



# Primera medición de Indicadores Línea de Base de VIH-SIDA

*Situación en el año 2006 del VIH-SIDA en el marco del Proyecto “Cerrando Brechas hacia el Logro de Los Objetivos del Milenio en TBC y VIH/Sida en el Perú. Propuesta con Enfoque de Descentralización Multisectorial Participativa”*



## Índice

<b>Resumen</b>	<b>3</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Del proyecto, estudio de LB y ejecutores</li><li>• De los hallazgos.</li><li>• De los indicadores.</li><li>• De la Metodología.</li><li>• De las conclusiones y recomendaciones.</li></ul>	
<b>Indicadores de Impacto: Objetivos 1, 2, 3, 4</b>	<b>9</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Resultados y Análisis</li></ul>	
<b>Objetivo 1</b>	<b>12</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Resultados y Análisis</li></ul>	
<b>Objetivo 2</b>	<b>16</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Resultados y Análisis</li></ul>	
<b>Objetivo 3</b>	<b>19</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Resultados y Análisis</li></ul>	
<b>Objetivo 4</b>	<b>22</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Resultados y Análisis</li></ul>	

### **ANEXOS:**

**Anexo 1: Informe del Sub-estudio “Medición de Línea de Base Objetivos 1 al 4 del Componente VIH” y anexos**

**Anexo 2: Anexo “Participación en Microempresa de Hogares de personas viviendo con VIH/Sida en cuatro ciudades del Perú, 2007” y anexos**



## Resumen

*Aun existen limitaciones para describir a cabalidad la situación de la epidemia debido en parte a que los indicadores de impacto no han sido actualizados sistemáticamente, no son recientes, no se refieren a muestras aleatorias o a poblaciones de referencia claras o ideales. Pero a pesar de esta limitación la información recopilada sugiere que la epidemia del VIH muestra patrones de estabilidad y que la mortalidad en PVVS esta disminuyendo. Reviste especial importancia el análisis demográfico de las poblaciones afectadas.*

### **Del proyecto, estudio de Línea de base y ejecutores.**

El programa “Cerrando Brechas: Hacia el Logro de los Objetivos de Desarrollo del milenio para TB y VIH/Sida en el Perú. Propuesta con enfoque de descentralización multisectorial participativa”, es financiado por el Fondo Mundial y conducido por la Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud – CONAMUSA. CARE Perú, es administrador del programa y responsable del monitoreo y del cumplimiento de las metas establecidas. El programa se inició el 1ro. de Setiembre de 2006, cuenta con consorcios / organizaciones ejecutoras (“sub-receptores”), encargadas de llevar a cabo las actividades de cada uno de los cuatro objetivos del programa en estrecha coordinación con las Contrapartes Técnicas.

En términos generales, el programa busca proteger a la población general del VIH y SIDA mediante el fortalecimiento de las estrategias de prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en poblaciones vulnerables, la disminución de la estigmatización y mejora de las capacidades de las personas viviendo con VIH y SIDA (PVVS) en la construcción de una respuesta integral al VIH y SIDA; bajo un enfoque descentralizador, multisectorial y de participación ciudadana. Para ello apoya las siguientes estrategias:

- Promoción: incremento del conocimiento sobre sexualidad saludable y salud reproductiva en mujeres y jóvenes de bases comunitarias.
- Prevención: conocimiento de la transmisión de ITS en población general y grupos con comportamientos de riesgo, por medio de actividades educativas y campañas de comunicación.
- Recuperación: acceso a tratamiento de enfermedades oportunistas; nuevos servicios extramuros.
- Rehabilitación: reducción del impacto social del VIH, por medio de actividades dirigidas a la atención integral de las familias afectadas, de niños huérfanos y otros niños vulnerables, por causa del VIH/SIDA; así como de campaña en medios masivos de comunicación para la reducción del estigma y la discriminación hacia afectados con VIH/SIDA.
- Fortalecimiento de Redes de PVVS: programa de fortalecimiento de la capacidad de gestión.

El estudio tuvo como finalidad realizar la medición y análisis de los indicadores de cada uno de los cuatro objetivos del programa al momento del inicio de la intervención.



Encargado de realizar la medición, mediante concurso de selección, fue la Facultad de Salud Pública y Administración, Unidad de Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Este documento es un resumen de los aspectos más importantes encontrados y para mayores detalles sobre los hallazgos, el lector puede referirse al informe original que se encuentra en los anexos de este documento.

## De los hallazgos

A continuación el resumen de los resultados obtenidos, del análisis de la situación de los indicadores de Impacto del Programa al inicio de la intervención:

Todavía no están disponibles los datos de vigilancia centinela del 2006, que generarán datos sobre incidencia de VIH en HSH. Información reciente de una publicación (Sánchez et al, 2007), basada en datos de vigilancia del 2002, estimó una incidencia global de **5.1** infecciones por persona-año de observación (IC 95%=3.1-8.3).

A falta de información de vigilancia epidemiológica entre gestantes, se utilizó la información proporcionada por la Hoja de Monitorización de la ESN PYC ITS/VIH/SIDA, que para 2006 reporta una prevalencia de infección de **0.3%**.

El porcentaje de personas que permanecen vivas al cabo de 12 meses de iniciar TARGA es de **90.7%**; cálculo basado en el Sistema Targuita del MINSA.

El cálculo del indicador de proporción de ITS en jóvenes y adolescentes hasta los 24 años de edad se planteó como una tarea compleja. La Base de Datos de Monitorización de Programas de la ESN ITS/VIH recoge datos sobre el número de jóvenes **diagnosticados** con ITS en CERITS, pero no de una **población de referencia** que permita estimar una proporción. Sin embargo, ante la ausencia de estudios de ITS en población general disponibles, se usa como valor aproximativo la información de personas atendidas que registra la Hoja de Monitorización, estimándose que la proporción de ITS en jóvenes y adolescentes hasta los 24 años de edad es de **4.31%**.

## De los indicadores

Código	Indicador	Fuente de los datos	Estimación del Indicador	
			Población/Muestra	Resultado
I1	Incidencia de VIH en HSH	Sánchez et al (JAIDS Febrero 2007) - Vigilancia Centinela 2002	1,358 HSH	5.1 (IC 95%=3.1-8.3) por cien personas-año de observación
I2	Prevalencia de VIH en gestantes	Hoja de Monitorización del MINSA 2006	290,399 gestantes tamizadas en CPN, parto o puerperio	0.3% (869/290399)
I3	% de personas que permanecen vivas al cabo de 12 meses de iniciar TARGA	Sistema Targuita del MINSA (actualizado hasta Febrero 2007)	3,686 personas que iniciaron TARGA De Mayo 2004 a Diciembre 2005	90.7% (340 fallecidos dentro de 12m)
I4	% de ITS en jóvenes y adolescentes hasta los 24 años de edad	Hoja de Monitorización del MINSA 2006	Población total objetivo estimada por el MINSA para el año 2006	352,499 (Valor absoluto) Ver texto para estimado en %.
E1	% de adolescentes (12-19 años) que utilizaron preservativo en la última relación sexual	Encuesta ad hoc 2006	266 adolescentes que tuvieron relaciones sexuales (de 1822)	42.4% 113/266



Código	Indicador	Fuente de los datos	Estimación del Indicador	
			Población/Muestra	Resultado
E2	% de jóvenes (20-24) que usaron preservativo en la última relación sexual para prevenir ITS	Encuesta ad hoc 2006	749 jóvenes que tuvieron RS en últimos 3 meses (de 1255)	37.3% (279/749)
E3	% de HSH abordable (TS) que usan preservativos en su última relación sexual (URS)	Encuesta ad hoc 2006	156 HSH entrevistados con RS en últimos 3 meses (de un total de 179)	92.9% (145/156)
E4	% de TS que utiliza preservativo en su última relación sexual (URS)	Encuesta ad hoc 2006	223 TS entrevistadas con RS en últimos 3 meses (de un total de 254)	94.2% (210/223)
E5	% de PPL que utiliza preservativo	Encuesta ad hoc 2006	696 PPL con RS en últimos 3 meses (de 1,126 PPL)	32.3% (225/696)
E6	% de PWVS que abandona TARGA dentro de los 12 meses de haber iniciado el tratamiento	Sistema Targuita MINSA 2006	3,686 personas que iniciaron TARGA De Mayo 2004 a Diciembre 2005	4.2% (154 casos de abandono dentro de 12 meses)
E7	% de la población (>19 años) que tiene actitud de aceptación a las PWVS y/o poblaciones vulnerables	Encuesta ad hoc 2007	2747 adultos y jóvenes entrevistados	49.7% 1,365/2,747
E8	% de personal de colegios que tiene actitud de aceptación a los niños WVS y otros vulnerables	Encuesta ad hoc 2007	582 docentes entrevistados	63.6% (370/582)
E9	Numero de familias de PWVS que incrementa su ingreso promedio familiar a través de microempresa	Encuesta ad hoc 2007	39 familias de PWVS con acceso a microempresas (de 548 PWVS entrevistados)	51.3% (20/39) 3.6% (20/548)
E10	% de personal de los establecimientos de salud que tiene actitud de aceptación hacia PWVS y otros vulnerables	Encuesta ad hoc 2007	74 trabajadores de salud (con trabajo directo con PWVS, de un total de 77).	81% 60/74
R1.1	% de adolescentes (12-19) mujeres y varones que tienen información sobre ITS y vida sexual saludable	Encuesta ad hoc 2006	1822 adolescentes de 12-19 años	61.8% (1127/1822)
R1.2	% de jóvenes (20-24) mujeres y varones que tienen información sobre ITS y vida sexual saludable	Encuesta ad hoc 2006	1255 jóvenes de 20-24 años	84.8% (1,064/1,255)
R1.3	% de pacientes que reciben diagnóstico y tratamiento, utilizando el modelo de manejo sindrómico de ITS, en centro de salud público	Hoja de Monitorización del MINSA 2006	487,834 registros	87% (424,770/487,834)
R1.4	Numero de profesionales de salud capacitados en manejo sindrómico de ITS	Encuesta ad hoc 2007	77 entrevistados 34 entrevistados eran población objetivo de capacitación	73.5% 25/34
R1.5	% de HSH abordables (TS) que acuden a AMP	(1) Hoja de Monitorización del MINSA (2) Encuesta ad hoc 2007	(1) 2544 registros (2) 179 HSH (TS) encuestados	(1) 64.7% (1,647/2,544) (2) 58.7% (105/179)
R1.6	% de TS que acuden a AMP	(1) Hoja de Monitorización del MINSA (2) Encuesta ad hoc	(1) 16,843 registrados (2) 254 TS encuestados	(1) 42.3% (7,132/16,843) (2) 43% (110/254)
R1.7	Numero de condones distribuidos a PPLs	Información consolidada por el INPE durante 2006: (1) Provenientes de FMSTM (2) Proveniente de otras fuentes	(1) 0 (2) 420,474	(1) 0 (2) 420,474
R1.8	% de mujeres (>24 años) que tiene información sobre ITS y vida sexual saludable	Encuesta ad hoc 2006	932 mujeres >24 años encuestadas	83.3% (776/932)



