civil organizada, las fuerzas armadas y policiales, el MINSA, los servicios de salud privados, los gobiernos locales y la academia— con el fin de coordinar el proceso de aplicación de la política nacional de salud y promover su implementación concertada y descentralizada.

Las estrategias implementadas han buscado:

- Concentrar los recursos del MINSA y demás instituciones involucradas en las áreas que presentan mayores problemas de malaria.
- Conformar grupos de expertos multiprofesionales y pluri institucionales para la actualización de normas para el control integrado y selectivo.
- Incorporar a ONGs y organizaciones de base en el Mecanismo de Coordinación de País para elaborar planes de intervención.
- Coordinar con las asociaciones de regantes y con el Ministerio de Agricultura la validación y extensión de métodos alternativos de cultivo de arroz que reduzcan la densidad larvaria de los vectores y la vigilancia del uso de plagicidas que repercuten en el control de vectores de importancia en salud pública.

Asimismo, se ha fomentado el trabajo en equipo con las otras direcciones y organismos del MINSA —Oficina General de Epidemiología (OGE), Instituto Nacional de Salud (INS), Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA) y Dirección Nacional de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID)— relacionadas con la prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores. También se ha planteado la necesidad de un convenio entre el MINSA y el MINEDU que promueva conductas esperadas de prevención y control. Con el rediseño de la estrategia del tratamiento mediante una “terapia de combinación” de mayor efectividad, el Perú ha obtenido un éxito notable en el control de la enfermedad.

A nivel institucional, se ha desarrollado un trabajo colaborativo importante entre el Estado, los organismos multinacionales, las instituciones científicas, ONGs y grupos de personas afectadas. Dicho esfuerzo colectivo ha devenido en la consecución de recursos del Fondo Global de Lucha contra la Malaria, la Tuberculosis y el VIH/SIDA (detallados en la sección sobre VIH/SIDA) aprobado en el 2003. En el caso específico de la TBC, se han planteado metas cuantitativas que se busca alcanzar con la utilización de los recursos del Fondo Global, así como con proyectos de mejoramiento continuo de la calidad de la atención.

DESAFÍOS

En el caso de la malaria, se ha identificado los siguientes factores críticos para el cumplimiento de la meta:

- Ampliación de la frontera agrícola y zonas de explotación sin medidas de protección.
- Escaso accionar intersectorial.
- Recursos presupuestales insuficientes, así como asignación y ejecución ineficientes e inoportunas.
- Alta rotación del personal.
- Integración aún inconclusa de los programas del MINSA en un modelo de atención integral.
- Formación inadecuada de recursos humanos.
- Debilidad de los servicios para la prevención y promoción de las enfermedades de transmisión vectorial.

En el caso de la TBC, los factores críticos son los siguientes:

- Voluntad política para considerar el control de la TBC como prioridad sanitaria.
- Coordinación interinstitucional entre el sector salud y otros vinculados al combate de la pobreza.
- Suministro oportuno de medicamentos y material de laboratorio.
- Aumento del presupuesto.
- Ampliación de la capacitación de los equipos técnicos, incluyendo investigación.
- Recuperación y sostenibilidad de la estrategia DOTS.
- Control de la TBC en áreas de elevado riesgo de transmisión.
- Vigilancia de la resistencia a fármacos antituberculosos en el Perú.

Por otro lado, para lograr la meta referida a la TBC debe recuperarse la eficiencia y eficacia de las intervenciones contra la enfermedad que tuvieron un desempeño ascendente hasta el año 2000. Según estimaciones de la OPS y la OMS, es necesario que el Perú prosiga con el éxito alcanzado en el control de la TBC durante 25 años más, al mismo ritmo sostenido de eficiencia y eficacia, para que deje de ser un problema de salud pública nacional. Ello requiere evidentemente un apoyo político claro al control de la TBC como política de Estado. Si la lucha contra la TBC es una prioridad sanitaria nacional, esto deberá expresarse en una asignación suficiente de recursos y un fortalecimiento administrativo. La inversión del MINSA en el anterior programa de control de TBC varió entre 16'850.053 en 1998 y 18'638.401 soles en el 2001, aunque no existe información para los años siguientes. Cumplir la meta del milenio propuesta implica un direccionamiento expreso de recursos para este fin. Es necesario concluir satisfactoriamente la reforma institucional en el MINSA que terminó con los programas verticales y empezó la implementación de un modelo de atención integral. Se espera que dicha reforma contribuya a detener la disminución de la detección de casos y fortalezca la identificación de SR y de baciloscopías de diagnóstico iniciada en el 2001. ■