

Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud
Fondo Mundial de Lucha Contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria
CARE – PERU

**PROGRAMA: “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”**

MEDICIÓN DE LÍNEA DE BASE OBJETIVOS 1-4 DEL COMPONENTE VIH

INFORME FINAL



**Universidad Peruana Cayetano Heredia
Facultad de Salud Pública y Administración
Unidad de Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano**

EQUIPO CONSULTOR

Investigador Principal:	Carlos Cáceres, MD, PhD
Equipo del Estudio Cuantitativo:	Eddy Segura, MD Víctor Salazar, MPH Walter Mendoza, MD, MPH Andrés Lescano, PhD Luis Cuellar, MD Alfonso Silva Santisteban, MD Julio Cuadros B, MBA
Equipo del Estudio Cualitativo:	Rocío Valverde, MPH Ximena Salazar, PhD (c) J. Maziel Girón V, MSc Clara Sandoval, MSc

Lima, 25 de Septiembre del 2007

Contenidos

Carátula	
1. Resumen Ejecutivo.....	3
2. Introducción.....	10
Contexto.....	10
Contexto Epidemiológico.....	10
Contexto Social y Programático.....	14
Contexto Normativo.....	22
Objetivos del Estudio.....	27
3. Metodología.....	28
Generalidades y Sumario.....	28
Metodología del Subestudio Cuantitativo.....	31
Metodología del Subestudio Cualitativo.....	41
4. Hallazgos.....	48
Hallazgos de Indicadores de Impacto y Efecto.....	48
Hallazgos de Indicadores de Resultado: Objetivo1.....	85
Hallazgos de Indicadores de Resultado: Objetivo2.....	118
Hallazgos de Indicadores de Resultado: Objetivo3.....	122
Hallazgos de Indicadores de Resultado: Objetivo4.....	127
5. Conclusiones y Recomendaciones.....	137
6. Lista de abreviaturas.....	145

1. RESUMEN EJECUTIVO

El presente documento constituye el Informe Final del Estudio realizado para la primera medición de indicadores de los objetivos 1 al 4 del Componente VIH del Programa *"Cerrando Brechas: Hacia el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en TB y VIH/SIDA en el Perú. Propuesta con Enfoque de Descentralización Multisectorial y Participativa"* que es financiado por el Fondo Mundial contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. En este informe se incluye información sobre los aspectos metodológicos empleados en el estudio, así como las estimaciones de todos los indicadores solicitados. De acuerdo a los términos de referencia (TDR) de esta consultoría, esta versión incluye los aportes vertidos en el Taller de Presentación de resultados realizado el 28 de Marzo del 2007, con participación de las contrapartes técnicas, consorcios ejecutores y otros actores clave. Este informe también incluye las recomendaciones de acuerdo a las observaciones emitidas por el receptor principal

De acuerdo al esquema planteado por los TDR, el estudio propuesto se organizó en dos sub-estudios complementarios entre sí: Un sub-estudio 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. En este documento se exponen los resultados finales de ambos sub-estudios.

Tabla # 1: Estimaciones de los Indicadores de Impacto, Efecto y Resultado de los Objetivos 1-4 del Componente VIH en el estudio de línea de base

Indicador		Estimación del Indicador		
Código	Nombre	Fuente	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	(1) 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 total	% de adolescentes (12-19 años) que utilizaron preservativo en la última relación sexual	Encuesta <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 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 <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 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 <i>ad hoc</i> (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 <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 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 <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 2007	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 <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 2007	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 <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 2007	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	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)

Indicador		Estimación del Indicador		
Código	Nombre	Fuente	Población/Muestra	Resultado
	tratamiento			
E7 total	% de la población (>19 años) que tiene actitud de aceptación a las PVVS y/o poblaciones vulnerables	Encuesta <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 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 <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 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 <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 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 <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 2006	582 docentes entrevistados	63.6% (370/582)
E9	Numero de familias de PVVS que incrementa su ingreso promedio familiar a través de microempresa	Encuesta <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 2007	39 familias de PVVS 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 <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 2007	74 trabajadores de salud (con trabajo directo con PVVS, de un total de 77).	81% 60/74
R1.1 total	% de adolescentes (12-19) mujeres y varones que tienen información sobre ITS y vida sexual saludable	Encuesta <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 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 <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 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 <i>ad hoc</i> (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 <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 2006	1255 jóvenes de 20-24 años	84.8% (1,064/1,255)
R1.3	% de pacientes que reciben diagnóstico y tratamiento, utilizando el	Hoja de Monitorización del MINSA 2006	487,834 registros	87% (424,770/487,834)

Programa "Cerrando brechas: Hacia el logro de los objetivos del milenio en TB y VIH en el Perú.
Propuesta con enfoque de descentralización multisectorial participativa"
Estudio de primera medición de indicadores de los objetivos 1 a 4 del componente VIH

Indicador		Estimación del Indicador		
Código	Nombre	Fuente	Población/Muestra	Resultado
	modelo de manejo sindrómico de ITS, en centro de salud público			
R1.4	Numero de profesionales de salud capacitados en manejo sindrómico de ITS	Encuesta <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor)	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 <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 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 <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor)	(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 <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 2006	932 mujeres >24 años encuestadas	83.3% (776/932)
R1.10	% de PPL afectado por una ITS que recibe tratamiento sindrómico	(1) Sistema HIS de EP (ex Lurigancho) 2006 (2) Encuesta <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 2007	(1)589 casos diagnosticados en 2006 (2)1126 PPL encuestados (142 tuvieron síntoma 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 <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor: Dos versiones (1) Sobre 35 ítems, y (2) Sobre 27 ítems) 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 <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 2007	10 CERITS visitados e inspeccionados	50% (5/10)
R1.13	Numero de mujeres de	Encuesta <i>ad hoc</i>	86 mujeres de OSB	80.2%

Indicador		Estimación del Indicador		
Código	Nombre	Fuente	Población/Muestra	Resultado
	OSB que tiene información sobre ITS y vida sexual saludable	(Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 2007	encuestadas	69/86
R2.1	Numero y % de miembros de de grupos familiares de PVVS que reciben atención integral	Encuesta <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 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 <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor)	(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 <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor)	21/51 (huérfanos en Niños VIH+) 13/30 (huérfanos en Niños afectados VIH-)	9.5% (2/21) 0% (0/13)
R3.1	% de OPVVS que cuenta con instrumentos básicos y estratégicos de gestión	Lista de chequeo de OPVVS <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 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 <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 2007	548 PVVS encuestadas (113 con familiar participando en microempresa)	5.3% 6/113
R4.1	% de PVVS con TARGA que recibe consejería en prevención positiva	Encuesta <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 2007	548 PVVS encuestados (469 en TARGA)	35.6% 167/469
R4.2	Numero y % de PVVS en TARGA que reciben tratamiento para enfermedades	Encuesta <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por	(1) --	(1) 0% No existe norma de atención para proveer tratamiento

Indicador		Estimación del Indicador		
Código	Nombre	Fuente	Población/Muestra	Resultado
	oportunistas	Equipo Consultor) 2007	(2) 548 PVVS encuestados	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 <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 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 <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) (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

Al término de este Estudio de Línea de Base podemos concluir que 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. Dentro del marco de esta estabilidad, persisten grupos en condición de vulnerabilidad especialmente los HSH dedicados al trabajo sexual. Para hacer frente a esto es necesario coordinar las acciones del proyecto teniendo en cuenta que no se enfrenta a una epidemia en gran crecimiento sino a una condición que conserva sus niveles de expansión a partir de condiciones de vulnerabilidad que deben ser claramente entendidas y enfrentadas. Además, es fundamental mejorar el sistema de información sobre la epidemia y su control, pues la magnitud de la inversión y la cantidad de acciones requieren de un monitoreo mucho más fino que el que se ha podido realizar hasta el momento. Esta información debiera ser

de acceso menos restringido, en formatos impreso y electrónico, obviamente salvaguardando los derechos de quienes tienen sus datos registrados en los sistemas de notificación y vigilancia.

Además, reviste especial importancia el análisis demográfico de las poblaciones afectadas y que requiere uniformizar los sistemas de registro, por ejemplo el de mortalidad, a fin de contrastar la notificación de muertes del sistema de vigilancia epidemiológica con la que registra el sistema de registros civiles de la Dirección General de Estadística e Informática del MINSA. Consideramos que en este contexto es necesario continuar con los esfuerzos de actualización de los estimados de la situación y tendencias de la infección por VIH/SIDA que ha iniciado el MINSA, con asistencia de las agencias de cooperación.

Para nuestro equipo consultor 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). Esto, en parte, contribuye a que no se cuente 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. Vale la pena notar que existen indicadores cuyo valor depende, finalmente, de las actividades e intervenciones específicas de más de un consorcio u objetivo y esto debería tomarse en cuenta para que los consorcios puedan actuar en forma conjunta y sinérgica durante los siguientes años.

Finalmente, mencionaremos que la complejidad de esta medición hace recomendable un mayor tiempo preparatorio y una metodología más estable entre mediciones. Debe contemplarse la opción de revisar algunos indicadores y promover una amplia discusión sobre los indicadores de mayor interés desde el punto de vista de los decisores, de activistas, y de las mismas poblaciones beneficiarias, sea individual como organizadamente. Será importante conformar equipos técnicos para definir y consensuar las definiciones operacionales de los indicadores y su forma de medición, las cuales sean de manejo común para todos los actores involucrados en el proyecto. Consideramos que se debe mantener las metodologías de evaluación durante la ejecución del programa para poder garantizar la comparabilidad de los resultados alcanzados, independientemente de cual sea el equipo consultor seleccionado para realizar cada una de las evaluaciones.

2. INTRODUCCION

El presente documento constituye el Informe Final del Estudio realizado para la primera medición de indicadores de los objetivos 1 al 4 del Componente VIH del Programa *"Cerrando Brechas: Hacia el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en TB y VIH/SIDA en el Perú. Propuesta con Enfoque de Descentralización Multisectorial y Participativa"* que es financiado por el Fondo Mundial contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. En este informe se incluye información sobre los aspectos metodológicos empleados en el estudio, así como las estimaciones de todos los indicadores solicitados. De acuerdo a los TDR para esta consultoría, esta versión incluye los aportes vertidos en el Taller de Presentación de resultados realizado el 28 de Marzo del 2007, con participación de las contrapartes técnicas, consorcios ejecutores y otros actores clave. También se incluyen modificaciones que han sido resultado de varias observaciones por parte del receptor principal.

Este informe ha sido desarrollado según lo establecido en el Plan de Trabajo previamente aprobado por el Receptor Principal. A continuación presentamos una breve revisión de los antecedentes del programa, programas similares, y hallazgos previos más importantes, la cual ha sido enriquecida con una actualizada revisión bibliográfica realizada por el equipo investigador.

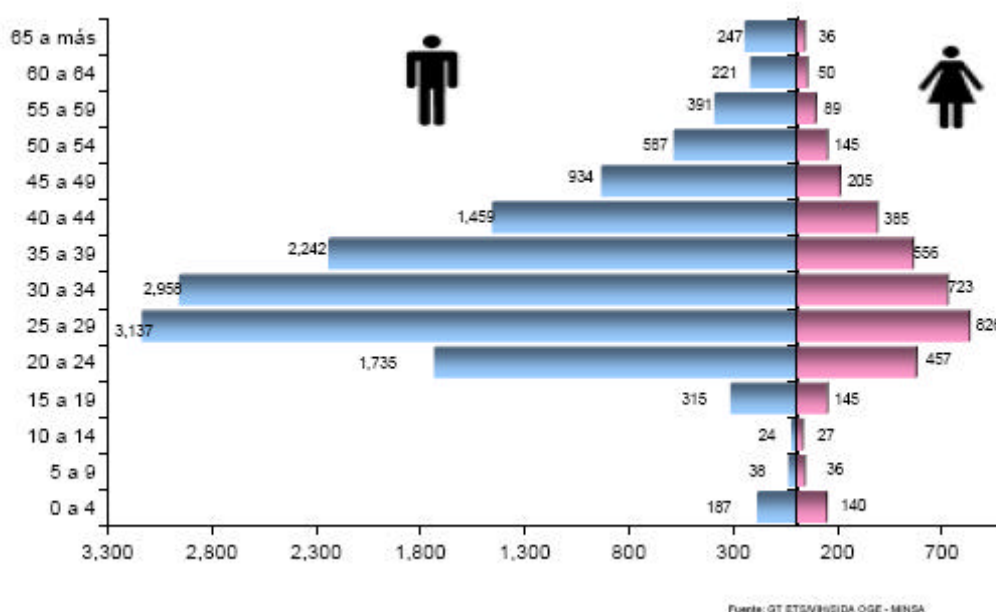
2.1. Contexto

2.1.1. Contexto Epidemiológico

La epidemia del SIDA afecta al Perú oficialmente desde 1983, por lo que ha entrado ya en su tercera década. Desde que el primer caso de SIDA fue diagnosticado 19,399 casos de SIDA (711 durante el 2006) han sido reportados al MINSA hasta Diciembre del 2006 (DGE/MINSA, 2006). La epidemia de SIDA en el Perú está concentrada en HSH y estudios anteriores en esta población dieron como resultado un estimado de prevalencia del VIH entre 8.0% y 23.0%. A su vez, los estimados para mujeres gestantes y TSF permanecen por debajo del 1% (Hierholzer y col., 2002).

Los casos reportados de VIH/SIDA se encuentran principalmente en personas jóvenes de 25 a 35 años (Ver figura 1). En el Perú, más del 90% de los casos reportados de SIDA adquirieron la infección por VIH por transmisión sexual, con al menos 36% de ellos resultantes de contacto homosexual o bisexual masculino. La transmisión vertical es responsable del 2% de los casos. Para el 8% restante la forma de transmisión se desconoce pero es muy probable que sea también el contacto sexual.

Figura 1: Número total de casos de VIH/SIDA por grupo de edad, 1983-2006.



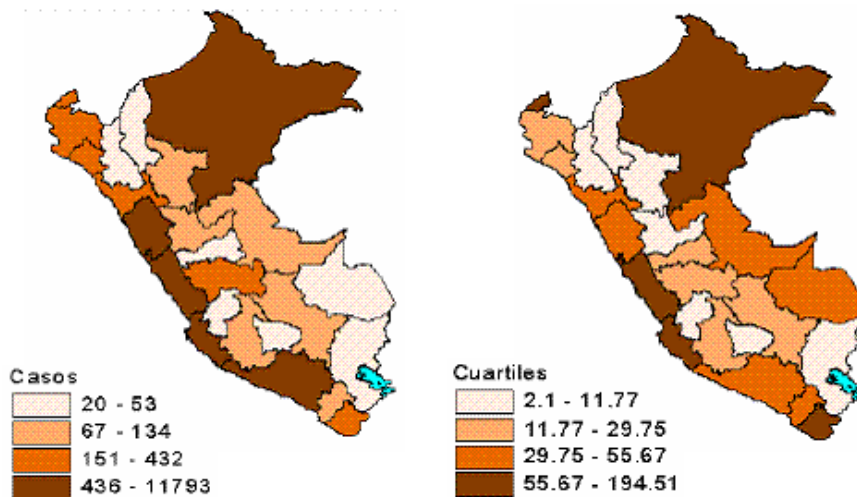
Fuente: Dirección General de Epidemiología del Minsa. Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú. Boletín Epidemiológico Mensual Diciembre 2006.

Disponible en http://www.ogev.sld.pe/vigilancia/vih/Boletin_2006/diciembre.pdf, visitado el 08-02-07

El último Boletín de Vigilancia del VIH/SIDA publicado por el Minsa presenta una visión general de la distribución de los casos de SIDA desde el año 1983 hasta fines de 2006 como se muestra en la figura 2. En ella, el mapa de la izquierda representa los casos de SIDA acumulados y muestra que las ciudades de la costa con la mayor población son las más afectadas. Sin embargo, esto no puede ser sólo un asunto de volumen poblacional, sino también de la calidad de la recolección de datos y de la cobertura del sistema de vigilancia. A su vez, el mapa de la derecha muestra los cuartiles de la incidencia acumulada de casos de SIDA en el mismo periodo. Nuevamente, las ciudades de la costa y la selva notifican consistentemente las incidencias acumuladas más altas. Es importante notar que en la región de la selva la razón

hombre:mujer es la más alta del país, de acuerdo al reciente censo. En grupos quinquenales de edad de 15 a 49 años, en Loreto (Nor-Este) los índices de masculinidad (razón hombre:mujer*100) son mayores a 100, siendo 116 y 120 en los grupos 40-44 y 45-49, respectivamente. En Ucayali (al sur de Loreto) la situación es muy similar, mientras en Madre de Dios (al sur de Ucayali) esos índices son aún mayores, más de 120 en mayores de 30 años, y sobre 110 en el grupo 20-29 (INEI, 2006). Estos datos tienen importantes implicancias preventivas.

Figura 2: Distribución geográfica del número total de casos de SIDA notificados al Sistema de Vigilancia, y Razón de Incidencia Acumulada 1983-2006



Fuente para Figuras 2a-b: Dirección General de Epidemiología del MINSA. Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú. Boletín Epidemiológico Mensual Diciembre 2006. Disponible en http://www.oge.sld.pe/vigilancia/vih/Boletin_2006/diciembre.pdf, visitado el 09-02-07

De acuerdo a la clasificación internacional vigente se considera al Perú como un país con perfil de epidemia VIH de tipo concentrada, específicamente en poblaciones vulnerables de HSH. Sin embargo, es importante destacar que bajo el rótulo de HSH se ocultan importantes diferencias en las tasas de infección y prevalencia de la enfermedad. Un estudio realizado en Lima el 2002 encontró que 51% de HSH travestis o transgénero estaban infectados con sífilis en comparación al 13% de varones homosexuales no-transgénero y 11% de varones bisexuales –y 3% de la población heterosexual. El mismo estudio notó que 33% de los HSH transgénero encuestados eran seropositivos, en contraste con el 18% de varones homosexuales, y 15% de varones bisexuales (Tabet et al, 2002).

Dos estudios realizados por nuestro equipo de investigación en barrios de sectores socio-económicos bajos de Lima, Trujillo y Chiclayo ratifican estos hallazgos. El primero de ellos provino de una encuesta probabilística de viviendas, y el segundo de individuos reclutados de espacios públicos de socialización (v.g. bares, esquinas, campos deportivos, peluquerías). Las prevalencias de las infecciones por VIH, HSV-2 y sífilis eran sustancialmente mayores entre los HSH que entre las mujeres y hombres que no reportaban sexo con otros hombres (Cáceres et al, 2006) También se vio, entre varones jóvenes pobres, que al menos 14% de ellos tuvieron relaciones sexuales con otros hombres en los últimos 6 meses, y que 86% de ellos también tuvieron parejas mujeres en el mismo periodo. La mayoría de los encuentros sexuales con sus parejas masculinas y femeninas no tuvieron protección, en 56.9% y 84.2%, respectivamente (Konda et al., 2005).

Por otro lado, el perfil de la epidemia en el Perú en la última década mostró un cambio importante al reducirse la relación de casos hombre-mujer, desde 14:1 a principios de los 90s hasta un nivel estable de 3:1 que se ha mantenido en los últimos 10 años (MINSa, 2006). Sin embargo, no puede concluirse que se haya dado una "heterosexualización" de la epidemia, y ocurriría más bien que una proporción estable de mujeres unidas a hombres bisexuales resultan infectadas, pero, al no tener ellas mismas amplias redes sexuales propias, no se establece un patrón de transmisión heterosexual subsecuente (Cáceres, 2002).

Debemos resaltar, además, que el 1% de transmisión sanguínea del VIH entre los casos de SIDA reportados, es uno de los valores más bajos del mundo y es consecuencia de la oportuna decisión de realizar el tamizaje de todas las bolsas de sangre usadas para transfusiones. La transmisión vertical, en 2%, era también baja en la era pre-TARGA (MINSa, 2006).

El 72,4 % de todos los casos notificados de SIDA (incidencia acumulada) en 23 años de epidemia pertenecen al departamento de Lima y la Provincia Constitucional del Callao, y el 26,6% al resto del país. Los departamentos de la Costa y de la Selva son los más afectados. Entre las regiones fuera de Lima y Callao con mayor incidencia de casos de VIH/SIDA se encuentran: Loreto, La Libertad, Áncash, Piura, Arequipa, Junín y Lambayeque (MINSa, 2006).

Los Servicios de Salud que prestan atención integral aún tienen brechas que remontar, ya que el personal de salud no está adecuadamente capacitado en consejería, manejo clínico o prácticas de bioseguridad. La condición de pobreza de la persona infectada se acentúa rápidamente en el curso de la enfermedad, por la pérdida de empleo, gastos en medicamentos, exámenes de laboratorio, y en el transporte frecuente hacia los Servicios de Salud que prestan atención especializada. Esta situación empeoraría al aumentar la detección de los actuales casos no diagnosticados de VIH.

El impacto económico que ocasiona la infección es producto del elevado costo de la atención del infectado (de US \$1,000 a US \$10,000), como también del hecho de que afecte preferentemente a la población en edad productiva (20 a 45 años), que es la responsable del sostenimiento familiar.

Algunos de estos efectos comenzaron a cambiar con el lanzamiento por parte del MINSA, en mayo de 2004, del Programa Nacional de Atención Integral de la Infección por VIH, que incluía el acceso al Tratamiento Antiretroviral de Gran Actividad (TARGA). Aunque en el Perú los antiretrovirales fueron introducidos en 1999, llegando inicialmente a cerca de mil personas en las instalaciones del Seguro Social y 140 en las Fuerzas Armadas, el establecimiento de un programa nacional desde el MINSA fue posible con el co-financiamiento del Fondo Mundial para el SIDA, la tuberculosis y la malaria, luego de que un estudio estimara la población beneficiaria en 6400 PVVS (UPCH/MINSA, 2004). El régimen principal ofrecido en un inicio fue una combinación de AZT, 3TC y NVP o EFV, mientras que el tratamiento de rescate era bien la combinación de SQV/RTV, 3TC y DDI o la de LPV/RTV, 3TC y d4T. Sin embargo, merece mencionarse que en algunos centros hospitalarios con habitual práctica de docencia e investigación se ajustan los esquemas antivirales de acuerdo a los hallazgos y experticia de los médicos tratantes.

2.1.2. Contexto Social y Programático

2.1.2.1. Los Proyectos de País en VIH financiados por el FMSTM

Tres años después de la aparición del primer caso de SIDA en el país en 1983, el MINSA asumió el reto de enfrentar la epidemia conformando para ello la Comisión Multisectorial de Lucha contra

el SIDA. Después de otros tres años se gestó el Programa Especial de Control del SIDA (PECOS) cuyas líneas de acción estaban orientadas a elaborar estrategias de prevención dirigidas especialmente a la población juvenil y adolescente y a capacitar al personal de salud en consejería. Su campo de acción estuvo circunscrito básicamente a la prevención del VIH/SIDA, no trabajando el abordaje de ninguna otra ITS.

Como importantes antecedentes podemos mencionar la evolución de las iniciativas gubernamentales para el control de la epidemia. En 1995, el PECOS toma el nombre de Programa de Control de ETS y SIDA (PRO CETSS) y es en esta nueva etapa donde se plantean nuevas propuestas de intervención, todas ellas sustentadas en la nueva visión de la lucha contra las ITS y VIH/SIDA a nivel mundial. En el año 2000 se constituye el Componente Control de ETS y SIDA (CETSS) y en el año 2001, los países industrializados y las principales fundaciones financieras internacionales forjaron el llamado Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, destinado a apoyar a los países en vías de desarrollo en el fortalecimiento de sus respuestas nacionales hacia tales epidemias.

En 2002 el Perú postuló a la segunda convocatoria, obteniendo aprobación la propuesta denominada "Fortalecimiento de la prevención y control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú" por un monto total de 50 millones de dólares, de los cuales 23 millones corresponden al componente VIH/SIDA. El 2005 se postuló a la quinta convocatoria, obteniendo financiamiento también para VIH y tuberculosis. Recientemente se ha comunicado que la propuesta presentada por el Perú para la sexta ronda de financiamiento por el FMSTM ha sido aprobada y se estima que la ejecución de actividades de este nuevo proyecto empezará hacia el año 2008.

Dentro de la propuesta ganadora en la Quinta Ronda, titulada "*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*", se inició la ejecución del componente VIH. Según la descripción proporcionada por el programa mismo, éste 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. El programa es financiado por el Fondo Mundial y

conducido por la Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud – CONAMUSA. CARE Perú ejerce funciones de administrador del programa ("Receptor Principal"), responsable del monitoreo del mismo y del cumplimiento de las metas establecidas en coordinación con los Ministerios de Salud y Educación, y el Instituto Nacional Penitenciario-INPE ("Contrapartes Técnicas"). Asimismo, las organizaciones ejecutoras ("Sub-Receptores") se encargarán de llevar a cabo las actividades de cada uno de los cuatro objetivos del programa en estrecha coordinación con las Contrapartes Técnicas.

Los beneficiarios finales del programa son:

- Adolescentes entre 12 y 19 años, tanto del contexto escolar como de comunidades, así como jóvenes mujeres y varones menores de 24 años.
- Mujeres de la comunidad en general
- Población en general
- Grupos vulnerables, como hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadoras sexuales (TS) y personas privadas de su libertad (PPL).
- Personas viviendo con VIH/SIDA (PPVS, incluyendo familiares de afectados, niños VIH positivos y niños huérfanos por causa del VIH/SIDA).