Código	Indicador	Fuente de los datos	Estimación del Indicador	
			Población/Muestra	Resultado
R1.10	% de PPL afectado por una ITS que recibe tratamiento sintomático	(1) Sistema HIS de EP (ex Lurigancho) 2006 (2) Encuesta ad hoc 2007	(1) 589 casos diagnosticados en 2006  (2) 1126 PPL encuestados (142 tuvieron sintoma o signo sugerente de ITS)	(1) 100%  (2) 52.8% (75/142)
R1.11	Numero de CERITS que brinda servicios con condiciones de calidad según normas	Lista de chequeo de CERITS ad hoc: Dos versiones (1) Sobre 35 items, y (2) Sobre 27 items) 2007	10 CERITS visitados e inspeccionados	(1) 0% (0/10)  (2) 50% (5/10)
R1.12	Numero de CERITS que cuenta con equipo de atención itinerante para AMP	Lista de chequeo de CERITS ad hoc 2007	10 CERITS visitados e inspeccionados	50% (5/10)
R1.13	Numero de mujeres de OSB que tiene información sobre ITS y vida sexual saludable	Encuesta ad hoc 2007	86 mujeres de OSB encuestadas	80.2% (69/86)
R2.1	Numero y % de miembros de de grupos familiares de PWVS que reciben atención integral	Encuesta ad hoc 2007	(1) --  (2) 548 PWVS adultos entrevistados. 153 PWVS reportan vivir con familiares. El total de familiares reportados por los 153 PWVS es 674.	(1) 0 % No existe norma de atención integral a familiares de PWVS; por lo que se puede estimar en CERO.  (2) 2.5% (17/674) En el mejor escenario y estimado indirectamente por encuesta a PWVS
R2.2	Numero y % de niños infectados con VIH/SIDA y afectados por el VIH/SIDA (incluyendo huérfanos por VIH/SIDA) que reciben atención integral	Encuesta ad hoc	(1) 51 Niños VIH(+) 21 de estos niños son huérfanos de al menos un padre  (2) 30 Niños VIH (-) 13 de estos niños son huérfanos de al menos un padre	(1) 7.8% (4/51) de Niños infectados  (2) 0% (0/30) de Niños afectados
R2.4	% de niños huérfanos por el VIH que reciben apoyo nutricional con curva ponderal normal de acuerdo a su edad	Encuesta ad hoc	21/51 (huérfanos en Niños VIH+)  13/30 (huérfanos en Niños afectados VIH-)	9.5% (2/21)  0% (0/13)
R3.1	% de OPWS que cuenta con instrumentos básicos y estratégicos de gestión	Lista de chequeo de OPWS ad hoc 2007	8 (6 de Lima, 1 de Iquitos y 1 de Chimbote)	0% (0/8)
R3.2	% de PWVS participando en la creación de microempresas	Encuesta ad hoc 2007	548 PWVS encuestadas (113 con familiar participando en microempresa)	5.3% (6/113)
R4.1	% de PWVS con TARGA que recibe consejería en prevención positiva	Encuesta ad hoc 2007	548 PWVS encuestados (469 en TARGA)	35.6% (167/469)
R4.2	Numero y % de PWVS en TARGA que reciben tratamiento para enfermedades oportunistas	Encuesta ad hoc 2007	(1) --	(1) 0% No existe norma de atención para proveer tratamiento gratuito por enfermedades oportunistas en PWVS; por lo que se puede estimar en CERO.



Código	Indicador	Fuente de los datos	Estimación del Indicador	
			Población/Muestra	Resultado
			(2) 548 PWS encuestados	(2)0% 0/76 (El denominador representa la demanda real estimada en la población encuestada)
R4.3	% de adherencia al tratamiento antiretroviral	(1) Encuesta ad hoc 2007 (2) Sistema Targuita del MINSa (Actualizado hasta Febrero 2007)	(1) 548 PWS encuestados  (2) 1452 PWS registrados en "Targuita" con información actualizada sobre adherencia	(1)94.5% 385+25/434  (2) 82.7% 1,201/1,452
R4.4	Número y % de personas viviendo con VIH en fase de inmunodeficiencia que reciben TARGA	(1) Encuesta ad hoc  (2) Sistema Targuita del MINSa	(1) 548 PWS encuestados    (2) 6856 registros	(1)95.9% 469/469+20 (469/489)  (2) 96% 6,595/6,856 Dato calculado proporcionado por MINSa

## De la metodología

El estudio se organizó en dos sub-estudios complementarios entre sí: Uno cuantitativo, orientado a estimar los indicadores de impacto, efecto y resultado del programa, y uno cualitativo, orientado a coleccionar y procesar información cualitativa que facilite la interpretación de los indicadores clave del programa.

### Estudio cuantitativo:

El estudio cuantitativo utilizó tanto fuentes primarias como secundarias. Para la recolección por fuente primaria se utilizaron cuestionarios diseñados específicamente para cada uno de los grupos poblacionales y objetivos, en tres de los cinco ámbitos de intervención principal del proyecto (Lima/Callao, Iquitos, y Chimbote). El recojo de la información empezó en Diciembre 2006.

Para los subgrupos de adolescentes, jóvenes y adultos, se desarrolló una encuesta en una muestra probabilística domiciliaria (utilizando muestreo bietápico por conglomerados). Para el subgrupo docente no se empleó un método probabilístico de muestreo, sino que se entrevistó a todos los docentes/tutores objeto de la capacitación de los centros seleccionados. De manera similar, en el caso de las encuestas rápidas en personas viviendo con VIH y niños huérfanos o afectados por VIH, así como las aplicadas en poblaciones TS y HSH, se coordinó con los establecimientos (hospitales o CERITS seleccionados) para invitar a los pacientes asistentes al servicio a participar en el estudio. Las encuestas a personal de salud se aplicaron a todo el personal de salud profesional de los servicios involucrados en atención integral de PVVS y los CERITS presentes.

Para el estudio de información sobre ITS y vida sexual saludable en mujeres de Organizaciones Sociales de Base, se tomó una lista de todas las organizaciones de base de mujeres en las ciudades de interés, realizándose un muestreo por conveniencia en cada ciudad, que consistió en contactar a dirigentes distritales, quienes convocaron miembros mujeres de OSB dentro de su jurisdicción en base a los padrones que ellas administran.



También, en base a una lista de las organizaciones de PVVS en las ciudades de interés, se aplicó un cuestionario a un representante de la organización seleccionada.

En relación al estudio en establecimientos penitenciarios, se seleccionó una muestra de personas privadas de libertad con por lo menos un año de permanencia en los establecimientos penales seleccionados. La muestra por cada penal y pabellón en cada penal tuvo un tamaño proporcional al tamaño de cada penal y población por pabellón.

Las bases de datos producto del estudio, registran los siguientes totales de encuestas efectuadas por fuente primaria:

Indicador	Tipo de Encuesta	LIMA	IQUITOS	CHIMBOTE	Reportado en el Informe
E1, R1.1	Adolescentes 12-19	671	616	535	1822
E1b, R1.1b	. Adolescentes 12-14	290	229	256	775
E1a, R1.1 <sup>a</sup>	. Adolescentes 15-19	381	387	279	1047
E7	Jóvenes y Adultos 20-49	850	900	997	2747
E2, R1.2	. Jóvenes 20-24	362	402	491	1255
E7a	. Adultos 25-49	488	498	506	1492
E3, R1.5	HSH	47	12	120	179
E3, R1.5	HSH no TS	32	88	12	132
E4, R1.6	TS	99	101	54	254
E5, R1.10	PPL	527	308	291	1126
E8	Docentes	201	120	261	582
E9, R2.1, R3.2, R4.1, R4.2, R4.3, R4.4	PVVS	367	120	61	548
E10, R1.4	Personal salud	54	13	10	77
R1.13	Mujeres de OSB	30	27	29	86
R1.11, R1.12	CERITS	8	1	1	10
R2.2, R2.4	PVVS niños/niñas	81	0	0	81
R3.1	Organizaciones PVVS	6	1	1	8

El indicador E9 (Número de familias de PVVS que incrementa su ingreso promedio familiar a través de microempresa), tiene como anexo el análisis "Participación en Microempresa de Hogares de Personas Viviendo con VIH/sida en cuatro ciudades del Perú, 2007. Un análisis a través del gasto del hogar", originado por la falta de datos respecto al ingreso y porque en economía, gasto e inversión familiar, resulta ser un indicador apropiado del bienestar y "proxy" del ingreso.

