

PONENCIA: ANÁLISIS DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN EL SECTOR SALUD: VIH-Sida; 1985-2010, en el Perú

NOMBRES: ROJAS OSORIO, Roger Antonio

INSTITUCION: Alumno de Pre-grado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú

CORREO: rogerojs@gmail.com

Área temática: Administración Pública y Políticas Públicas – Gobernabilidad y Políticas Publicas

"Trabajo preparado para su presentación en el VII Congreso Latinoamericano de Ciencia Política, organizado por la Asociación Latinoamericana de Ciencia Política (ALACIP). Bogotá, 25 al 27 de septiembre de 2013."

Resumen:

La presente investigación titulada “Análisis de las Políticas Públicas en el Sector Salud: VIH-Sida ;1985-2010, en el Perú” tiene como objetivos describir y analizar el contenido y desarrollo estas Políticas Públicas y la presencia e interacción de los actores políticos que intervinieron en la formación y desarrollo de las Políticas Públicas en el sector salud VIH/Sida, es decir, se analiza la dinámica de la gobernanza política que debiera de existir entre el Estado y los actores políticos extra estatales a la hora de la gestación de las Políticas Publicas diseñadas para la prevención, control y tratamiento del VIH Sida en el Perú y que resulta un indicador indispensable en la concepción moderna de la Administración Publica.

Analizar si esta dinámica de gobernanza política se dio de manera eficaz o si estuvo ausente, o si la misma estuvo influenciada a variables como el tipo de régimen de gobierno de un Estado, la presión de Organismos Internacionales o la cultura política a la hora del diseño de una política pública y en el desarrollo de la misma, por parte del Gobierno de turno resultan los principales puntos a desarrollar en esta investigación.

Análisis de las Políticas Públicas en el Sector Salud: VIH/Sida ;1985-2010 en el Perú

En el 2011, según fuentes oficiales de la OMS, existían aproximadamente 34,2 millones de personas infectadas con VIH/Sida en el mundo, así mismo se estima que producto de la enfermedad en las últimas tres décadas se han cobrado más de 25 millones de vidas humanas.

El Ministerio de Salud del Perú a notificados al ¹30/06/2013 ,30 416 casos de ²Sida y 50 199 casos de ³VIH y según el ONUSIDA vivirían en el Perú cerca de 75 000 personas con Sida y desde 1983 hasta el 2010 producto de la enfermedad han fallecido 7 963 personas.

En el Perú las investigaciones vinculadas al VIH/Sida, en la mayoría de casos, poseen un carácter médico - científico, abarcando temas ligados a la evolución de la enfermedad, su grado de concentración, su desarrollo epidemiológico etc., pero se conoce escasos e incipientes antecedentes de su estudio a partir del análisis de las Políticas Publicas en el Sector Salud VIH/Sida.

Una investigación que describa el contenido y desarrollo de las Políticas Públicas , pero además analice la dinámica de gobernanza política que debe de existir entre el Estado y los actores políticos extra estatales a la hora de la gestación de las Políticas Publicas diseñadas para la prevención, control y tratamiento del VIH Sida en el Perú.

Analizar si esta dinámica de gobernanza política se dio de manera eficaz o si estuvo ausente, o si la misma estuvo influenciada a variables como el tipo de régimen de gobierno de un Estado, la presión de Organismos Internacionales y la cultura política a la hora del diseño de una política pública y en el desarrollo del mismo, por parte del Gobierno de turno; resultan los principales temas a desarrollar en el presente estudio.

Después de esta breve introducción del porqué de las razones que me motivaron a realizar esta investigación, presentare el tema de la presente ponencia titulada: **“Análisis de las Políticas Públicas en el Sector Salud: VIH/Sida; 1985-2010 en el Perú”** el cual tiene por objetivos:

1 Boletín Epidemiológico Mensual del Ministerio de Salud del Perú 30-06-3013

2 Sida (Síndrome Inmune de Deficiencia adquirida); se hace alusión al Sida a la etapa avanzada de la infección por VIH en donde se manifiesta notoriamente el deterioro del Sistema Inmunológico.

3 Virus de Inmunodeficiencia Humana, que infecta las células del Sistema Inmunológico; alterando o anulando su función.

El describir y analizar el desarrollo de las políticas públicas en el sector salud VIH/Sida 1985-2010 y la presencia de los actores políticos que intervinieron en la formación y desarrollo de las Políticas Públicas en el sector salud VIH/Sida.

Considero pertinente para la adecuada comprensión del manejo de los términos empleados en el desarrollo de la presente investigación conceptualizar la implicancia y cobertura de lo que se entiende por actor político.

Un actor político se entiende para los usos prácticos de esta investigación como una persona, conjunto de ellos, instituciones, grupos de presión etc., que poseen la capacidad de influir en la toma de decisiones políticas por parte de los que detentan el poder del Estado.

Cuando se hace alusión a la cobertura de los actores políticos en esta investigación, nos referimos al espacio de estudio donde se desarrollan los mismos; es decir dentro de un Autoritarismo Competitivo como el Gobierno del Presidente Alberto Fujimori(1990-2000) y la restringida posibilidad de participación de los actores políticos extra-estatales en la dinámica de gobernanza y su influencia la toma de decisiones políticas - característica intrínseca de un Gobierno de tipo autoritario - ; en una Gobernabilidad en Democracia que se pudo desarrollar en los Gobiernos de Alan García(1985-1990; 2006-2011) , Alejandro Toledo (2001-2006) el cual mide la calidad del proceso de gobierno y como el Estado puede interactuar con los actores políticos no estatales (ONG's , Organismos internacionales etc.) en la toma de decisiones política importantes en busca del bien común respetando los principios democráticos.

Una investigación en donde se pondere la evolución del proceso de democratización en los regímenes de gobierno en el Perú y como estos influyeron en la calidad del proceso de gobierno materializado en la interacción más o menos fluida entre los actores políticos extra estatales y el Estado.

Se entiende también que para realizar una adecuada descripción y análisis del tema se debe considerar el contexto-espacio y tiempo- en donde se iniciaron y desarrollaron las Políticas Publicas en el Sector Salud VIH Sida y si estas de alguna manera influenciaron en la percepción que se construía sobre esta enfermedad; como también sobre la evolución y receptividad social que se tenía para con las políticas diseñadas para la prevención control y tratamiento del VIH Sida en el Perú.

El VIH/Sida en el Perú y las primeras Intervenciones Estatales

Tal y como se ha explicado en la introducción la presente investigación se pretende describir el contenido y desarrollo de las Políticas Públicas en el Sector Salud VIH Sida y la materialización de las mismas mediante Programas; además se hace un análisis de la forma como los actores extra estatales han podido influir en el diseño y desarrollos de estas Políticas.

Se analiza la gobernanza política, entendida como el proceso de gobierno en donde se valora a la hora de la toma de decisiones políticas importantes para un país la participación e interacción entre el Estado y los actores extra estatales.

Para realizar ese análisis resulta necesario entender algunas variables que influyen en la calidad de la gobernanza necesaria a la hora de diseñar una Política Pública; estas son: La cultura política autoritaria del Perú, la presión de los Organismos Internacionales y las características intrínsecas del tipo de Gobierno de Turno en el Perú; es en este sentido y entendiendo las particularidades propias en la elaboración de las Políticas, que se han dado en estos 25 años de investigación considero pertinente dividirlo en tres etapas: las comprendidas entre 1985 y 1990, la segunda entre 1990 y el 2000 y la última entre el 2000 y 2010

1985-1990: AUSENCIA DE ACTIVISMO

El primer caso diagnosticado de un paciente con VIH/Sida en el Perú fue registrado en 1983 por el investigador de la Universidad Cayetano Heredia el doctor Raúl Patrucco, fue un paciente homosexual que residió muchos años en EEUU, en donde se asume adquirió la enfermedad.