Las poblaciones denominadas "beneficiarios intermedios" son las siguientes:

- Mujeres de Organizaciones Sociales de Base (OSB)
- Profesionales del Sistema Nacional de Salud.
- Docentes de educación secundaria.
- Empresarios
- Organizaciones de PVVS

En términos generales, el programa 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.

De manera específica, los objetivos de este programa son los siguientes:

Objetivo 1: Busca 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 sindrómico de las ITS en Centros Penitenciarios del país y en Centros de Salud Periféricos.

Objetivo 2: Busca 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.

Objetivo 3: Busca 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.

Objetivo 4: Busca 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.

2.1.2.2. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS VIH/SIDA y Programa Nacional de Atención Integral

A. La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS VIH/SIDA

En el 2004 se establece la Estrategia Sanitaria Nacional Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA a través de la Resolución Ministerial N°771-2004/MINSA. La Estrategia diseña y norma los procesos de organización correspondiente, en el ámbito de su gestión institucional y sectorial para lograr objetivos funcionales relacionados a la cultura de salud, prevención y control de las Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA con un enfoque de equidad, derecho y ejercicio de la ciudadanía.

Dentro de sus objetivos estratégicos para el período 2007-2011 plantea la disminución de la transmisión sexual de las ITS/VIH en población general y en poblaciones vulnerables; la reducción de transmisión sanguínea de las ITS/VIH, incluyendo la transmisión por hemoderivados, transplantes o durante procedimientos invasivos; la disminución de la transmisión vertical de las ETS/VIH; la reducción del impacto individual, social y económico en las personas viviendo con el VIH y SIDA; y el fortalecimiento institucional y de la coordinación multisectorial para el control de las ITS-VIH/SIDA.

Entre las estrategias para lograr dichos objetivos figura la disminución de la transmisión sexual de las ITS/VIH en población general, a partir del diagnóstico y tratamiento precoz de ITS curables; la promoción de un cambio en el comportamientos para la adopción de conductas sexuales de menor riesgo para la adquisición de ITS-VIH/SIDA; el fortalecimiento de la Consejería para ITS; y la promoción del uso del condón con el aseguramiento de su abastecimiento y distribución.

Entre las estrategias planeadas para lograr la disminución de la transmisión de las ITS/VIH en poblaciones vulnerables se proponen reforzar la Atención Médica Periódica (AMP) a poblaciones vulnerables: Hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) y Trabajadoras Sexuales (TS); promocionar un cambio de comportamiento para la adopción de conductas sexuales de menor riesgo para la adquisición de ITS-VIH/SIDA en base a un enfoque educacional, social e individual; fortalecer la Consejería para ITS y la consejería de pares; y promover el uso del condón y el aseguramiento en su abastecimiento y distribución.

Otras estrategias también han sido reforzadas con las intervenciones del primer programa financiado por el Fondo Mundial (Programa Fortalecimiento de la Prevención). Así, para lograr la reducción de la transmisión sanguínea de las ITS/VIH, incluyendo la transmisión por hemoderivados, transplantes o durante procedimientos invasivos, se busca: garantizar una provisión de sangre segura, hemoderivados y órganos; promover en el personal de salud las medidas de bioseguridad; y evitar el uso común de jeringas entre los consumidores de sustancias ilícitas por vía parenteral. De forma similar, para obtener la disminución de la transmisión vertical de las ITS/VIH se busca: garantizar el tamizaje para VIH en gestantes; establecer la profilaxis antiretroviral a madres con VIH y su hijo recién nacido; incorporar a los programas de planificación familiar a las mujeres seropositivas y sus parejas; fomentar intervenciones que disminuyan el riesgo de transmisión vertical de la infección por VIH; y garantizar el diagnóstico y tratamiento de la sífilis en gestantes durante el control prenatal y en el momento del parto.

Por otro lado, para conseguir la disminución del impacto individual, social y económico en las personas viviendo con el VIH y SIDA se tiene como estrategias: lograr una atención integral de calidad a personas viviendo con VIH/SIDA; conseguir la protección y promoción de los derechos

humanos y el respeto por la dignidad de las personas viviendo con VIH/ SIDA; ofrecer acceso gratuito al TARGA, como parte de la atención integral de calidad a los pacientes viviendo con VIH/ SIDA; conseguir la descentralización de la atención de personas viviendo con VIH/SIDA hasta el primer nivel de atención, y conseguir el fortalecimiento de la adherencia al TARGA a través de visitas domiciliarias, la participación de voluntarios en consejería de pares y actividades de sensibilización a grupos familiares.

Así mismo, para conseguir el fortalecimiento Institucional se espera potenciar la capacidad de gestión (capacidad de gobierno, gerencial y técnico administrativa); y potenciar la capacidad resolutoria de los equipos multidisciplinarios de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS-VIH/SIDA en los niveles descentralizados. Y para alcanzar el fortalecimiento de la coordinación multisectorial para el control de las ITS-VIH/SIDA se tiene pensado articular acciones del sector público y sociedad civil en el marco de la Estrategia Sanitaria Nacional a través del comité consultivo.

Recientemente se ha adoptado un Plan Estratégico Multisectorial para el periodo 2007 – 2011 en base a la evaluación del Plan Estratégico 2001 – 2004 para la Prevención y Control del VIH / SIDA en el Perú, y en un proceso de planificación comisionado por el MINSA. Como parte de las recomendaciones presentadas en este documento se resalta que es importante contar con una política pública nacional explícita en VIH/SIDA que sea desarrollada multisectorialmente y articulada con los lineamientos de la Política Nacional de Salud, en el marco de un proceso de reforma sanitaria y que tenga como ejes el derecho a la salud y la equidad.

B. Atención Integral

Las actividades de Atención Integral de la Estrategia Sanitaria Nacional de ETS/SIDA del MINSA han estado dirigidas a la implementación de la atención y tratamiento de las personas viviendo con VIH/SIDA en el País. Para ello fue necesario desarrollar un sistema capaz de brindar una atención multidisciplinaria, con calidad y que garantizase la adherencia al tratamiento en sus tres líneas de acción: educación para la salud, consejería y de servicio social.

Además se implementó un sistema de registro e información que brinde los alcances para las decisiones terapéuticas, y que sea de utilidad para la toma de decisiones a nivel Regional y

Central. También se han desarrollado e implementado las normas técnicas de TARGA y de su adherencia.

Para el monitoreo de las PVVS (en TARGA o pre-TARGA) desde hace tres años, el MINSA en coordinación con el INS ha iniciado la toma de pruebas (CD4 y Carga Viral) a las personas viviendo con VIH de los hospitales de Lima y Callao de acuerdo a un cronograma preestablecido. Además, se viene administrando el tratamiento antiretroviral a los pacientes que presenten las condiciones de ingreso al TARGA. Aproximadamente son 7,000 personas que, a la fecha, están recibiendo tratamiento en hospitales de Lima y provincias.

También en el marco del proyecto apoyado por el Fondo Mundial se ha capacitado a equipos multidisciplinarios en todo el Perú para el manejo de TARGA, y con ello se han sentado las bases para la descentralización progresiva del tratamiento al interior del País, el cual se inició en diciembre del 2004. Además, se ha capacitado a voluntarios para intervenciones de campo en soporte al tratamiento así como a familiares y allegados de las PVVS para brindar soporte y adherencia al TARGA.

2.1.2.3. Otros programas

La población en general ha estado, en gran parte, expuesta a información de prevención del VIH, a través de apariciones esporádicas en los medios. Este tipo de exposición ha tenido lugar por casi dos décadas, y ha sido más probable que haya ocurrido como novedades específicas (p.e. noticias internacionales, eventos nacionales). A pesar de la variable confiabilidad de dicha información, la mayor parte de los mensajes parecen haber sido transmitidos, como lo muestran los estudios de base poblacional, con énfasis en el conocimiento básico del VIH.

Los adolescentes y jóvenes han sido blanco de los mensajes a través de dos mecanismos principales: (1) Intervenciones del sector educación, usualmente en asociación con el sector salud; y (2) Acciones específicas de ONGs. El sector educación inició el programa de educación sexual en 1996, y entrenó un gran número de docentes de primaria y secundaria en temas de salud sexual y reproductiva, incluyendo la prevención en VIH/ITS.

En tanto este programa no incluyó un diseño de evaluación formal en su implementación, se intentaron evaluaciones externas que mostraran logros sustantivos atribuibles a la intervención. La carencia de un diseño apropiado podría, sin embargo, explicar dichos resultados, como lo haría la dudosa efectividad de un programa masivo basado en periodos de capacitación breves para un gran contingente de maestros. El programa perdió apoyo cuando sectores conservadores tomaron el control del Ministerio de Salud en el 2001 y lo mantuvieron hasta el 2003. Sin embargo, fue en ese momento que el proyecto apoyado por el FMSTM fue iniciado.

Los programas dirigidos por ONGs orientados a jóvenes han sido numerosos, aunque no han llegado a una fracción importante de ellos, ni han asegurado la sostenibilidad de su trabajo. Han funcionado como proyectos de demostración en comunidades específicas, y en la mayoría de casos no han sido evaluados. Los reportes de su implementación han sido preparados para las agencias financieras, y no han llegado a la comunidad en general.

Las poblaciones especialmente vulnerables han sido el objetivo de intervenciones más consistentes desde 1996. El Ministerio de Salud estableció una estrategia basada en la promoción de pares para trabajadoras sexuales y para HSH. Los pares promotores de ambos grupos serían identificados y entrenados y recibirían un pequeño pago para distribuir material impreso y condones, lo mismo que para alentar a sus pares a visitar las clínicas donde serían tamizados para descartar ITS y recibir tratamiento si fuera necesario. Esta estrategia experimentó una merma significativa después del 2001, habida cuenta de la política conservadora adoptada por el Ministerio de Salud (2001-2003). Posteriormente, la orientación del programa cambió hasta establecer el sistema de tratamiento antiretroviral de gran actividad (TARGA). Este cambio contribuyó a mantener este programa basado en pares como un esfuerzo de baja prioridad, y su sostenibilidad fue dejada de lado, en la mayor parte de casos, hacia las direcciones regionales de salud.

2.1.3. Contexto Normativo

Directivas del MINSA

Sistema de atención de manejo de ITS sintomáticas en gestantes y mujeres durante la lactancia (Directiva 05). DIRECTIVA N° 5-2003-MINSA/DGSP-DEAIS-V.01

Lo que busca esta directiva es establecer un sistema de atención en el manejo de caso de ITS en gestantes y mujeres durante la lactancia, a través de: Un sistema de diagnóstico precoz, oportuno y tratamiento de las ITS en gestantes y mujeres durante la lactancia, siguiendo los esquemas del manejo sindrómico; y además busca establecer el mecanismo de información, consejería, cumplimiento de tratamiento supervisado, captación de contacto/os y provisión de condones

Sistema de atención médica periódica para los (las) trabajadores(as) sexuales (Directiva 07).
DIRECTIVA N° 7-2003-MINSA/DGSP-DEAIS-V.01

Esta directiva tiene como objetivos establecer un sistema de Atención Médica Periódica - AMP y sistemática para los(as) trabajadores(as) sexuales con la finalidad de realizar la detección precoz, atención oportuna y tratamiento adecuado de las ITS, VIH/SIDA; así como fortalecer los Centros de Referencia de ETS (CERETS) y las Unidades de Atención Médica Periódica – UAMPs, a través del reconocimiento de dichos establecimientos de salud, para la atención de los(as) trabajadores(as) sexuales, a fin de brindarles una atención diferenciada con calidad.

Sistema de promotores educadores de pares en poblaciones vulnerables de ITS y VIH/SIDA (Directiva 09). DIRECTIVA N° 9-2003-MINSA/DGSP-DEAIS-V.01

Esta directiva busca fortalecer la Red de Promotores Educadores de Pares en poblaciones vulnerables para las ETS y el VIH/SIDA en las Direcciones de Salud del país como estrategia preventiva y de control para reducir o eliminar la transmisión del VIH/SIDA en el Perú. Asimismo, pretende también: fortalecer y establecer un sistema de educadores de pares en las intervenciones en cambio de comportamientos para poblaciones vulnerables, como las trabajadoras(es) sexuales y HSH, para la derivación oportuna a los centros de salud, la promoción de comportamientos de menor riesgo y la detección temprana de las ETS y el VIH/SIDA; fortalecer la red de servicios de atención en ITS y VIH/SIDA tanto en recursos humanos como logísticos para brindar atención integral oportuna a la población vulnerable con calidad y calidez; y a su vez establecer un sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación de las actividades de los promotores educadores de pares en poblaciones vulnerables destinados a las acciones preventivas y de control para las ITS y VIH/SIDA.

Sistema de manejo post exposición ocupacional al VIH en los trabajadores de salud. DIRECTIVA N° MINSA – DGSP - DEAIS V.02

Dicha directiva busca disminuir el riesgo de infección por el VIH post-exposición ocupacional y brindar una adecuada atención al trabajador de salud en estas circunstancias. Asimismo, busca sensibilizar a las instituciones para que asuman su respectivo rol frente a los accidentes post-exposición ocupacional al VIH y puedan brindar la atención y el acceso al tratamiento antiretroviral a los trabajadores de salud expuestos, si el caso lo amerita; así también pretende disponer de un protocolo estandarizado a nivel nacional para el manejo post-exposición ocupacional al VIH, en los trabajadores de salud.

Sistema de atención para el tratamiento antiretroviral en los niños infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. DIRECTIVA No. - 2003-MINSA/DGSP-DEAIS-V.01

El objetivo primordial de esta directiva es establecer un sistema de atención integral ofrecida al niño infectado con el VIH, incluyendo tratamiento antiretroviral, que contribuirá a disminuir la morbilidad y mortalidad por SIDA en esta población, así como a mejorar su calidad de vida.

Normas del MINSA

Norma Técnica de atención para la administración de Quimioprofilaxis y tratamiento antituberculoso a personas VIH/SIDA. NT N° -2003-MINSA/DGSP-V.01

Esta norma tiene como objetivo establecer la normatividad técnica de atención para la administración de quimioprofilaxis y tratamiento antituberculoso a personas con VIH/SIDA, que permita reducir la morbilidad y mortalidad en estas personas. Asimismo, busca establecer: el mecanismo de consejería y entrega de medicamento profiláctico con Isoniazida – INH a las personas con VIH/SIDA sin Tuberculosis que acuden a los establecimientos de salud; y un sistema de diagnóstico precoz y oportuno de Tuberculosis en las personas viviendo con VIH/SIDA y administrar adecuadamente el tratamiento antituberculoso supervisado.

Norma Técnica de atención para el tratamiento profiláctico con cotrimoxazol e indicación de recuento de Linfocitos CD4 en personas infectadas con el VIH. NT N° -2003-MINSA/DGSP-V.01

Esta norma busca instituir la norma técnica de atención que permita el manejo de personas infectadas por el VIH, que contribuirá a disminuir la morbilidad y mortalidad causada por infecciones oportunistas, con la consiguiente mejoría en su calidad de vida.

Norma Técnica para la adherencia al TARGA en adultos infectados por el VIH. NT N° 2004-MINSA/DGSP-V.01

Dicha norma busca mejorar la eficiencia del tratamiento con antiretrovirales de gran actividad (TARGA) mediante la implementación de un Programa de Adherencia, lo que no sólo implica el cumplimiento de la terapia sino también alcanzar la supresión máxima y prolongada de los niveles de RNA - VIH en plasma y lograr el restablecimiento y/o conservación de la función inmunológica para retardar la progresión de la enfermedad; disminuir la morbilidad y la mortalidad de personas adultas infectadas por el VIH/SIDA; lograr la pertinencia, oportunidad y calidad de la atención a los pacientes con VIH/SIDA; lograr un impacto positivo sobre la epidemia en el país; y asegurar la correcta administración del TARGA a nivel nacional, con niveles de adherencia superiores al 90%.

Norma Técnica para el TARGA en adultos infectados por el VIH. NT N° 2004-MINSA/DGSP-V.01

Esta norma tiene como objetivo disminuir la morbilidad y la mortalidad de personas adultas infectadas por el VIH/SIDA. Asimismo, espera: implementar el TARGA como parte de la atención integral de la persona infectada con VIH/SIDA, bajo un sistema de evaluación previo al inicio de la terapia y de distribución, administración, supervisión, seguimiento clínico y de laboratorio, con el propósito de mejorar su calidad de vida; alcanzar la supresión máxima y prolongada de los niveles de RNA - VIH en plasma y lograr el restablecimiento y/o conservación de la función inmunológica para retardar la progresión de la enfermedad; monitorear la eficacia de la TARGA; y asegurar la adherencia a la TARGA.

Otras normas del MINSA

Resolución Ministerial y Norma Técnica para el TARGA en Adultos infectados por el VIH. NT N° 004-MINSA/DGSP-V.02

Norma Técnica para promotores educadores de pares en poblaciones vulnerables para la prevención de ITS Y VIH/SIDA. NT N° -2004-MINSA/DGSP-V.01

Norma Técnica para la articulación del servicio de consejeros educadores de pares para personas que viven con VIH/SIDA. NT N° 003-MINSA/DGSP-V.01

Norma Técnica para la prevención de la transmisión vertical (Madre-Niño) del VIH. NT N° -2005-MINSA/DGSP-V.01

Lo que busca esta norma es la prevención de la transmisión vertical, y dar la administración de tratamiento profiláctico antiretroviral a la madre y su niño según los escenarios establecidos en la presente norma. Entre sus objetivos específicos encontramos el establecer: un sistema de diagnóstico precoz y oportuno del VIH tanto para gestantes que acuden al establecimiento de salud para su control prenatal como para aquellas que acuden en el momento del parto y que no tienen conocimiento de su estado serológico en relación al VIH; criterios de manejo de la gestante infectada por el VIH mediante escenarios de acción que incluyan el uso racional de antiretrovirales, forma de atención del parto y seguimiento de la madre y el niño; el proceso de información grupal y consejería previa a la prueba de diagnóstico en la gestante que acude al servicio de salud así como la consejería posterior a la prueba de soporte en la mujer viviendo con el VIH; el mecanismo de entrega de los medicamentos profilácticos antiretrovirales con zidovudina (AZT) y/o nevirapina (NVP), según corresponda, a la gestante infectada por el VIH y al recién nacido, y además fórmula láctea maternizada para estos niños; un sistema que permita el seguimiento de los hijos de madres infectada por el VIH, la supervisión de la administración de la terapia profiláctica con zidovudina (AZT) y/o nevirapina (NVP), la supervisión del uso de fórmula láctea. Este seguimiento será realizado hasta el conocimiento de su estado serológico al año y medio de edad; y por último el sistema de registro y monitorización de las actividades para la prevención de la transmisión madre niño del VIH

Norma Técnica para la atención en consejería en ITS-VIH/SIDA. NT N°-2003-MINSA/DGSPV.01

Lo que busca la norma es disminuir el impacto psicosocial de la presencia del VIH y el SIDA en la población peruana a través del establecimiento del servicio de consejería en ITS y VIH/SIDA por el Ministerio de Salud, con la finalidad de fomentar el diagnóstico precoz, brindar soporte psicosocial, educación para la salud y apoyar el tratamiento oportuno.

Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011

Durante el segundo y el tercer trimestre de 2006 se llevaron a cabo reuniones para la preparación de un Plan Estratégico Multisectorial en VIH/SIDA para el quinquenio 2007-2011, auspiciado por CONAMUSA, el MINSA, ONUSIDA y el Proyecto Vigía. Una

versión de trabajo del mes de julio, que ya había alcanzado un buen nivel de consenso, fue utilizada para la preparación de un nuevo proyecto-país de acción en SIDA, para ser remitido a la Sexta Ronda de Financiamientos Competitivos del FMSTM, resultando aprobada.

El Plan incluye 9 objetivos estratégicos y 49 líneas estratégicas. Los seis primeros objetivos se orientan al fortalecimiento de intervenciones (en grupos vulnerables, población general, jóvenes, transmisión perinatal, transmisión parenteral, y atención integral); el objetivo 7 se orienta a promover un entorno político, social y legal adecuado con enfoque de derechos y participación de grupos vulnerables; el objetivo 8 busca fomentar una efectiva multisectorialidad en la respuesta, y el objetivo 9 promueve el mejoramiento de información para el monitoreo y evaluación oportunos.

2.2. Objetivos del Estudio

De acuerdo a lo planteado por los TDR, el presente estudio tuvo los siguientes objetivos:

- 2.2.1. Recolectar y sistematizar información cuantitativa sobre los indicadores del programa.
- 2.2.2. Recolectar y sistematizar información cualitativa que apoye la interpretación de los indicadores clave del programa.
- 2.2.3. Realizar un análisis de situación y contexto de los indicadores al momento del inicio del programa, integrando la información cuantitativa y cualitativa del estudio.

Como es esperable, nuestra experiencia en las Evaluaciones de Línea de Base antes desarrolladas bajo contrato con CARE permite una comprensión amplia de la epidemia y del sentido de la evaluación de una línea de base. Con la información generada en este estudio se busca contribuir a la consolidación metodológica de la propuesta evaluativa para este nuevo proyecto, lo que de hecho se asume en los TDR cuando se solicita el desarrollo de sistemas de registro y/o medición no existentes en este momento, mayormente por corresponder a actividades nuevas.

3. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO DE LÍNEA DE BASE DE QUINTA RONDA

3.1 Generalidades del diseño de estudio

De acuerdo al esquema planteado por los TDR, el estudio propuesto se organizó en dos sub-estudios complementarios entre sí: Un sub-estudio 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. El estudio cuantitativo utilizó tanto fuentes primarias como secundarias.

3.1.1. Sumario de la metodología del sub-estudio cuantitativo

Para estimar los indicadores planteados en los términos de referencia optimizando recursos, se coleccionó la siguiente información primaria:

Tabla #2: Técnicas e instrumentos para recolección de información de fuente primaria

Técnica de Colección Primaria	Población(es) o Foco de la técnica	Instrumento	Indicadores
Encuesta domiciliaria	a) Jóvenes 20-24 b) Adultos > 24 c) Adolescentes 12-19	Cuestionario Cuestionario	a) E2, E7, R.1.2 b) E7, R.1.8 c) E1, R.1.1
Encuesta escuelas	a) Docentes	Cuestionario	a) E8
RAP en torno a establecimientos de salud (incluye HSH y TS programados para atención)	a) PVVS adultos, niños VVS y niños huérfanos b) Proveedores de salud c) Calidad de atención d) HSH e) TS	Cuestionario Cuestionario Lista de chequeo Cuestionario Cuestionario	a) E.9, R.2.1, R.2.2, R.2.4, R.3.2., R.4.2., y como opción alternativa para R.4.1, R.4.3, y R.4.4 b) E10, R.1.4 c) R.1.11, R.1.12 (altern) d) E3 (op 2); R1.5.(altern) e) E4 (op 2), R1.6 (altern)
Encuesta en penales	PPL	Cuestionario	E5 (op 2); R.1.10 (altern)
Encuesta a organizaciones	a) Mujeres de Org. Sociales de Base b) Organizaciones de PVVS	Cuestionario Cuestionario	a) R.1.13 b) R.3.1

Asimismo, fue necesario utilizar información de fuente secundaria, mayormente proveniente de la Dirección General de Salud de las Personas del MINSA. Y, ateniendo al planteamiento de los TDR que pidió constatar la disponibilidad de dicha información y, en caso de no disponibilidad, plantear otra solución, se cursó en forma oficial la solicitud de esta información a los directores generales de la DGSP y DGE, con la finalidad que se nos confirme dicha disponibilidad.

Tabla # 3: Bases de datos y dependencias del MINSA para recolección de información de fuente secundaria

Fuente Secundaria solicitada en TDR	Dependencia de acceso	Indicadores	Fuente utilizada en el estudio
Vigilancia Centinela en HSH	DGE	I1, E3 (op 1)	Información no disponible de DGE. Estimado con revisión bibliográfica
Vigilancia Centinela en Gestantes	DGE	I2	Información no disponible de DGE. Estimado de Hoja de Monitorización.
Vigilancia Centinela en TS	DGE	E4 (op 1)	Información no disponible de DGE. Estimado de Hoja de Monitorización.
Vigilancia Centinela en PPL	DGE	E.5	Información no disponible de DGE. Estimado de Hoja de Monitorización.
Hoja de Monitorización	ESN ITS-VIH, DGSP	I4, R.1.3, R.1.5, R.1.6, R.4.1, I.2 (fuente dato proxy),	Información disponible
Sistema "Targuita"	ESN ITS-VIH, DGSP	I3, E6, R.4.1, R.4.3, R.4.4	Información disponible
Registro de equipamiento de CERITSS	ESN ITS-VIH, DGSP	R.1.12	Información no disponible.

3.1.2 Sumario de la metodología del sub-estudio cualitativo

Características del estudio

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. Para esto fue necesario un real involucramiento de los investigadores con la realidad de los actores, así como una gran sensibilidad al contexto por parte de los primeros. Las técnicas que se aplicaron priorizaron la perspectiva de las personas entrevistadas por lo que los instrumentos que se plantearon fueron retroalimentados con los actores clave (CARE y CONAMUSA) referentes para la interacción con las poblaciones de estudio, dejando grados de libertad para el tratamiento de temáticas emergentes (Vallés, 1997), ya que, los temas surgen a medida que se recogen y analizan los datos.