En cuanto a la información reportada por fuente secundaria, ésta provino de la Dirección General de Salud de las Personas del MINSA, específicamente de la Estrategia Sanitaria Nacional Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA.

### Estudio cualitativo:

El sub-estudio cualitativo buscó proporcionar información para comprender los hallazgos cuantitativos, orientándose a explorar las dimensiones sociales, culturales y políticas en los cuales el proyecto intervendrá. Se dirigió básicamente a recoger discursos desde la perspectiva de los propios actores sobre su realidad.

Las técnicas empleadas para la colección de la información fueron entrevistas en profundidad, entrevistas semi-estructuradas, grupos focales y autodiagnósticos participativos. Los ejes de análisis estudiados fueron: actitudes, comportamientos, conocimientos y percepciones. Para cada técnica y población se desarrollaron los



instrumentos diferenciados, pues las temáticas difieren y las estrategias metodológicas también consideraron la especificidad de las poblaciones involucradas.

La selección de los participantes fue por cuotas para cada subpoblación, y se convocó a 20 personas por cada aplicación, esperando la asistencia en promedio de 14 a 16 personas. La delimitación de sub poblaciones fue diferenciada es decir buscando la mayor heterogeneidad de condiciones y características de los participantes.

## De las Conclusiones y Recomendaciones

### Sobre la situación y tendencias de la epidemia de VIH y las ITS (general)

- Conclusiones: Existen limitaciones para describir a cabalidad la situación de la epidemia, pues los estimados de indicadores de impacto no han sido actualizados sistemáticamente, por lo que no son recientes (v.g. incidencia de HSH corresponde a 2002) o no se refieren a muestras aleatorias (v.g. prevalencia de VIH gestantes) o a poblaciones de referencia claras (v.g. ITS en jóvenes) o ideales (v.g. la mortalidad por VIH se estima sólo en personas en TARGA). Sin embargo, a pesar de estas limitaciones, la información sugiere que la epidemia de VIH muestra patrones de estabilidad en prevalencia e incidencia, y que la mortalidad en PVVS está disminuyendo. En el marco de esta estabilidad, hay grupos que mantienen una persistente condición de vulnerabilidad, particularmente el grupo de HSH que se dedica al comercio sexual.
- Recomendaciones: Coordinar las acciones del proyecto teniendo en cuenta que la expansión de la epidemia parte de condiciones de vulnerabilidad que deben ser claramente entendidas y enfrentadas. Es fundamental mejorar el sistema de información sobre la epidemia y su control, así como uniformizar los sistemas de registro.

### Sobre conocimientos y prácticas preventivas (Objetivo 1)

- Población general (incluyendo OSB)
  - Conclusiones: Prevalece un nivel elevado de información básica y conciencia sobre la existencia de riesgos, en el discurso, aunque en la práctica la frecuencia de protección (uso del preservativo) es limitada, siendo mayor en el grupo entre 15 y 19 años, y disminuyendo en edades posteriores.
  - Recomendaciones: Los mensajes preventivos para población general tienen que ser renovados en cuanto a su contenido, sus vehículos de diseminación y estrategias de comunicación. Es necesario explorar los nuevos formatos de transmisión de mensajes, especialmente entre adolescentes y adultos jóvenes. La población general no es un grupo homogéneo de parejas heterosexuales monógamas, sino que incluye a personas con comportamientos e identidades sexuales muy diversas, con variables niveles de vulnerabilidad, como las mujeres parejas de varones con conducta bisexual.
- Poblaciones vulnerables
  - Conclusiones: La conciencia de riesgo y frecuencia de protección es mayor en HSH y TSF en relación con la 'población general', aunque también se ve afectada por el acercamiento afectivo a otra persona y por la presunción de seguridad y confianza que la misma reporta; así como por el uso de drogas y de gran cantidad de alcohol en concomitancia con las relaciones sexuales. La información, conciencia de riesgo y frecuencia de protección son menores en PPL, por las condiciones fundamentalmente precarias y violentas en las que



viven. Las intervenciones preventivas no siempre toman en cuenta la sinergia entre la prevención y tratamiento del VIH/SIDA con la tuberculosis, problema altamente prevalente en estos grupos.

- **Recomendaciones:** Necesidad de incorporar, en el trabajo con HSH y TSF, estrategias que mejoren la frecuencia de protección enfrentando los limitantes actuales, y que permitan llegar a nuevos subgrupos de estas poblaciones. Para el trabajo con PPL es crucial desarrollar intervenciones en la cultura institucional del INPE y en el entorno de los establecimientos penitenciarios, que permitan dar sentido a los mensajes preventivos. Es necesario integrar las estrategias de prevención en estos grupos de mayor vulnerabilidad con otras intervenciones del FG, como son las destinadas a hacer frente a la tuberculosis; en estos grupos es mayor la presencia de formas resistentes en ambos daños.

### **Sobre CERITS y atención médica periódica (Objetivo 1)**

- **Conclusiones:** En general, los CERITS cuentan con un buen nivel de equipamiento en el momento actual, aunque ninguno cumplió con todos los criterios establecidos por el instrumento de verificación. Un 50% de CERITS cuenta con equipo itinerante en el momento actual. Un 75% de médicos ha sido capacitado en manejo sindrómico de ITS. Las estrategias de trabajo de los CERITS (promoción de pares y atención médica periódica) requieren ajustes, desde la perspectiva de los usuarios. Existe un heterogéneo desarrollo y funcionamiento de los CERITS en Lima/Callao respecto del que existe en Chimbote e Iquitos.
- **Recomendaciones:** Es conveniente desarrollar una evaluación de las estrategias de promoción de pares y atención médica periódica para la realización potencial de ajustes. Debe consensuarse mejor la norma técnica sobre equipamiento y características de los CERITS (Por ejemplo lo referido a capacidad de procesar ELISA para Chlamydia). Las tareas de los CERITS debieran orientarse a hacer sinergia con las que realizan otras intervenciones del FG, como las que se desarrollan para hacer frente a la tuberculosis, en especial a sus formas más resistentes, que suele encontrarse en portadores de VIH. Es necesario fortalecer el sistema de notificación y vigilancia de infecciones oportunistas, incluyendo el impacto económico en los gastos de bolsillo de la población atendida.

### **Sobre el entorno social (estigma y discriminación) (Objetivo 2)**

- **Conclusiones**
  - **Población general:** El discurso discriminatorio mantiene niveles elevados (casi la mitad de la población), particularmente en Lima (más del 50% en todos los grupos de edad) y en los grupos de mayor edad en ciudades del interior del país. El estudio cualitativo revela que el estigma que pesa sobre el VIH se basa en significados complejos de exclusión por temor, condena moral frente a la diferencia sexual, o limitado entendimiento de infección por VIH.
  - **Trabajadores de salud y docentes:** Las actitudes discriminatorias parecen ser algo menos frecuentes, aunque las fuentes de estimación de los indicadores se refieren a las poblaciones con las que trabajan y/o respecto de cuya aceptación han recibido múltiples mensajes, por lo cual no se descarta un sesgo de deseabilidad social (particularmente frente a la presunción de que eran objeto de evaluación profesional). A pesar de la amplia información disponible, el personal de salud involucrado en la atención de población vulnerable todavía mantiene prejuicios y formas latentes de estigmatización a las poblaciones con prácticas de riesgo o actualmente enroladas en el TARGA (19% mostró aceptación baja). La discriminación es claramente menor en el caso de los niños/as, dado el discurso de 'víctimas inocentes' presente desde el inicio de la epidemia.



- **Recomendaciones:** Las intervenciones planteadas sobre el estigma deben dar cuenta de sus raíces. Para asegurar un abordaje profundo del tema de estigma, sería conveniente un proceso de reflexión colectiva que involucre a todos los actores, particularmente en el sistema educativo, involucrando también a los padres de familia. Es necesario conocer en mayor profundidad el tipo de intervenciones que mostrando evidencias de impacto, harían frente a los prejuicios y tendencias a la estigmatización por parte del personal de salud. Se debe profundizar el estudio de los mecanismos de auto-exclusión y auto-marginación de las poblaciones con prácticas de riesgo o actualmente enroladas en el programa TARGA del MINSA.