Entre 1983 hasta 1985 el Hospital Cayetano Heredia diagnosticó 42 casos de personas infectadas con el VIH Sida de los cuales el 83% eran homosexuales.

Tuvieron que pasar dos años desde el primer diagnóstico de VIH/Sida en el país para evidenciar la primera intervención estatal, esta se dio a fines del año 1985, en los primeros meses de Gobierno del Presidente Alan García Pérez, cuando mediante ⁴Resolución Ministerial se formó una “**Comisión Oficial**” encargada incipientemente

⁴ Resolución Ministerial es una norma cuya finalidad es ejecutar y supervisar la Política general del Estado dentro del ámbito de un ministerio, resolviendo casos concretos y particulares.

de este tema dirigida por el Doctor Gotardo Agüero y aunque no realizo muchas actividades resulta nuestro primer antecedente útil para este estudio.

Quizás lo más resaltante de esta Comisión Oficial era que entre sus integrantes se encontraba el investigador Raúl Patrucco que sin lugar a dudas fue el más entendido de la enfermedad en esa década, el mismo que fuese el primero en diagnosticar un caso de Sida en el Perú en el año 1983.

Esta etapa se caracterizó por las incipientes intervenciones estatales referentes al VIH/Sida supeditadas a la Política Nacional de Atención Primaria de Salud y a la ausencia de Grupos de Presión tangibles que mediante el activismo pudieran influenciar en el desarrollo de las Políticas Públicas en el sector salud VIH/Sida

Dos años después en 1987 fueron creados dos organismos más especializados: **“La Comisión Técnica de Certificación, Calificación y Registro”** y **“El Programa Nacional Multisectorial para la Prevención y Control del Sida”**, ambos en remplazo de la Primera Comisión.

La Comisión Técnica tenía por objetivo llevar el registro estadístico y el monitoreo de la evolución de los casos de VIH/Sida en el país, presidida en un principio por el mismo Patrucco, para la Comisión Técnica el Sida significaba un problema médico y científico de alcance limitado-solo a los ⁵grupos de riesgo- al cual al otorgarle la denominación de una enfermedad como vírica sin especificar que se trataba del VIH/Sida ayudaba a evitar el pánico que generaría en la población el nombre Sida -los ⁶mitos y ⁷profecías cuasi apocalípticas que se habían tejido sobre sus características epidemiológicas -que solo ayudaban a engrandecer la confusión e ignorancia que sobre el Sida se tenía; por

5 Poblaciones Vulnerables o Grupos de Riesgo son los que, valga la redundancia, presentan un alto índice de riesgo de contraer el virus de la Inmunodeficiencia Adquirida (VIH), como son homosexuales, bisexuales, travestis, trabajadores sexuales, drogadictos etc.

6 Titulares periodísticos de la época ilustran mejor lo señalado: “Cáncer gay ¡El flagelo del siglo”, en *La República* ;agosto 4,1985. “SIDA, la plaga infernal “en el *Nacional*; abril 12,1987.

7 : “Sida: El Sombrío Galope de la Peste” de la cual he sustraído algunas de sus líneas : *“había tal vez, que echarse a descifrar las profecías de Nostradamus o perseguir en los versos del apocalipsis el sombrío galope de la peste y calcular el tiempo que nos queda .Quizás no sea una locura decir que ya empezó la cuenta final del hombre sobre la tierra o imaginar otra humanidad futura, subterránea, enferma, en mutación ,solo Dios sabe hacia que nuevas y atroces formas de vida...Ahora se acepta que el contagio se produce a través de todos los fluidos orgánicos...hay quienes advierten que el Sida también puede ser transmitido por contacto con la saliva y acaso , por qué no, el sudor.” Guillermo Thorndike*

otra parte El Programa Nacional Multisectorial tenía como objetivos educar, asistir, estudiar y evaluar los casos de Sida en el país, además el de poder contribuir a controlar y restringir, si es que fuese necesario, Transfusiones Sanguíneas y educar en cuanto a medidas de prevención de la enfermedad.

Tanto La Comisión Técnica de Certificación, Calificación y Registro” y “El Programa Nacional Multisectorial para la Prevención y Control del Sida en su contenido fueron influenciados en gran medida por las directrices de las estrategias propuestas por la OMS y su brazo regional OPS, dos organismos internacionales, en el “Programa Global del Sida” en 1988.

En septiembre de 1987 la OPS dicta la resolución XII sobre la prevención y control del Sida el cual exhorta a los países de la región a establecer y mantener fuertes programas nacionales de prevención y control del Sida.

En el primer gobierno del Presidente Alan García Pérez y teniendo como Ministro de Salud a David Tejada de Rivero en gran parte de su periodo presidencial entre 1985-1990, las Políticas Publicas en el Sector Salud estaban enfocadas en el principio fundamental de la salud pública internacional la “Atención Primaria de Salud” programa que incide en priorizar la atención integral de las enfermedades más recurrentes en la población con mayores índices de pobreza, las enfermedades respiratorias e infecciones por ejemplo, dejando de lado la atención especializada y los costosos ⁸programas Verticales

Las prioridades para el Ministro Pinillos y el Sector Salud eran la de disminuir la mortalidad infantil y ampliar la cobertura de la atención de los Servicios de Salud Está claro que el Sida en este contexto no fue entendido como un problema de Salud Publica, era concebido como una enfermedad exclusiva de los grupos de riesgo ,había pues que atender otras prioridades, la tasa de mortalidad y mortalidad infantil en el país, a todas luces opacaban el registro oficial de VIH/Sida, por ejemplo Las Infecciones Respiratoria Aguda (IRA) y las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) representaban en 1987 el 16% de la mortalidad general y cerca del 55% de la mortalidad infantil.

“La mortalidad Infantil es de por si un tema delicado, y más aun en esos años, en ese lapso de tiempo habían fallecido cerca de 80 000 menores de cinco años, mientras

⁸ Programas Verticales” es la denominación que se le otorga a aquellos programas en salud, específicos, centrados en una sola enfermedad. En Boletín de la Organización Mundial de la Salud, volumen 86, octubre 2008

que el registro oficial hasta 1988 solo se habían confirmado 148 personas con Sida y solo la mitad eran casos ¹⁰ autóctonos”

Esto sumado a la debilidad institucional del estado, conspiró con la descoordinación y rivalidad de las diversas instituciones ligadas al mismo Estado como los Hospitales Públicos, Seguridad Social, Hospitales Militares nunca permitieron la integración adecuada en el Sector Salud.

Es pertinente resaltar que a mediados de los ochenta existía una deficiencia en origen y definición de lo que significa el “Sexo Seguro”, el uso del condón nunca fue asimilado por la población masculina, sobre todo, absorbido por costumbres machistas, así también la iglesia católica que condenaba abiertamente el uso del preservativo.

EL PECOS

El Programa Especial de Control de Sida, fue creado en el año 1988 durante la gestión de Luis Pinillos Ashton como Ministro de Salud, en el primer gobierno de Alan García Pérez y se prolongó hasta el año 1996.