3.2 METODOLOGIA DE LOS SUBESTUDIOS CUANTITATIVOS

3.2.1 Metodología del subestudio domiciliario (adultos, jóvenes y adolescentes)

Se desarrolló una encuesta en una muestra probabilística domiciliaria (utilizando muestreo bietápico por conglomerados), cubriendo tres poblaciones diferentes:

(a) Adolescentes entre 12 y 19 años (en los cuales se estimaron los indicadores E1, y R.1.1 a nivel de los tres ámbitos)

(b) Jóvenes entre 20 y 24 años (en los cuales se estimaron los indicadores E2, E7, y R.1.2 a nivel de los tres ámbitos)

(c) Adultos mayores entre 25 y 49 años (en los cuales se estimaron los indicadores E7 y R.1.8

Se utilizaron tres cuestionarios en los tres estratos. En la segunda mitad (15-19 años) del estrato de adolescentes se utilizó el cuestionario empleado con jóvenes, de modo que los grupos de edad cubiertos por cada cuestionario fueron: 12-14, 15-24 (15-19 y 20-24), y 25-49.

Universo de investigación.

La población a investigar a través de las encuestas domiciliarias comprende tres sub grupos:

Personas de 12 a 19 años, jóvenes de 20 a 24 años y adultos de 25 a 49 años; residentes en las ciudades de Lima-Callao, Chimbote e Iquitos. En el caso de Lima se seleccionaron los distritos de Comas (zona norte), Villa María del Triunfo (zona sur), Ate (zona este), y Rímac. En tanto en el Callao los distritos de Callao, La Perla y Carmen de la Legua. En Iquitos las encuestas se aplicaron en los distritos de Belén, Punchana, Iquitos y San Juan. En Chimbote, las encuestas se realizaron en los distritos de Coishco, Chimbote y Nuevo Chimbote.

La selección de ámbitos correspondió a las ciudades de intervención especial por parte del Proyecto en sus objetivos 1 y 2.

El nivel de inferencia comprendió al total de los sub-grupos en estudio en cada uno de los tres dominios definidos, para el análisis de subpoblaciones se debieron tomar en cuenta los errores muestrales y el número de observaciones alcanzadas en campo.

Diseño muestral

La muestra fue probabilística, de áreas y trietápica. Fue probabilística porque las unidades de muestreo fueron seleccionadas mediante métodos aleatorios, lo cual permite efectuar inferencias a la población sobre la base de la teoría de probabilidades. La muestra fue de áreas, porque la probabilidad de cada vivienda de ser seleccionada estuvo asociada a áreas geográficas — conglomerados¹— dentro de cada distrito de estudio. Fue trietápica porque el muestreo se dió en tres etapas. En la primera etapa —selección de manzanas— se utilizó la selección sistemática con probabilidad proporcional al tamaño de viviendas, en la segunda etapa —selección de viviendas— se utilizó la selección sistemática simple con arranque aleatorio y en la tercera etapa —selección de personas— se utilizó un muestreo aleatorio simple.

Marco muestral y unidades de muestreo

Se empleó el marco muestral de hogares del Instituto Nacional de Estadística e Informática elaborado sobre la base del último Censo.

Selección de la muestra

La muestra fue trietápica y por conglomerados. La selección en cada etapa fue estrictamente aleatoria y se desarrolló de la siguiente manera.

i) Selección de unidades primarias de muestreo (UPM) o manzanas.

Las manzanas fueron seleccionadas con un muestreo sistemático de arranque aleatorio considerando como una única unidad la ciudad. Es decir, el marco fue organizado por distritos, pero la selección se hizo sobre el total de manzanas. El método asume una representación porcentual de cada distrito.

ii) Selección de las viviendas.

Se seleccionó aleatoriamente el segundo frente de cada manzana seleccionada y luego se tomó un conglomerado con las 6 primeras viviendas ocupadas de ese frente. Se previó que si alguna de las manzanas seleccionadas no tuviera las viviendas necesarias, se tomaría la inmediata siguiente en el orden de numeración hasta completar las 6 viviendas y se informó al coordinador del estudio para efectuar las modificaciones que fueran pertinentes;

iii) Selección de las personas.

¹El conglomerado es el área geográfica conformada por una o más manzanas contiguas, que tiene en promedio 80 viviendas particulares.

En cada una de las viviendas seleccionadas se entrevistaron a las personas elegibles que residan en ellas y que aceptaron (aplicación del consentimiento informado). Las personas elegibles comprenden todos los habitantes entre:

- a. 12 y 19 (Adolescentes) y en ella dos subgrupos: 12 a 14 y 15 a 19.
- b. 20 y 24 años (Jóvenes)
- c. 25 y 49 años (Adultos)

Tamaño de la muestra

El tamaño muestral mínimo estimado para cada segmento es de 515 por ámbito (1545 por grupo poblacional), lo que permite establecer la ocurrencia de cambios de $\pm 10\%$ con un nivel de significancia estadística de 0.05, 80% de poder y considerando un efecto de diseño de 1.25. Ese mismo tamaño de muestra fue necesario para el segmento de adultos mayores de 25 a 49 años. El indicador R.1.8 se estimó sólo en mujeres mayores de 24.

Ponderaciones.

La muestra fue ponderada considerando los pesos de los distritos considerados en el estudio en las ciudades. Para el cálculo de las ponderaciones se consideró la cantidad de manzanas del marco muestral en cada ciudad. La no respuesta fue ajustada con respecto al total de manzanas de cada ciudad.

Los indicadores y otros resultados de esta población fueron obtenidos considerando los ponderadores.

3.2.2. Metodología del subestudio en escuelas (docentes)

No se empleó un método probabilística de muestreo, se entrevistó a todos los docentes/tutores objeto de la capacitación planteada por el proyecto en todos los centros que se haya seleccionado. La lista de colegios y sus respectivos distritos, UGELes y DREs se presentan a continuación:

Tabla # 4: Relación de colegios para el estudio cuantitativo en docentes

COLEGIOS	DEPENDENCIA DEL MINEDU
Lima	
Naciones Unidas	San Juan de Miraflores
Ollantay	San Juan de Miraflores
Inca Pachacútec	Villa El Salvador
Rinconada	San Juan de Miraflores

República Democrática Alemana	Villa El Salvador
I:E 6066 Villa El Salvador	Villa El Salvador
República de Francia	Villa El Salvador
Peruano Suizo	Villa El Salvador
Soberana Orden Militar de Malta	Villa María del Triunfo
República del Ecuador	Villa María del Triunfo
Túpac Amaru	Villa María del Triunfo
Juan Valer Sandoval	Villa María del Triunfo
Callao	
Dos de Mayo	UGEL Ventanilla
R. Castilla	UGEL Ventanilla
R. Prialé	UGEL Ventanilla
Dora Máyer	UGEL Ventanilla
Raúl Porras	UGEL Ventanilla
José Olaya	UGEL Ventanilla
Iquitos	
Rosa Agustina Donayre De Morey	DRE Loreto
Loreto	DRE Loreto
Colegio Nacional Iquitos	DRE Loreto
Chimbote	
Inmaculada De La Merced	DRE Áncash y UGEL Santa
Politécnico Nacional Del Santa	DRE Áncash y UGEL Santa
89004 Manuel Gonzáles Prada	DRE Áncash y UGEL Santa

La encuesta se aplicó en estos colegios. Nuestro equipo realizó la consulta al consorcio ejecutor correspondiente sobre cuáles colegios serían objeto de intervención en este nuevo proyecto de quinta ronda y se nos refirió que se abordarían los mismos colegios ya intervenidos en la segunda ronda y tuvimos acceso a esta lista.

3.2.3 Metodología del subestudio en centros de salud (personal de salud y atención de calidad)

Se desarrolló una encuesta en una muestra no probabilística en torno a establecimientos de salud y el enrolamiento se hizo en estrecha coordinación con los establecimientos de salud en donde se realizó la invitación de los usuarios de servicios de salud. Este subestudio tuvo como poblaciones objetivo a los siguientes grupos:

- (a) Personas viviendo con VIH-SIDA (PVVS)
- (b) Niños afectados, huérfanos y VVS.
- (c) Proveedores de Salud

- (d) Población HSH
- (e) Población TS
- (f) Lista de chequeo de condiciones de calidad y equipamiento en los CERITS

Se utilizaron cuestionarios diseñados específicamente para cada uno de los grupos poblacionales y objetivos, cuyas preguntas ya han sido validadas en estudios de campo previos. Previamente a su aplicación, las versiones preliminares de estos cuestionarios fueron difundidas a los actores claves incluyendo a los consorcios ejecutores de las actividades correspondientes en estas poblaciones.

Universo de investigación, tamaño de muestra y estimación de diferencias.

(a) Encuesta rápida en personas viviendo con VIH y niños huérfanos o afectados por VIH: Por la necesidad de preservar la confidencialidad, no se planteó una muestra probabilística a partir de un listado general de pacientes; alternativamente, se coordinó con los establecimientos para invitar a los pacientes asistentes al servicio a participar en el estudio.

(b) Encuesta rápida en personal de salud: Se aplicó un breve cuestionario a todo el personal de salud profesional (médicos, enfermeras, obstetras, psicólogos, odontólogos, asistentes sociales) de los servicios involucrados en atención integral de PVVS y los CERITS de Iquitos y Chimbote presentes los días de reclutamiento para la muestra de PVVS, así como al personal de todos los CERITS. Para Lima/Callao, se procedió de forma análoga en los establecimientos del marco muestral de servicios de atención integral planteado en los TDR presentes los días de reclutamiento. Se midió E.10 y R.1.4.

(c) Observación de calidad de atención en CERITS y presencia de equipo móvil de AMP: En 8 CERITS de Lima-Callao, 1 de Iquitos y 1 de Chimbote se aplicó una lista de chequeo para evaluar la calidad de atención, según la normatividad vigente en el MINSA. Se estimó R.1.11 y R.1.12.

(d) Encuestas rápidas en poblaciones de TS y HSH. Como alternativa para medir E3 y E4 que no estaban disponibles a partir de estudios de vigilancia centinela y como fuente complementaria para información de R.1.5 y R.1.6, se pudo realizar una encuesta rápida en una muestra de HSH y TS que se basaron en la población servida por cada CERITS.

Establecimientos de Salud en donde se recogió la información

El siguiente es el universo de establecimientos de salud, a partir del cual se obtuvo la muestra calculada. El estudio en PVVS y niños VVS y afectados se realizó en los hospitales, mientras los estudios en TS, HSH y aplicación de la lista de chequeo se realizaron en CERITS. La personal de salud se realizó tanto en hospitales como en CERITS.

En la región Callao

1. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión
2. CERETS Alberto Barton

En la region Lima

3. Hospital Nacional Dos de Mayo
4. Hospital San Bartolomé
5. Hospital Nacional Hipólito Unanue
6. Hospital Nacional Cayetano Heredia
7. CERITS Raúl Patrucco (DISA Lima Ciudad)
8. CERITS Surquillo (DISA Lima Ciudad)
9. CERITS Calcuta (El agustino)
10. CERITS Piedra Liza (Lima)
11. CERITS Tahuantinsuyo Bajo (Independencia)
12. CERITS Chorrillos (Chorrillos)
13. CERITS Villa El Salvador (Villa El Salvador)

En la región Ancash (Chimbote)

14. Hospital de Apoyo Chimbote La Caleta

En la región Loreto (Iquitos)

15. Hospital Regional de Loreto
16. CLAS San Juan

3.2.4 Metodología del subestudio en OSB y OPVVS (gestión y vida sexual saludable)

Encuesta en Organizaciones: Selección de las muestras.

(1) Para estimar R.1.13 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. La lista de OSB fue obtenida de las municipalidades locales y a través de contactos claves en las regiones fuera de Lima: A través de "La casa de la mujer" en Chimbote, y "La Restinga" y "Lazos de vida" en la ciudad de Iquitos. En Lima estas OSB fueron contactadas en coordinación con el Consorcio ejecutor de intervenciones en esa población. Así, se contacto a dirigentes distritales quienes convocaron miembros mujeres de OSB dentro de su jurisdicción en base a los padrones que ellas administran.

(2) Para estimar R.3.1 se tomó una lista de las organizaciones de PVVS en las ciudades de interés proporcionada por el Consorcio ejecutor de intervenciones en esa población. Se aplicó un cuestionario a un representante de la organización seleccionada a través de contactos claves en las regiones fuera de Lima: A través de "La casa de la mujer" en Chimbote, y "La Restinga" y "Lazos de vida" en la ciudad de Iquitos.

3.2.5 Metodología del subestudio en establecimientos penitenciarios (PPL)

Esta encuesta se planteó como alternativa para la medición de R.1.13 (en caso de no estar disponibles los resultados del estudio centinela de la DGE).

Universo de investigación.

El universo estuvo constituido por las personas privadas de libertad con por lo menos un año de permanencia en los establecimientos penales.

Marco muestral

Se empleó la organización de los establecimientos penales y las relaciones de internos del Instituto Nacional Penitenciario (INPE) en los penales seleccionados para este propósito. En Lima-Callao, los establecimientos penitenciarios de origen de esta población fueron:

- Sarita Colonia del Callao
- San Pedro (ex Lurigancho)
- Miguel Castro Castro.

En tanto en el resto de ciudades fueron los penales de varones de cada ciudad. (1 en Iquitos y 1 en Chimbote)

Unidades de muestreo

Se consideraron las siguientes unidades de muestreo:

- i) Unidades primarias de muestreo: Pabellones de cada uno de los establecimientos penales.
- ii) Unidades secundarias o finales de muestreo: PPL que se encontraron en los pabellones y según los criterios de elegibilidad señalados anteriormente.

Estratificación

La muestra de PPL se dividió entre los penales proporcionalmente al tamaño de su población penal. Dentro de cada penal, el muestreo fue estratificado por pabellones, a fin de incrementar la representatividad general.

Tamaño de la muestra

Se planteó utilizar una muestra proporcional de 515 internos de los penales Lurigancho, Castro-Castro y Sarita Colonia en Lima – Callao; más 515 internos de los penales fuera de Lima, completando 1030 en total, lo que permite estimar cambios de ± 10 % a nivel de los penales en su conjunto.

Selección de la muestra

La selección de la muestra fue bietápica, y estrictamente aleatoria en cada una de las etapas, y se desarrolló de la siguiente manera.

- i) Selección de unidades primarias de muestreo (UPM) o pabellones.
Los pabellones fueron seleccionados a partir de un muestreo sistemático de arranque aleatorio y proporcional al tamaño.
- ii) Selección de las personas.

En cada uno de los pabellones se seleccionó de manera sistemática un conjunto de personas sobre la base de una lista de internos con por lo menos un año en el establecimiento, y que ofrecieron su consentimiento informado.

Ponderaciones

En el estudio, la muestra por cada penal y pabellón en cada penal tuvo un tamaño proporcional al tamaño de cada penal y población por pabellón. Como resultado, la muestra fue auto-ponderada y no requirió el uso de pesos en el análisis, tal como se planteó en la propuesta.

TABLA # 5: ESQUEMA DE LOS SUBESTUDIOS CUANTITATIVOS, POBLACIONES OBJETIVO, INSTRUMENTOS/TECNICAS DE RECOLECCION E INDICADORES

MEDICION DE LINEA DE BASE DE QUINTA RONDA			INDICADORES DE FUENTE 1RIA DE 5TA RONDA		OBJETIVOS 5TA RONDA					
Técnica	Población Objetivo	Instrumento	Código	Descripción Breve	1a	1b	2	3	4	
Encuesta domiciliaria	Adultos	Cuestionario	E7	Población c/aceptación PVVS y vulnerable			X			
			R1.8	Mujeres c/info. vida sexual saludable	X					
	Jóvenes	Cuestionario	E2	jóvenes y condón ultima RS	X					
			E7	Población c/aceptación PVVS y vulnerable			X			
			R1.2	Jóvenes c/info. vida sexual saludable	X					
		Adolescentes	Cuestionario	E1	Adolescentes y condón ultima RS	X				
Encuesta en escuela	Docentes	Cuestionario	E8	Docentes c/aceptación niños VVS			X			
			R2.5	Docentes c/entrenamiento Estigma/Discriminación			X			
RAP en CCSS	PVVS adultos	Cuestionario	R3.2	PVVS participando de creación microempresas				X		
			R4.2	PVVS en TARGA que recibe Tx. Infx. Oport.					X	
			R4.1	PVVS en TARGA y consej. Prev. Positiva					X	
			R4.3	% Adherencia a TARGA					X	
			R4.4	PVVS en SIDA c/TARGA					X	
				R3.3	PVVS y microempresas ya creadas				X	
	PVVS niños	Cuestionario	R2.2	Niños afect. huerf. y VVS c/At. Integral			X			
	Niños H/A	Cuestionario	R2.2	Niños afect. huerf. y VVS c/At. Integral			X			
			R2.4	Niños huerf. y apoyo nutricional			X			
	Familias de PVVS	Cuestionario	E9	Fam. PVVS \$\$ y microempresa				X		
			R2.1	Fam. PVVS y atención integral			X			
		Proveedor de salud	Cuestionario	E10	Personal CCSS c/aceptación PVVS y vul			X		
				R1.4	Profesionales capacitados DxTx SITS	X				
		Calidad de atención	Lista de Chequeo	R1.11	CERITS que dan servicios c/calidad	X	X			
				R1.12	CERITS con UAMP itinerante	X	X			
	HSH	Cuestionario	E3	HSH-TS y condón Ultima RS	X	X				
			R1.5	HSH-TS en AMP	X	X				
	TS	Cuestionario	E4	TS y condón en Ultima RS	X	X				
			R1.6	TS en AMP	X	X				
Encuesta en Penal	PPL	Cuestionario	E5	PPL y condón en URS	X					
			R1.10	PPL c/DxTx SITS	X					
Organizaciones	OSB	Cuestionario	R1.13	Mujeres OSB c/info vida sexual saludable	X					
			R1.14	Mujeres líderes OSB capacitadas c/info vida sexual	X					
	PVVS	Cuestionario	R3.1	OPVVS c/instrumentos gestión				X		
INDICADOR DE FUENTE 2RIA DE 5TA RONDA					1a	1b	2	3	4	
SOLICITAR AL MINISTERIO DE SALUD (HOJA DE MONITORIZACION Y SISTEMA TARGUITA DE ESTRATEGIA SANITARIA, Y VIGILANCIA CENTINELA DE DGE)			Código	Descripción Breve						
			I1	Incidencia VIH en HSH (del Centinela)	X	X				
			I2	Proporción de gestantes VIH(+)						X
			I3	Sobrevida a 12 meses de TARGA						X
			I4	ITS en jóvenes y adolescentes	X					
			E6	Abandono a 12 meses de TARGA						X
			R1.3	#Pers. c/DxTx SITS en MINSA	X					
			R1.7	Condomes repartidos a PPL	X					
Matriz de Indicadores de LB refiere que no se va a medir			R1.9	#Pers. c/DxTx SITS Pub/Priv no MINSA	X					
Matriz de indicadores de LB refiere que se medirá al final de año 2			R2.3	Empresas y Sensibilización			X			

3. 3 METODOLOGIA DEL SUBESTUDIO CUALITATIVO

3.3.1. Técnicas de Colección de Información.

El sub estudio cualitativo propuso el empleo de las siguientes técnicas:

- a) Entrevistas en profundidad. Las entrevistas en profundidad nos permitieron focalizar detalladamente aquellas experiencias, valoraciones y percepciones de las poblaciones meta. Esta técnica nos permitió acceder a un plano de información individual e íntima y con ello a explicaciones que podrían verse reprimidas o sesgadas en un encuentro grupal. Sirvió para la profundización de determinados temas que se trataron en los autodiagnósticos y grupos focales.
- b) Entrevistas semi-estructuradas. Esta técnica se utilizó principalmente con actores clave, su uso se especifica exclusivamente para recoger temas puntuales con informantes institucionales y actores clave, a los cuales se les solicitó información sobre recomendaciones y problemáticas concretas para el proceso de implementación y en logro de las metas del programa.
- c) Grupos focales. El uso de los grupos focales permitió acceder a informaciones y valoraciones colectivas compartidas en cada uno de los distintos grupos de interés del estudio. Los grupos focales se realizaron con grupos poblacionales homogéneos o cuya heterogeneidad no comprometió significativamente las temáticas abordadas. Es el caso de los docentes y mujeres de organizaciones sociales de base.
- d) Autodiagnósticos participativos. El autodiagnóstico es una técnica participativa, utilizada en numerosos programas y proyectos de desarrollo y también en programas de salud sexual y reproductiva. Consiste en una técnica grupal para identificar problemas y obstáculos con la ayuda de preguntas motivadoras, y luego analizar en esos problemas cuáles serían sus causas y posibles consecuencias, para posteriormente proponer colectivamente soluciones a futuro en el proceso de implementación. Permiten trabajar paralelamente con distintos subgrupos de la población analizada. Los autodiagnósticos se llevaron a cabo con grupos de las poblaciones meta: HSH, TS y PVVS y Personal de Salud.

3.3.2. Categorías y temas de análisis.

En el siguiente cuadro aparece el listado de temas y categorías que se abordaron en el estudio. Adicionalmente este listado se verá retroalimentado por los diálogos con los representantes de

CARE, CONAMUSA y MINSA. Esta reunión además de proporcionar al estudio la retroalimentación, también sirvió como fuente de información para el estudio.

Tabla # 6: Ejes de análisis y temas del estudio cualitativo

Ejes de Análisis	Objetos de estudio (temas)
Actitudes: Dimensiones del discurso que evocan la disposición hacia determinados fenómenos	Uso de condón Aceptación de PVVS Autocuidado Atención Médica Periódica Riesgo
Comportamientos: Dimensiones del discurso sobre prácticas	Uso de condón Tratamiento Antiretroviral Trato a PVVS Autocuidado Atención Médica Periódica Calidad de atención
Conocimientos: Dimensiones cognitivas del discurso sobre los fenómenos	Riesgo de contraer VIH-SIDA Uso de condón TARGA ITS/VIH Prevención Autocuidado en PV Vida sexual saludable Gestión
Percepciones: Construcciones significativas sobre las características de un fenómeno incluyendo dimensiones cognitivas, actitudinales y emocionales	Proyecto de vida Calidad de la atención Accesibilidad Atención integral Apoyo nutricional Consejería en prevención positiva Tratamiento para enfermedades oportunistas TARGA

3.3.3. Selección de Ciudades y Poblaciones de Estudio.

Las poblaciones de estudio cualitativo fueron todas las abordadas en los indicadores de efecto y resultado planteados para la línea de base. En cuanto a las ciudades, la colección de datos se realizó en Lima, Callao, Iquitos y Chimbote. Para algunos casos se consideró como una sola ciudad Lima-Callao, asumiendo que sus diferencias puedan reportarse al interior de las aplicaciones.

3.3.4 Instrumentos y Aplicaciones.

De acuerdo al tipo de categorías y la homogeneidad o heterogeneidad relevante para el estudio de cada población se han propuesto las técnicas y el número de aplicaciones (VER TABLA DE OPERACIONALIZACION). 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. Se utilizó los siguientes instrumentos, cada uno de los cuales incluye objetivos, criterios y cuotas de convocatoria, estrategia metodológica y consentimiento informado:

- Guía de Autodiagnóstico con Adultos
- Guía de Autodiagnóstico con Escolares y Jóvenes
- Guía de Autodiagnóstico con HSH
- Guía de Autodiagnóstico con Personal de Salud
- Guía de Autodiagnóstico con PVVS
- Guía de Autodiagnóstico con TS
- Guía de Entrevista con Actores Clave
- Guía de Entrevista en profundidad con familiares de PVVS
- Guía de Entrevista en profundidad con PPL
- Guía de Entrevista en profundidad con PVVS
- Guía de Grupo Focal con Docentes
- Guía de Grupo Focal con Mujeres de Organizaciones Sociales de base
- Guía de Taller con Actores Clave

Tabla # 7: Técnicas cualitativas y distribución por regiones

Técnica	Total	Lima	Callao	Iquitos	Chimbote
Autodiagnóstico con Adultos	3	1		1	1
Autodiagnóstico con Escolares y Jóvenes	3	1		1	1
Autodiagnóstico con HSH	4	1	1	1	1
Autodiagnóstico con TS	4	1	1	1	1
Autodiagnóstico con Personal de Salud	3	1		1	1
Autodiagnóstico con PVVS	4	1	1	1	1
Entrevista con Actores Clave	3	1		1	1
Entrevista en profundidad con familiares de PVVS	4	1	1	1	1
Entrevista en	3	1		1	1

profundidad con PPL					
Entrevista en profundidad con PVVS	8	2	2	2	2
Grupo Focal con Docentes	3	1		1	1
Grupo Focal con Mujeres de Organizaciones Sociales de base	3	1		1	1
Taller con Actores Clave	1	1			
TOTAL	47	14	7	13	13

Además, considerando el número de participantes mínimo, el número de aplicaciones por tipo de aplicación fue como sigue:

Autodiagnóstico	14 participantes
Grupo focal	8 participantes
Entrevista	1 participante
Taller	8 participantes

3.3.5. Criterios para la selección de los participantes.

En el caso de los autodiagnósticos. La selección 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. Los criterios para la delimitación de sub poblaciones fue diferenciada. Por ejemplo en el caso de los escolares y Jóvenes las sub poblaciones fueron: escolares mujeres, escolares varones, jóvenes mujeres y jóvenes varones. Se puso énfasis en la convocatoria para que de preferencia los participantes no se conozcan entre ellos para intentar la mayor diversidad posible de participantes. Para cada ciudad y población se propuso en el instrumento guía los criterios de selección de cada sub población lo que implicó un importante trabajo de convocatoria y un manejo muy técnico y apropiado de la sesión por parte de investigadores experimentados metodológica, temática y políticamente. En el caso de los Grupos Focales se convocó a 10 participantes, de preferencia de diversas organizaciones y colegios, buscando la mayor heterogeneidad de condiciones y características de los participantes. En el caso de los Actores Clave, la selección para el caso de Lima y Regiones se vinculó a los actores que ocupan los cargos mayores en sus organizaciones. En el caso de las Entrevistas en Profundidad se seleccionaron los participantes a través de los servicios de salud y de las organizaciones de activistas. Para la convocatoria se contó con los contactos de un coordinador de campo en cada región y con instrumentos de convocatoria para el cumplimiento de cuotas.