### **Sobre la situación de las PVVS (Objetivos 2, 3 y 4)**

- **Adultos (incluyendo familias)**
  - **Conclusiones:** La mortalidad a los 12 meses es elevada (1 en 10) pero incluye a personas que ingresaron al programa en condición crítica y que a veces murieron a los días de iniciado el tratamiento. La tasa de abandono de TARGA a los 12 meses se mantiene en 5%. La tasa de adherencia es de 90% en el sistema TARGA y de 97% en la encuesta, y las diferencias pueden explicarse por una diferente medición de la adherencia (dato administrativo vs. cifra reportada) y tal vez por sesgos de deseabilidad social. El nivel de acceso a atención integral familiar y a microempresas es aún muy bajo, como corresponde al inicio de nuevas acciones. La información disponible revela aumentos notables en el acceso a TARGA en el último año.
  - **Recomendaciones:** Es necesario desarrollar mejores fuentes de información permanente para el programa de atención integral, así como de las tendencias de su demanda potencial. Debe considerarse incluir acotaciones en el indicador de mortalidad, separando a las personas que ingresaron al TARGA de manera tardía y en condición crítica. Explorar en mayor profundidad los condicionantes y determinantes, tanto del no enrolamiento como de la deserción en el TARGA, como paso previo para las intervenciones que les harán frente y garantizarán su acceso; explorar barreras tales como gastos del bolsillo de la población beneficiaria.
- **Niños**
  - **Conclusiones:** El acceso a información sobre niños es particularmente difícil, planteando aún más claramente la necesidad de un sistema de monitoreo. La atención integral en niños VVS, así como el apoyo nutricional, son actualmente infrecuentes; en niños afectados son inexistentes.
  - **Recomendaciones:** Es importante definir la pertinencia de la actual definición de atención integral en niños PVVS.
- **Organizaciones de PVVS**
  - **Conclusiones:** Las organizaciones de PVVS han alcanzado grados diversos de formalización institucional, siendo en su mayoría organizaciones de voluntarios. Ofrecen oportunidades para el desarrollo de las estrategias del proyecto. Requieren de apoyo para fortalecimiento institucional, particularmente para el desarrollo de tareas de vigilancia ciudadana y de opciones de emprendimiento económico.
  - **Recomendaciones:** Promover una más amplia discusión sobre las expectativas de desarrollo institucional para distintos tipos y finalidades de OPVVS. La implementación de las estrategias del proyecto debería pasar por la generación de consensos con OPVVS de las varias regiones. Preparar un censo/directorio de OPVVS, de modo que cuenten también con mecanismos de soporte que apunten a su acreditación y fortalecimiento institucional.



### **Sobre la disponibilidad de información y la situación de los indicadores (general)**

- **Conclusiones:** La ejecución de estas mediciones se planteó como una tarea muy compleja, por la dificultad de acceso a mucha de la información o a las poblaciones de las encuestas rápidas (debido a requerimientos administrativos). No se cuenta con un grupo de indicadores principales que permita a los tomadores de decisiones un adecuado monitoreo de la situación y tendencias de la epidemia de VIH/SIDA, así como de las estrategias preventivas y recuperativas para hacerle frente.
- **Recomendaciones:** Promover una amplia discusión sobre los indicadores de mayor interés desde el punto de vista de los decisores, de activistas, y de las mismas PVVS, sea individual como organizadamente. Mantener las metodologías de evaluación durante la ejecución del programa para poder garantizar la comparabilidad de los resultados alcanzados.



## Indicadores de Impacto y Efecto

### *Intervención directa en la población.*

#### Resultados

Código	Indicador	Fuente de los datos	Estimación del Indicador	
			Población/Muestra	Resultado
E1	% de adolescentes (12-19 años) que utilizaron preservativo en la última relación sexual	Encuesta ad hoc 2006	266 adolescentes que tuvieron relaciones sexuales (de 1822)	42.4% 113/266
E1a	% de adolescentes (15-19 años) que utilizaron preservativo en la última relación sexual para prevenir ITS	Encuesta ad hoc 2006	248 adolescentes 15-19 que tuvieron relaciones sexuales (de 1047)	44% (109/248)
E1b	% de adolescentes (12-14 años) que utilizaron preservativo en la última relación sexual para prevenir ITS	Encuesta ad hoc (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 2006	18 adolescentes 12-14 que tuvieron relaciones sexuales (de 775)	22.2% (4/18)
E2	% de jóvenes (20-24) que usaron preservativo en la última relación sexual para prevenir ITS	Encuesta ad hoc 2006	749 jóvenes que tuvieron RS en últimos 3 meses (de 1255)	37.3% (279/749)
E3	% de HSH abordable (TS) que usan preservativos en su última relación sexual (URS)	Encuesta ad hoc 2006	156 HSH entrevistados con RS en últimos 3 meses (de un total de 179)	92.9% (145/156)
E4	% de TS que utiliza preservativo en su última relación sexual (URS)	Encuesta ad hoc 2006	223 TS entrevistadas con RS en últimos 3 meses (de un total de 254)	94.2% (210/223)
E5	% de PPL que utiliza preservativo	Encuesta ad hoc 2006	696 PPL con RS en últimos 3 meses (de 1,126 PPL)	32.3% (225/696)
E6	% de PVVS que abandona TARGA dentro de los 12 meses de haber iniciado el tratamiento	Sistema Targuita MINSA 2006	3,686 personas que iniciaron TARGA De Mayo 2004 a Diciembre 2005	4.2% (154 casos de abandono dentro de 12 meses)
E7	% de la población (>19 años) que tiene actitud de aceptación a las PVVS y/o poblaciones vulnerables	Encuesta ad hoc 2007	2747 adultos y jóvenes entrevistados	49.7% 1,365/2,747
E7a	% de la población (>24 años) que tiene actitud de aceptación a las PVVS y/o poblaciones vulnerables	Encuesta ad hoc 2007	1492 adultos entrevistados	46.9% (707/1492)
E7b	% de la población (20-24 años) que tiene actitud de aceptación a las PVVS y/o poblaciones vulnerables	Encuesta ad hoc 2007	1255 jóvenes 20-24 entrevistados	52.4% (658/1255)
E8	% de personal de colegios que tiene actitud de aceptación a los niños VVS y otros vulnerables	Encuesta ad hoc 2007	582 docentes entrevistados	63.6% (370/582)
E9	Numero de familias de PVVS que incrementa su ingreso promedio familiar a través de microempresa	Encuesta ad hoc 2007	39 familias de PWS con acceso a microempresas (de 548 PVVS entrevistados)	51.3% (20/39) 3.6% (20/548)
E10	% de personal de los establecimientos de salud que tiene actitud de aceptación hacia PVVS y otros vulnerables	Encuesta ad hoc 2007	74 trabajadores de salud (con trabajo directo con PVVS, de un total de 77).	81% 60/74



## Análisis de Resultados

**Indicador I1 Incidencia de VIH en HSH.-** Los datos de vigilancia centinela del 2006 para esta población, que generarán datos sobre incidencia estimados por el método de EIA sensible-menos sensible, no están disponibles. Sin embargo, estimaciones similares para el 2002 acaban de ser disponibilizadas a través de una publicación (Sánchez et al, 2007). Esta prueba estima la incidencia comparando dos versiones de distinta sensibilidad de la prueba EIA VIH, identificando, entre los positivos, los recientemente infectados. Para esto se utilizó los datos de vigilancia en 1,358 HSH de Lima, Iquitos, Pucallpa, Arequipa y Piura-Sullana. La incidencia global fue de 5.1 infecciones por persona-año de observación (IC 95%=3.1-8.3).

**Indicador I2 Prevalencia de VIH en gestantes.-** A falta de información de vigilancia epidemiológica entre gestantes, se utilizó la información proporcionada por la Hoja de Monitorización de la ESN PYC ITS/VIH/SIDA, que para 2006 reporta, de 290,399 gestantes, una prevalencia de infección de 0.3% (869/290,399). Esta proporción revela una gran estabilidad respecto de los años anteriores, aunque debe recordarse que no es calculada a partir de una muestra aleatoria, sino de una base de datos de monitoreo programático.

**Indicador I3 Proporción de personas que permanecen vivas al cabo de 12 meses de iniciar TARGA.-** Las cifras de mortalidad a los 12 meses, para quienes ingresaron al programa en 2004 o 2005, revelan que 1 de cada 10 personas falleció. Sin embargo, la revisión del tiempo de sobrevivida, en algunos casos de pocos días, sugiere que algunas personas ingresaron al programa en una situación de salud precaria. Se sugiere que el indicador introduzca algún tipo de filtro para casos que al momento de inicio del tratamiento tenían muy mal pronóstico.

**Indicador I4 Proporción de ITS en jóvenes y adolescentes hasta los 24 años de edad.-** La Base de Datos de Monitorización de Programas de la ESN ITSVIH recoge datos sobre el número de jóvenes **diagnosticados** con ITS en CERITS, pero no de una **población de referencia** que permita estimar una proporción. Ante la ausencia de estudios de ITS en población general disponibles, el numerador del indicador que se sugiere usar es la población que usa los servicios. Un cálculo basado en número de personas atendidas que registra la Hoja de Monitorización, estima que la proporción de ITS en jóvenes y adolescentes hasta los 24 años de edad es de **4.31%**.

**Indicador E1 Proporción de adolescentes (12-19 años) que utilizaron preservativo en la última relación sexual.-** Este indicador fue estimado a través de dos versiones de la encuesta domiciliaria en adolescentes (para jóvenes 12-14 y para jóvenes 15-19), conformando dos sub-estratos de 775 y 1049 personas, respectivamente. Sólo 18 de los primeros y 248 de los segundos refirieron haber tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses. Entre ellos, la frecuencia de uso de preservativo en la última relación sexual fue relativamente baja, 22.2% y 44% respectivamente. Para todo el rango de edad el porcentaje de uso es de 42.4%. Posiblemente quienes se inician a edades menores tienen una mayor dificultad para incorporar tempranamente el uso del condón, mientras que los del grupo de mayor edad ya habrían tenido tiempo para incorporarlo.

**Indicador E2 Proporción de jóvenes (20-24) que usaron preservativo en la última relación sexual para prevenir ITS.-** La frecuencia de uso reportada en este grupo es algo



menor a la reportada en el grupo de 15 a 19, reflejando posiblemente una mayor frecuencia de relaciones de pareja estable que usualmente implican el abandono del uso del condón, con o sin la incorporación de otros métodos de planificación familiar. El estudio cualitativo muestra que en el imaginario existe resistencia al uso consistente, aunque sea conocido su beneficio de protección, y las actitudes de los y las jóvenes con respecto al uso del condón sean bastante positivas. Las mujeres aluden a un aspecto importante que es la presión de la pareja para no utilizar el condón, lo que podría estar indicando que ellas todavía no estarían preparadas a negociar su utilización. Hay poca información aún sobre las ITS.