El PECOS nació a finales de los 80' cuando la OMS sorprendía hasta los más escépticos estimando en ocho millones de infectados con el VIH/Sida en el mundo y en el Perú se registraba 104 personas con VIH/Sida en el año 1987.

El PECOS en sus ocho años de existencia atravesó transversalmente dos periodos de gobierno; naciendo en los últimos años del Gobierno de Alan García Pérez (1988-1990) y desarrollándose con mayor despliegue en el Gobierno de Alberto Fujimori Fujimori (1990-1996)

El Contexto político-económico y las características intrínsecas del tipo de gobierno de turno influyeron en la formación y desarrollo de las Políticas Públicas y las referentes al VIH/Sida no fueron la excepción, como veremos a continuación.

Contextualmente el PECOS nació en los últimos años de gobierno del Presidente Alan García Pérez cuando el Perú atravesaba una de sus peores crisis económicas azotadas por la hiperinflación aumento sostenido de los precios que alcanzó ¹¹niveles siderales -hasta en un 114% en 1988.

1990-2000: EL SINUOSO CAMINO DE LA GOBERNANZA

10 Autóctonos o Nativos, era la denominación que se le otorgaba al tipo de contagio entre homosexuales que no habían viajado o residido en el extranjero entre los últimos años de los 80' y principios de los 90'.

11 El precio de los productos farmacéuticos subió 600% y el de la gasolina 400%

Entre 1990 y el 2000 se dieron los dos primeros periodos del Gobierno del Presidente Alberto Fujimori Fujimori y es en este periodo en el cual se realiza una gran actividad de la Agencia de Salud Internacional- el Sida era entendido cada vez más como una preocupación en los países industrializados- esto sumado a que la presencia de las ONG dedicadas al Sida que se evidenciaban con mayor notoriedad que en los ochentas fueron el contexto sucinto del génesis del PECOS.

El objetivo primordial del PECOS era el de difundir a nivel nacional las medidas de prevención y control del VIH/Sida, la trata de pacientes y promover la intervención multisectorial en aras de controlar la enfermedad.

El programa presentaba un error de contenido -que era maquillado por la aun poca información que se tenía sobre el Sida y de su capacidad evolutiva- el creer que el Sida podía ser acertadamente controlado solo con el “bombardeo informativo” de métodos prevención, del contagio del VIH y cambios en las conductas sexuales sobre los “**grupos de riesgo**”, homosexuales, ¹²trabajadoras sexuales, travestis y¹³ drogadictos. Con el tiempo se podría comprobar que el “bombardeo informativo” es poco eficaz, si se pretende cambiar las conductas sexuales de las personas y por ende esa estrategia de prevención está muy sujeta al fracaso

El PECOS presenta las mismas deficiencias institucionales que la Comisión Técnica de Certificación, Calificación y Registro y El Programa Nacional Multisectorial para la Prevención y Control del Sida, ausencia de personal calificado que desease trabajar para el Estado, cambio de directores de la institución como si fuese el personal de limpieza, 10 directores en sus ocho años de existencia (Anibal Escalante, Herminio Taboada, Gottardo Agüero, Manuel Luján, Juana Antigoni, Alejandro Padron)y en algunos casos ni siquiera eran funcionarios del Ministerio de Salud; sino prestado por el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), esta es una clara muestra de la debilidad institucional y poca seriedad con las que se desarrollo este proyecto.

En la gran ampulosidad de su nombre Programa Especial de Control del Sida se encuentra gran parte de sus cuestionamientos y dificultades.

¿El programa era realmente “Especial”?, claro que lo era, porque este programa dependía de un presupuesto extranjero, con fondos de cooperación externa y que por ende era un financiamiento extra-presupuestario del Ministerio de Salud.

12 Se escribe en femenino “Trabajadoras sexuales” ya que la existencia de hombres ejerciendo la prostitución, aunque es de ninguna manera descartada, era mínima y fue a partir del primero lustro de los 90’ donde la presencia de los “Fletes” se evidencio y se considero estadísticamente.

13 Vía endovenosa.

El PECOS era entendido como un programa independiente el cual le resulto un flaco favor para sus ambiciones multisectoriales, si al PECOS ya le costaba ser integrado en su propio Ministerio como “parte de”, nunca pudo coordinar actividades con otros Ministerios.

Esta incapacidad de integración afectaba notablemente en el cumplimiento de uno de sus principales objetivos el de la prevención ya que la misma posee una connotación educativa y cultural que no estaban agendados , ni ponderado por otros Ministerios – Educación, Cultura-

Tenemos que añadir también los errores de percepción que se tenía sobre el PECOS, se pensaba que debido a su financiamiento era extranjero este era millonario, lo cual generaba celos institucionales lo cual acrecentaban aún más el abismo de la ya casi utópica integración.

Una muestra aun más tangible y alarmante de la paupérrima capacidad de integración del PECOS, fue que sus propios miembros no estuvieron advertidos del contenido ni enunciados de la ley N° 25275 aprobada el 24 de octubre de 1988 en donde se declara de interés nacional y prioritario la lucha y prevención contra el Sida, pero la cual, como ya mencione antes , violaba derechos inherentes de las personas con VIH/Sida en su ejecución como son: **La confidencialidad de las pruebas y el consentimiento informado**, ya que se obligaba a los médicos del sector público y privado a notificar los casos de Sida, así también se estableció la obligatoriedad de un ¹⁴examen serológico para todas las personas que soliciten residencia en nuestro país, además de pruebas periódicas a las poblaciones epidemiológicamente en condiciones de riesgo , en clara alusión a la población homosexual que representaba el sector más significativo de su “población de riesgo”.

Esta ley, a claras luces, resultaba lesiva para con los Derechos Humanos de las personas con VIH/Sida, una ofensa a su dignidad que solo alentaba a la discriminación y aunque por suerte no fue cumplida en su integridad existieron casos en los cuales los empleadores exigían despistaje de Sida a sus trabajadores.

El PECOS no solo no pudo integrarse adecuadamente con otros ministerios sino que también existía un miedo endémico y hasta absurdo a trabajar con organismos no gubernamentales (ONG), los funcionarios del PECOS entendían que las criticas, por parte de las ONG en mayor medida, eran desmedidas ya que ignoraban realmente las limitaciones presupuestales y los logros, que a pesar de ello, habían logrado.

En palabras del ex director del PECOS ; Hugo Manrique : “ *Existía una cultura de desconfianza de trabajar con actores sociales de tenerlos cerca, porque el PECOS estaba integrado por un cuerpo de notables – comisión- tenerlo cerca – ya que no*

14 Examen serológico: Examen de sangre para detectar la presencia de anticuerpos contra un microorganismo que estimulan la producción de anticuerpos durante una infección activa.

estaban acostumbrados a ser receptivos con la participación de otros actores más allá de los miembros de ese cuerpo de notables; además del temor de que se evidenciaran sus falencias. Estamos hablando de una época de bajísima nivel de participación de lo sociedad civil.

En el Gobierno de Fujimori las cosas funcionaban de esa forma, por comisiones de notables; muy cerradas y pragmáticas; que entendían que la problemática del VIH/Sida respondía a un problema absolutamente medico en el cual la participación de otros actores solo entorpecía su labor; era descabellado pensar en una democracia participativa”

Ciertamente la ONG ¹⁵“Vía Libre” fue muy crítica del proyecto PECOS al cual consideraba un fracaso y que ameritaba con carácter de urgencia una reingeniería en su estructura-que permitiera la participación de mayores actores políticos en el desarrollo del programa - y personal a cargo de ella-que se manejaban de manera autoritaria y soberbia ,según Vía Libre, las autoridades del Ministerio de Salud tampoco estuvieron exentas de sus criticas, generalmente difundidas a través de sus boletines, a las cuales calificaba como ineptos e irresponsables.