Tabla # 8: Operacionalización del subestudio cualitativo y relación de indicadores con instrumentos				
Población	Categorías de análisis	Temas/Indicadores	Técnicas de recolección de información	
			Técnicas	#
Escolares Jóvenes y Adultos de Población general (12- 19/20-24)	Actitudes y prácticas	• Uso de condón	A U T O D I A G N O S T I C O	6 1 taller con escolares y jóvenes de ambos sexos en 3 ciudades y 1 grupo con adultos jóvenes y mayores varones y mujeres
		• Actitud de aceptación		
	Conocimientos	• Percepción de riesgo		
		• Uso de condón		
		• ITS/VIH		
		• Prevención		
• Vida sexual saludable				
HSH	Actitudes y prácticas	• Uso de condón	A U T O D I A G N O S T I C O	4 1 por ciudad, incluyendo a subgrupos de Gays y población Trans
		• Asistencia Médica Periódica		
		• Autocuidado		
	Percepciones	• Calidad del servicio		
		• Problemas percibidos para el desarrollo del programa		
	• Obstáculos percibidos			
Expectativas	• Recomendaciones			
TS	Actitudes y prácticas	• Uso de condón	A U T O D I A G N O S T I C O	4 1 Por ciudad, incluyendo a distintas subpoblaciones de mujeres que trabajan sexualmente
		• Asistencia Médica periódica		
		• Autocuidado		
	Percepciones	• Calidad del servicio		
		• Problemas percibidos para el desarrollo del programa		
	• Obstáculos percibidos			
Expectativas	• Recomendaciones			

Tabla # 8: Operacionalización del subestudio cualitativo y relación de indicadores con instrumentos					
Población	Categorías de análisis	Temas/Indicadores	Técnicas de recolección de información		
			Técnicas	#	
PPL	Actitudes y prácticas	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de condón 	E E P N N R T O R F E U V N I D S I T D A A D	3 Entrevistas a promotores de pares de PPL en las 3 ciudades.	
	Conocimientos	ITS VIH SIDA			
	Percepciones	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento sintomático 			
		<ul style="list-style-type: none"> • Problemas percibidos para el desarrollo del programa 			
	Expectativas	<ul style="list-style-type: none"> • Obstáculos percibidos 			
Profesores	Actitudes y prácticas	<ul style="list-style-type: none"> • Actitud de aceptación PVVS y niños VVS 	G R U P O F O C A L	3 1 grupo en cada ciudad	
	Conocimientos	<ul style="list-style-type: none"> • ITS y VIH-SIDA 			
	Percepciones	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de Pares 			
	Expectativas	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendaciones 			
PVVS	Actitudes	<ul style="list-style-type: none"> • Actitud hacia el TARGA 	E E P N N R T O R F E U V N I D S I T D A A D	8 2 entrevistas a PVVS no líderes, 1 usuario cercano al Servicio de Salud y 1 distante al Servicio de Salud	
		<ul style="list-style-type: none"> • Actitud emprendedora 			
		<ul style="list-style-type: none"> • Adherencia al TARGA 			
	Conocimientos	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión 			
		Percepciones	<ul style="list-style-type: none"> • Perspectiva de vida 		A U T O D I A G N O S T I C O
			<ul style="list-style-type: none"> • Atención Integral 		
			<ul style="list-style-type: none"> • Consejería en prevención positiva 		
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de enfermedades oportunistas 					
<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación en gestión 					
<ul style="list-style-type: none"> • Problemas percibidos para el desarrollo del programa 					
<ul style="list-style-type: none"> • Obstáculos percibidos 					
				4 1 en cada ciudad con líderes de GAMs de los PVVS. Se convocaron a diversos subgrupos, tratando que estuvieran representados mujeres, TS, HSH-TS, HSH no TS.	

Tabla # 8: Operacionalización del subestudio cualitativo y relación de indicadores con instrumentos				
Población	Categorías de análisis	Temas/Indicadores	Técnicas de recolección de información	
			Técnicas	#
	Expectativas	<ul style="list-style-type: none"> Gestión y Recomendaciones 		
Familiars de PVVS	Actitudes	<ul style="list-style-type: none"> Actitud hacia el TARGA 	ENTREVISTA COLECTIVA	4 1 entrevista a familiar del usuario cercano a los servicios de salud
		<ul style="list-style-type: none"> Actitud emprendedora 		
	Conocimientos	<ul style="list-style-type: none"> Adherencia al TARGA 		
		<ul style="list-style-type: none"> Autocuidado y Gestión 		
Personal de salud	Actitudes	<ul style="list-style-type: none"> Actitud de aceptación Estigma 	AUTODIAGNOSTICO	3 1 por cada ciudad. Se convocó a diversos subgrupos de personal de salud: -Por profesión -Por pertenencia o no a la estrategia -Por sexo -Por edad
	Conocimientos	<ul style="list-style-type: none"> Manejo sintromico 		
	Percepciones	<ul style="list-style-type: none"> Proyecto 		
	Expectativas	<ul style="list-style-type: none"> Sugerencias 		
Organizaciones de base	Actitudes	<ul style="list-style-type: none"> VIH SIDA 	GRUPO FOCAL	5 1 por ciudad
	Conocimientos	<ul style="list-style-type: none"> Vida sexual saludable 		
CARE CONAMUSA COREMUSAS	Expectativas	Para cada objetivo de 5ta Ronda <ul style="list-style-type: none"> Proceso Efectos Impactos 	ENSENTIMR EUCVITISUR AADAS	1 Taller y 3 Entrevistas En el Taller se convoca a CARE MINSA CONAMUSA y se realizó como primera actividad del estudio Las entrevistas se realizan con actores que no hayan participado en el Taller y COREMUSAS.
			Y TALLER	

4. HALLAZGOS Y DISCUSION

4.1. Indicadores de Impacto y Efecto

Tabla # 9: Indicadores de Impacto y Efecto

Indicador		Estimación de indicadores		
Código	Nombre	Fuente	Población/Muestra	Resultado
I1	Incidencia de VIH en HSH	Sánchez et al (JAIDS Febrero 2007)-Vigilancia Centinela 2002	1358 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% (869/290,399)
I3	% de personas que permanecen vivas al cabo de 12 meses de iniciar TARGA	Sistema Targuita del MINSA (actualizado hasta Febrero 2007)	3686 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	(1)Hoja de Monitorización del MINSA 2006	Población total objetivo estimada por el MINSA para el 2006	352,499 (Valor absoluto) Ver texto para estimado en %.
E1 total	% de adolescentes (12-19 años) que utilizaron preservativo en la última relación sexual	Encuesta ad hoc (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 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 adhoc (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 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 adhoc (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 <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 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 <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 2007	156 HSH entrevistados con RS en últimos 3 meses (de un total de 179)	92.9% (145/156)
E4	% de TS que utiliza	Encuesta <i>ad hoc</i> (Metodología	223 TS entrevistadas con RS en últimos 3	94.2% (210/223)

Indicador		Estimación de indicadores		
Código	Nombre	Fuente	Población/Muestra	Resultado
	preservativo en su última relación sexual (URS)	originalmente propuesta por Equipo Consultor) 2007	meses (de un total de 254)	
E5	% de PPL que utiliza preservativo	Encuesta <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 2007	696 PPL con RS en últimos 3 meses (de 1126 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 total	% de la población (>19 años) que tiene actitud de aceptación a las PVVS y/o poblaciones vulnerables	Encuesta <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 2007	2,747 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 <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 2007	1,492 adultos entrevistados	46.9% (707/1,492)
E7b	% de la población (20-24 años) que tiene actitud de aceptación a las PVVS y/o poblaciones vulnerables	Encuesta <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 2007	1,255 jóvenes 20-24 entrevistados	52.4% (658/1,255)
E8	% de personal de colegios que tiene actitud de aceptación a los niños VVS y otros vulnerables	Encuesta <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 2006	582 docentes entrevistados	63.6% (370/582)
E9	Numero de familias de PVVS que incrementa su ingreso promedio familiar a través de microempresa	Encuesta <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 2007	39 familias de PVVS 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 <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 2007	74 trabajadores de salud (con trabajo directo con PVVS, de un total de 77).	81% (60/74)

I1 Incidencia de VIH en HSH

Análisis Epidemiológico

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).

I2 Prevalencia de VIH en gestantes

Análisis Epidemiológico

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.

I3 Proporción de personas que permanecen vivas al cabo de 12 meses de iniciar TARGA

Análisis Epidemiológico

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 sobrevivencia, 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.

I4 Proporción de ITS en jóvenes y adolescentes hasta los 24 años de edad

Análisis Epidemiológico

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. Como los jóvenes con ITS deben ser sintomáticos, decidir atenderse en un CERITS (y no en una farmacia, un médico particular o por automedicación) y tener garantizado el acceso al servicio, no se puede asumir que todos los jóvenes con ITS son la población objetivo del MINSa. Como estas conductas pueden variar, entonces no es realmente una prevalencia. Por ello, a falta de mejor forma de estimación, y ante la ausencia de estudios de ITS en población general disponibles (Por ejemplo: Estudio PREVEN en ejecución en algunas ciudades y que aun no esta disponible), sugerimos que el indicador a utilizarse se reduzca al numerador del indicador teórico hasta que se desarrolle un mejor sistema de información respecto a esto, y asumiéndose que la población de referencia se mantiene aproximadamente constante en un plazo corto como el de este proyecto. Esta población de referencia teórica sería la población que usa los servicios. Dicho número depende de muchas cosas, pues la población en necesidad de usarlos (por síntomas de ITS) puede también solicitar consejos de amigos o familiares, consultar a la farmacia, a un médico particular, automedicarse, o no hacer nada. Como estas conductas pueden variar, entonces no es realmente una prevalencia. Por ello, considerando lo grueso del dato del numerador y la falta de denominador, sugerimos que (hasta que el país desarrolle un mejor sistema de información respecto de esto) se use el numerador solamente. Otras opciones son realizar estudios de ITS en población general pero estos no existen, excepto la encuesta Preven en algunas ciudades, que todavía no tiene sus datos disponibles como anotamos anteriormente.

Sin embargo pueden darse cálculos alternativos para este indicador, a manera de ejercicio, luego de una cuidadosa evaluación del tipo de información que se colecta bajo el sistema de Hoja de Monitorización de la ESN ITS VIH y luego de revisar información disponible a través del INEI (aunque cronológicamente no sean coincidentes). Presentamos a continuación algunos estimados alternativos en donde se ha considerado como datos para el denominador la información disponible del último censo de población realizado en el 2005:

Calculo del Numerador

Versión 1

- Excluyendo patología compatible con descarga uretral de hoja HIS (Casillero 6.1) Motivo para la exclusión: Superposición con casillero 6.2. El dato del casillero 6.1 debería ser mucho menor que el dato del casillero 6.1 por que solo una pequeña proporción de los varones con patología uretral presenta secreción uretral, entonces el dato no es confiable)
- Considerando Capitulo 6 ITS (sindrómico) incluyendo contactos
- Considerando Capitulo 12 Flujo Vaginal (sindrómico) de CERITS y UAMP

Numerador = 352 499 (Como se expresa en la tabla de resumen de indicadores)

Versión 2

- No excluyendo casillero 6.1
- Considerando Capitulo 6 ITS (sindrómico) incluyendo contactos
- Considerando Capitulo 12 Flujo Vaginal (sindrómico) de CERITS y UAMP

Numerador = 354 444 (Aumenta el valor, respecto a la versión 1)

Versión 3

- No excluyendo casillero 6.1
- Excluyendo casilleros 6.11 y 6.12 (Motivo para la exclusión: Los contactos, cuando son captados, reciben tratamiento para ITS aunque no tengan síntomas. Los contactos reciben un diagnóstico de ITS solo cuando tienen síntomas y entonces también contribuyen a los casilleros 6.2 a 6.10, entonces es factible la duplicación)
- Excluyendo capitulo 12 Flujo Vaginal (Sindrómico) de CERITS y UAM. (Motivo para la exclusión: Suma de datos es mucho menor a dato consignado en casillero 6.3)

Numerador = 182 538 (Disminuye el valor, respecto a la versión 1)

Calculo del Denominador:

Fuente: INEI (en las siguientes direcciones en la World Wide Web):

<http://www.inei.gob.pe/perucifrasHTML/inf-dem/cua2.htm>

<http://www.inei.gob.pe/perucifrasHTML/inf-dem/cua4.htm>

Población total al 2005 = 27 219 264

Tabla # 10: Distribución de población en grupos etéreos para el calculo de I4

Edad	Hombre	Mujer
20-24	4.8%	4.7
15-19	5.0%	4.9
10-14	5.4%	5.2

Nota: Son los mismos rangos de edades que se considera en la Hoja de Monitorización

Total en % = 30%

Entonces → Población de 10 a 24 años en el 2005: 8 165 779

Cálculo del Indicador I4

Versión 1: 352 499 / 8 165 779 (4.31%)

Versión 2: 354 444 / 8 165 779 (4.34%)

Versión 3: 182 538 / 8 165 779 (2.23%)

Ahora, con estos datos generados, presentaremos el indicador desagregado por grupo etéreo, donde nuevamente se evidencia que tener un solo indicador de "ITS" puede ocultar grandes variaciones.

Tabla # 11: Calculo del Indicador I4 (Versión 1) por rangos de edad

Edades	Casos en HM 2006	Población INEI 2005 (% del Censo)	Proporción	Porcentaje
10-14	6 047	2 885 241 (10.6%)	6 047 / 2 885 241	0.2%
15-19	75 683	2 694 707 (9.9%)	75 683 / 2 694 707	2.8%
20-24	270 769	2 585 831 (9.5%)	270 769 / 2 585 831	10.5%
Total	352 499	8 165 779 (30%)	352 499 / 8 165 779	4.3%

Para concluir este análisis, mencionaremos nuevamente que no hay información disponible adecuada, fuera de que un indicador agregado de "ITS" en conjunto (en vez de cada entidad nosológica o al menos síndrome por separado) puede ocultar y tratar por igual a todas las ITS y es bien conocido que la transmisión y dinámica de ellas es diferente y específica a cada una (10 casos de ITS pueden representar 2 casos de gonorrea y 8 casos de herpes o bien 8 casos de gonorrea y 2 de herpes, y en ambos casos la transmisión total ponderada es diferente). Además las implicancias asociadas a la transmisión del VIH no son igual en ambos casos). Nuestro equipo ha consultado también al Estudio PREVEN que no tiene información que compartir ahora, y en ENDES que colecta sólo información sindrómica autoreportada de mujeres (por lo tanto, sumamente vaga). Para los fines de este reporte, sugerimos utilizar como indicador el número absoluto presentado inicialmente debido a la falta de un sistema de información respecto a esto. En forma complementaria se puede presentar la proporción con respecto al tamaño poblacional (fuente INEI) como hemos presentado nosotros. (4.31%) por ser la fuente referencial mas objetiva y reciente.

E1 Proporción de adolescentes (12-19 años) que utilizaron preservativo en la ultima 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.

La interpretación de estas diferencias es dudosa por el pequeño número de casos, aunque se explican porque 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, o corresponden a grupos que se iniciaron más tardíamente y en condiciones de vulnerabilidad distintas.

Tabla # 12: Indicador E1: Uso de preservativo en adolescentes (12-14 años) en la última relación sexual durante los 3 últimos meses

Ámbito	Si	No	Total
Chimbote	1	1	2
	50%	50%	100%
Lima/Callao	0	8	8
	0%	100%	100%
Iquitos	3	5	8
	37.5%	62.5%	100%
Total	4	14	18
	22.2%	77.8%	100%

Tabla # 13: Indicador E1: Uso de preservativo en adolescentes (15-19 años) en la última relación sexual durante los 3 últimos meses

Ámbito	Si	No	Total
Chimbote	24	30	54
	44.4%	55.6%	100%
Lima/Callao	36	51	87
	41.4%	58.6%	100%
Iquitos	49	58	107
	45.8%	54.2%	100%
Total	109	139	248
	44%	56%	100%

E2 Proporción de jóvenes (20-24) que usaron preservativo en la última relación sexual para prevenir ITS

Tabla # 14: Indicador E2: Uso de preservativo en jóvenes (20-24 años) en la última relación sexual durante los 3 últimos meses

Ámbito	Si	No	Total
Chimbote	102	173	275
	37.1%	62.9%	
Lima/Callao	87	134	221
	39.4%	60.6%	
Iquitos	90	163	253
	35.6%	64.4%	
Total	279	470	749
	37.3%	62.7%	100%

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 contraceptivos.

Aportes del Estudio Cualitativo

En los jóvenes, hombres y mujeres, los conocimientos sobre formas de prevención son amplias y no solamente se refieren al uso del condón. Hablan de la abstinencia, la fidelidad y del condón como formas de protección en las tres ciudades de estudio.

La abstinencia y la fidelidad junto con la postergación de las relaciones sexuales, resultan estrategias frente a la conciencia de no conocer el pasado sexual de la pareja; aparecen en el discurso de los jóvenes como acciones frente a la desconfianza en el buen estado de salud de la pareja a causa de un pasado con muchos contactos sexuales y prácticas riesgosas, y no está fuertemente asociado a la noción de autocuidado y de cuidado de la pareja.

En los varones con mayor fuerza, pero también en las mujeres, encontramos resistencia a las posibilidades reales de la abstinencia, asumiendo que es una estrategia difícil de llevar a cabo en la dinámica cotidiana en la que viven

Muchas veces se mezcla abstinencia con el hecho de no hasta el matrimonio, obviamente esto me parece muy poco objetivo dentro del tipo de vida que tenemos. (Joven hombre, Chimbote)

Si bien se menciona el condón como medio de protección de embarazos no deseados, podemos anotar que sus beneficios en la protección de ITS y VIH están muy presentes en los discursos de los jóvenes.

El condón es el único método el más indicado, el único que nos protege de verdad por completo de cualquier enfermedad de transmisión sexual. Digamos que no solamente de embarazos no deseados, sino de muchas cosas que pueden cambiar un futuro que estamos forjando. (Joven hombre, Chimbote)

Podemos entonces constatar que existe un uso de términos variados de la cultura preventiva, que nos habla de un imaginario en donde las intervenciones diversas han dotado de datos y

términos, sin embargo, podemos anotar también que este escenario resulta también confuso para los propios jóvenes, donde las categorías y términos pueden llegar a conformar una masa indiscriminada y distante de la información oportuna y necesaria para su autocuidado.

*Ya, en el caso de la ETS, lo que se infecta es bacterias, no virus. Virus es del SIDA, es una cosa más fuerte. Porque el virus no se habla en las ETS, sino es la bacteria y se pasa, el virus es cuando pasa y le denominamos periodo ventana. - Disculpa que te interrumpa, pero... Bueno, yo en ese aspecto no se mucho, ya que tú perteneces a una organización sabes lo que es la diferencia entre lo que es una bacteria y un virus, pero yo por ejemplo no lo sé. No se si puedes explicarme o explicarnos a todos. =Claro. Bacteria es por ejemplo este... cuando una enfermedad, este... por ejemplo la gonorrea y el nombre del virus es el gonococo, es una bacteria y no un virus. Se le puede tratar, y cuando el tiempo está en proceso de iniciativa eso se puede desaparecer, pero cuando eso ya está avanzado, cuando ya se hace virus ya no se puede. *¿Entonces las bacterias se convierten en virus? =Claro *¿A eso te refieres Marco? =Si, hay una evolución. *¿Hay una evolución? =Si... (Dinámica Jóvenes, Iquitos)*

Sobre otras enfermedades de transmisión sexual no existe un conocimiento muy profundo, ni en relación a los signos de alarma ni a las respuestas de tratamiento. Por lo general, varones y mujeres no relatan experiencias propias o cercanas, lo que nos podría estar hablando de poca experiencia de exposición o de la preeminencia de una valoración desacreditadora del sujeto que las posee. No se tiene suficiente información para optar por una tendencia.

Podemos afirmar que entre las jóvenes de la ciudad de Lima existe un discurso claramente cuestionador del sistema machista y reivindican las capacidades de las mujeres en las decisiones en el entorno sexual, incluyendo la exigencia del uso de condón, es importante mencionar que estos discursos aparecen en términos desiderativos o normativos, pero no relacionados a relatos de experiencias concretas. Desde los varones hay discursos menos confrontacionales, sin embargo se hace presente cierta valorización de lo afectivo.

Sobre el uso del condón podemos afirmar 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

Si nosotros hacemos la relación, pensamos que debemos estar informados, preparados. Y una preparación implica el uso del preservativo. (Joven hombre, Chimbote)

El no uso está relacionado especialmente cuando se está bajo los efectos del alcohol, el no tener condón al alcance cuando se presenta la oportunidad de un contacto sexual y al tipo de pareja de menor o mayor riesgo.

Supongamos que uno está en una fiesta y está borracho, mareado, yo creo que ahí obviamente no vas a saber usar el condón, entonces ahí tendríamos que partir de eso. (Grupo de jóvenes, Chimbote)

Además mencionan el aspecto de la mala utilización del condón que podría implicar riesgos. Sin embargo, sobre este punto hay un amplio conocimiento de la forma de colocación del condón y de los posibles errores en su uso.

Hay muchas personas que pueden decir –yo uso condón-, pero no saben si de verdad lo están usando bien, puede que no se lo pongan bien y que en la misma relación se rompa. (Joven mujer, Chimbote)

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.

Otras razones mencionadas con menor fuerza por los jóvenes son la utilización del condón únicamente para prevenir el embarazo, el hecho de que "no sea lo mismo", pertenecer a una religión que prohíbe su uso, y el temor a ser catalogado como infiel (hombres) o fáciles (mujeres) si proponen su uso antes de la relación sexual.

En conclusión, los jóvenes manejan conocimientos y lenguaje preventivo vasto que no necesariamente se traduce en claridad informativa. Se ha mejorado los contenidos operativos de las formas de uso de condón, aunque hay poca información aún sobre las ITS.

En relación al uso si bien es valorado y normativamente expuesto, no se manifiesta una consistencia ni proximidad a su uso, relacionando su uso con experiencias de mayor riesgo, por efectos del alcohol o no tener acceso a condones en el momento en el que se presenta la oportunidad de un contacto sexual.

E3 Proporción de HSH abordables (TS) que usan preservativos en su última relación sexual

Tabla # 15; Indicador E3: HSH abordable (TS) y uso de preservativo en la ultima relación sexual, desagregado por ámbito geográfico

Ámbito	No	Si	Total
Lima/Callao	5	25	30
	17%	83%	100%
Chimbote	3	113	116
	2.6%	97.4%	100%
Iquitos	3	7	10
	30%	70%	100%
Total	11	145	156
	7.1%	92.9%	100%

El uso del condón, principal barrera de protección en una relación sexual, fue estimado en trabajadores sexuales varones y mujeres. Específicamente se indagó si la última relación sexual en los últimos 6 meses fue protegida. Las respuestas fueron positivas en la mayoría de casos siendo 92.9% globalmente. Este estimado se realizó en base a los datos recogidos de población HSH que se autodefine como trabajador sexual ("abordable") y se debe tener esto en consideración al momento de interpretar el resultado, especialmente por que la definición de trabajador sexual ("abordable") es objeto de debate y también encierra muchas subcategorías.

Nuestro estudio también recogió datos sobre el uso del condón en población HSH que no son trabajadores sexuales. Para construir los "indicadores" en esta población, no se hicieron diferencias de contexto (intercambio, o no, de dinero y favores por sexo) y se utilizaron los datos

referentes a contacto sexual con cualquier tipo de pareja. A continuación se muestran los resultados:

Tabla # 16: Indicador E3: HSH no abordable (no TS) y uso de preservativo en la última relación sexual, desagregado por ámbito geográfico

Ámbito	Encuestados	Uso condón en la URS	Proporción
Lima/Callao	32	21	65.6%
Chimbote	12	12	100%
Iquitos	88	75	85.2%
Total	132	108	81.8%

En este subgrupo poblacional, también se encuentra una alta proporción de uso del condón, aunque en Lima/Callao se reportaron las cifras más bajas. Las cifras siguen siendo mayores en la población HSH-TS y convendría, en futuros estudios, delimitar u operacionalizar mejor el concepto de "abordable" y mantener las comparaciones de uso de condón entre población abordable (TS) y no abordable (no TS)

Aportes del Estudio Cualitativo

Entre los HSH entrevistados se encuentra un conocimiento frecuente y amplio sobre la importancia y forma de uso del condón. La disposición al uso es alta, relacionada a una alta percepción de riesgo. Siendo que el uso del condón se plantea como norma en todas las relaciones sexuales, tanto por intercambio o con las parejas afectivas. La percepción de riesgo es alta porque se asume la existencia de múltiples parejas, y la exclusividad y la confianza como criterios de protección no son valorados, de allí la aceptación y valoración del uso del condón. Un elemento constante en los hallazgos en las tres ciudades de estudio es que los HSH perciben el condón como *bueno, aceptado y útil*.