**Indicador E3 Proporción de HSH abordables (TS) que usan preservativos en su última relación sexual.-** Se indagó si la última relación sexual en los últimos 6 meses fue protegida, resultando un 92.9% de respuestas positivas. Este estimado se realizó en base a los datos recogidos de población HSH que se autodefine como trabajador sexual (“abordable”). También se recogió datos sobre el uso del condón en población HSH que no son trabajadores sexuales, y el resultado fue 81.8%. El estudio cualitativo muestra que existe una percepción de alto riesgo de contraer ITS y VIH, existe una valoración positiva del condón, pero su uso no es consistente relacionado a la opción del placer, a no perder la oportunidad de un contacto sexual valorado, la pérdida de conciencia del riesgo cuando se consume alcohol o drogas y la debilidad para negociar el uso del condón en sexo por intercambio.

**Indicador E4 Proporción de TS que utiliza preservativo en su última relación sexual (URS).-** Entre 254 entrevistadas, el uso reportado del condón fue de 94%, siendo menor a 90% en Iquitos y 98.2% en Lima. Según el estudio cualitativo, existiría una valoración positiva del condón en el entorno del trabajo sexual por parte de las trabajadoras sexuales relacionada al profesionalismo de la labor y al autocuidado, resistencia de los clientes al uso de condón y disposición a no usar condón con aquellos clientes frecuentes y conocidos que se perciben como contactos de bajo riesgo. Por otro lado, existiría consistencia en el no uso de condón con las parejas sentimentales, relacionado a la percepción de bajo riesgo y la debilidad argumentativa y de recursos de poder para negociar su uso en este espacio.

**Indicador E5 Proporción de PPL que utiliza preservativo.-** La proporción de uso de preservativo entre los PPL es relativamente baja; de 1,126 PPL entrevistados, 696 refirieron haber tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses, y de ellos 225 usaron condón (32.3%). La percepción de los entrevistados es que el condón es incómodo. Se podría deducir que permanece la costumbre de no usarlo con la pareja estable o con alguien conocido. Se perciben pocas acciones preventivas, incluido el acceso a condones.

**Indicador E6 Proporción de PVVS que abandona TARGA dentro de los 12 meses de haber iniciado el tratamiento.-** El análisis de la base de datos del Programa TARGA revela que, de 3686 personas que ingresaron al mismo entre mayo de 2004 y diciembre de 2005, 154 casos (4.2%) abandonaron tratamiento dentro de los 12 meses de ingresados. La mayor parte de abandonos ocurre tempranamente.

**Indicador E7 Proporción de la población (>19 años) que tiene actitud de aceptación a las PVVS y/o poblaciones vulnerables.-** El análisis por grupo de edad, muestra un 46.9% de aceptación en el rango de edad mayor a 24 años y un 52.4% de aceptación en el rango de edad de 20 a 24 años. Podría haber un efecto generacional, que se observa en Iquitos y



Chimbote, pero no en Lima. El porcentaje global de la actitud de aceptación, para toda la población mayor a 19 años, es de 49.7%. Los hallazgos cualitativos muestran que la existencia de la estigmatización es percibida por la población denominada general; sin embargo, se reproducen al mismo tiempo disposiciones de culpabilización y desacreditación de las PVVS. Complementariamente se identifica que al interior de las poblaciones VVS, se instituye una suerte de jerarquización de los grupos involucrados atendiendo a una suerte de sumatoria de características desacreditantes, siendo las trabajadoras sexuales y los travestis los últimos escalones en la gradiente; posiblemente en ese orden.

**Indicador E8 Proporción de personal de colegios que tiene actitud de aceptación a los niños VVS y otros vulnerables.-** Aunque el porcentaje que muestra actitud de aceptación es 63.6%, las actitudes de los docentes son más negativas en Lima que en las otras dos ciudades, similar a lo encontrado en población general. Esta diferencia puede estar reflejando, en parte, el impacto de la capacitación del primer proyecto de SIDA financiado por el FMSTM, aunque puede también reflejar cierto sesgo de deseabilidad social dada la contingencia de una evaluación docente. El estudio cualitativo muestra que en general los niños aparecen como los menos atemorizantes, al interior de los subgrupos que conforman las poblaciones VVS, porque en el imaginario “no han hecho nada para estar así”. Aunque en el discurso se habla de una actitud de aceptación frente a la posibilidad de tener niños VVS en sus colegios, se refiere que la mayoría de los colegios no aceptaría que un alumno VIH positivo estudiara; siendo posible un rechazo por la presión que los padres de familia ejerzan. Esta limitación planteada por los docentes, podría sin embargo, estar encubriendo la permanencia muy refinada del estigma hacia los niños VVS.

**Indicador E9 Número de familias de PVVS que incrementa su ingreso promedio familiar a través de microempresa.-** De 548 entrevistados, 39 PVVS refirieron tener algún familiar que desarrolla actividades en alguna microempresa. De los 39, un total de 20 reportaron incremento del ingreso familiar atribuido a su participación en microempresa (51.3%). El análisis a través del gasto confirma este resultado. El estudio cualitativo anota que un cambio significativo en el discurso de las PVVS es la percepción de futuro, esto podría estar directamente relacionado con la esperanza de vida percibida a partir del acceso a TARGA; se encuentran en los discursos intenciones de estudiar, trabajar, organizarse, ayudar entre otras actividades potencialmente a ser realizadas. En este escenario, poder abastecerse autónomamente de recursos para cubrir sus necesidades vitales básicas y no básicas, resulta no sólo una consecuencia lógica, sino un interés mayor y hasta un imperativo. En algunos entrevistados hay resistencia a vivir de donaciones, que plantean afecta la autoestima y la consecución de mejores condiciones de vida.

**E10 Proporción de personal de los establecimientos de salud que tiene actitud de aceptación hacia PVVS y otros vulnerables.-** 74 de 77 entrevistados, reportaron tener contacto frecuente con población vulnerable usuaria de los servicios de salud. La aceptación “alta” o “intermedia” fue reportada en 81% de casos (60/74). En el resultado, podría haber influido respuestas fruto de la deseabilidad social; por lo que serían necesarias otras técnicas de observación, como el paciente simulado, lista de chequeo para la observación participante, y otros, como también conocer las percepciones de los propios usuarios de los servicios de salud. En el estudio cualitativo, la disposición racional inicial a las PVVS es de tolerancia y respeto de derechos, pero las actitudes planteadas marcan diferencia entre las subpoblaciones, coincidiendo que las de mayor dificultad de atención serían los homosexuales y las trabajadoras sexuales a quienes se les atribuye de exigentes y conflictivos. Existiría una disyuntiva en el uso de un código “blanco” o especial para



discriminar a la PVVS y tener mayores cuidados. En una escala de menor a mayor en generación de temor y recelo en el imaginario del personal de salud estarían: Mujeres y mujeres gestantes (no generan recelo, ni temor), adolescentes y jóvenes (no generan recelo, ni temor), adolescentes y jóvenes con VIH, Trabajadoras Sexuales sin VIH, Trabajadoras Sexuales con VIH, homosexuales y travestis sin VIH, homosexuales y travestis con VIH. Esta gradación estaría reproduciendo en buena medida la escala de estigmatización social de estas poblaciones.



## Objetivo 1

### *Prevenir la transmisión del VIH-SIDA mediante la disminución de las ITS*

#### Objetivos específicos

Prevenir la transmisión de VIH / SIDA mediante la disminución de las ITS por medio de campañas de comunicación, dirigidas a mujeres de bases comunitarias y adolescentes y jóvenes menores de 24 años, en donde se promuevan estilos de vida sexual saludable y de prevención de las ITS, en un marco de equidad y respeto a los derechos humanos. También busca mejorar la atención integral de los HSH y TS en los Centros de Referencia para ITS (CERITS), fortaleciendo a éstos con equipamiento y acondicionamiento mínimo, insumos y medicamentos para la atención médica periódica. Las actividades incluyen elaboración de spots radiales y televisivos, distribución de rotafolios y folletos dirigidos a jóvenes menores de 24 años y mujeres así como población HSH y TS, distribución de 3'000,000 de condones a PPLs, implementación del manejo sintomático de las ITS en Centros Penitenciarios del país y en Centros de Salud Periféricos.