¹⁶Vía Libre se convirtió en un frente activo para con la defensa de los Derechos Humanos de los enfermos con VIH/Sida, a menudo sus boletines presentaban denuncias acerca del trato que se le impartían a los enfermos del Sida a los cuales se les trataba como enfermos de segunda clase en los hospitales nacionales, la negación a practicar la autopsia a las personas muertas por la enfermedad, por el temor a contraer accidentalmente la enfermedad.

Resulta valedero entender un poco la Cultura Política peruana autoritaria y como esta se traduce en la gestión pública, en donde el proceso de formulación de las políticas es muy cerrado y sus miembros presentan un recelo endémico a trabajar con otros actores con el cual podrían compartir el monopolio de la toma de decisiones.

Cultura Política Autoritaria que se fue nutriendo a lo largo de la Vida Republicana del Perú -sus gobiernos militares- y sus prácticas autoritarias de los cuales aún somos herederos en esta democracia peruana en construcción.

En efecto la ausencia de principios democráticos en el proceso de la elaboración de las políticas era evidente .Un pequeño y exclusivo número de técnicos del Ministerio de Salud o contratados por ellos , en donde la participación de otros representantes de la sociedad civil depende única y exclusivamente de la buena voluntad de estos equipos

15 “VÍA LIBRE, asociación de lucha contra el Sida” creada en el año 1990 en Lima-Perú, organización encargada del trabajo en Sida en nuestro país.

16 “Editorial” en Boletín Vía Libre Vol.1. Nº2 (Diciembre 1990)

técnicos, que es muy bien sabido el miedo endémico que tienen a la participación de actores externos, la ausencia de canales de concertación y debate, ideales para la magnitud de las decisiones a tomar.

En el año 1994 se decretó la ley N° 25774, donde se exigió que los productos farmacéuticos derivados de la sangre humana presenten un certificado analítico de negatividad del VIH.

Esta ley fue la formalización y el triunfo del trabajo que a mediados de los 80' empezó en¹⁷ NANRID que logró mejorar el control de los bancos de sangre en los hospitales.

El NANRID en sus investigaciones presentó un llamado de alerta a la donación comercial o también llamada "donación profesional" que era lógicamente la venta de una unidad de sangre a establecimientos de salud informales o a pacientes que la requiriesen.

En 1988 se dictaminó la obligatoriedad de las prácticas y pruebas de despistaje de Sida, Hepatitis B y Sífilis en las bolsas de sangre de los hospitales previas a toda transfusión, y es en 1990 cuando mediante Decreto Supremo se prohibió la comercialización de unidades de sangre, lo cual alentaba y hacía más valioso el sistema de donación altruista y responsable.

Hacia los últimos años del primer lustro de los 90' se empezaron a modificar algunos paradigmas acerca del modo de contagio y el crecimiento del universo de las personas portadoras del virus y del desarrollo de la enfermedad.

La transmisión heterosexual se entendió casi tan importante como la transmisión homosexual esto debido en parte a la mayor actividad bisexual, relaciones con varones tanto con mujeres, la presencia más notoria de los "Fletes", trabajadores sexuales varones que mantenían relaciones sexuales comerciales heterosexuales y homosexuales, por lo cual el universo de personas con Sida se fue ensanchando aun más.

El incremento de las mujeres con Sida merece una especial atención en 1987 en el Perú se reportó una mujer con Sida por cada 15 hombres con la enfermedad, ese mismo año fueron reportados en nuestro país 104 casos de la enfermedad, mientras en 1992 se había reducido la proporción, una mujer por cada 9 hombres con la enfermedad, esta reducción en la proporción contrariamente a lo que parece ser, incrementaba la alarma de la rapidez con que se estaba propagando la enfermedad en el sexo femenino.

17 Instituto Médico Naval de investigación de los Estados Unidos NAMRIDA-Navy Medical Research Institute Detachment, que en 1995 inició en nuestro país un gigantesco estudio de prevalencia de VIH en nuestra sangre tomadas de los "grupos de riesgo" y también lo es que no estaban considerados en ella.

La mujer por factores biológicos y culturales resultaba altamente vulnerable al contagio y vale la pena describirlos; las mujeres anatómicamente estaban en desventaja ya que la ¹⁸carga viral es mayor en el semen que en las secreciones vaginales.

En cuanto a la parte cultural y social, el tener un restringido acceso a la información y el hecho de convivir en una sociedad abiertamente machista donde el hecho de exigir el uso del condón era por demás complicado y hasta impensado.

Íntimamente ligado al incrementado de los casos femeninos de Sida se eventualiza peligrosamente la Transmisión Perinatal o Vertical –madre a hijo- durante el embarazo, parto y lactancia, se estima que el grado de probabilidad que una madre pueda contagiar a su niño es de 3 de cada 10 casos, el peligro de que esta proporción aumentase estaba latente.

En 1993 fue designado Oscar Mujica como director del PECOS y bajo su mandato las relaciones con las ONG, Vía Libre por ejemplo, empezaron a mejorar, se mejoró la ¹⁹Vigilancia Epidemiológica y se promovió en los medios de comunicación el “mercadeo de condón”, promoviendo su uso.

El Estado peruano invirtió en la compra de preservativos, se adquirió nueve millones de condones para su distribución masiva gratuita.

Si bien es cierto en los noventa se convivía con un modelo de gestión pública poco participativa, la presencia más tangible de las ONG'S como parte de la sociedad civil, fueron adquiriendo mayor protagonismo; esto sumando a la exigencia de ²⁰USAID-que proporcionaba asistencia económica al Estado peruano-para ejecutar mecanismos de concertación entre el propio Estado y otros actores políticos involucrados, con el fin de mejorar el nivel técnico de las intervenciones del Estado.

18 La “Carga Viral” es la cuantificación de la infección por virus que se calcula por estimación de la cantidad de partículas virales en los fluidos corporales, en el diagnóstico del Sida la carga viral es la cuantificación de VIH/-1 que se encuentra en el plasma o cuantificación del RNA vírico que existe en una muestra.

19 “Vigilancia Epidemiológica” conjunto de actividades que permiten reunir la información indispensable para conocer la conducta e historia de una enfermedad.

20 Agencia de los EE.UU. para el Desarrollo Internacional. El USAID es una agencia independiente del gobierno federal que sigue los lineamientos de política exterior global de la Secretaría de Estado. USAID Proporciona asistencia económica, asistencia para el desarrollo y asistencia de tipo humanitaria

Asistencia económica que se manifestó cuando desde 1996 hasta 1999 financio con un millón de dólares un proyecto de prevención, que fue respaldada por un financiamiento de semejante valía por parte de la Unión Europea.

En 1994 el PECOS muestra un significativo cambio en su capacidad de cobertura y control, su nombre fue modificado por el de “Programa Nacional del Control de VIH/Sida y ETS, suprimiendo el contenido de Especial que en un principio se le atribuyo, este cambio significaba una nueva perspectiva la asociación cuasi natural entre el control del Sida y las ETS se afirmaba.