Pero si le llevas el condón pucha! si te escuchan, te escuchan. Por ejemplo hay esa actitud con la gente. Mucho más importa las cuestiones utilitarias, cuestiones de forma que las cuestiones de fondo. (Promotor de Pares HSH- Lima)

Las actitudes hacia el condón son positivas, los participantes asocian el condón a ser responsables y a la *salvación* palabra que se estaría refiriendo a evitar la infección del VIH:

Por otro lado es positivo y todo está en tu mente, hay que pensar que... es nuestra salvación, es una actitud responsable. Y hay aquí lo que se debería de hacer: una mayor difusión de los beneficios y debería de llegar a la población joven desde la edad sexual y no cuando son mayores (Dinámica HSH-Lima).

El no uso de condón en relación a ellos está relacionado al tipo de pareja y al estado de conciencia del riesgo, no por criterios de confianza, ni en la percepción de mayor o menor riesgo, sino por criterios de recursos de negociación y el acceso al placer.

1. Cuando la pareja es estéticamente muy valorada y exigir el condón pondría en riesgo la concreción del acto

*Eso me parece común en muchos chicos. Porque cuando están con un chico que está por ahí regio, a veces aunque no tengan no lo hacen, y si lo tienen a veces se olvidan y hacen sin cuidado. Eso pasa. *Pasa ...A veces estás con un chico, sales con un chico y el chico te ha gustado y el chico no tiene condón y como no vas a dejar que se te pase el chico lo haces no más, pensando que no va a pasar nada (Dinámica HSH-Iquitos)*

2. En situación de sexo por intercambio, en el caso de los *buses* (bisexuales) adolescentes, que por bienes aceptan relaciones no protegidas

Le invita a comer, le da un regalito, le da plata. El chico va porque tiene algo a qué aferrarse y se inician con los gays. Y hay gays que no saben que están infectados porque no se controlan y ellos están infectando a esos chicos. Y esos chicos están con otra persona y es como una cadena pues. Dinámica HSH-Iquitos

3. Cuando se consume alcohol o drogas

Bueno, en mi caso a veces tomo demasiado y estoy con mi pareja, tengo relación, y me levanto y estoy penetrado y no he usado preservativo (Dinámica HSH-Iquitos)

¿Qué pasa cuando toman alcohol o cuando consumen drogas? Tienen relaciones sin protección (Grupo HSH, Chimbote)

No es lo mismo hacerlo sano, lo colocas muy bien, pero borracho no. (HSH, Chimbote)

Uno pierde el control pues, de sus actos y al momento de tener la relación no sabes si usar el preservativo o no. (HSH, Chimbote)

Así también los HSH, manifestaron diversas barreras sociales o dificultades que ellos tienen como población HSH para utilizar el condón.

1. Una de las barreras más importantes es llevar condones mientras se realiza el trabajo sexual, ya que ocasionaría agresión por parte de la policía o el serenazgo. El condón estaría asociado entonces a un significado de peligro de sufrir violencia; esta idea de peligro está asociada también a la idea de ser confundido con un trabajador sexual.

Porque en la calle a ella le paraba en cualquier momento serenazgo o la policía, y no sé con qué michi, con qué autoridad, y le rebuscaba la cartera y si le encontraba preservativos ahí, pobre de ella, la llevaban, la maltrataban. (Dinámica HSH-Lima).

....dice que hay atribuciones de la policía municipal hacia cierto tipo de población, en este caso en la Plaza San Martín, o las discotecas de ambiente, lugares cerrados de ambiente, y si te encuentran algo, ya sea por protección porque tienes algo con tu pareja, te califican de que eres un trabajador sexual, que estás prostituyéndote, cosas, en fin. Por eso es que acá mucha gente ya no lleva el preservativo en su cartera por miedo a que si le levantan en la batida, porque les tocan cada vez que le den la gana, hayan represalias contra ellos ¿no? (Dinámica HSH-Lima).

2. Las actitudes machistas de los clientes o parejas sexuales de los HSH TS que no permiten tomar conciencia del verdadero riesgo en que se encuentran y por consiguiente la solicitud o desvaloración del sexo protegido:

Yo creo que no hay una conciencia o una percepción de riesgo. Mi percepción de riesgo es pobre porque no ve muchas cosas. O sea la idiosincrasia, etc., etc. Esto prueba que mi percepción es débil, por consiguiente es pobre, por consiguiente el uso es inconsistente (Dinámica HSH-Lima).

Es que simplemente desterrar mitos. Decir que "algunos dicen...". Actitudes machistas que "peladito es mejor" pero, no solamente es la cuestión de que peladito es mejor, sino tener conciencia de que el uso me previene y me da satisfacción. Yo creo que cada quien depende de cómo es la motivación, depende de con quién hay que compartir esos momentos que pueden ser importantes, lo son. Yo creo que eso vale mucho más que simplemente un simple artículo de uso. Creo que eso pasa por cuestiones de educación y todo eso (Dinámica HSH-Lima).

Yo te cuento una experiencia, lo que se hace en las avenidas con los chicos. ...Pero hay muchos chicos que no lo hacen porque le dicen "te pago más para que lo hagas sin condón, porque así no siento nada". ...Creo que también lo que falta de la actitud machista como digo, de repente los hombres no quieren porque piensan de que son machos y hacen lo que ellos quieren y no les va a pasar nada (Dinámica HSH-Lima).

3. La falta de promoción del uso del condón en toda la población y no sólo a los grupos vulnerables por parte del sistema oficial de salud.

Yo considero que es también una cuestión social. Es parte de la población que considera el uso del condón sólo para un grupo de personas y no para la población en general, así se viene que el tema de la prevención es un tema lejano a ellos. Yo considero eso, más que todo que es un factor social. (Dinámica HSH-Lima).

Es de uso masivo pero no todo el mundo lo usa. Porque si lo usase no habría las cifras que hay, daría mejor resultado. (Dinámica HSH-Lima).

En conclusión, 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 por uso de alcohol o drogas y la debilidad para negociar el uso del condón en sexo por intercambio. Entre las condiciones que afectarían el uso se citan también la desvaloración de los clientes del uso del condón, la presencia de campañas destinadas a poblaciones vulnerables y la relación entre condón y trabajador sexual, donde el condón se convierte en parte del estigma estas poblaciones.

E4 Proporción de TS que utiliza preservativo en su última relación sexual (URS)

Tabla # 17: Indicador E4: Trabajadoras sexuales femeninas y uso de condón en la última relación sexual, desagregado por ámbito geográfico

Ámbito	No	Si	Total
Lima/Callao	3	93	96
	3.1%	96.9%	100%
Chimbote	1	53	54
	1.8%	98.2%	100%
Iquitos	9	64	73
	12.3%	87.7%	100%
Total	13	210	223
	6%	94%	100%

También se indagó el uso de condón por parte de TSF en la última relación sexual dentro de los últimos seis meses. A nivel global, entre 254 entrevistadas, el uso reportado del condón fue de 94%, siendo menor a 90 en Iquitos y 98.2% en Lima.

La estimación utilizó una encuesta rápida en la medida en que los datos de vigilancia epidemiológica para 2006 no estaban disponibles.

Aportes del Estudio Cualitativo

Las TS tienen una percepción de riesgo alta de contraer ITS y VIH en el medio laboral. Se plantea la importancia del uso consistente de condón con clientes, a pesar que a estos les disguste, actitud orientada tanto por una cuestión de autocuidado como por una noción de profesionalismo en la labor.

Es claro en los discursos que las trabajadoras sexuales entrevistadas la existencia de una valoración positiva hacia el uso del condón, sobre todo cuando se ejerce el trabajo sexual.

Es prácticamente tu herramienta de trabajo, cuando sales a trabajar tienen que tener tu herramienta. (TS, Chimbote)

Sin embargo, en relación a las prácticas de uso del condón mencionadas por las trabajadoras sexuales de Lima, Callao, Chimbote e Iquitos, es importante mencionar que las actitudes y prácticas son diversas frente al condón. Esta diversidad surge dependiendo de la persona con la cual tienen relaciones sexuales, separando inicialmente dos situaciones que ellas consideran contrapuestas en su vida: las relaciones con la *pareja sentimental* y las relaciones con los *clientes*.

En torno a las relaciones sexuales con sus clientes se remiten a un pasado anterior en el cual no conocían o no usaban condón y a un ahora diferente en el cual les interesa protegerse, (*protegerme*) o *cuidarse* (*cuidarnos y utilizan el condón de la forma más consistente posible*).

Yo creo que ahora todas nos dedicamos, como somos trabajadoras sexuales, nos dedicamos a trabajar y a cuidarnos... (Taller TS, Lima).

Muchas trabajadoras sexuales lo hemos hecho sin condón. Yo he tenido ya trece años en el trabajo sexual, qué pasa que lo hacía sin condón, siempre sin condón. Gracias a Dios hasta ahí no me pasó nada. (Taller TS, Lima).

Entonces lo único que digo es lo siguiente, con mis clientes me cuido un montón, con todititos uso el preservativo. (Taller TS, Lima).

También fue encontrado en todas las ciudades de estudio la percepción de disgusto o resistencia de los clientes para el uso del condón. Ante ello, existirían estrategias para usar condón relacionadas a la seducción y erotización de su uso.

Pero, a pesar de la claridad de la percepción de riesgo en el trabajo sexual y la importancia del uso del condón como protección se anotaron circunstancias de excepción, relacionadas a las relaciones sexuales con *caseritos* o parroquianos que son clientes frecuentes de la misma trabajadora sexual, la cual llevada por su conocimiento y cercanía suele aceptar relaciones no protegidas

*Si, hacen con el caserito -Si, con el caserito /Algunos como son caseritos ya no le ponen el condón *¿Cómo es el caserito? /Es el cliente que más te paga y que más viene. Porque cada quince días hasta dos veces vienen... -Se llaman parroquianos. *Parroquianos. ¿Ese es el cliente de siempre? %Vienen los domingos, los domingos vienen. (Dinámica TS, Iquitos)*

...la mayoría de las personas que trabajan en el día no usan condón, ¿sabe por qué?, porque la mayoría de acá que vienen a ocuparse, los parroquianos son señores de edad, entonces ellos no quieren usar el preservativo (Dinámica TS, Chimbote).

Es importante mencionar que en las ciudades de estudio las trabajadoras sexuales manifestaron un uso no consistente o no uso de condón con parejas sentimentales, estas prácticas estarían condicionadas por la valoración de la exclusividad sexual o por el uso consistente de condón con otras parejas.

Porque sé que no me saca la vuelta, él si para en mi casa las 24 horas (ríen todas y hablan). Y el no puede salir porque él cuida ahí, porque su papá está, el no se puede mover (Dinámica TS- Iquitos).

Pero lamentablemente confiamos tanto en la pareja de la casa que nosotros no hemos previsto usar el condón (Dinámica TS, Lima).

La diferenciación que hacen las entrevistadas entre los clientes y la pareja estaría pautada por el tipo de relación que se constituye con ellos. La pareja representa una relación en la cual se pondría en cuestión la confianza ante la solicitud de uso de condón. Las mujeres aparecen con muy débiles argumentos y posiciones para exigir su uso

¿Entonces es difícil convencer a la pareja? ...es difícil. (Dinámica TS, Lima)
Pero mayormente con la pareja no usamos condón (Dinámica TS, Chimbote)

Con todos, con todos menos con la pareja (Dinámica TS, Chimbote).

El ocultamiento del trabajo sexual a la pareja sentimental en algunos casos sustenta el no uso de condón con la misma.

Yo he estado años con mi pareja, pero nunca ha querido cuidarse, porque me decía "de repente tienes otro" y yo para que crea tenía que hacerlo sin condón (Dinámica TS, Lima).

Sí, yo tengo mi pareja más de 10 años, y él no sabe que yo trabajo sexual, porque yo todavía he salido a hacer trabajos de manualidades, y con él no puedo usar el condón. Un tiempo también le dije disimulando un poco para que "ahorita no me estoy cuidando con ningún método para usar el condón" (corte)... empezó a insultarme "qué habrás creído que soy yo" y un montón de cosas. Entonces qué pasa, ellos no quieren usar el condón, no quieren, quieren peladito. Y tratan de negociar. Se ve bien sano por fuera pero no por dentro. (Dinámicas TS, Lima).

En conclusión, 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.

E5 Proporción de PPL que utiliza preservativo

Tabla # 18: Indicador E5: Personas privadas de libertad y uso de condón en la última relación sexual, desagregado por ámbito geográfico

Ámbito	PPL encuestados	PPL con RS en últimos 3m	PPL que uso condón en URS
Lima/Callao	527	361	133/361
		100%	36.8%
Chimbote	291	115	30/115
		100%	26.1%
Iquitos	308	220	62/220
		100%	28.2%
Total	1126	696	225/696
		100%	32.3%

La proporción de uso de preservativo entre los PPL es relativamente baja, lo cual es también consistente con las estimaciones de las dos primeras mediciones de indicadores del proyecto de Il Ronda. Aunque las cifras son algo mayores en Lima (donde dicho proyecto ha intervenido en penales), la frecuencia se mantiene preocupantemente baja. Sin embargo, la encuesta realizada obtiene información detallada sobre parejas masculinas y femeninas, y prácticas sexuales con cada tipo de pareja, por lo cual será de utilidad realizar un análisis más profundo de la información correspondiente a esta población. Podría esperarse que la frecuencia de protección con relaciones con otros varones (dentro del penal) sea mayor a la frecuencia de relaciones con mujeres, sobre todo con las parejas formales de estos hombres.

Aportes del Estudio Cualitativo

En torno a la población de PPL, el reporte se basa en los hallazgos encontrados en las entrevistas realizadas en las ciudades de Iquitos y Chimbote. En Lima las actividades no pudieron realizarse por las condiciones coyunturales de crisis vividas por las autoridades que restringieron su acceso.

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.

Claro, incómodo se siente uno, no es como tener relación solamente sin eso. En la calle sí he usado, yo me he acostumbrado, pero uno siempre no, cuando uno tiene que tener relaciones con mujeres así de mala vida que tienen, tienes que usarlo nomás, acá no, no tengo no mujer, ni nada. (PPL, Chimbote)

El entrevistado también afirma que hay personas en el penal que todavía no quieren utilizar el condón, el propio promotor avala esta idea, lo cual indica que las ideas prevalecen a la razón y al conocimiento de los riesgos.

¿Y hay compañeros tuyos que dicen que no quieren usar condón?

No, no quieren

Que tienen vergüenza, porque nunca lo han hecho, y la verdad que, para mí también, yo soy promotor, yo también me voy a la verdad, no me gustaría usarlo, pero es mejor usarlo porque con esto de tanta enfermedad y como le digo el VIH no tiene cura pues, te lleva a la otra. (PPL, Chimbote)

El uso de condón es poco frecuente también en el penal de Iquitos debido fundamentalmente, según nuestros entrevistados a:

1. La entrega de condones es irregular
2. Entregan condones con censura hacia prácticas sexuales no convencionales haciendo el acceso más restringido
3. Existe resistencia en varones y mujeres para el uso de condón
4. No hay programas preventivos que apoyen en el cambio cultural respecto de esta práctica
5. Las relaciones sexuales con elementos de violencia al interior del recinto penitenciario hacen más dificultosas las negociaciones de uso de condón

En conclusión la percepción de riesgo existe pero el uso del condón es restringido y evaluado como poco frecuente entre los PPL entrevistados y sus compañeros. Se perciben pocas acciones preventivas, incluido el acceso a condones, y se anotan acciones puntuales por iniciativa de algún promotor pero no acciones de una estrategia institucional.

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.

E7 Proporción de la población (>19 años) que tiene actitud de aceptación a las PVVS y/o poblaciones vulnerables

Tabla # 19: Indicador E7: Distribución de los niveles del indicador E7 para adultos: Actitud de aceptación a PVVS y otros grupos vulnerables.

	Bajo	Medio	Alto	Total
Chimbote	249(49.2%)	181(35.8%)	76(15%)	506
Lima/Callao	288(59.0%)	172(35.2%)	28(5.8%)	488
Iquitos	248(49.8%)	136(27.3%)	114(22.9%)	498
Subtotal	785(52.6%)	489(32.8%)	218(14.6%)	1,492

Tabla # 20: Indicador E7: Distribución de los niveles del indicador E7 para jóvenes (20-24 años): Actitud de aceptación a PVVS y otros grupos vulnerables

	Bajo	Medio	Alto	Total
Chimbote	212(43.2%)	202(41.1%)	77(15.7%)	491
Lima/Callao	225(62.2%)	116(32%)	21(5.8%)	362
Iquitos	160(39.8%)	151(37.6%)	91(22.6%)	402
Subtotal	597(47.5%)	469(37.4%)	189(15.1%)	1255

En la valoración cuantitativa de una característica no tangible directamente como es la "actitud de aceptación" podemos definirla como la medida en una escala de respuesta a un conjunto de ítems que reflejan una actitud más o menos solidaria e inclusiva hacia las PVVS y miembros de poblaciones vulnerables a la infección por VIH. Según lo solicitado en los TDR, los puntajes fueron categorizados en tres franjas: alta, mediana y baja aceptación. Para estimar el indicador se sumó los grupos con aceptación MEDIA y ALTA. Esta misma explicación es aplicable para los siguientes indicadores referidos a "actitud de aceptación" Para este caso se propusieron 10 situaciones compatibles con aceptación a PVVS y otros grupos vulnerables y cada participante fue asignado a un "nivel de aceptación" de acuerdo al porcentaje de aciertos:

= 60% = bajo
60% a 80% = medio,
y > 80% = alto.

Las actitudes de aceptación de, y solidaridad con, PVVS, distan de ser la norma. Llamen la atención las cifras de aceptación mayores en Iquitos y menores en Lima (en ambos grupos de edad), y también, comparando entre grupos de edad dentro de cada ciudad, la actitud más positiva en grupos de jóvenes en Iquitos y Chimbote, sugiriendo un efecto generacional de incremento de la solidaridad. Dicho efecto no se observa en Lima. Este efecto generacional se plantea específicamente para ciudades como Iquitos y Chimbote, no en Lima. Las diferencias son más pronunciadas en Iquitos y Chimbote (Aprox. 6 y 7% respectivamente) mientras que en Lima es menor (Aprox. 3%).

Sin embargo hay que tener en cuenta que una escala es siempre relativa. Una mejor alternativa es aplicar investigación psicométrica que incluye varios pasos (por ejemplo, análisis de validez de constructo, de contenido, coeficiente alfa de confiabilidad, etc., y análisis de cómo se comporta dicha escala con poblaciones consideradas de actitud más o menos positiva); y demandaría un esfuerzo y extensión de tiempo fuera del alcance de este estudio y de lo propuesto en el plan de trabajo. En el diseño de una escala podría haberse considerado mayor o menor exigencia, y ello habría llevado a los puntajes hacia abajo o arriba. Hay dos formas de analizar esta información: Primero, viendo la distribución de respuestas ítem por ítem, y discutir lo que cada ítem implica. La segunda es simplemente en términos de cambios entre mediciones - no asignar tanta importancia a los totales en cada medición y enfocarse sobre todo en las variaciones entre medidas por lo cual es clave conservar la metodología

A continuación se presenta la descripción de frecuencias de cada uno de los ítems presentados en la encuesta para determinar el indicador E7 en población adulta (>24 años) y joven (19-24 años)

Tabla # 21: Indicador E7: Proporción de respuestas relacionadas a actitud de aceptación en la encuesta a población de adultos (>24 años) y presentadas para estimar el indicador E7a (Las cifras constituyen porcentajes)

Opciones que denotan actitudes positivas presentadas en la encuesta		Porcentaje de respuestas denotando actitudes positivas por ciudad			Porcentaje total
Código	Descripción	Chimbote	Lima/Callao	Iquitos	
301	Estar dispuesto a cuidar a familiar PVVS	87	90	86	88
302	Estar dispuesto a comprar a PVVS	71	63	64	66
303	Permitir a profesor PVVS ejercer	76	75	65	72
304	No desear mantener en secreto estado seropositivo de familiar	33	43	68	48
305a	Sociedad debe ayudar a personas PVVS	73	79	79	77
305b	Sociedad debe dar tratamiento a PVVS	59	44	67	57
306a	HSH son personas como cualquier otra	51	56	50	52
306e	HSH son personas marginadas requieren apoyo	26	13	28	23
307a	TS son personas como cualquier otra	41	26	25	31
307e	TS son personas marginadas requieren apoyo	18	19	31	23

Tabla # 22: Indicador E7: Proporción de respuestas correctas relacionadas a actitud de aceptación en la encuesta a población de jóvenes (20-24 años) y presentadas para estimar el indicador E7b (Las cifras constituyen porcentajes)

Opciones que denotan actitudes positivas presentadas en la encuesta		Porcentaje de respuestas denotando actitudes positivas por ciudad			Porcentaje total
Código	Descripción	Chimbote	Lima/Callao	Iquitos	
401	Estar dispuesto a cuidar a familiar PVVS	85	85	89	86
402	Estar dispuesto a comprar a PVVS	68	52	70	64
403	Permitir a profesor PVVS ejercer	75	69	72	72
404	No desear mantener en secreto estado seropositivo de familiar	27	41	61	42
405a	Sociedad debe ayudar a personas PVVS	67	76	78	73
405b	Sociedad debe dar tratamiento a PVVS	70	43	67	61
406a	HSH son personas como cualquier otra	57	64	64	61
406e	HSH son personas marginadas requieren apoyo	26	13	26	22
407a	TS son personas como cualquier otra	50	22	38	38
407e	TS son personas marginadas requieren apoyo	24	27	28	26

Aportes del Estudio Cualitativo

Todos los entrevistados concuerdan que la visión de la población general estigmatiza y discrimina a las PVVS identificando tres elementos sustanciales:

1. La desinformación en torno al contagio y las características de la epidemia
2. El acopio en el sujeto discriminado de otros varios atributos estigmatizadores: se sumarían los elementos desacreditadores. En el taller de jóvenes se realizó un ejercicio de actitudes de aceptación a PVVS pertenecientes a diferentes poblaciones: niño, mujer, hombre, mujer joven, travestida y TS. Los resultados demuestran que existen mucho más problemas en la actitud de aceptación hacia los travestis y las TS, a quienes se prefiere mantener de lejos, que para hombres y mujeres, con quienes no habría problemas de compartir un espacio, ni de tocarlos. En cuanto a los niños se presenta una sensación de lástima que les impide tener hacia ellos una actitud de aceptación sin restricciones.

A uno hombre y una mujer no, porque un hombre y una mujer están dentro de los esquemas o sea pobrecitos, adquirieron el VIH y no son culpables (Jóvenes, Chimbote).

3. El comportamiento de ocultamiento de los propios PVVS que llevan a la sospecha y la desintegración social a lo que denominaremos "auto exclusión".

En relación a las poblaciones vulnerables, si bien normativamente afirman que no se debe discriminar porque *"todos somos seres humanos"*, la actitud de aceptación real a las personas vulnerables dista mucho de ser la ideal.

Los travestis hacen cosas indebidas que no están permitidas. Los homosexuales, lesbianas, prostitutas, o cualquier tipo de cosa, por ser una opción diferente rompe los esquemas de lo que todos pensamos, entonces de por sí tenga o no tenga VIH son maltratados (Jóvenes, Chimbote).

En el caso de las trabajadoras sexuales yo creo que todavía existe una discriminación, y cierta culpabilidad porque por ser trabajadora sexual ella de repente se lo busca, ella misma se lo busca tener esas enfermedades (Jóvenes, Chimbote).

En conclusión, los hallazgos nos permiten afirmar que la existencia de la estigmatización es percibida por la población denominada general, que es racionalmente censurada desde un discurso relacionado a la humanidad e igualdad de las personas; sin embargo, se reproducen al mismo tiempo disposiciones de culpabilización y desacreditación de las PVVS. Complementariamente identificamos 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, intuimos que en ese orden.

Finalmente, vale la pena notar la diferencia entre las aseveraciones normativas y las factuales. La gente normalmente planteará que "no hay que discriminar", y hasta tenderá a decir que ella "no discrimina", pero habría que observar si su conducta, evaluada por observadores externos, es discriminatoria o no. Esto ocurre normalmente con las preguntas de una encuesta, como esta, que corresponden a juicios de valor.

E8 Proporción de personal de colegios que tiene actitud de aceptación a los niños VVS y otros vulnerables

Tabla # 23: Indicador E8: Resumen de docentes enrolados y Distribución de los niveles indicador E8: Actitud de aceptación ante niños PVVS y otros grupos vulnerables

	Bajo	Medio	Alto	Total
Chimbote	66(25.3%)	108(41.4%)	87(33.3%)	261
Lima/Callao	101(50.3%)	71(35.3%)	29(14.4%)	201
Iquitos	45(37.5%)	54(45.0%)	21(17.5%)	120
Total	212(36.4%)	233(40%)	137(23.6%)	582

Como en el caso de las cifras en población general, las actitudes de los docentes son más negativas en Lima que en las otras dos ciudades. Además, en términos generales tienden a ser mejores (en desmedro de los niveles de aceptación más bajos, que eran muy notorios en la 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.