#### Resultados

Código	Indicador	Fuente de los datos	Estimación del Indicador	
			Población/Muestra	Resultado
R1.1	% de adolescentes (12-19) mujeres y varones que tienen información sobre ITS y vida sexual saludable	Encuesta ad hoc 2006	1822 adolescentes de 12-19 años	61.8% (1127/1822)
R1.1.a	% de adolescentes (15-19) mujeres y varones que tienen información sobre ITS y vida sexual saludable	Encuesta ad hoc 2006	1047 adolescentes de 15-19 años	75.5% (790/1,047)
R1.1.b	% de adolescentes (12-14) mujeres y varones que tienen información sobre ITS y vida sexual saludable	Encuesta ad hoc (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 2006	775 adolescentes de 12-14 años	43.5% (337/775)
R1.2	% de jóvenes (20-24) mujeres y varones que tienen información sobre ITS y vida sexual saludable	Encuesta ad hoc 2006	1255 jóvenes de 20-24 años	84.8% (1,064/1,255)
R1.3	% de pacientes que reciben diagnóstico y tratamiento, utilizando el modelo de manejo sintomático de ITS, en centro de salud público	Hoja de Monitorización del MINSa 2006	487,834 registros	87% (424,770/487,834)
R1.4	Numero de profesionales de salud capacitados en manejo sintomático de ITS	Encuesta ad hoc 2007	77 entrevistados 34 entrevistados eran población objetivo de capacitación	73.5% 25/34
R1.5	% de HSH abordables (TS) que acuden a AMP	(1) Hoja de Monitorización del MINSa (2) Encuesta ad hoc 2007	(1) 2544 registros (2) 179 HSH (TS) encuestados	(1) 64.7% (1,647/2,544) (2) 58.7% (105/179)
R1.6	% de TS que acuden a AMP	(1) Hoja de Monitorización del MINSa (2) Encuesta ad hoc	(1) 16,843 registrados (2) 254 TS encuestados	(1) 42.3% (7,132/16,843) (2) 43% (110/254)



Código	Indicador	Fuente de los datos	Estimación del Indicador	
			Población/Muestra	Resultado
R1.7	Numero de condones distribuidos a PPLs	Información consolidada por el INPE durante 2006: (1) Provenientes de FMSTM (2) Proveniente de otras fuentes	(1) 0	(1) 0
			(2) 420,474	(2) 420,474
R1.8	% de mujeres (>24 años) que tiene información sobre ITS y vida sexual saludable	Encuesta ad hoc 2006	932 mujeres >24 años encuestadas	83.3% (776/932)
R1.10	% de PPL afectado por una ITS que recibe tratamiento sintromico	(1) Sistema HIS de EP (ex Lurigancho) 2006  (2) Encuesta ad hoc 2007	(1) 589 casos diagnosticados en 2006	(1) 100%
			(2) 1126 PPL encuestados (142 tuvieron sintoma o signo sugerente de ITS)	(2) 52.8% (75/142)
R1.11	Numero de CERITS que brinda servicios con condiciones de calidad según normas	Lista de chequeo de CERITS ad hoc: Dos versiones (1) Sobre 35 items, y (2) Sobre 27 items) 2007	10 CERITS visitados e inspeccionados	(1) 0% (0/10)  (2) 50% (5/10)
R1.12	Numero de CERITS que cuenta con equipo de atención itinerante para AMP	Lista de chequeo de CERITS ad hoc 2007	10 CERITS visitados e inspeccionados	50% (5/10)
R1.13	Numero de mujeres de OSB que tiene información sobre ITS y vida sexual saludable	Encuesta ad hoc 2007	86 mujeres de OSB encuestadas	80.2% 69/86

## Análisis de Resultados

**Indicadores R.1.1 y R.1.2.-** Para la medición de estos indicadores de conocimiento, se usó una escala consensuada según la cual los rangos van en función de los aciertos de respuestas. Menor al 60% de respuestas se considera bajo, entre 60% a 80% es medio y mayor a 80% es alto. Se clasificó “tener información” a las calificaciones media o alta.

El porcentaje con información en el grupo adolescentes (edad de 12 a 19) es de 61.8% y en el grupo jóvenes (edad 20 a 24 años) es de 84.8%. Es de observar que los resultados por subgrupos de edad, uno de 12 a 14 años y otro de 15 a 19 años, obtuvo como resultado porcentajes de información, de 43.5% y 75.5% respectivamente. Aunque para el primer subgrupo se utilizó una escala simplificada, sin embargo, pese a dicha simplificación sus totales son mucho menores; ello sugiere que los menores han respondido de manera más limitada, posiblemente debido a que en esta etapa de la vida el conocimiento se basa fundamentalmente en la comunicación entre pares y la experiencia real.

En los jóvenes, es interesante notar que el conocimiento es en general elevado (33% calificado en nivel medio y 51.8% calificado en nivel alto), pero el uso del condón (ver información del indicador E2) es menor porque la gente no se decide a usarlo ya sea por falta de percepción de riesgo o por preferir correr el riesgo frente a la pérdida de placer, o por temor a las implicancias de usar o sugerir usar el condón sobre su sexualidad. Dicho empleo es usualmente más bajo en las mujeres porque no lo usan ellas mismas, porque tienen relaciones más 'por amor' y menos por diversión, y porque crecientemente es en el marco de relaciones de pareja estable. Es también menor el conocimientos sobre ITS y como diagnosticarlas. Así como información sobre transmisión vertical. Casi inexistente es la información sobre que es vivir con VIH, tratamientos y derechos de las PVVS.



**Indicadores R.1.3 y R.1.4.-** El 87% de las personas diagnosticadas sindrónicamente con una ITS en establecimientos del MINSA recibieron también tratamiento bajo este modelo. Por otro lado, de 77 trabajadores de salud del MINSA que fueron entrevistados, 34 eran profesionales de salud beneficiarios y objetivo de las capacitaciones, y de estos últimos, 25 reportaron haber recibido capacitación y/o curso de repaso en el último año en temas de manejo sindrónico de las ITS, que resulta en 73.5% de capacitados.

**Indicadores R.1.5 y R.1.6.-** Estos indicadores se calcularon con dos fuentes de información, la Hoja de Monitorización (HM) de la ESN ITS, VIH/Sida y la Encuesta ad-hoc a las poblaciones objetivas.

En el caso de HSH abordables, con la HM se obtiene 64.7% de población controlada (al menos 6 chequeos médicos durante el último año) y mediante la encuesta ad-hoc, la cifra es similar, resultando en 58.7%. El análisis para población HSH no TS utilizando la encuesta ad-hoc resulta en 29.5% (39/132) de controlados (2 atenciones en el año calendario), cifra similar al porcentaje 38.2% obtenido con la HM. Se observa la gran diferencia entre ambas subpoblaciones, independientemente de los datos (primarios o secundarios) utilizados para su cálculo. En torno a la AMP se hallaron diferencias cualitativas entre las ciudades. En Lima el control médico periódico es valorado como bueno, adecuado, favorable e importante, tanto por la atención como por la provisión de condones; también está asociado al cuidado de la salud. En Iquitos no existe en la población entrevistada una noción tan positiva, ni cercana a una estrategia de cuidado. En Chimbote, hubo opinión muy positiva de la AMP, valoran mucho que el costo sea mínimo, así como los medicamentos gratuitos

En el caso de TS, con la HM se obtiene 42.3% de población controlada y mediante la encuesta ad-hoc, la cifra es prácticamente la misma, resultando en 43%. Las TS manifiestan que acuden al Control médico periódico; lo consideran importante, y acudir al Control estaría significando dos cosas principales: por un lado, el descarte de ITS y de VIH y la posibilidad de seguir trabajando y por otro la obligatoriedad de sus centros de trabajo de acudir al CMP y tener sus tarjetas de control al día. Barreras mencionadas para no asistir a la AMP es que a pesar de su mínimo costo, algunas de ellas que no cuentan con los medios necesarios para pagarlo; también, la falta de información y autoestima de algunas TS así como la falta de personal profesional médico en estas atenciones (citado repetidas veces en Iquitos).

**Indicador R.1.7.-** Información proporcionada por el INPE, refiere que durante el 2006 los establecimientos penitenciarios no recibieron preservativos bajo el auspicio del Fondo Mundial, sin embargo si recibieron de otras fuentes. La percepción de los entrevistados es de no uso de preservativo como comportamiento usual, entre las razones figuran limitado acceso al condón (distribución no adecuada en número y frecuencia), asociación con disminución del placer y frecuencia de relaciones sexuales con violencia.

**Indicador R.1.8.-** El resultado obtenido es 83.3%, aunque cabe mencionar que la encuesta aplicada aplicada no pretende evaluar todos los aspectos del conocimiento sobre ITS sino que ha evaluado algunos aspectos considerados como "mínimos necesarios". De todos modos, es de notar que casi la mitad de mujeres encuestadas (47% global, 41% Chimbote, 49% Lima/Callao, 52% Iquitos) acertaron en más del 80% de respuestas. El estudio cualitativo muestra que si bien tienen información sobre la infección de VIH y de ITS y se habla de las múltiples vías de contagio, el conocimiento de la transmisión vertical es limitado. El condón es conocido como la forma de prevención por excelencia aunque refieren no es del todo confiable.



**Indicador R.1.10.-** De un total de 1,126 PPL encuestados, 142 reportan algún síntoma de ITS en los últimos 3 meses, de los cuales sólo 75 refieren haber recibido tratamiento (52.8%). Este dato contrasta con el registro de uno de los establecimientos penitenciarios de estudio (Ex Lurigancho), que establece que 100% de PPL en esta condición fueron tratados.

**Indicador R.1.11.-** Se presenta los resultados de una lista de verificación, que da una idea aproximada, referencial, la que deberá ser contrastada y complementada con otros instrumentos de observación y análisis, como los de estudios cualitativos o encuestas que analicen aspectos específicos de su funcionamiento. Considerando 35 ítems, ninguno de los 10 establecimientos visitados alcanza el máximo puntaje; en Lima se reportan en un rango que va de 23 (65.7%) hasta 33 (94%), mientras que en Chimbote es 32 (91.4%) y en Iquitos 25 (71.4%). Resumiendo cuadro detallado, el promedio es de 29 ítems cumplidos y 6 establecimientos tienen igual o mayor que esta cifra.

Para la medición del indicador, se planteó priorizar 26 ítems de la lista y consolidar las 3 categorías referentes a personal de salud en una sola, así como asignar puntajes de implementación (implementado 100% es decir cumple los 27 ítems, en proceso  $\geq 90\%$  ó cumple 25 a 26 ítems, no implementado  $< 90\%$  ó cumple menos de 25 ítems). Según esto, 5 de 10 (50%) estarían cumpliendo con brindar servicios de calidad según las normas.