Se entiende como natural esta asociación ya que se había demostrado que las ETS causantes de Ulceras genitales (Chancro, Sífilis, Herpes) facilitan la propagación del Sida.

En 1995 se designa a Jorge Sánchez como Director del PECOS, el Dr. Sánchez había sido miembro de la directiva de la ONG Vía Libre y se entendía que las relaciones con las ONG'S eran mucho más dinámicas y participativas.

Analizando de manera fría las cifras estadísticas en los años que el PECOS estuvo a cargo de la lucha control y prevención del Sida su productividad fue insuficiente, en 1988 se registraron 177 casos de Sida y a partir de los 90'el crecimiento fue más evidente en 1994 se registraron 793 casos de Sida y en 1995 fueron 1072 nuevos casos en 1996 la cifra se elevo a 1 197 enfermos, en total en los ocho años de la existencia del PECOS se registraron oficialmente 5 513 caso nuevos.

En cuanto al respeto por los Derechos Humanos para con las personas con VIH/Sida se tuvo que luchar con estereotipos y visiones discriminatorias propias de su contexto y de su desconocimiento de la enfermedad y su evolución.

EL PROCETSS

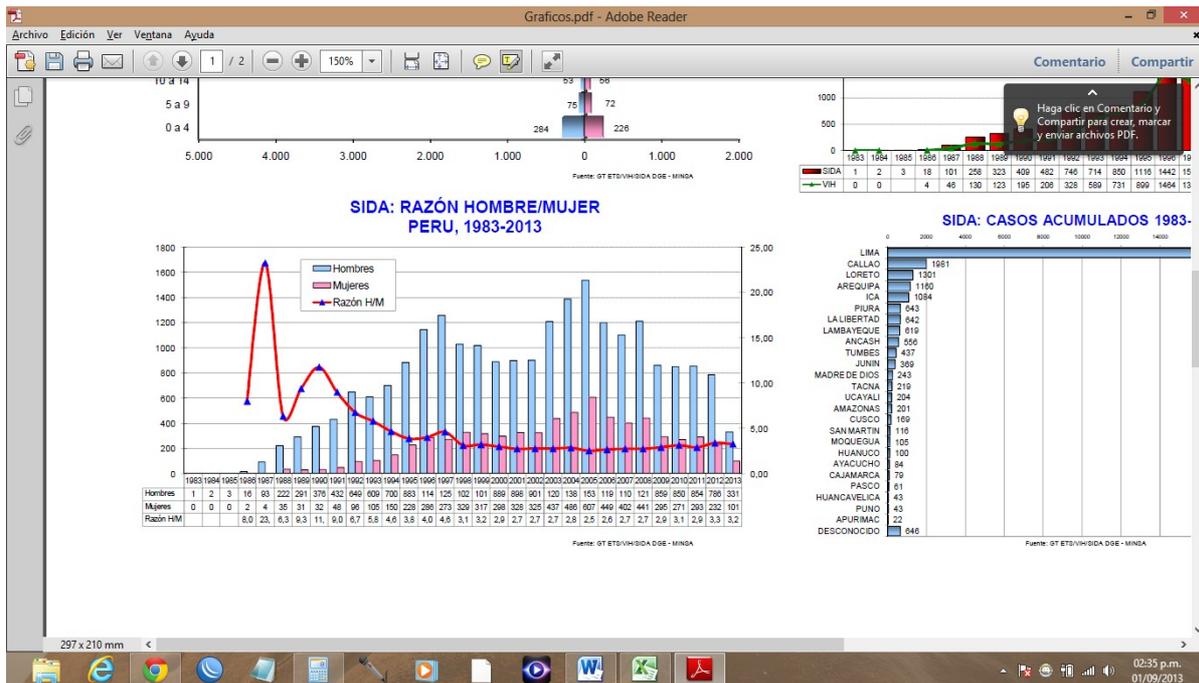
Al término de la primera mitad de los 90'el escenario político y social fue cambiando. El Perú se había sobrepuesto a las secuelas de la crisis económica que había dejado el gobierno de Alan García y había mantenido una estabilidad económica moderada; se acentuaba más las conductas antidemocráticas del régimen de turno y la sociedad peruana se presentaba más diligente con las consecuencias del Sida y su capacidad de inclusión de la enfermedad.

El Sida dejo de percibirse como una enfermedad que solo afectaba a sectores de la población socialmente marginados (homosexuales, prostitutas etc.) .El aumento de la transmisión heterosexual del VIH/Sida ⁻²¹el 50.4% de los casos reportados en 1995- está ligado proporcionalmente al aumento de los casos femeninos registrados en ese año que correspondía al 22.3% y se desprendía una proporción de que por cada 3.8 varones

21 Programa Nacional de Control de Sida y ETS; Setiembre 1985

con Sida existe una mujer con la mismas enfermedad y existía la posibilidad de que si esta se encontrara gestando pudiese contagiar a su futuro hijo(contagio perinatal)

Se advertía una sensación cada vez más grande de vulnerabilidad en la población ante la enfermedad y ante ello los paradigmas fueron cambiando, de manera lenta y desordenada, alejando los tabúes muy característicos de los primeros años de la presencia de la enfermedad en el país.



Es en ese contexto que nace El PROCETSS mediante una ²²Resolución Ministerial que modifico el nombre del Programa Especial de Control del Sida(PECOS) por el de Programa Nacional de Control de Enfermedades de Transmisión y Sida (PROCETSS) el cual tenía como objetivos prioritarios reducir la transmisión de las ETS/VIH ,poniendo énfasis en la prevención ; reducir el impacto individual y social de las ETS/VIH ; manifestando el compromiso social que se tiene por respetar la dignidad de los enfermos de VIH/Sida.

Es en 1996 se crea el ONUSIDA un Programa especializado contra el Sida , creado en la confluencia de agencias internacionales muy importantes : PNUD(Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo),UNESCO (Organización de las naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura), UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la infancia),la OMS y el Banco Mundial, que pretendían diseñar un Programa especializado que pudiera complementar sus coordinaciones y actividades de manera más institucional.

²² Resolución Ministerial Nº 235-96-SA/DM. Ministerio de Salud (1996)

Según cifras del PROCETSS hasta febrero de 1999 eran 3 994 las personas en el Perú viviendo con Sida oficialmente, y se estimaba que el número real debía estar entre el intervalo de 7 000 a 10 000 personas con la enfermedad y el número de infectados con el VIH entre 50 000 y 70 000 personas y que en promedio ocurrían dos casos nuevos de Sida a diario.

El dos de Abril de 1996 se aprobó por Resolución Ministerial la “Doctrina de Normas y Procedimientos para el Control de las ETS y el Sida en el Perú” y la “Estrategia prioritaria del PROCETSS: Diagnostico y Tratamiento de Enfermedades de Transmisión Sexual” nos resultan muy útiles para describir la mayor apertura democrática en el desarrollo de las Doctrinas y Estrategias de PROCETSS ; en el cual se pudo integrar de una mejor manera la presencia de actores no estatales tales como las ONG’S y Organismos Internacionales en aras de mejorar la eficacia de la Política Publica .

En la Resolución Ministerial que aprueba la creación de La Doctrina de Normas y Procedimientos para el Control de las ETS y el Sida en el Perú; se desprende del considerando “(...) *Es necesario uniformizar los principios y criterios de operación de las instituciones públicas y no publicas conformantes del Sector Salud, respecto a las actividades relacionadas con la prevención y el control del VIH Y ETS*” ; intrínsecamente desde su creación la doctrina priorizo el uniformizar los principios y criterios y trabajar en conjunto con organismos no estatales ; así mismo la “Estrategia prioritaria del PROCETSS: Diagnostico y Tratamiento de Enfermedades de Transmisión Sexual”

Otra disposición fue la “Doctrina de Normas y Procedimientos del Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre”, creada con el objetivo de obtener sangre segura de los hospitales.