Para complementar y enriquecer el análisis del trasfondo de este indicador, se muestra a continuación las tasas de respuesta correcta (que denota actitud positiva) de los docentes encuestados por ciudad, en donde destacan los porcentajes relativamente bajos de los ítems 106(a) y 108(a)

Tabla # 24: Indicador E8: Proporción de respuestas correctas relacionadas a actitud de aceptación en la encuesta a docentes (>24 años) y presentadas para estimar el indicador E8 (Las cifras constituyen porcentajes)

Opciones que denotan actitudes positivas presentadas en la encuesta		Porcentaje de respuestas denotando actitudes positivas por ciudad			Porcentaje total
Código	Descripción	Chimbote	Lima/Callao	Iquitos	
101	Estar dispuesto a cuidar a familiar PVVS	99	90	88	94
102	Estar dispuesto a comprar a PVVS	77	71	72	74
103	Permitir a profesor PVVS ejercer	91	92	88	91
104	No desear mantener en secreto estado seropositivo de familiar	43	33	58	42
105	Estar dispuesto a dar clases a un estudiante PVVS	97	96	98	97
106 ^a	HSH son personas como cualquier otra	60	61	55	59
106e	HSH son personas marginadas requieren apoyo	55	34	7	38
107d	Ofrecer apoyo a estudiante HSH	70	59	78	68
108.a	TS son personas como cualquier otra	30	17	21	24
108e	TS son personas marginadas requieren apoyo	56	45	33	48
109.a	Ofrecer apoyo a estudiante TS	73	50	77	66

Aportes del Estudio Cualitativo

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". Lo que podría llevarnos a una falsa percepción de inclusión de este grupo en la dinámica social.

El discurso de los docentes entrevistados hablaría de una actitud de aceptación frente a la posibilidad de tener niños VVS en sus colegios. Refiriendo, sin embargo, que la mayoría de los colegios no aceptaría que un alumno VIH positivo estudiara.

Bueno, en el colegio anterior donde trabajaba, me preguntaron a mí qué hacer...porque dijimos que no era un problema que pueda convivir con la persona con VIH (docente, Lima).

¿Pero esa persona debería de seguir estudiando?

Claro, debe de estudiar, terminar. Se debería de más bien buscar instituciones que apoyen a estas personas que viven en estas condiciones. La sociedad no acepta que se mantenga al alumnado (docente, Lima)

Hay que tener en cuenta, siempre en cada centro educativo la situación es diferente (docente, Lima)

Es nuestra capacidad como docentes, tratar de levantar el ánimo de estas personas al máximo. Porque es una ayuda que se le da (docente, Lima)

Por otro lado los docentes demostraron contar con conocimientos relacionados al VIH y la existencia del tratamiento antiretroviral. Afirmando que el contar con esta información posibilitaría la aceptación de PVVS dentro de los colegios.

Pero ahora se sabe que con medicina, con el tratamiento lo que han logrado es alargar la vida, van a tener más vida, se hablaría para que no tuvieran esa actitud (docente, Lima)

Pero en un momento dado, cuando ya nos confirmó lo que tenía, nos atrevimos a darle la mano y abrazarlo (Docentes, Chimbote).

Por ejemplo nos generó, aparte del impacto, nos generó una confusión de sentimientos, de pena, lástima y todo eso... (Docentes, Chimbote)

Los/las profesores/as manifiestan que los propios niños no expresarían ningún rechazo por otro niño que viviera con VIH, sin embargo, temen que los padres ejerzan presión para expulsarlo.

No, no, la mamá había fallecido, pero ya de repente la autoprotección, o la autodefensa de pensar de que si mi hijo está estudiando con un niño con esta enfermedad puede que esté en riesgo. (Docentes, Chimbote)

Los docentes manifiestan que se encuentran frente a situaciones donde sus decisiones son mediatizadas por las percepciones, deseos e intereses de los padres de familia. Por lo que actitudes de distanciamiento de niños PVVS se plantean como posibles si los otros padres de familia lo desean. Deberá considerarse que los colegios son un espacio políticamente complejo. Las decisiones son potencialmente conflictivas hacia un lado u otro no existiendo un discurso de derechos humanos de los involucrados.

Esta imagen proyectada por los docentes como limitados en su acción de aceptación al niño VVS, podría estar encubriendo la permanencia muy refinada del estigma hacia los niños VVS, que podría revelarse en un desplazamiento de la culpa del rechazo hacia los padres de familia, pero sutilmente justificado por los maestros.

E9 Número de familias de PVVS que incrementa su ingreso promedio familiar a través de microempresa

Tabla # 25: Indicador E9: Familias PVVS que participan en microempresa y reporte del incremento del ingreso familiar, desagregado por ámbito geográfico

Ámbito	No	Si	Total
Chimbote	4	1	5
	80%	20%	100%
Lima/Callao	15	19	34
	44.1%	55.9%	100%
Iquitos	0	0	0
	0%	0%	0%
Total	19	20	39
	48.7%	51.3%	100%

De manera complementaria con los indicadores descritos en secciones anteriores, se indagó por las familias que tienen PVVS que incrementan sus ingresos debido a su participación en alguna microempresa.

El indicador se estima dividiendo el total de PVVS que tienen algún familiar formando parte de microempresas y que además atribuyen su mayor ingreso a su participación en la microempresa, por el total de PVVS que tienen algún familiar que desarrolla actividades en alguna microempresa. A nivel global el indicador fue estimado en 51.3% (20/39), llamando la atención que de las 20 del numerador, 19 provienen de Lima.

Debe anotarse, sin embargo, que la proporción de PVVS que refiere que alguno de sus familiares forma parte de microempresas es muy pequeña (menos de 10% del total), por lo cual, cuando se considera al numerador de 20 en referencia a los 548, la proporción es de 3.6%. La encuesta también recogió información sobre el ingreso promedio mensual familiar estimado en estos 20 PVVS y que fue informado por 6 PVVS variando entre S/1800.00 y S/5000.00 (Promedio aprox. 2667.00 Nuevos soles)

Este indicador E9 tal como se presenta en la matriz de los TDR contrasta levemente con lo presentado en idioma inglés en el apéndice 4 de los mismos TDR: En la matriz del TDR el nombre del indicador (Nro. de familias) no se correlaciona con la operacionalización (Proporción de familias), ni con la fórmula (Diferencia de ingresos promedios mensuales). Esto podría mejorarse con un indicador denominado "proporción de familias con acceso a microempresas" complementado por otro indicador sobre "ingreso de familias con acceso a microempresas". Otra observación importante a este indicador, respecto a su presentación inicial en los TDR, es sobre una potencial amenaza a la confidencialidad del PVVS y la revelación de su estado de seropositividad. Idealmente, para estimar el ingreso de una familia (con o sin miembros PVVS) se requiere entrevistar a las personas que forman parte de la población económicamente activa (PEA) y entre ellas usualmente al Jefe del Hogar. En los TDR se sugería que se recoja la información en coordinación con los establecimientos de salud para identificar a los domicilios de las PVVS. Nuestro equipo propuso realizar las preguntas para el cálculo de este indicador solamente al PVVS participante; por tanto la información recolectada es de referencia y los montos que fueron reportados son estimaciones que cada PVVS participante ha realizado cuando le fue posible hacerlo. En algunos casos las PVVS no sabían o no podían estimar cuánto era el ingreso promedio familiar, aun cuando referían que su percepción era la de un efecto positivo entre la participación de microempresa y al aumento del ingreso familiar. Debe tenerse en cuenta estas observaciones para la interpretación del indicador y la propuesta de cálculo que presentamos en documento anexo a este informe.

En nuestro estudio se estimó el indicador a partir de una pregunta declarativa sobre incremento de ingresos, dato disponible para familias con participación en microempresas (estructura que resultó del reordenamiento de algunas preguntas y simplificación del instrumento luego de su validación) y de las cuales algunos PVVS aceptaron o supieron dar un estimado para responder (6/20)

Ante la falta de datos, un ejercicio razonable constituye el análisis de "gastos e inversión familiar" que realizan las PVVS y que en economía resulta ser un indicador apropiado del bienestar y "proxy" del ingreso, dentro de la lógica que estos se relacionan directamente: A mayores ingresos, mayor capacidad adquisitiva. (Ver Documento Anexo "Participación en microempresa de hogares PVVS en cuatro ciudades del Perú: Un análisis a través del gasto del hogar")

Aportes del Estudio Cualitativo

Si podemos anotar 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. En los discursos encontramos intenciones de estudiar, trabajar, organizarse, ayudar entre otras actividades potencialmente a ser realizadas.

*Me gustaría que den algún estímulo para estudiar, alguna profesión para estudiar. *¿Y en el hospital para tu tratamiento, qué más te gustaría? -Bueno, en el hospital también quisiera que haya algún estímulo para aprender, estudiar, para hacer artesanía... Para estudiar, dibujar... Ser algo en la vida. * (Entrevista PVVS2 - Iquitos).*

-Tengo tres ideas, tres objetivos: la alimentación, apoyar a los de enfermedades oportunistas y formar talleres para... No depender de nuestras familias sino ser algo... O sea ser útil como PVVS, no ser carga para los familiares no ser como un parásito o una carga para los familiares. Trabajar en proyectos de capacitaciones, dar talleres... Tengo un grupo de PVVS y ver en qué más se desempeñan pues. Juntar a los que tienen, juntar a un grupo de personas que tienen y juntar un capital para que se apoyen y se solventen ellos mismos.

Darles un préstamo y ese préstamo que les sirva para que ellos generen su propio capital más adelante. Se sientan útiles pues (Entrevista PVVS1 - Iquitos)

En este escenario el 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 encontramos la resistencia a vivir de donaciones, que plantean afecta la autoestima y la consecución de mejores condiciones de vida.

Están acostumbrados a recibir y recibir, pedir y pedir, y así tampoco es. Porque nosotros somos personas que podemos ser productivos y no vivir de la caridad nada más. (Entrevista PVVS1 - Iquitos)

E10 Proporción de personal de los establecimientos de salud que tiene actitud de aceptación hacia PVVS y otros vulnerables

Tabla # 26: Indicador E10: Personal de establecimientos de salud y niveles de actitud de aceptación, desagregado por ámbito geográfico

	7 puntos	6 o 5 puntos	< 4 puntos	Total
Ambito	(Alto)	(Medio)	(Bajo)	
Chimbote	0	8	0	8
	0%	100%	0%	100%
Lima/Callao	10	30	13	53
	19%	56%	25%	100%
Iquitos	2	10	1	13
	15%	77%	8%	100%
Total	12	48	14	74
	16%	65%	19%	100%

También indagamos sobre el personal de salud y su nivel de aceptación a PVVS y poblaciones vulnerables. La indagación se hizo proponiendo 7 situaciones a cada participante en la que la aceptación se indicaba con la asignación de un puntaje de uno. Un total de 77 trabajadores de salud fueron entrevistados inicialmente y de ellos 74 reportaron tener contacto frecuente con población vulnerable usuaria de los servicios de salud y ellos fueron incluidos en el análisis como se muestra en la tabla previa. La aceptación "alta" o "intermedia" fue reportada en 81% de casos (60/74). La población (n =74) estuvo compuesta de la siguiente manera: enfermeras (18),

médicos (11), obstetrices (5), psicólogos (5), personal técnico principalmente de enfermería, laboratorio y farmacia (24), y otras categorías (11) donde destacan trabajadores sociales y consejeros de pares. Estos 74 participantes que reportaron tener contacto frecuente con población vulnerable usuaria de los servicios de salud pertenecían a los siguientes establecimientos: En Lima: Hospital Daniel A Carrión (11), Hospital 2 de Mayo (19), y Hospital Cayetano Heredia (6). En Callao se realizó en el Centro de Salud Alberto Barton (17), En Iquitos se realizó en el Centro de Salud San Juan (13). Estos dos últimos además son CERITS. En Chimbote se realizó en el Hospital La Caleta (8)

Sin embargo, debemos tener en consideración que el indicador obtenido pudieran también deberse a 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, etc. También sería necesario conocer las percepciones de los propios usuarios de los servicios de salud.

Aportes del Estudio Cualitativo

Los profesionales de la estrategia sanitaria asumen una posición de aceptación, tolerancia y hasta defensa de derechos de PVVS. Ésta quedaría en el terreno de lo normativo al indagar un poco más acerca de su percepción sobre los usuarios del programa. Se encontró que la actitud hacia los usuarios y la forma de definirlos dependen del tipo de población al cual pertenecen. En este contexto actitudes de estigma y discriminación hacia usuarios HSH y TS fueron evidenciados al diferenciarlos de los demás, refiriéndose a estos dos grupos como "difíciles", "exigentes", "efusivos" y que demandarían mayor trabajo.

Nosotros no lo dejamos por ahí. Le decimos que estamos aquí para ayudarte y eso hacemos (personal de salud, Lima)

Lo que pasa es que tener un paciente seropositivo implica salir del escritorio también. Si el paciente está mal y no puede caminar pues tú tienes que llevarlo al laboratorio, tienes que conseguirlo cita con el infectólogo, hidratarlo... No puedes decirle al paciente "anda allá y saca cita allá", no se puede (personal de salud, Lima)

Yo pienso que la atención es la misma, es la misma que se le da, lo que pasa es el recelo, el recelo que se tiene... (Personal de salud, Chimbote)

La respuesta de una persona gay es muy diferente a la respuesta que podamos conseguir de una persona heterosexual, de repente al tratar con una gestante o con una mujer. De repente la agresividad frente, o la respuesta ante el problema es muy diferente (Personal de Salud, Chimbote).

Porque de todo reclaman. Son un poquito exigentes. ¿Son exigentes? Y bastante efusivos (personal de salud, Lima).

Nosotros hemos tratado varias veces de separarlos. Como tenemos varios grupos, porque hemos tenido autorización, porque en un principio estaban todos juntos y era que todo el mundo "gritando". Y ya hemos visto que un grupo esté por acá y otro por allá y los hemos separado (personal de salud, Lima).

El propio personal de salud asume que el personal del servicio que no pertenece a la estrategia es altamente discriminatorio con los PVVS, no respetan la confidencialidad y pueden asumir tratos inadecuados como la no atención o la postergación de la atención.

El servicio de emergencia fue identificado como uno de los espacios donde existe mayor discriminación hacia PVVS.

En todos los servicios. Cuando llega a emergencia lo dejan esperando, se va al clínico lo atienden (personal de salud, Lima).

La mala atención ofrecida por el servicio de vigilancia en el ingreso a los establecimientos también fue manifestada, diferenciándola de la buena atención que ofrecería el personal entrevistado que forma parte del programa TARGA.

Cuando atraviesan la puerta ya no, a la hora que viene sí. Incluso con los vigilantes tienen problemas, pero una vez que atraviesan la puerta a la consejería, ya no.

Afuera son bien ... sí, afuera, pero cuando atraviesan la puerta son muy considerados" (personal de salud, Lima)

El personal de salud relaciona la no aceptación hacia PVVS con la falta de recurso humano capacitado y sensibilizado en los establecimientos de salud.

Y de repente de un recurso adecuado que quiera trabajar con los pacientes, porque de repente la enfermera que se incomoda con los pacientes es una enfermera que no... Los pacientes rápidamente perciben esto ¿no? (personal de salud, Lima)

¿Por qué pasa eso? Por la falta de información, falta de sensibilidad, de compromiso que tiene que ver con las personas" (personal de salud, Lima)

A eso se suma la percepción de que en general el personal de salud preferiría no ser parte del programa TARGA.

Si, nadie quiere, con VIH como que hay resistencia (personal de salud, Lima)

Le tienen miedo, piensan que se van a infectar con algo (personal de salud, Lima)

De repente porque no había nadie más que le atendiera. Yo miraba a la derecha e izquierda y no había nadie. La primera vez que yo hice una consejería habían ido 4 profesionales a hacer el curso de consejería, y no quisieron salir, tuve que hacerla yo, de lo que yo sabía y mi posibilidad. Me lo pusieron ahí adelante y cuando vi que podía manejarlo ya pude manejar más. Ya pues, los demás no quieren pues (personal de salud, Lima)

En conclusión, 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. El otro punto donde se generan actitudes complejas es cuando su propia seguridad se pone en riesgo. Por ello existiría una disyuntiva en el uso de un código "blanco" o especial para discriminar a la PVVS y tener mayores cuidados. Intentando

reconstruir 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.

4.2. Indicadores de Resultado

Objetivo 1

Tabla # 27: Indicadores de resultado del Objetivo 1

Indicador		Estimación de indicadores		
Código	Nombre	Fuente	Población/Muestra	Resultado
R1.1 total	% de adolescentes (12-19) mujeres y varones que tienen información sobre ITS y vida sexual saludable	Encuesta <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 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 <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 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 <i>ad hoc</i> (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 <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 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	87.0% (424770/487834)
R1.4	Numero de profesionales de salud capacitados en manejo sindrómico de ITS	Encuesta <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor)	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 <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor)	(1) 2544 registros (2) 179 HSH (TS) encuestados	(1) 64.7% (1647/2,544) (2) 58.7% (105/179)

Indicador		Estimación de indicadores		
Código	Nombre	Fuente	Población/Muestra	Resultado
		2007		
R1.6	% de TS que acuden a AMP	(1) Hoja de Monitorización del MINSA (2) Encuesta <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor)	(1) 16,843 registrados (2) 254 TS encuestados	(1) 42.3% (7132/16,843) (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 <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 2006	932 mujeres >24 años encuestadas	83.3% (776/932)
R1.10	% de PPL afectado por una ITS que recibe tratamiento sintómico	(1) Sistema HIS de EP (ex Lurigancho) 2006 (2) Encuesta <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 2007	(1) 589 casos diagnosticados en 2006 (2) 1126 PPL encuestados (142 tuvieron síntoma 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 <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor: Dos versiones (1) Sobre 35 ítems, y (2) Sobre 27 ítems) 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 <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 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 <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 2007	86 mujeres de OSB encuestadas	80.2% 69/86

La mayoría de indicadores de la serie R1 fue generada a partir de un estudio mediante encuesta en hogares dirigido a las poblaciones objetivo (adultos, jóvenes y adolescentes) de acuerdo a lo establecido en la sección de metodología. La siguiente tabla describe la distribución de la población encuestada por estratos y geografía.

Tabla # 28: Distribución de sujetos enrolados en la encuesta domiciliaria: Con información desagregada por grupo poblacional, región, sexo y edad para el caso de adolescentes

Subgrupo	Género	Lima	Callao	Chimbote	Iquitos	Total
Adultos	Hombres	141	56	165	198	560
(Mayores de 25)	Mujeres	230	61	341	300	932
	Sub total	371	117	506	498	1492
Jóvenes	Hombres	115	47	225	205	592
(20-24 años)	Mujeres	138	62	266	197	663
	Subtotal	253	109	491	402	1255
Adolescentes	Hombres	139	39	142	193	513
(15-19 años)	Mujeres	167	36	137	194	534
	Subtotal	306	75	279	387	1047
Adolescentes	Hombres	94	44	106	120	364
(12-14 años)	Mujeres	95	57	150	109	411
	Subtotal	189	101	256	229	775

A continuación presentamos el número de viviendas visitadas para este estudio:

Tablas # 29: Total de viviendas muestreadas	
DEPARTAMENTO	Nº VIVIENDAS
TOTAL	1163
Chimbote	233
Callao	152
Lima	565
Iquitos	213

En todos los casos y para los fines de interpretación de los resultados contenidos en este informe, la calificación para las respuestas, así como su atribución a algún grupo (alto, medio o bajo), es una escala consensuada por nuestro grupo de trabajo, según la cual los rangos van en función de los aciertos de respuestas que otorgan puntos:

= 60% = bajo

60% a 80% = medio,

y > 80% = alto.

Esta escala se diferencia levemente en los límites propuestos originalmente, sin embargo vale la pena aclarar que en cualquier caso los intervalos son referenciales y los límites de ellos

dependerán de la severidad y exigencia con la que se desea valorar los niveles de un mismo indicador.

R1.1 Proporción de adolescentes (12-19) mujeres y varones que tienen información sobre ITS y vida sexual saludable

Las dos siguientes tablas muestran los resultados consolidados para el indicador R1.1 Una análisis desagregado por grupo etáreo, además, se presente a continuación

Tabla # 30: Indicador R1.1 consolidado: Distribución de los niveles del indicador R1.1 para adolescentes (12-19 años): Conocimientos sobre ITS y vida sexual saludable:

Desagregado por ámbito

	Bajo	Medio	Alto	Total
Chimbote	224 (41.9%)	178 (33.3%)	133 (24.8%)	535
Lima/Callao	286 (42.6%)	246 (36.7%)	139 (20.7%)	671
Iquitos	185 (30.0%)	155 (25.2%)	276 (44.8%)	616
Subtotal	695 (38.2%)	579 (31.7%)	548 (30.1%)	1822

Tabla # 31: Indicador R1.1b consolidado: Distribución de los niveles del indicador R1.1 para adolescentes (12-19 años): Conocimientos sobre ITS y vida sexual saludable:

Desagregado por género

	Bajo	Medio	Alto	Total
Hombre	335 (38.2%)	288 (32.8%)	254 (29.0%)	877
Mujer	360 (38.1%)	291 (30.8%)	294 (31.1%)	945
Total	695 (38.2%)	579 (31.7%)	548 (30.1%)	1822

Para la estimación del indicador total se consideró a las poblaciones con niveles de conocimiento "medio" más "alto" en forma incluyente lo que nos permite obtener un estimado de 61.8%, en la muestra encuestada, con información sobre ITS y vida sexual y saludable. La distribución por género es muy similar, y la distribución por ciudad muestra una mayor contribución de la ciudad de Iquitos (Iquitos = 70% vs. Chimbote = 58.1% y Lima/Callao = 57.4%)

La siguiente tabla R1.1a muestra el resultado para el indicador R1.1 para adolescentes de 15 a 19. En este caso, el nivel alto es globalmente alcanzado por cerca del 40%, con una variación de que va de 26% en Lima hasta un 54% en Iquitos. Una explicación más acabada de este hallazgo requeriría conocer en mayor detalle las intervenciones que han recibido estos grupos, así como la comparación final con los hallazgos cualitativos.

Tabla # 32: Indicador R1.1b: Distribución de los niveles del indicador R1.1 para adolescentes (15-19 años): Conocimientos sobre ITS y vida sexual saludable:

Desagregado por ámbito

	Bajo	Medio	Alto	Total
Chimbote	62 (22.2%)	116 (41.6%)	101 (36.2%)	279
Lima/Callao	127 (33.3%)	155 (40.7%)	99 (26%)	381
Iquitos	68 (17.6%)	111 (28.7%)	208 (53.7%)	387
Subtotal	257 (24.5%)	382 (36.5%)	408 (39%)	1,047

El análisis por género, que se presenta en la siguiente tabla, muestra que la distribución del conocimiento por niveles es similar entre ambos grupos.

Tabla # 33: Indicador R1.1b: Distribución de los niveles del indicador R1.1 para adolescentes (15-19 años): Conocimientos sobre ITS y vida sexual saludable:

Desagregado por género

	Bajo	Medio	Alto	Total
Hombre	127(24.8%)	194(37.8%)	192(37.4%)	513
Mujer	130(24.3%)	188(35.2%)	216(40.5%)	534
Total	257(24.6%)	382(36.5%)	408(38.9%)	1047

En el indicador R1.1b, para el grupo de adolescentes varones de 12 a 14, cuando la mayoría tienen su inicio sexual, los resultados muestran que, aunque el nivel alto es relativamente mayor al de los grupos descritos anteriormente (excepción hecha de las mujeres), todavía el nivel sigue siendo bajo, menor al 20%; mientras que el nivel bajo supera el 50% en las tres ciudades.

Tabla # 34: Indicador R1.1a: Distribución de los niveles del indicador R1.1 para adolescentes tempranos (12-14 años): Conocimientos sobre ITS y vida sexual saludable:

Desagregado por ámbito

	Bajo	Medio	Alto	Total
Chimbote	162 (63.3%)	62 (24.2%)	32 (12.5%)	256
Lima/Callao	159 (54.83%)	91 (31.4%)	40 (13.8%)	290
Iquitos	117 (51.1%)	44 (19.2%)	68 (29.7%)	229
Subtotal	438 (56.5%)	197 (25.4%)	140 (18.1%)	775

A Continuación se presenta el análisis desagregado por género para este subgrupo

Tabla # 35: Indicador R1.1a: Distribución de los niveles del indicador R1.1 para adolescentes tempranos (12-14 años): Conocimientos sobre ITS y vida sexual saludable género

	Bajo	Medio	Alto	Total
Hombre	208(57.1%)	94(25.8%)	62(17.1%)	364
Mujer	230(56.0%)	103(25.0%)	78(19.0%)	411
Total	438(56.5%)	197(25.4%)	140(18.1%)	775

De donde se puede concluir que, al igual que en el grupo de 15-19 años, la distribución del conocimiento por niveles es similar entre ambos grupos.

La comparación entre ambos grupos de adolescentes no es totalmente posible porque para los menores 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 a la escala utilizada, pese a ser ésta bastante más simple. No es de extrañar, sin embargo, que hayan grandes diferencias, pues en esta etapa de la vida el conocimiento se basa fundamentalmente en la comunicación entre pares y la experiencia real.