Es preciso reconocer que los laboratorios están equipados y cuenta en la mayoría de casos de insumos para su procesamiento. Así mismo, la absoluta mayoría cuenta con medicamentos apropiados para el tratamiento de casos identificados en el establecimiento. Cualitativamente, la calidad del servicio ha sido calificada por todas las TS como muy buena en cuanto al trato del personal que las atiende en las tres ciudades. Cuando la calificación es negativa, ésta se relaciona al costo de los exámenes y el atraso en la entrega de resultados, horario de atención no flexible y con muchas demoras, falta de personal médico y la calidad de los profesionales que atienden en los establecimientos, intromisión en la vida privada de los usuarios HSH, la seguridad e higiene, la infraestructura inadecuada.

**Indicador R.1.12.-** El número de CERITS que reportan tener un equipo para estas actividades, se ha estimado en 5 de 10 (50%). De ellos, 4 reportan actividades en los últimos 12 meses. La conformación de los equipos es variable.

**Indicador R.1.13.-** De 86 mujeres de OSB encuestadas, con el mismo instrumento de las encuestas en hogares dirigido a población adulta y la misma definición operacional para determinar los niveles bajo, medio y alto de conocimiento, se reporta un 80.2% de conocimientos sobre ITS y vida sexual saludable. Nivel alto de conocimiento fue reportado en 26.7% a nivel global con un rango entre 30% en Lima, y 6.9% en Chimbote. En general (suma de nivel medio y alto), el valor se aproxima bastante al estimado para la población joven a través de la encuesta en hogares.



## Objetivo 2

*Reducir el impacto social del VIH, disminuyendo el estigma y la discriminación hacia las PVVS, poblaciones vulnerables y su entorno*

### Objetivos específicos

Reducir el impacto social del VIH, disminuyendo el estigma y discriminación hacia las PVVS, poblaciones vulnerables y su entorno. Actividades incluidas son: campañas en contra del estigma y la discriminación en medios masivos, talleres de motivación a personal de salud que atienden PVVS y a maestros de escuelas; mesas de abogacía para sensibilizar a autoridades locales, empresarios y sociedad civil; apoyo nutricional y atención a niños huérfanos viviendo con el VIH y programa de atención integral de la familia PVVS la cual incluye la acreditación de centros de atención integral.

### Resultados

Código	Indicador	Fuente de los datos	Estimación del Indicador	
			Población/Muestra	Resultado
R2.1	Numero y % de miembros de de grupos familiares de PVVS que reciben atención integral	Encuesta ad hoc 2007	(1) --  (2) 548 PVVS adultos entrevistados. 153 PVVS reportan vivir con familiares. El total de familiares reportados por los 153 PVVS es 674.	(1) 0 % No existe norma de atención integral a familiares de PVVS; por lo que se puede estimar en CERO.  (2) 2.5% 17/674 En el mejor escenario y estimado indirectamente por encuesta a PVVS
R2.2	Numero y % de niños infectados con VIH/SIDA y afectados por el VIH/SIDA (incluyendo huérfanos por VIH/SIDA) que reciben atención integral	Encuesta ad hoc	(1) 51 Niños VIH(+) 21 de estos niños son huérfanos de al menos un padre  (2) 30 Niños VIH (-) 13 de estos niños son huérfanos de al menos un padre	(1) 7.8% (4/51) de Niños infectados  (2) 0% (0/30) de Niños afectados
R2.4	% de niños huérfanos por el VIH que reciben apoyo nutricional con curva ponderal normal de acuerdo a su edad	Encuesta ad hoc	21/51 (huérfanos en Niños VIH+)  13/30 (huérfanos en Niños afectados VIH-)	9.5% (2/21)  0% (0/13)



## Análisis de Resultados

**Indicador R.2.1.-** Actualmente no existe una norma o directiva oficial sobre atención integral a familiares de PVVS, por lo que este indicador se puede estimar en cero. Sin embargo, es posible que algunos de los familiares de PVVS estén recibiendo las atenciones que definen la atención integral propuesta en la matriz de indicadores (médica, odontológica, psicológica y social) por otras condiciones salud cuya descripción están más allá de los objetivos de este estudio.

De los 548 PVVS encuestados, 153 PVVS reportan vivir con al menos un familiar. La sumatoria del número de familiares reportados y que viven con los 153 PVVS es 674. En los últimos 6 meses esos 674 familiares tuvieron en total: 126 atenciones por consulta médica, 53 atenciones por consulta psicológica, 23 atenciones dentales y 17 atenciones de servicio social. Dado que el dato no se obtuvo de una lista de chequeo aplicado a cada familiar PVVS, por motivos de confidencialidad, solo es posible estimar que no más de 17 personas familiares PVVS (2.5% ó 17/674) puedan haber cumplido con las 4 atenciones diferentes en forma concurrente o en lapso de tiempo no mayor a 6 meses que era el periodo de referencia en la encuesta.

A partir de dos entrevistas realizadas, se anota que la experiencia cotidiana de las familias es recibir atención en diversos servicios de salud con profesionales específicos ya conocidos y en quienes tienen mayor confianza. Es importante considerar que se reportaron en ambas entrevistas el uso de servicios de varias instituciones, tanto públicas como privadas, para recibir asistencia alimentaria, servicios de atención de salud, información.

**Indicador R.2.2.-** Para la población de “niño infectado” se incluyó a los menores de 14 años con diagnóstico VIH que acuden regularmente por monitoreo de TARGA en los establecimientos mencionados. La mayoría de estos niños tenía al menos un padre con diagnóstico VIH vivo y a través del cual se recogieron los datos. El grupo de los niños afectados estuvo formado por hermanos de los niños infectados, cuando estaban presentes.

Como en el indicador anterior, no existe una norma de atención integral para niños VIH (+) o niños afectados VIH (-) e incluyendo dentro de ambos grupos a los niños huérfanos por lo que inicialmente el indicador se puede estimar en cero (0%). Sin embargo es posible que algunos de estos niños estén recibiendo las atenciones que definen atención integral (pediátrica, odontológica, psicológica, nutricional y social) por otras condiciones médicas cuya descripción están más allá de los objetivos de este estudio. Para el caso de los Niños VIH (+) el TARGA es financiado por el Seguro Integral de Salud y no por el MINSA o FMSTM, por lo cual no existe motivo para que sean atendidos por el asistente social salvo alguna intercurencia.

Se encontró 4 niños de los 51 VIH (+) que tuvieron todas las 4 atenciones para cumplir con la definición de atención integral propuesta en la matriz de indicadores. Ninguno de los 30 niños afectados cumplía con las atenciones que definen atenciones integrales. Aunque las muestras son pequeñas y sus hallazgos solo son descriptivos y de carácter exploratorio, la mayor necesidad de cuidados en un niños VIH (+) en comparación a un niño VIH (-) puede explicar esta aparente diferencia en acceso a atenciones.

**Indicador R.2.4.-** Para estimar este indicador se incluyó a niños tanto positivos como negativos que son huérfanos por VIH, como se estableció en los Términos de Referencia. Entre los 21 niños seropositivos que eran huérfanos, sólo 2 recibían apoyo nutricional, y ambos tenían curva ponderal normal. Entre los 13 niños afectados seronegativos que eran huérfanos, ninguno recibía apoyo nutricional.



## Objetivo 3

*Fortalecer las organizaciones de las PVVS a nivel regional y nacional favoreciendo la gestión participativa en la respuesta integral del VIH*

### Objetivos específicos

Fortalecer las organizaciones de las PVVS a nivel regional y nacional favoreciendo la gestión participativa en la respuesta integral del VIH. Las actividades de este objetivo son: talleres dirigidos a las redes de PVVS para capacitación en gestión, apoyo en equipamiento e infraestructura y capacitación en tecnologías de información para organizaciones de PVVS, apoyo a los procesos de planificación estratégica a las organizaciones a nivel regional, plan de abogacía para lograr el involucramiento efectivo en instancias de decisión a nivel local, regional y nacional, así como poner en marcha un programa de autosostenimiento para PVVS y sus familias a través de microempresas y fondos rotatorios.

### Resultados

Código	Indicador	Fuente de los datos	Estimación del Indicador	
			Población/Muestra	Resultado
R3.1	% de OPVVS que cuenta con instrumentos básicos y estratégicos de gestión	Lista de chequeo de OPVVS ad hoc 2007	8 (6 de Lima, 1 de Iquitos y 1 de Chimbote)	0% (0/8)
R3.2	% de PVVS participando en la creación de microempresas	Encuesta ad hoc 2007	548 PVVS encuestadas (113 con familiar participando en microempresa)	5.3% 6/113

### Análisis de Resultados

**Indicador R.3.1.-** Se elaboró una lista de chequeo con 14 ítems calificándose la presencia o no del servicio/instrumentos. La lista de chequeo empleada fue:

	Cuenta con
1	Oficina para defensa de derechos de PVVS
2	Oficina para defensa y seguridad de PVVS
3	Servicio de participación vecinal y servicios sociales
4	Oficina de gestión de proyectos sociales
5	Oficina de programas de salud
6	Oficina de Estadística e informática
7	Manual de Organización y Funciones (MOF)
8	Reglamento de organización y funciones (ROF)
9	Perfiles de cargo actualizado (CAP)
10	Texto único de procedimientos (TUPA)
11	Plan estratégico
12	Plan operativo institucional
13	Presupuesto
14	Sistema de contabilidad



Ninguna (0% ó 0/8) cuenta con la totalidad mencionada en la lista. Resulta claro que los instrumentos/servicios con que cuentan estas organizaciones son muy heterogéneos, desde ninguno en un caso, hasta 7 u 8 en un caso cada uno, apenas bordeando la mitad de servicios esperados. Sin embargo, de mayor interés resulta analizar transversalmente la información, lo que nos muestra que el instrumento/servicio con mayor presencia es el que establece los perfiles de de cargos actualizados (5/8), mientras que el que no está presente en ninguno es el del texto único de procedimientos administrativos (TUPA). Es claro que servicios que podríamos considerar centrales para estas organizaciones, que serían prácticamente su razón de ser, relativos a la Defensa de Derechos de PVVS (9), sólo fueron reportados en una de las OPVVS. Otro servicio que puede ser considerado sensible para su funcionamiento es el de contabilidad y presupuesto, presente sólo en uno y en dos de las 8 organizaciones, respectivamente. El balance de la situación de estas organizaciones es preocupante, por lo que resulta prioritario atender su fortalecimiento institucional.