La seriedad con la que se abordó este nuevo proyecto quedó evidenciado en la poca volatilidad de sus directores, al ejemplo, Alejandro Aguinaga Sánchez cumplió su labor directiva casi completa, es decir 5 años.

El 19 de Junio de 1996 se promulgó la Ley N° 26626 por la cual el Ministerio de Salud se hace cargo de la elaboración del “**Plan Nacional de Lucha Contra el Virus de la Inmunodeficiencia Humana el Sida y las Infecciones de Transmisión Sexual**”.

Se tuvo que esperar hasta el 17 de junio del año siguiente cuando por medio de un Decreto Supremo se aprobó el reglamento de la Ley y se incorporaron algunos asuntos no incluidos en primera instancia.

“Que las pruebas diagnosticadas de infección por el VIH solo podrán realizarse luego de una consejería ya autorización escrita de la persona; que no podrá condicionarse ningún tipo de atención medica o quirúrgica a la realización previa de exámenes , diagnósticos de VIH no debe ser requerida como condición para iniciar o mantener una relación laboral o educativa.

A diferencia de proyectos anteriores cuasi dependientes del financiamiento extranjero el PROCETSS contaba con un incremento económico presupuestal bastante significativo, ²³en 1995 el presupuesto destinado por el Estado para el PECOS fue de \$ 300 000 dólares y en 1997 la cifra alcanzo los \$ 2 300 000 dólares, Aunque el Estado no cubrió en su totalidad este presupuesto las dos terceras partes si lo fueron.

²⁴En 1999 el Presupuesto supero cualquier marca precedente \$6 450 000 dólares, aun con el significativo incremento resultaba insuficiente. El Perú no proporcionaba un tratamiento retroviral gratuito universal.

Organismos Internacionales manifestaron su ayuda a través de donaciones, por ejemplo el USAID lo hizo con un millón de dólares.

A partir de 1997 se publico **“CONTRASIDA INFORMA”** el boletín informativo del PROCETSS, el cual supo reivindicar en sus líneas términos peyorativos aplicados sobre las personas con VIH/Sida y las poblaciones vulnerables.

²⁵Se utilizo las frases de “Hombres viviendo con Sida” en lugar de “Sidosos”; en lugar de Homosexuales y Bisexuales por “Hombres que tienen sexo con otros hombres”; en lugar de presos se dice “Hombres privados de su libertad” y en vez de prostitutas “Trabajadoras Sexuales” y los “Grupos con elevada prevalencia de ETS y Sida (GEPETS) sustituyo a los “Grupos de riesgo”.

Aunque para algunos esto solo signifiquen “eufemismos bonitos” lo cierto era que los términos anteriores dada la connotación adquirida resultaban una ofensa a la dignidad de las personas con VIH/Sida valor principal del respeto por los Derechos Humanos, si bien es cierto estas medidas no erradicaban por completo viejos paradigmas, ni costumbres sociales, pero lograban disipar el daño que están ocasionaban en la dignidad de aquellas personas a los cuales se referían despectivamente.

El PROCETSS pronto entendió que el trabajar con adolescentes en materia de prevención se hacía urgente no solo debido a que estos iniciaban su actividad sexual a muy corta edad sino a la poca practica de una sexualidad responsable, uso de preservativos – y el desconocimiento de las ETS y Sida.

23 “El Sida: hay 23 millones de peruanos en riesgo de contraerlo” en el Comercio diciembre1,1995

24 El Comercio, diciembre 3,1998.

25 Entrevista al Viceministro de Salud “Alejandro Aguinaga, Estado versus Sida”, en Contrasida informa, Boletín Informativo del PROCETSS vol,1 N°3 (noviembre 1997)

Hasta 1997 el PROCETSS había registrado 219 casos de Sida en la adolescencia, en 1999 el 36% de los casos registrados en el país correspondían a adolescentes de entre 20 y 24 años.

El PROCETSS empezó a trabajar intensamente con este grupo poblacional analizando las dificultades que esta edad conlleva, problemas económicos, autoestimas, identidad etc.

El número de casos de Sida en mujeres había aumentado preocupantemente de 104 infectados en 1993, a 250 en 1996.

La relación entre hombres y mujeres con Sida también vario en esos años en 1992 había 7 hombres por cada mujer enferma con Sida, mientras que en 1996 la relación había bajado a cuatro y en 1998 descendió un poco más, a 3 hombres por cada mujer enferma de Sida (Razón hombre/mujer para casos de Sida”, en *contrasida informa*, Boletín)

El PROCETSS alentó la descentralización en su cobertura ya que era en provincia donde la ausencia de Vigilancia Epidemiológica se hacía más evidentemente, se crearon oficinas del PROCETSS en todo el país, en 1988, 30 de las 33 regiones y subregiones de Salud contaban con ellas.

Se empezó a desarrollar campañas de prevención de VIH/Sida con un registro epidemiológico mejor administrado.

Vale resaltar que en el Periodo del PROCETSS la presencia de las ONG'S como representante de la sociedad civil y actor político nacional más importante con respecto al VIH/Sida eran más notables, en gran parte porque la enfermedad había adquirido una mayor sensibilidad social ; pero también porque las mismas ONG'S habían adquirido una mayor institucionalidad ; a finales de 1997 se crea la “Red Sida Perú” que albergaba a ocho organizaciones : Vía Libre ,El Centro de Estudios de Problemas Económicos y Sociales de la Juventud (CEPESJU),El Instituto de Educación y Salud, La Asociación Kallpa; el Movimiento Homosexual de Lima (MOHL), la Asociación Benéfica Prisma .

Si bien es cierto se habían mejorado las prácticas de cooperación e interacción entre las ONG'S, como principal actor político y representante de las minorías sociales-Homosexuales, transexuales, personas viviendo con VIH Sida etc-y el Estado Autoritario peruano. Estas mejores condiciones para la gobernanza política no estaban enmarcadas dentro del desarrollo de una Gobernabilidad en democracia, por ende presentaban particularidades propias de un Autoritarismo.

Que se hayan mejorado las condiciones de “*gobernanza*” entre los actores extra estatales y el Estado y que por ende las ONG'S hayan podido participar de manera más efectiva en el desarrollo de las Políticas Publicas en el Sector Salud VIH Sida , no es el resultado de una apertura democrática, ni la ponderación de que una democracia bien institucionaliza con la presencia y respaldo de amplios sectores de la sociedad civil en el diseño de las Políticas de Estado asegura que estas queden vacunas contra grandes

errores y cuenten con una probabilidad relativamente alta de ser implementadas” como lo sugiere Guillermo O Donnell.

Esta mejora en las condiciones de la Gobernanza política obedeció más una suerte de imposición que una convicción democrática. La fuerte presión de los Organismos Internacionales por que se incluyera una mayor participación de actores extra- estatales en el desarrollo de los Programas que ellos financiaban, sumado a la insuficiencia estatal para el desarrollo de los mismos.