R1.2 Proporción de jóvenes (20-24) mujeres y varones que tienen información sobre ITS y vida sexual saludable

Tabla # 36: Indicador R1.2: Distribución de los niveles del indicador R1.2 para jóvenes (20-24): Conocimientos sobre ITS y vida sexual saludable

	Bajo	Medio	Alto	Total
Chimbote	52 (10.6%)	170 (34.6%)	269 (54.8%)	491
Lima/Callao	62 (17.2%)	148 (40.8%)	152 (42%)	362
Iquitos	77 (19.2%)	96 (23.8%)	229 (57%)	402
Total	191 (15.2%)	414 (33%)	650 (51.8%)	1,255

A su vez, el indicador sobre conocimientos en ITS medido en el grupo de jóvenes de 20 a 24 muestra resultados más altos en Chimbote e Iquitos, en que el nivel alto supera el 50%, mientras en Lima y Callao dicho porcentaje apenas bordea el 40%. Es interesante notar que el conocimiento es en general elevado, 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.

A continuación se presenta la información generada para este indicador, desagregada en subtotales por género, en donde se observa que la distribución de personas a cada nivel de conocimiento: bajo, medio y alto.

Tabla # 37: Indicador R1.2: Distribución de los niveles del indicador R1.2 para jóvenes (20-24): Conocimientos sobre ITS y vida sexual saludable: Desagregado por género

	Bajo	Medio	Alto	Total
Hombre	86 (14.5%)	199 (33.6%)	307 (51.9)	592
Mujer	105 (15.8%)	215 (32.4%)	343(51.8%)	663
Total	191(15.2%)	414(33.0%)	650(51.8%)	1255

Estos valores nos indican que la distribución del conocimiento por niveles es similar entre ambos grupos

Aportes del Estudio Cualitativo

Los jóvenes hombres y mujeres participantes de los talleres en las tres ciudades han demostrado conocimientos sobre VIH, riesgos y prevención.

Quedamos en que la infección va a ser una entrada, o sea una ventana para que el virus pueda infectar más o propagarse dentro del organismo. Por ejemplo, la sífilis (Jóvenes, Chimbote.)

El VIH ataca el sistema inmunológico, las defensas, entonces el sistema inmunológico de una persona se encarga obviamente de las defensas. Y deficiencia porque al atacar estos, las defensas bajan (Jóvenes, Chimbote).

Sobre las fuentes de información se habló de los colegios en primer lugar, de los medios de comunicación y de los pares

Sin embargo, la cantidad de información parece múltiple, el uso de jerga especializada es vasta, pero la jerarquización del dato y cómo este se convierte en motivación de acciones preventivas no resulta claro. En algunos casos se encontró confusiones entre los múltiples términos utilizados.

El marco de los contenidos preventivos se halla en la trilogía denominada ABC, relacionada a la abstinencia, la fidelidad y el condón. Incluso podría afirmarse que el orden en que aparecen también enuncia la priorización de las estrategias.

Es mucho menor el conocimiento sobre ITS y cómo diagnosticarlas. Así como información sobre transmisión vertical. Casi inexistente es la información sobre cómo vivir con VIH, tratamientos y derechos de las PVVS.

Entre los avances identificados en el imaginario se ha avanzado en desligar el cuidado del embarazo de los cuidados relacionados a ITS y VIH.

R1.3 Proporción de pacientes que reciben diagnóstico y tratamiento, utilizando el modelo de manejo sindrómico de ITS, en centro de salud público

El 87% de las personas diagnosticadas sindrónicamente con una ITS en establecimientos del MINSA recibieron también tratamiento bajo este modelo.

R1.4 Número de profesionales de salud capacitados en manejo sindrómico de ITS

Tabla # 38: Indicador R1.4: Personal de establecimientos de salud y capacitación recibida para manejo de ITS, desagregado por ámbito geográfico

Ámbito	No	Si	Total
Chimbote	0	4	4
	0%	4%	100%
Lima/Callao	9	15	24
	37.5%	62.5%	100%
Iquitos	0	6	6
	0%	100%	100%
Total	9	25	34
	26.5%	73.5%	100%

El estudio investigó, además, aspectos relacionados al manejo sindrómico de las ITS en los mismos 77 trabajadores de salud del MINSA que fueron entrevistados para la estimación del indicador E10. De ellos, 34 eran profesionales de salud beneficiarios y objetivo de las capacitaciones, y de estos últimos, 25 reportaron haber recibido capacitación y/o curso de

repasso en el último año en temas de manejo sindrómico de las ITS (En este grupo de 25 estaban comprendidos los 11 médicos encuestados que participaron también en la valoración del indicador E10), por lo que el indicador resultó ser 73.5% (25/34). Interesantemente, a pesar de ser pocos los trabajadores de salud, todos ellos fueron capacitados en Chimbote e Iquitos, sólo en Lima 9 de 24 no había sido capacitados en el manejo sindrómico de ITS. Sería recomendable diferenciar las capacitaciones realizadas bajo el auspicio del Fondo Mundial, de otras iniciativas locales aunque esto puede ser difícil de realizar a través de una encuesta. Sin embargo los sistemas de monitoreo de cada consorcio ejecutor podrían proveer información más precisa durante el desarrollo del proyecto.

R1.5 Proporción de HSH abordables (TS) que acuden a AMP

Tabla # 39: Indicador R1.5: Proporción de HSH (TS) que acude a AMP, desagregado por ámbito geográfico

Ámbito	HSH-TS encuestados	HSH-TS y chequeo medico	HSH-TS y >5chequeos por año	HSH-TS y chequeo en CERITS
Lima/Callao	47	46	27	8/47
	100%			17.0%
Chimbote	120	119	107	93/120
	100%			77.5%
Iquitos	12	12	9	4/12
	100%			33.3%
Total	179	177	143	105/179
	100%			58.7%

Asimismo, en la encuesta se indagó sobre la asistencia a la AMP entre los HSH que realizan trabajo sexual. De los 179 participantes encuestados en CERITS y autodefinidos como HSH-TS, 177 refirieron haberse realizado algún tipo de chequeo medico. De los 177, 143 refirió haberse realizado al menos 6 chequeos médicos durante el último año. De los 143, 105 (105/179 = 58.7%) refirió haberse sometido a tales chequeos en un CERITS. Nótese la diferencia entre los bajos niveles en Lima y los elevados niveles en Chimbote e Iquitos. Esta cifra en promedio es similar a la proporción obtenida al analizar la base de datos de la Hoja de Monitorización (64%).

En este indicador también debe tomarse en consideración la definición de trabajador sexual ("abordable") al momento de su interpretación y discusión, la temporalidad a la que se refiere la atención bajo el sistema AMP ("regularidad de las atenciones y servicios") y, adicionalmente, el número de atenciones y servicios que deben ser cumplidos para considerar que cada individuo

de observación y análisis ha cumplido lo dispuesto en las normas o directivas vigentes del MINSA. A continuación presentamos análisis complementarios que ilustran lo referido previamente.

Siguiendo la definición operacional propuesta en la matriz de indicadores para estimar el indicador R1.5 por fuente secundaria y aplicando esa definición a los datos de la hoja de monitorización 2006 (division de estos dos parámetros provenientes de la HM 2006 y siguiendo la definición operacional propuesta originalmente en la matriz de indicadores) obtenemos la siguiente información.

Tabla # 40: Indicador R1.5: Población HSH controlada en AMP 2006, según Hoja de Monitorización

	HSH TS	HSH no TS	HSH Total
HSH controlados (6 atenciones en el año calendario)	1647	3266	4913
HSH atendidos por 1era vez en el año	2544	8535	11079
Valor del Indicador R1.5	64.7%	38.2%	44.3%

Fuente: Datos de Hoja de Monitorización 2006

En donde se aprecia que el valor del indicador considerando las atenciones registradas de todos los HSH oculta la gran diferencia existente entre los HSH TS y HSH no TS en donde los primeros presentan casi el doble de asistencia a AMP y cumplimiento de criterio de "controlado" con respecto a los HSH no TS.

Ahora, analizando los datos recogidos en las encuestas en población HSH no TS (n=132), y ajustando el criterio de "regularidad de atención AMP" para esta población (2 atenciones en el año calendario) utilizado en la Hoja de Monitorización, encontramos que el valor del indicador para esta población es 29.5% (39/132). El valor del indicador R1.5 considerando a ambas poblaciones (HSH TS y HSH no TS) se estimaría en 46.3% ($39/132 + 105/179 = 144/311$). Nuevamente observamos que el valor del indicador calculado en todos los HSH encuestados (HSH TS y HSH no TS) oculta la gran diferencia entre ambas subpoblaciones, independientemente de los datos (primarios o secundarios) utilizados para su cálculo.

Aportes del Estudio Cualitativo

En torno a la AMP se hallaron diferencias entre las ciudades, mientras 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.

Que es adecuado porque es para nuestro cuidado, que es muy bueno en la población trans, para la atención médica y los condones (Taller HSH, Lima)

En Chimbote, en los participantes se dio una opinión muy positiva de la AMP. Valoran mucho el hecho que el costo sea mínimo, así como los medicamentos gratuitos. Lo principal que mencionan es que les permite detectar posibles infecciones a tiempo y que allí pueden encontrar apoyo y comprensión.

Muy bueno, ya que nos permite chequearnos mensualmente, es muy bueno, es algo importante, es muy eficiente, apoyo, confianza, comprensión. (HSH, Chimbote)

Asimismo el CMP se identifica con la prevención de ITS y VIH.

Primeramente porque nos ayuda a prevenir, o sea es más que tratar la enfermedad en sí nos facilita la prevención... (Taller HSH, Lima)

Sin embargo, existen ciertas barreras que estarían interfiriendo tanto en la asistencia como en la percepción del control médico periódico como programa de los servicios de salud:

a) Accesibilidad: El control médico periódico se ve como una necesidad no sólo de los grupos que se dedican a ser TS sino también a toda la población gay y bisexual.

Solo es un programa para trans y trabajadoras sexuales, mas no gay o bisexuales (Taller HSH, Lima)

b) Costos

Según la población participante del Taller, la falta de uniformidad de costos de la atención y de las pruebas.

Mejor me voy acá a la DISA porque en tal DISA mi control médico mensual me es gratuito, todas mis pruebas son gratis, etc., ¿Y para la otra DISA?, para la otra DISA no, la otra cobran o algo por el estilo o se excede también por las ONG (Taller HSH, Lima).

c) La Calidad de los servicios diferenciada de acuerdo al equipo humano que lo gestiona. Siendo la calidad de atención de los servicios percibida por los HSH muy diferenciada la AMP tendría barrera para cumplir con todos los beneficios que se derivan de él por esta falta de uniformidad del servicio. Además esta falta de uniformidad estaría siendo potenciada por las diferentes *problemáticas* de cada lugar: en unas los costos, en otras la falta de sensibilización del personal de salud que ocasionaría discriminación.

No todas son iguales. Hay muchas problemáticas en distintos lugares y en otros. Nosotros también escuchamos cómo habla la gente de provincia, cuando vemos en Lima algunos tienen problemas con los costos, los pagos, hasta la sensibilización del personal de salud. Porque a veces los doctores o las enfermeras y las técnicas no tienen la sensibilización y discriminan a la población. (Taller HSH, Lima)

Si hay, en Huanta hay una y las demás son asistentes, enfermeras que asumen a veces lo de consejería, muchas veces éstas no están preparadas. Y muchas veces las capacitaciones de las consejerías no sólo es lo único que hace el consejero. Yo creo que el psicólogo tiene mejor preparación porque ha estudiado para... para lo que le sirve a la persona, más sensible a la persona. Y una sola capacitación no te va hacer consejero. Yo creo eso... Siempre hay un pero en las atenciones. (Taller HSH, Lima)

d) Discriminación entre las poblaciones vulnerables, percibiendo beneficios hacia la atención a trabajadoras sexuales mujeres. (Iquitos)

e) Los horarios de atención inadecuados. (Iquitos)

f) Limitaciones para atender a menores de edad que son HSH TS por restricciones de las normas de atención.

R1.6 Proporción de TSF que acuden a AMP

Tabla # 41: Indicador R1.6: Proporción de TS que acude a AMP, desagregado por ámbito geográfico

	TSF encuestados	TSF y chequeo médico	TSF y >5 chequeos	TSF y chequeo CERITS
Lima/Callao	99	94	74	28/99
	100%			28%
Chimbote	54	52	46	44/54
	100%			81%
Iquitos	101	99	80	38/101
	100%			37.6%
Total	254	245	200	110/254
	100%			43%

En la tabla que sigue se muestra el reporte de uso de la AMP por parte de las 254 TSF (Trabajadoras sexuales femeninas) encuestadas. El nivel reportado es de 43%, más bajo en Lima (28%) e Iquitos (38.1%) y más alto en Chimbote (81%), aunque con una muestra más pequeña. Asimismo se hizo una comparación de este resultado con el de otras fuentes, como se hizo con la hoja de monitorización. El nivel en esta fuente fue de 42.3%, con los niveles más bajos en Lima Ciudad (26.8%). En este indicador también debe tomarse en consideración la definición de trabajador sexual ("abordable") al momento de su interpretación y discusión, la temporalidad a la que se refiere la atención bajo el sistema AMP ("regularidad de las atenciones y servicios") y, adicionalmente, el número de atenciones y servicios que deben ser cumplidos para considerar que cada individuo de observación y análisis ha cumplido lo dispuesto en las normas o directivas vigentes del MINSa.

Las cifras obtenidas por la encuesta, en promedio, son muy similares al valor del indicador obtenido al utilizar los valores de la Hoja de Monitorización. La encuesta, sin embargo, revela diferencias entre ciudades, nuevamente con cifras mejores para Chimbote.

Tabla # 42: Indicador R1.6: Población TSF controlada en AMP 2006, según Hoja de Monitorización

	TSF
TSF controlados (6 atenciones en el año calendario)	7132
TSF atendidos por 1era vez en el año	16843
Valor del Indicador R1.5	42.3%

Fuente: Datos de Hoja de Monitorización 2006

Aportes del Estudio Cualitativo

Las TS manifiestan que acuden al Control médico periódico. Consideran importante el control para su salud, para ellas el 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 la obligatoriedad de sus centros de trabajo de acudir al CMP y tener sus tarjetas de control al día. En esta población encontramos cercanía con la noción de autocuidado y profesionalización del trabajo sexual en el reconocimiento del Servicio de Salud y de los establecimientos donde trabajan.

Cuido mi salud porque tenemos familia y nos interesa mucho estar sanos, bien de salud, tener autoestima para uno mismo y para nuestros hijos, para nuestra pareja también porque de nosotros viene nuestra autoestima". (Dinámica TS Iquitos)

Nosotros hacemos siempre un descarte serológico, descarte de Elisa, y cada seis meses. (Dinámica TS, Lima).

Es la garantía para la casa, porque cualquier cosa viene queja de los clientes o de la administración y con qué acredita la señora que la chica está sana, es la medida de seguridad de ella. (Dinámica TS, Lima).

También en Chimbote e Iquitos Las trabajadoras sexuales asisten cada mes a su control médico periódico, se realizan el RPR cada tres meses e ITS cada seis meses. Poseen una valoración positiva sobre la AMP porque les permite prevenir cualquier enfermedad, su costo es mínimo y además les otorgan 50 condones.

Una barrera mencionada para asistir a la AMP es que a pesar de su mínimo costo, algunas de ellas que no cuentan con los medios necesarios para pagarlo.

Sí, es por la plata porque hay personas mayores que ya no trabajan, y estas señoras mayores no tienen para pagar una atención médica. (TS, Chimbote)

Otra barrera sería la propia falta de información y autoestima de algunas TS para no asistir al AMP

Ah! También es porque esas personas tienen una autoestima muy baja y no se consideran como personas ya que ellos nomás ven por el dinero y no cuidan su salud entonces ellas solamente están pendientes del dinero y dejan atrás la salud que es muy importante para ellas (TS, Chimbote).

Otra limitación del servicio, citado repetidas veces en Iquitos, es la falta de personal profesional médico en estas atenciones.

R1.7 Número de condones distribuidos a PPLs

De acuerdo a información proporcionada por el INPE, durante el 2006 los establecimientos penitenciarios no recibieron preservativos bajo el auspicio del Fondo Mundial, sin embargo si recibieron de otras fuentes de acuerdo a lo expuesto en la siguiente tabla.

Tabla # 43: Condonos distribuidos en establecimientos penitenciarios durante el 2006

Distribución de condones año 2006			
Establecimiento Penitenciario	Nº Condonos distribuidos		
	CICR	PRISMA	UNFPA
Lurigancho	28800	172800	
Callao		28800	
Miguel Castro Castro		3024	
Procesados Primarios de Lima		22320	
Mujeres Chorrillos			
EPRCEM-Chorrillos			
Piedras Gordas	4020	24718	
Huaral	1440	7056	
Huacho		2304	
Chimbote		864	
Huaraz	1296	4664	
Cañete	5904	35280	
Chincha		9216	
Ica		7200	
Socabaya-Arequipa			4032
Quencoro-Cusco			4320
Trujillo			7344
La Merced			1296
Yanamilla-Ayacucho			4608
Picsi-Chiclayo			5328
Tumbes			1440
Huamancaca			3456
Pucallpa			4896
Huanuco			4608
Iquitos			3456
Piura			6912
Pocollay			2736
Tambopata			1584
Tarapoto			1872
CNS	2880		
Total	44340	318246	57888

Fuente: Datos proporcionados por el INPE

Aportes del Estudio Cualitativo

La percepción de los entrevistados es de no uso de preservativo como comportamiento usual. Siendo que las razones para este comportamiento generalizado son:

1. Es limitado el acceso al condón, no existiendo una distribución adecuada en número y frecuencia
2. Es difícil comprar condones
3. Solo reparten condones pero no enseñan sobre prevención
4. Existe una cultura que no valora el uso del condón y que por lo contrario lo asocia a la disminución del placer
5. Frecuencia de relaciones sexuales con violencia

R1.8 Proporción de mujeres (>24 años) que tiene información sobre ITS y vida sexual saludable

Tabla # 44: Indicador R1.8: Distribución de los niveles del indicador R1.8 para adultos mujeres: Conocimientos sobre ITS y vida sexual saludable

	Bajo	Medio	Alto	Total
Chimbote	61(18%)	140(41%)	140(41%)	341
Lima/Callao	33(11.3%)	116(39.9%)	142(48.8%)	291
Iquitos	62(20.7%)	82(27.3%)	156(52%)	300
Subtotal	156(16.7%)	338(36.3%)	438(47.0%)	932

Por otro lado, interesantemente, cuando se trata del grupo de mujeres en el indicador R1.8, la calificación alta alcanza un nivel que bordea el 50% en Lima/Callao e Iquitos, mientras que en Chimbote ese nivel es alcanzado en 41%. A su vez, el nivel bajo es 20% en Iquitos y 11% en Lima. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la evaluación o medición del conocimiento es un proceso que debe ser complementado con las prácticas y actitudes de la misma población bajo estudio. La encuesta aplicada no pretende evaluar todos los aspectos del conocimiento sobre ITS y evita ser demasiado técnica, error que es común en las evaluaciones de conocimiento. Nuestra encuesta pretende evaluar algunos aspectos que consideramos como "mínimos necesarios" y cuyo conocimiento bien aplicado en el momento y contexto adecuados (de allí la importancia de complementar con evaluaciones de prácticas y actitudes) pueden garantizar que el sujeto disminuya su riesgo de adquirir ITS y pueda transmitir información importante a sus pares por efecto de replicación. Adicionalmente hay que mencionar que los rangos definidos por nuestro equipo son arbitrarios, por lo que se importante complementar la interpretación de este indicador con una medición de tendencia central.

Aportes del Estudio Cualitativo

Las mujeres entrevistadas manifestaron tener información sobre la infección de VIH y de ITS, se habla de las múltiples vías de contagio, pero limitadamente de la transmisión vertical. Algunas conocen que hay tratamiento para los fetos para evitar la transmisión pero muy superficialmente.

Es un contagio que se tiene en las relaciones, en la sangre, sobre las ampollas, el cepillo. (OSB, Chimbote)

Sí se dice que fue un contagio que tuvo en una relación un soldado con un mono y de ahí ya viene esa enfermedad, y de ahí ha ido abarcando a todo el país, a todo el mundo, mayormente por las relaciones sexuales. (OSB, Chimbote)

Sin embargo, el condón es conocido como la forma de prevención por excelencia, y, por lo tanto avalado por todas.

Es una enfermedad mortal, que general la muere y es un síndrome de inmune deficiencia adquirida que muchos jovencitos ahora en día están teniendo eso tanto en las fiestas que van. (OSB, Chimbote)

Yo creo que ahora nosotros como madres tenemos que aconsejar bastante a nuestros hijos y a los adolescentes más que todo para que tengan cuidado y se protejan usando siempre el condón... (OSB, Chimbote)

No obstante el condón, para ellas no es del todo confiable.

...aunque el condón no es 100 por ciento seguro pero al menos tratar de que ellos se cuiden. (OSB, Chimbote)

Las mujeres de las OSB también cuentan con mucho menos información acerca de las ITS, que del VIH, lo cual las lleva a confundirlas con cualquier otra infección vaginal o con temas de falta higiene.

Son las enfermedades venéreas o las trichomonas, los honguitos que les decimos, porque de eso vienen las infecciones vaginales, nosotras las mujeres estamos en un riesgo bastante, por eso es necesario usar condón. (OSB, Chimbote)

También de las vías urinarias (OSB, Chimbote)

Yo opino también que se contraen las infecciones por los hombres que al orinar ellos se agarran con las manos sucias, entonces sería recomendable que tengan que lavarse

las manos y lo otro que también somos muy delicadas las damas y debemos lavar bien nuestra ropa interior especialmente en el lavatorio con su jaboncito (OSB, Chimbote)

La idea de que una ITS, puede contrarrestarse con los lavados vaginales es otra idea errónea que poseen.

En cada relación también una tiene que ir de frente a lavarse porque ahí vamos a contagiarnos, ahí puede estar la infección (OSB, Chimbote)

Otro aspecto que mencionan sobre las percepciones de vida sexual saludable es tener información.

Antes no sabíamos, años atrás no sabíamos qué cosa es esa enfermedad, no había como ahora esas charlas, no había como ahora que están habiendo, porque damos gracias a muchas entidades que ahora está saliendo, hasta por la televisión. Entonces ya nosotros tenemos que tener más conocimientos y debemos hacerlos ver a nuestros hijos y a nuestras hijas (TS, Chimbote).

La negociación del condón se asume como poco probable, por renuencia del marido y por los significados atribuidos a la petición, tanto de desconfianza como de enfermedad.

Mencionaron el temor que sienten las mujeres de realizarse una prueba de Elisa por pensar que pueden resultar positivas y su significado en torno a la constatación de la falta de fidelidad de su pareja, por ello "prefieren no enterarse"

Al primar estas ideas la información sobre prevención de las ITS, podría también ser errónea y en estos casos restarle importancia al uso del condón en cualquier circunstancia. Son conscientes que *nadie está libre* de contraer el VIH, y conscientes de su situación de riesgo.

A veces, como dice mi compañera, puede ser que la pareja tenga una trampa por ahí, y una no sabe y luego viene y nos contagia. (OSB, Chimbote)

R1.10 Proporción de PPL afectados por una ITS que reciben tratamiento sintromico

Tabla # 45: Indicador R1.10: Proporción de PPL afectados por ITS y que recibe tratamiento sintromico

	PPL encuestados	PPL síntomas ITS últimos 3 meses	PPL síntomas y tratamiento
Lima/Callao	527	27	15/27
Chimbote	291	52	20/52
Iquitos	308	63	40/63
Total	1126	142	75/142
			52.8%

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.

R1.11 Número de CERITS que brinda servicios con condiciones de calidad según normas

Al igual que en el caso de las OPVVS, también verificamos las características de los servicios que se ofrecen en los CERITS. Igualmente, sólo se presenta una lista de verificación, que nos dará una idea aproximada, referencial, la que deberá ser contrastada y complementada con las que den otros instrumentos de observación y análisis, como los de los estudios cualitativos o encuestas que analicen aspectos específicos de su funcionamiento.

El plan de análisis es semejante al anterior, primero longitudinal y luego transversal, a fin de dilucidar cuales son los servicios más sensibles que estuvieran ausentes al momento de la verificación.

Los establecimientos visitados están en su mayoría en Lima (8/10), uno en Chimbote y otro en Iquitos. El número de ítems a ser observados es 35, según el estándar utilizado en el instrumento consensuado, el que no es alcanzado en ninguno de los establecimientos visitados. 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%). Una segunda versión, complementaria, que considera solo 27 ítems también ha sido diseñada en base a la retroalimentación recibida del Receptor Principal y contraparte técnica (Consorcio Ejecutor de actividades en CERITS)

En ambos casos el análisis transversal resulta más apropiado, en tanto no todos los servicios verificados tienen la misma importancia al momento de brindar la atención que requiere un paciente. De los diez establecimientos visitados llama la atención que algunos servicios están ausentes en la mayoría, como en el caso de las pruebas de *Chlamydia* con una sola mención para el procesamiento, y dos menciones para los reactivos de tal procesamiento. En ambas situaciones, el servicio está presente en provincias, siendo en Lima donde esta verificación es negativa. Este hallazgo es relevante en la medida que esta infección es frecuente encontrarla en HSH, frecuentes usuarios de estos servicios. En la construcción de la segunda versión de la metodología de evaluación de CERITS, se eliminó algunos ítems (entre ellos los referidos a las pruebas de *Chlamydia* y otros ítems que no estuvieron presentes en pocos o ningún CERITS)

Sin embargo, 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.