Los testimonios demuestran una voluntad de organización, exclusiva para resolver los problemas más inmediatos de las PVVS que son medicamentos, soporte y autoayuda, pero no una actitud emprendedora, ni de gestión y menos la intención de formar una microempresa en torno a los pares con VIH, en Chimbote y Lima; el entrevistado en Iquitos mostró mayor emprendimiento en estos temas.

**Indicador R.3.2.-** A fin de averiguar el nivel de participación de las PVVS en sus organizaciones para la creación de microempresas, se encuestó a un total de 548 participantes, de las que 121 participan de alguna OPVSS. Se propuso como indicador de participación el número de PVVS que forman parte de alguna OPVVS distinta a empresa y que forman parte del grupo de personas que tienen planes de crear alguna empresa (6), dividido por el total de PVVS que participan de alguna OPVVS diferente a empresa (113). El resultado es 5.3% (6/113), que a primera vista pareciera representar un valor muy bajo.

Resultaría de interés considerar, en futuros estudios, el nivel de avance en las gestiones para la conformación y puesta en marcha de la empresa. Asimismo, en aquellas empresas que ya vienen operando por iniciativa de las propias OPVVS, sería de interés conocer su desempeño y si las expectativas de los promotores se vienen cumpliendo, y las dificultades que afrontan en su trabajo.



## Objetivo 4

*Incrementar la adherencia al TARGA y el manejo integral de enfermedades oportunistas que incluya el acceso gratuito a diagnóstico y medicamentos*

### Objetivos específicos

Incrementar la adherencia al TARGA y el manejo integral de enfermedades oportunistas que incluya el acceso gratuito a diagnóstico y medicamentos. Las actividades para ello son: prevención positiva y promoción a la adherencia al TARGA, y tratamiento de enfermedades oportunistas por la vía de un programa para el manejo integral, que incluye capacitaciones al personal de salud relacionado al tema en el manejo de enfermedades oportunistas, y por la vía del acceso gratuito al diagnóstico y tratamiento de enfermedades oportunistas en PVVS.

### Resultados

Código	Indicador	Fuente de los datos	Estimación del Indicador	
			Población/Muestra	Resultado
R4.1	% de PVVS con TARGA que recibe consejería en prevención positiva	Encuesta ad hoc 2007	548 PVVS encuestados (469 en TARGA)	35.6% 167/469
R4.2	Numero y % de PVVS en TARGA que reciben tratamiento para enfermedades oportunistas	Encuesta ad hoc 2007	(1) --  (2) 548 PVVS encuestados	(1) 0% No existe norma de atención para proveer tratamiento gratuito por enfermedades oportunistas en PVVS; por lo que se puede estimar en CERO.  (2) 0% 0/76 (El denominador representa la demanda real estimada en la población encuestada)
R4.3	% de adherencia al tratamiento antiretroviral	(1) Encuesta ad hoc 2007 (2) Sistema Targuita del MINSA (Actualizado hasta Febrero 2007)	(1) 548 PVVS encuestados  (2) 1452 PVVS registrados en "Targuita" con información actualizada sobre adherencia	(1) 94.5% 385+25/434  (2) 82.7% 1,201/1,452
R4.4	Número y % de personas viviendo con VIH en fase de inmunodeficiencia que reciben TARGA	(1) Encuesta ad hoc  (2) Sistema Targuita del MINSA	(1) 548 PVVS encuestados  (2) 6856 registros	(1) 95.9% 469/469+20 (469/489)  (2) 96% 6,595/6,856 Dato calculado proporcionado por MINSA



## Análisis de Resultados

**Indicador R.4.1.-** Se indagó sobre la consejería en prevención positiva en seis temas principales de interés entre los enrolados en el TARGA. El indicador se estima dividiendo el número de participantes del TARGA que recibieron consejería positiva en dichos temas de interés en los últimos 3 meses. El resultado fue de 35.6% (167/469) para los tres lugares de la encuesta, pero con notables diferencias, pues en Lima dicho valor apenas si superó el 20% (70/317), mientras en provincias supera el 60%.

Aunque la consejería en prevención positiva no fue evaluada negativamente por los entrevistados, se mencionaron varios aspectos como sugerencias para mejorar la entrega de este servicio: una PVVS, al encontrarse en la misma situación que los usuarios serían la más indicada para brindar la consejería, siempre y cuando haya recibido capacitación; se demanda temas que van más allá de lo meramente clínico, tal como autoestima, apoyo emocional, entrega de información sobre a dónde y a quienes acudir, entrega de información impresa e incluso realización de talleres y dinámicas participativas; se refiere como elemento importante el contar permanentemente con un apoyo psicológico profesional.

**Indicador R.4.2.-** Dado que no existe una norma técnica o directiva que establece la provisión de tratamientos gratuitos para enfermedades oportunistas en PVVS, este indicador se puede estimar en cero.

Como información complementaria, usando los resultados de la encuesta aplicada, se estimó que de 548 PVVS adultos encuestados, 469 reciben TARGA y 156 han estado hospitalizados por alguna enfermedad relacionada al VIH. Este dato 156/469 puede dar una idea gruesa sobre la demanda de atenciones por enfermedades oportunistas que requirieron hospitalización.

Por otro lado, se sabe que un aspecto importante en el éxito de la evolución clínica en el estadio de SIDA es el tratamiento oportuno de infecciones oportunistas. En la población encuestada, se identificaron 246 PVVS iniciaron TARGA durante el 2006 y el 2007, hasta el momento de realizar las encuestas. De ellos 76 personas reportan haber estado hospitalizados por alguna enfermedad relacionada al VIH. Aun cuando todos ellos recibieron tratamiento, este fue autofinanciado o con apoyo de familiares y parejas en la mayoría de casos, solo 1 persona refiere haber recibido los medicamentos mediante donación (probablemente hospitalaria) y otra refiere haberla recibido durante su afiliación al sistema EsSalud. Esta cifra 76/246 (30.8%) da idea de la demanda que debe ser satisfecha por las intervenciones del consorcio ejecutor.

**Indicador R.4.3.-** De 548 PVVS encuestados, 469 reciben TARGA y 434 habían iniciado TARGA antes del 2007. 385 refieren que jamás olvidaron una toma en el último mes y 25 refieren que sólo olvidaron tomarlo un día en el último mes.

La adherencia adecuada se ha definido como la toma de al menos 95% de las dosis programadas de TARGA el último mes, de acuerdo a la norma vigente sobre TARGA. A partir de la información obtenida en la encuesta vemos que la proporción de quienes dejaron de tomarlo no más de un día en el último mes, alcanzó un valor de 94.5% (410/434), valor que se mostró estable en las tres ciudades en que se ejecuto el estudio.

Para este estudio también se estimó el valor de adherencia a partir de datos del sistema Targuita el cual esencialmente resume los reportes provenientes, a nivel nacional, sobre adherencia. Esta adherencia es calculada en cada punto de entrega de medicamento por cada PVVS en un periodo de observación de un mes. Es recomendable revisar si los criterios de medición de adherencia en los puntos de entrega de tratamiento TARGA es uniforme para garantizar que las cifras oficiales del MINSA sean realmente representativas.



Los valores obtenidos a partir de la encuesta son diferentes a los obtenidos a partir de el sistema "Targuita" (82.7%); puede influir en ello que una buena proporción de los sujetos registrados e este sistema no tenían datos actualizados, o simplemente no tenían dato alguno, sobre sus adherencias, probablemente debido a la brecha de tiempo entre el momento que se genera el dato hasta que el dato es ingresado al sistema.

Se debe considerar nuevas formas de medir la adherencia por ejemplo mediante marcadores serológicos (duración de la supresión de la carga viral).

Problemas identificados en el estudio cualitativo son: la falta de ayuda psicológica que posibilite un buen proceso de aceptación del diagnóstico y afrontamiento a las nuevas condiciones de vida, la necesidad de un familiar para firmar el acta de compromiso con el fin de poder iniciar el tratamiento, el tiempo que toma los resultados y, con mayor fuerza y reiterativamente mencionada, el desabastecimiento de medicamentos.

**Indicador R.4.4.-** De 548 PVVS adultos encuestados, 469 se encuentran recibiendo TARGA y 20 están en lista de espera luego de haber cumplido criterios para iniciar TARGA.

Otro indicador sumamente importante para la estimación de la cobertura del programa TARGA es el de las PVVS en fase de SIDA que reciben TARGA. El valor global nacional fue de 96% (469/489), pero con menos cobertura en Iquitos (88.2%) y más alta en Lima (98.7%).

Problemas mencionados en las entrevistas cualitativas son: Desabastecimiento de medicamentos y condones así como falta de claridad en la información sobre cuánto medicamento debe recibir cada usuario, necesidad de contar con mayor cantidad de infectólogos y que el personal capacitado y especializado en la atención de VIH-SIDA trabaje de forma estable en los servicios, y falta de claridad en cuanto a las normas de pago de consultas y costo de exámenes.