La presencia de las ONG'S resulto la respuesta menos nociva para sus intereses; integrando profesionales de calidad , oriundos de las ONG'S, en distintas áreas técnicas del Estado con el fin de despolitizar la toma de decisiones políticas y no poner en riesgo el régimen, ni compartir el liderazgo autoritario fue una característica muy particular de esta etapa y que no resulta excepción a la regla en las políticas diseñadas para la prevención , control y tratamiento del VIH Sida en el Perú en esos años.

2000-2010: DEPENDENCIA DEL FONDO MUNDIAL

Hacia los primeros años del nuevo milenio, nos presentaba el fin del Gobierno Autoritario de Alberto Fujimori y nos presentaba una apertura democrática con la elección de Alejandro Toledo como nuevo Presidente del Perú y también se da una transformación en la concepción de las Políticas Públicas sobre el VIH/Sida en el Perú; esto debido, en gran medida, a la influencia del Fondo Mundial de Lucha Contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria que creada en el año 2002 que busca financiar presupuestalmente a Programas que busquen prevenir y tratar enfermedades que posean un alto índice de mortandad.

El Fondo Mundial de Lucha Contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, a partir del 2003, se enteramente responsable del financiamiento de los Programas de prevención y tratamiento del VIH/Sida en el Perú, hasta la actualidad.

El Fondo Mundial estableció un receptor principal para la asignación de sus recursos en el Perú entre los años (2003-2009) lo fue CARE Perú (Cooperativa Americanas de Remesas al Exterior) el cual se encarga de la recepción de fondos y la asesoría técnica, es decir: el monitoreo de la implementación del desarrollo de los programas , es así que el 15 de noviembre de 2003 se da inicio al programa “Fortalecimiento de la Prevención y Control del VIH y SIDA y la tuberculosis en el Perú” el cual fue considerado como el proyecto más grande del Fondo Mundial en Tuberculosis en el Mundo y uno de los más grandes de VIH/Sida a nivel global.

²⁶Hasta la sexta ronda de financiamiento, entre el, 1 de Octubre de 2009 y el 31 de Marzo de 2010 el Fondo Mundial había comprometido alrededor de US\$ alrededor de US\$ 120 millones; presupuesto que había sido gerenciado por CARE Perú; convirtiéndose así en el segundo país que mayores recursos ha recibido en Latinoamérica y el Caribe, solo por debajo de Haití

Ser receptor principal , como se mencionó someramente líneas arriba, implica la recepción financiera de los fondos ; sino también la asesoría técnica, es decir: se encarga de monitorear la adecuada implementación del proyecto a cargo de múltiples ejecutores y de garantizar las metas propuestas, en especial minuciosidad en aquellas vinculadas con las responsabilidades de los Ministerios de Salud, Educación etc.

El modelo establecido por el Fondo Mundial de Lucha Contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, acerca de la distribución de recursos no solo presenta a los receptores principales , sino también a los sub receptores que implementan muchos de los lineamientos de los Programas; esos sub receptores son las ONG´S y los Grupos Comunitarios; que ciertamente nace con la idea de ser un modelo democrático de participación; pero que han presentado en la práctica resultados ambivalentes porque si bien es cierto estos agentes representantes de grupos comunitarios como Hombres que tienen sexo con otros hombres, o personas que viven con VIH/Sida conocen de mejor manera a sus propias comunidades y tienen mayor receptividad al llevar el mensaje de prevención ; pero también han adquirido responsabilidades que los Agentes comunitarios no están en capacidad de resolver, porque en su gran mayoría son activista ; recomendadas por las ONG´S pero que carecen de un nivel de preparación apto para el desempeño de las funciones.

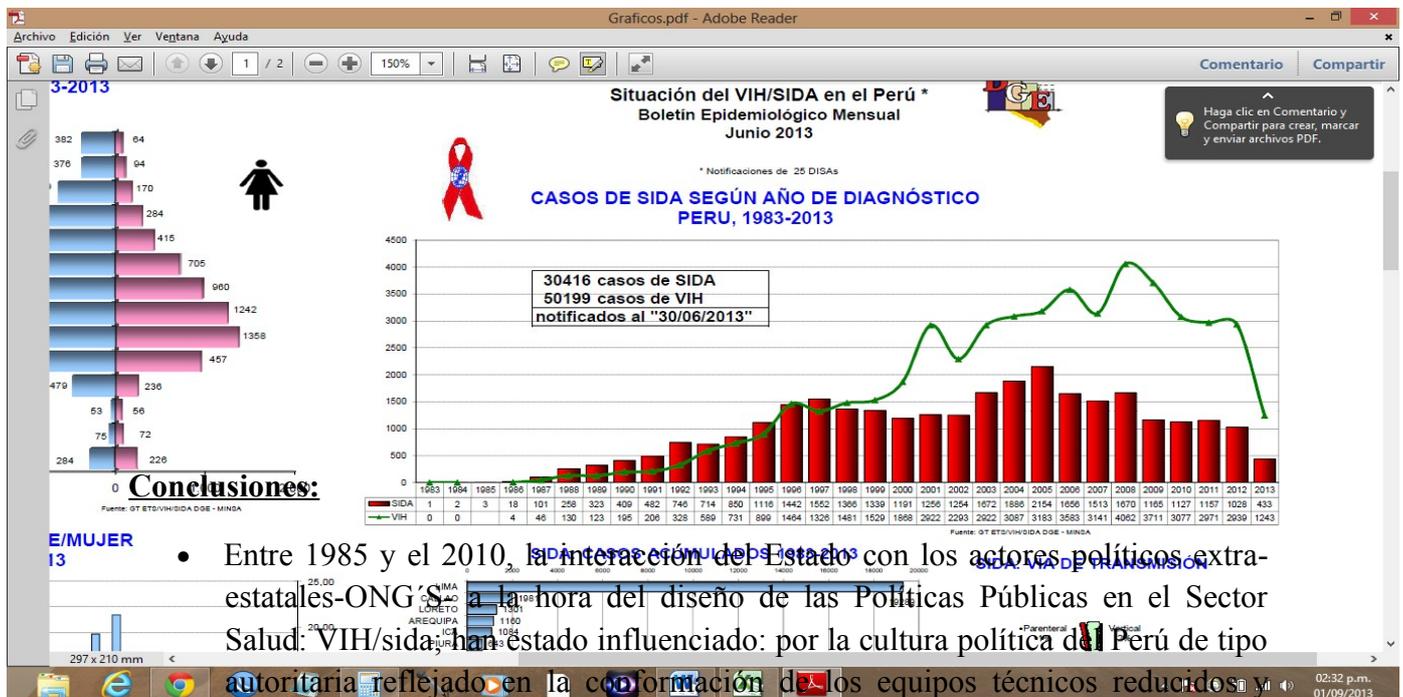
Se puede resaltar que en el periodo en donde CARE Perú fue el receptor principal se profundizaron en las campañas preventivas;” Tu Previenes, infórmate” “No pasa nada, discriminar es absurdo”; mejor distribución ,universalización y acceso del TARGA el cual hoy en día posee una cobertura del 90% incluyendo las personas privadas de su libertad, Coordinando estrechamente con el Consorcio correspondiente, la

Dirección de Tutoría y Orientación al Educando (DITOE) del Ministerio de Educación oficializo los “Lineamientos para la Educación Sexual integral-ESI” En el 2009, Los cuales son de aplicación obligatoria en las escuelas públicas del Perú etc.

Si bien es cierto Esta nueva concepción de los Programas permitió una mayor canalización de los fondos de cooperación internacional y una mejor distribución de los mismos; resultan valederos algunos cuestionamiento que sobre este recaen ; los

26 Informe Planes Nacionales y Multisectoriales; integrando recursos para la lucha contra el VIH y Sida en el Perú (6 Ronda)

sub-receptores ONG's han adquirido una importancia de sobremanera ya que gran parte de la implementación está bajo su responsabilidad; es decir el proceso de interacción entre el establecimiento de objetivos y las acciones emprendidas para alcanzarlos; dejando al Estado una participación mínima, solo limitada a la parte asistencial es decir a la atención de la persona cuando se manifiesta la ²⁷etapa avanzada de la infección por VIH :Sida.



27 En esta etapa se presenta un deterioro del Sistema Inmunológico y deja de funcionar de manera eficaz y trae como consecuencia la presencia de enfermedades oportunistas.

las Políticas Públicas en la última década. Las ONG'S han podido influir en el conjunto de políticas de Estado diseñadas para la prevención, control y tratamiento de las personas con VIH/Sida en el Perú; bregando por el respeto de sus derechos y un mejoramiento de la calidad de vida de los mismos.

- Las Organizaciones Internacionales, comprometidas con el Desarrollo Humano , entendiendo la importancia que representa la prevención , control y tratamiento de las personas con VIH/Sida en el mundo ,han sido actores políticos activos, recurrentes y constantes en la Formulación de Políticas Publicas en el Sector Salud: VIH/Sida en el Perú; influenciando a partir de Programas de cobertura internacional o financiando directamente los Programas dedicados a la prevención , control y tratamiento del VIH/Sida .
- La intervención Estado Peruano para con la mediante Políticas Publicas ha presentado problemas de formulación e implementación recurrentes y poco corregidos (utópica multisectorialidad de los Programas, un alcance reducido a nivel descentralizado etc.) .Es a partir del 2003 con la Presencia del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, Tuberculosis y Malaria y el financiamiento de los Programas de prevención y tratamiento del VIH/Sida en nuestro país que se ha evidenciado una mayor canalización y distribución de los fondos de la cooperación internacional que ha tenido como resultado una mejor alcance y efectividad en el cumplimiento de los objetivos del Programa (Cerca de 20 000 personas reciben el TARGA) , vale mencionar que la presencia Estatal se ha reducido considerablemente solo limitándose a la parte asistencial de los pacientes, manifestándose una mínima presencia en las etapas de formulación e implementación de los Programas, dejando en manos del Fondo Mundial la formulación y en los privados la implementación de los mismos.
- Solo en la medida que un Estado pondere la importancia de las minorías sociales –Homosexuales, transexuales, Personas viviendo con VIH, etc. y las incluya en un verdadera política de desarrollo de Estado con una verdadera voluntad política para desarrollar Políticas Publicas transversales y Multisectoriales, entonces el verdadero sentido de democracia dejara de descansar en el eufemismo del discurso y se evidenciara más tangible.

Bibliografía

Libros:

- Aguilar Villanueva, L. (2006) *Governanza y Gestión Pública*, México: Fondo de Cultura Económica
- Álvarez Rodrich, A. ed. (1993) *El Poder en el Perú*. Perú: Editorial Apoyo S.A
- Balbi, C. (1996) *El Fujimorismo: Delegación Vigilada y Ciudadanía*, Perú: Apoyo S.A
- Corcuera, R. (2006) *Exigibilidad del Derecho a la Salud: Acceso a atención, tratamiento e insumos en Salud Sexual y Reproductiva y VIH/Sida*. Perú: Editorial CIES

- Cueto, M. (2001) *Culpa y Coraje: Historia de las Políticas sobre el VIH/Sida en el Perú*. Perú: Consorcio de Investigación Económica y social/Universidad Peruana Cayetano Heredia
- Dador, J. (2010) *Perú: Políticas en sexualidad* .Perú: Fondo Editorial UNMSM
- Ewig, C. (2000) *Democracia diferida: un Análisis del proceso de reformas en el sector salud*, en Portocarrero, F (ed.) *Políticas Sociales en el Perú: Nuevos Aportes* .Perú: Red de Desarrollo de las Ciencias Sociales.
- Lahera, E. (2002) *Introducción Políticas Publicas*. Chile: Fondo de Cultura Económica Chiles S.A
- Laswell, H. (1994) *La Concepción emergente de la Ciencia Política*, en Aguilar Villanueva, L (ed.) *El Estudio de las Políticas Públicas* .México: Editorial Miguel Ángel Porrúa
- Manheim, H .y Rich,R.(1988) *Análisis Político Empírico*. España: Madrid Alianza
- O'Donnell, Guillermo. (1997), *¿Democracia Delegativa?*, en contrapuntos: ensayos escogidos sobre autoritarismo y democratización, Buenos Aires: Paidós
- Portocarrero, G; Ubilluz, J. y Vich, V. (2010) *Cultura Política en el Perú*. Perú: Red de Desarrollo de las Ciencias Sociales.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2006) *Aportes para la Gobernabilidad Democrática en el Perú. Los Desafíos inmediatos, Perú*. Tanaka Gondo, M; Barrantes Caceres,R.
- Tanaka, M. (2010) *El Estado, viejo desconocido. Visiones del Estado en el Perú* .Perú: Instituto de Estudios Peruanos.

Artículos:

- Prats i Catala, J (2001) *Gobernabilidad Democrática para el desarrollo humano .Marco conceptual y Analítico* .Perú: Revista Instituciones y Desarrollo, 10, pp.103-148
- Aguilar Villanueva, L (Oct. 2007) *El aporte de la Política Pública y de la Nueva Gestión Pública a la Gobernanza*. Venezuela: Revista del CLAD Reforma y Democracia, 39, pp.1-15
- Antogni, Juana (1993) *La epidemia del Sida en el Perú* .Perú: Revista Médica Herediana, 4, pp.209-210

- Gotuzzo Herencia,E (1994) *El Sida en el Perú, una década después .La importancia de la Transmisión Heterosexual*. Perú: Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna, 7, N° 2, pp.51-53
- Gotuzzo Herencia, E (2004) *La Epidemia del SIDA-Situación del Perú al 2005* .Perú: Revista Médica Herediana, 15, pp. 179-180
- Villan Durán, C (1994) *Los Derechos Humanos y el Sida* .Perú: Revista IIDH, 19, pp.141-155

Artículos en Internet

- Alza Barco (6-05-2011) *¿ Qué tipo de Políticas Públicas existen?*. Disponible en URL: <http://carlosalzarbarco.wordpress.com/2011/05/06/tipologia-de-politicas-publicas/> (consulta 23 de julio del 2013)
- *Preguntas y Respuestas sobre el VIH Sida* (Junio 2013). Disponible en <http://www.who.int/features/qa/71/es/> (Consulta 01 de abril 2013)

Informes, Guías, Planes etc.

- Análisis de la situación de la infección por el VIH/Sida en el Perú .Peru:PROCETSS/Ministerio de Salud
- El Programa Global sobre el SIDA de la Organización Mundial de la Salud (1988)
- Doctrina, Normas y Procedimientos para el Control de las ETS y el Sida en el Peru (1996).Perú, Pecos
- Guía Nacional de Consejería en ETS Y VIH Sida (1998).Perú, PROCETTS
- Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 para la Prevención y Control de las ITS, VIH y Sida (2007).Perú
- Informe sobre la epidemia mundial del Sida: Resumen de Orientación (2008).ONUSIDA