También es importante considerar la dimensión de recursos humanos, pues tanto en un establecimiento de Lima como en Iquitos carecen de médico. Por otro lado, los recursos no profesionales como promotores de pares están presentes en la mayoría de establecimientos (ausencias sólo en 3 de los 8 establecimientos de Lima). En todos los casos han recibido entrenamiento en los últimos 12 meses. En la segunda versión se ha considerado a todos los profesionales de salud (presencia de al menos uno) como una categoría única de evaluación.

Finalmente, es importante que esta información sea también analizada en el contexto de las intervenciones específicas que se realizarán por el consorcio ejecutor lo cual podría llevar a modificar el número de ítems considerados de acuerdo a la relevancia, y utilidad de cada uno de ellos. Una clasificación propuesta, sobre el estado actual de la implementación de servicios de calidad en CERITS, se muestra a continuación de las dos versiones de evaluación.

Tabla #46: Evaluación de la calidad de servicios y atención en CERITS (Versión con los 35 ítems evaluados)			IDENTIFICACION DEL CERITS EVALUADO										Frecuencia de cada uno de los ítems evaluados en los 10 CERITS	
			Alberto Barton	Raúl Patrucco	Calcuta	Piedra Liza	Surquillo	Tahuantinsuyo	Chorrillos	Villa el Salvador	Centro de salud San Juan	CERITS del Hospital La Caleta		
			Callao	Lima	Agustino	Lima	Surquillo	Independencia	Chorrillos	VES	Iquitos, Loreto	Santa, Áncash		
ITEMS EVALUADOS PARA CONSTRUIR LA ESCALA DE EVALUACION DE CALIDAD DE ATENCION Y SERVICIOS EN CERITS (LISTA DE VERIFICACION)	1	11abc	Cuenta con médico (especialista o no especialista)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí	8
	2	11d	Cuenta con enfermera	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	9
	3	11e	Cuenta con obstetriz	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	8
	4	15a	Cuenta con PEPs asignados formalmente al CERITS	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí	Sí	7
	5	15b	Han recibido capacitación durante últimos 12 meses	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10
	6	21a	La atención clínica tiene un ambiente de uso exclusivo para la atención clínica	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	9
	7	21b	La atención clínica tiene privacidad	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	9
	8	22a	La consejería tiene un ambiente de uso exclusivo para la atención	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	9
	9	22b	La consejería tiene privacidad	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	9
	10	23a	Tiene un ambiente de uso exclusivo p/toma de muestras (TDM)	No	Sí	No	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	6
	11	23b	Tiene un ambiente de uso exclusivo para laboratorio (Lab)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10
	12	31aT	Laboratorio cuenta con microscopio óptico con fuente de energía eléctrica	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10
	13	31aF	Laboratorio cuenta con microscopio óptico con fuente de energía eléctrica y funciona	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	9
	14	31bT	Laboratorio cuenta con lector de microplacas para EIA (ELISA)	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	8

Tabla #46: Evaluación de la calidad de servicios y atención en CERITS (Versión con los 35 ítems evaluados)				IDENTIFICACION DEL CERITS EVALUADO									Frecuencia de cada uno de los ítems evaluados en los 10 CERITS	
				Alberto Barton	Raúl Patrucco	Calcuta	Piedra Liza	Surquillo	Tahuantinsuyo	Chorrillos	Villa el Salvador	Centro de salud San Juan		CERITS del Hospital La Caleta
				Callao	Lima	Agustino	Lima	Surquillo	Independencia	Chorrillos	VES	Iquitos, Loreto		Santa, Áncash
15	31bF	Laboratorio cuenta con lector de microplacas para EIA (ELISA) y funciona	No	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	6
16	31cT	Laboratorio cuenta con lavador para EIA (ELISA)	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	8
17	31cF	Laboratorio cuenta con lavador para EIA (ELISA) y funciona	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	7
18	32a	Se procesa cultivo para Gonorrea	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	8
19	32b	Cuenta con reactivos y materiales para Cx Gonorrea	Sí	Sí	No	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No	6
20	32c	Se procesa ELISA para Chlamydia	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Sí	No	1
21	32d	Cuenta con reactivos y materiales para EIA Chlamydia	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Sí	Sí	2
22	32e	Se procesa ELISA para VIH	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	8
23	32f	Cuenta con reactivos y materiales para ELISA VIH	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	8
24	32g	Se procesa prueba rápida para VIH	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	9
25	32h	Cuenta con reactivos y materiales para VIH rápida	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	9
26	32i	Se procesa prueba RPR para sífilis	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10
27	32j	Cuenta con reactivos y materiales para RPR	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10
28	4a	Cuenta con farmacia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10
29	4g	Cuenta con Penicilina en stock	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10
30	4h	Cuenta con Azitromicina en stock	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	9
31	4i	Cuenta con Ciprofloxacina en stock	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	9

Tabla #46: Evaluación de la calidad de servicios y atención en CERITS (Versión con los 35 ítems evaluados)				IDENTIFICACION DEL CERITS EVALUADO										Frecuencia de cada uno de los ítems evaluados en los 10 CERITS	
				Alberto Barton	Raúl Patrucco	Calcuta	Piedra Liza	Surquillo	Tahuantinsuyo	Chorrillos	Villa el Salvador	Centro de salud San Juan	CERITS del Hospital La Caleta		
				Callao	Lima	Agustino	Lima	Surquillo	Independencia	Chorrillos	VES	Iquitos, Loreto	Santa, Áncash		
32	4j	Cuenta con Metronidazol en stock	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10
33	4k	Cuenta con Doxiciclina en stock	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10
34	4l	Cuenta con Preservativos en	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10
35	4m	Cuenta con Lubricantes en stock	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	9
Puntaje obtenido por el CERITS			30	33	23	28	29	26	32	32	25	32	32		
Puntaje máximo			35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35		

Nota: Los ítems marcados "en gris" son eliminados en la construcción de la versión complementaria con 27 ítems (Ver siguiente tabla)

Tabla # 47: Evaluación de la calidad de servicios y atención en CERITS (Versión con 27 ítems seleccionados)			IDENTIFICACION DEL CERITS EVALUADO										Frecuencia de cada uno de los ítems evaluados en los 10 CERITS	
			Alberto Barton	Raúl Patrucco	Calcuta	Piedra Liza	Surquillo	Tahuantinsuyo	Chorrillos	Villa el Salvador	Centro de salud San Juan	CERITS del Hospital La Caleta		
			Callao	Lima	Agustino	Lima	Surquillo	Independencia	Chorrillos	VES	Iquitos, Loreto	Santa, Áncash		
ITEMS EVALUADOS PARA CONSTRUIR LA ESCALA DE EVALUACION DE CALIDAD DE ATENCION Y SERVICIOS EN CERITS (LISTA DE VERIFICACION)	1	Cuenta con profesionales de salud capacitados para la atención	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10	
	2	15a	Cuenta con PEPs asignados formalmente al CERITS	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí	7	
	3	15b	PEPs han recibido capacitación durante últimos 12 meses	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10	
	4	21a	La atención clínica tiene un ambiente de uso exclusivo para la atención clínica	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	9	
	5	21b	La atención clínica tiene privacidad	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	9	
	6	22a	La consejería tiene un ambiente de uso exclusivo para la atención	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	9	
	7	22b	La consejería tiene privacidad	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	9	
	8	23b	Tiene un ambiente de uso exclusivo para laboratorio (Lab)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10
	9	31aF	Laboratorio cuenta con microscopio óptico con fuente de energía eléctrica y funciona	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	9
	10	31bF	Laboratorio cuenta con lector de microplacas para EIA (ELISA) y funciona	No	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No	Sí	6
	11	31cF	Laboratorio cuenta con lavador para EIA (ELISA) y funciona	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No	Sí	7
	12	32a	Se procesa cultivo para Gonorrea	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	8
	13	32b	Cuenta con reactivos y materiales para Cx Gonorrea	Sí	Sí	No	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	No	6

Tabla # 47: Evaluación de la calidad de servicios y atención en CERITS (Versión con 27 ítems seleccionados)				IDENTIFICACION DEL CERITS EVALUADO										Frecuencia de cada uno de los ítems evaluados en los 10 CERITS	
				Alberto Barton	Raúl Patrucco	Calcuta	Piedra Liza	Surquillo	Tahuantinsuyo	Chorrillos	Villa el Salvador	Centro de salud San Juan	CERITS del Hospital La Caleta		
				Callao	Lima	Agustino	Lima	Surquillo	Independencia	Chorrillos	VES	Iquitos, Loreto	Santa, Ancash		
14	32e	Se procesa ELISA para VIH	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	8	
15	32f	Cuenta con reactivos y materiales para ELISA VIH	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	8	
16	32g	Se procesa prueba rápida para VIH	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	9	
17	32h	Cuenta con reactivos y materiales para VIH rápida	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	9	
18	32i	Se procesa prueba RPR para sífilis	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10	
19	32j	Cuenta con reactivos y materiales para RPR	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10	
20	4a	Cuenta con farmacia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10	
21	4g	Cuenta con Penicilina en stock	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10	
22	4h	Cuenta con Azitromicina en stock	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	9	
23	4i	Cuenta con Ciprofloxacina en stock	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	9	
24	4j	Cuenta con Metronidazol en stock	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10	
25	4k	Cuenta con Doxiciclina en stock	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10	
26	4l	Cuenta con Preservativos en stock	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10	
27	4m	Cuenta con Lubricantes en stock	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	9	
Puntaje obtenido por el CERITS				25	27	21	24	23	22	26	27	20	25		
Puntaje máximo				27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	

Nota: El ítem marcado "en gris" en esta versión de 27 ítems resulta de la fusión de los ítems 1, 2, 3, 4 y 5 de la versión inicial de 35 ítems

Tabla # 48: Indicador R1.11 Clasificación propuesta, en base a 27 ítems de evaluación, sobre la calidad de los servicios implementados en CERITS

CERITS	Ubicación	Puntaje absoluto	Puntaje porcentual	Nivel de calidad e implementación
Raúl Patrucco	Lima	27	100.0%	Implementado
Villa el Salvador	VES	27	100.0%	Implementado
Chorrillos	Chorrillos	26	96.3%	En proceso
Alberto Barton	Callao	25	92.6%	En proceso
CERITS del Hospital La Caleta	Santa, Áncash	25	92.6%	En proceso
Piedra Liza	Lima	24	88.9%	No implementado
Surquillo	Surquillo	23	85.2%	No implementado
Tahuantinsuyo	Independencia	22	81.5%	No implementado
Calcuta	Agustino	21	77.8%	No implementado
Centro de salud San Juan	Iquitos, Loreto	20	74.1%	No implementado

Donde: Implementado =100%, En proceso >90% y <100%, y No implementado <90%

Aportes del Estudio Cualitativo

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.

No nos tratan como si fuéramos prostitutas, nos tratan como trabajadoras sexuales (Dinámica TS, Chimbote).

Lo que hay del ministerio de salud, ahorita por ejemplo referente al cuidado de las ETS es lo mejor que hay, porque hay muchas chicas que están con ardor y dolor y dicen "dónde voy". Si vas a un centro particular se tiene que decir que vengas con tu pareja, pero si no tienes pareja y trabajas. (Taller TS, Lima).

En cuanto a los problemas o criterios para califican negativamente la calidad del servicio, se mencionaron:

1. El costo de los exámenes y el atraso en la entrega de resultados.

2. El horario de atención más flexible y con muchas demoras:

Todo el día deben atender porque hay chicas que trabajan toda la noche y están descansando en la mañana. (TS, Chimbote)

En lo que es eficacia y calidad lo hemos puesto como malo, esto es en cuanto a la atención en cuanto el paciente se demora en el establecimiento de salud, porque el paciente se demora mucho, pueden ser dos horas y media hasta cuatro horas. ... (Taller HSH, Lima)

3. La necesidad de más personal para la atención, sobre todo médicos y la calidad de los profesionales que atienden en los establecimientos.

Se necesitan médicos profesionales sobre otros problemas de salud, aparte de los profesionales que nos atienden" (Dinámica TS Iquitos).

Algunas necesitan una consejera, no tiene nada que ver con dar resultados. (TS, Chimbote).

El personal médico también, por A o por B, sean nombrados o ya sean contratados, simplemente es también la presión del mismo trabajo. Por ejemplo en el centro de salud los médicos son multifuncionales. A la vez, no solamente están en una sola estrategia sino están en varias estrategias (Taller HSH, Lima).

4. En cuanto al *compromiso del personal* en los grupos se encontró la división entre nombrados y contratados. Por ello, siendo la estabilidad laboral del personal de salud una de las razones del trato hacia los usuarios, podríamos decir que la sensibilización con la población HSH no estaría funcionando como eje determinante del trato a los usuarios. La otra razón influyente en el trato es la cultura institucional de los servicios lo que no permite actuar libremente a los prestadores de salud.

En lo que es compromiso del personal, como le decía antes, lo hemos separado por nombrados y contratados. En el caso de los nombrados lo hemos puesto muy malo, porque uno se puede quejar y lo hemos hecho, nos hemos quejado con papeles y todo pero... los nombrados nunca... por lo que son nombrados piensan que están con una clase de inmunidad y que no les va afectar, porque no van a perder el trabajo o algo así. Y en el caso de los contratados si les hemos dado regular, porque ellos de alguna o de otra manera, como cada cierto tiempo paran en evaluación tratan de cuidarse (Taller HSH, Lima).

...en el centro de salud de Huanta, por ejemplo, "es mi hora de refrigerio, así que tú mamita si quieres que te atienda pues espérate, mas o menos una hora y después de ahí te atiende" (Taller HSH, Lima).

En cambio... hay médicos, que incluso saben que va población, ya sea variada en el mercado... (corte) Incluso en Huanta hay médicos que ellos prefieren atender a trabajadoras sexuales, tienen toda su lista de atención a las trabajadoras sexuales, que a los HSH no los atienden, los marginan y los tratan de una forma...(Taller HSH, Lima)

Están a la expectativa de cualquier error. De repente alguien le hizo un favor a alguien, hay una persona encargada y va y le chismea a todo el médico. O sea están entre chismes y chismes, que hizo o no hizo tal persona cuando en este caso no dan prioridad ni preocupación en cuanto a la atención del médico. (Taller HSH, Lima)

Tienen que ir a triaje, a caja, en caja hay una colaza, y a veces la chica también no está o se pone a conversar por teléfono. Y así en cada área hay... siempre hay dificultades y es una pérdida de tiempo. (Taller HSH, Lima)

5. Otro criterio establecido es la *ética*. Este criterio se refiere a la intromisión en la *vida privada* de los usuarios HSH cuya finalidad sería *cambiarlos* para que dejen de ser gays. Se atribuye esta intromisión a los médicos de mayor edad.

Aquí lo hemos puesto como malo. Aquí nos referimos con los médicos, que a veces le reclama al paciente que debe de cambiar, que deje... Que dejes de ser gay a la fuerza ¿no?... Hay un grado de intolerancia ¿no?, hay una actitud de prejuizar y todo lo demás. Eso dificulta su labor como médico e inclusive atenta contra la promesa... el compromiso hipocrático (Taller HSH, Lima).

Que se ponen en un plan juicioso de decir "y tú por qué haces esto, por qué haces aquello, no se hace esto", o sea te dan una solución como si fueran la divina providencia, lo cual no viene al caso (Taller HSH, Lima).

6. Otro criterio importante para los participantes es la *seguridad e higiene*. Para ellos los niveles del servicio en cuanto a higiene es *malo* porque no hay la limpieza esperadas o inclusive no se presta el servicio

En seguridad e higiene lo hemos calificado con el número 2 que es malo. Porque siempre hay una dificultad en un paciente o en uno mismo de poder utilizar los servicios higiénicos, o porque está cerrado o no le hacen la limpieza adecuada. Siempre lo hacen así, no hay un buen uso. (Taller HSH, Lima)

7. El criterio de la infraestructura del local del servicio reflejada en la distribución de los espacios y el tamaño de los mismos es calificada como mala:

Y además también porque en cuanto a infraestructura en muchos de los centros de salud y en los hospitales no están... los espacios no están actualizados. Por ejemplo, el Loayza fue creado para un uso determinado. (Taller HSH, Lima)

Ahora en el caso de Huanta por ejemplo, el espacio, la infraestructura es muy pequeña, bastante inadecuada...Entonces, eso también nosotros hemos tenido el criterio de calificarlo como malo. (Taller HSH, Lima)

8. La confidencialidad de los resultados podría ser el punto más delicado en esta descripción de criterios de calidad de la población HSH. Esto podría ocasionar la

creación de desconfianza del servicio además de generar ansiedad en personas que salieron positivas a ciertas pruebas.

En lo que es confiabilidad en los resultados lo hemos calificado como malo, ¿por qué hemos calificado de esa manera?, porque se ha estado en estos últimos tiempos se ha estado viendo que han estado entregando unos resultados equivocados. Parece que el mismo personal de laboratorio está teniendo unas equivocaciones en la jefatura de la posta (Taller HSH, Lima).

Y también porque en varios casos los resultados se han estado dando a diferentes personas.

¿A personas que no correspondían?

Si, porque muchas veces una persona venía y se hacía pasar por una paciente y recogía resultados. Y eso generó mucho inconveniente con la confidencialidad de los resultados. (Taller HSH, Lima)

9. Uno de los criterios con menor fuerza fue la accesibilidad del servicio considerando en este rubro los costos para las pruebas. Sin embargo, este criterio baja en el nivel de calificación porque el local está ubicado en un lugar considerado peligroso del Callao.

Consideramos que es accesible, le hemos puesto 3 de nota porque consideramos que es regular. Accesible en el sentido del costo, porque muchas personas no pagan ya una prueba. Pero también accesible en la ubicación del lugar. Muchas veces el mismo nombre Alberto Barton cuando le dices, mucha gente no quiere ir, temen ser asaltados y perder sus cosas (Taller HSH, Lima).

Entre los criterios que identificaron los entrevistados para valorar positivamente un servicio se plantearon:

1. El trato del personal de salud es, para los entrevistados, bastante *eficiente y de calidad*. Esto estaría explicando la gran cantidad de asistencia al servicio:

El siguiente punto es que es eficiente, le hemos puesto 4 que es bueno (Taller HSH, Lima)

Tenemos un doctor que es ampliamente reconocido, y su trabajo en especial es eficiente. Por qué, porque el paciente va y es atendido con calidad, y no hay eso de que mañana más tarde te quejes de la atención (Taller HSH, Lima).

Además hay más pacientes que van, por eso también la cantidad de pacientes que van es masivo. Y por eso hemos puesto 4 porque cuando la gente va y conoce la atención cómo es entonces la gente viene (Taller HSH, Lima).

En el punto de cálido, bueno, tenemos un doctor que trata bien. También, aparte del doctor las personas que están ahí trabajan muy bien, por eso la atención es muy cálida. Así es, la persona que va ahí es atendida con respeto, con la preocupación que se merece ¿no? (Taller HSH, Lima).

2. En el caso de la infraestructura también se marca una diferencia con respecto a los otros servicios:

Consideramos nosotros que en el Callao, específicamente en el Alberto Barton es buena, porque las instalaciones son amplias, tampoco tan amplias pero si es agradable a la gente que lo visita. Y también hay un anfitrión que indica a las personas que guía a dónde tienen que ir y todo eso. (Taller HSH, Lima)

Con el médico, pero por ejemplo en admisión y en archivo es pésima la atención. (Taller HSH, Lima)

R1.12 Número de CERITS que cuenta con equipo de atención itinerante para AMP

Es el número de CERITS que reportan tener un equipo para estas actividades, y 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.

R1.13 Número de mujeres de OSB que tiene información sobre ITS y vida sexual saludable

Tabla # 49: Indicador R1.13: Mujeres de OSB que tienen información sobre ITS y vida sexual saludable

	Bajo	Medio	Alto	Total
Lima/Callao	4	17	9	30%
	13.3%	56.7%	30%	100%
Chimbote	12	15	2	29%
	41.4%	51.7%	6.9%	100%
Iquitos	1	14	12	27
	3.7%	51.9%	44.4%	100%
Total	17	46	23	86
	19.8%	53.5%	26.7%	100%

Finalmente, también indagamos con los conocimientos sobre ITS y vida sexual saludable en 86 mujeres de OSB. Para este efecto se utilizó 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. El nivel alto fue reportado en 26.7% a nivel global con un rango entre 30% en Lima, y 6.9% en Chimbote. Los niveles intermedios mostraron niveles uniformes en las tres ciudades de poco más del 50%. En general, el valor del indicador R1.13 se aproxima bastante al estimado para la población joven a través de la encuesta en hogares (ver indicador R1.4)

Objetivo 2

Tabla # 50: Indicadores de resultado del Objetivo 2

Indicador		Estimación de Indicadores		
Código	Nombre	Fuente	Población/Muestra	Resultado
R2.1	Numero y % de miembros de de grupos familiares de PVVS que reciben atención integral	Encuesta <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 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 <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor)	(1) 51 Niños VIH(+) {Nota: 21 de estos niños son huérfanos de al menos un padre} (2) 30 Niños VIH (-) {Nota: 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 Total= 4.9% (4/81)
R2.4	% de niños huérfanos por el VIH que reciben apoyo nutricional con curva ponderal normal de acuerdo a su edad	Encuesta <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor)	21/51 (21 huérfanos en 51 Niños VIH+) 13/30 (13 huérfanos en 30 Niños afectados VIH-)	9.5% (2/21) 0% (0/13)

R2.1 Número y proporción de miembros de de grupos familiares de PVVS que reciben atención integral

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 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. Con el fin de obtener un grueso estimado teórico hemos tomado la información recogida en nuestras encuestas a PVVS adultos. Nuevamente, y con la finalidad de proteger la confidencialidad del diagnóstico del PVVS, se obtuvo el dato a partir del propio PVVS y no a partir de una lista de chequeo atenciones y servicios médicos aplicados a cada familiar. De los 548 PVVS encuestados, en nuestra encuesta 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 los motivos sobre confidencialidad expuestos anteriormente, solo es posible estimar que no más de 17 personas familiares PVVS 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. Esto se explica por que la asistencia social fue atención menos frecuente observada en esta población y por tanto se convierte en al factor discriminante y se convertiría en el criterio más selectivo al momento de aplicar una lista de chequeo. Sin embargo, este dato es sólo un grueso estimado y, más aun, no evalúa los motivos de estas atenciones, el acceso a los mismos u otros determinantes. Dado que este indicador implica que el consorcio ejecutor promoverá la creación de un paquete servicios y atenciones a las Familias PVVS, será deseable que el indicador sea valorado nuevamente desde el momento en que se haga efectivo este nuevo servicio y en los lugares donde se implemente inicialmente como por ejemplo centros piloto.

Aportes del Estudio Cualitativo

Se realizaron dos entrevistas a madres de niños expuestos a VIH. En ambos casos se realizaron en el Instituto Materno Perinatal de Lima. A partir de estas entrevistas podemos anotar que la

experiencia cotidiana de las familias es recibir atención en diversos servicios de salud la atención de adultos y de niños.

Esta situación vista en primera instancia como onerosa, fue atribuida a la decisión de las propias madres de asegurar la atención de los distintos miembros de la familia a servicios especializados y con profesionales específicos ya conocidos por ellas 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.

R2.2 Número y proporción de niños infectados con VIH/SIDA y afectados por el VIH/SIDA (incluyendo huérfanos por VIH/SIDA) que reciben atención integral

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.

En forma similar al grupo anteriormente discutido, 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 interconurrencia.

En nuestro estudio encontramos 4 niños VIH (+) que tuvieron todas las 4 atenciones para cumplir con la definición de atención integral propuesta en la matriz de indicadores. Debido a que la mayor parte de Niños en TARGA están en Lima, nuestra muestra se tomó en esta ciudad en dos de los principales hospitales que dan este tipo de atención (HNCH y HHU) 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.

Al revisar, en una línea de tiempo, el origen de ambas poblaciones se detecta que todos los niños hijos de gestantes VIH positivas proceden de una sola población que podemos denominar "niños expuestos" cuyo diagnóstico no es posible confirmar o descartar hasta lo 18 meses de vida aproximadamente, aunque algunos pueden tener una confirmación diagnóstica más temprana mediante el uso de tecnologías más avanzadas (Prueba de Reacción en cadena de la polimerasa) que normalmente no están disponibles en todos los casos o solo se ofrecen en el contexto de estudios académicos.

R2.4 Proporción de niños huérfanos por el VIH que reciben apoyo nutricional con curva ponderal normal de acuerdo a su edad

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

Tabla # 51: Indicadores de resultado del Objetivo 3

Indicador		Estimación del Indicador		
Código	Nombre	Fuente	Población/Muestra	Resultado
R3.1	% de OPVVS que cuenta con instrumentos básicos y estratégicos de gestión	Lista de chequeo de OPVVS <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 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 <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 2007	548 PVVS encuestadas (113 con familiar participando en microempresa)	5.3% 6/113

R3.1 Proporción de OPVVS que cuenta con instrumentos básicos y estratégicos de gestión

En la tabla adjunta se describe la distribución de frecuencias de los servicios que brindan las Organizaciones de Personas Viviendo con el Virus del VIH/SIDA (OPVVS). Esta tabla solamente describe la presencia o no del servicio, al margen de otra consideración sobre su funcionamiento, antigüedad, frecuencia en que lo brinda, calidad percibida por los usuarios, sus niveles de acreditación, etc. Tal análisis requiere de contar con información de otras fuentes, que exceden el marco de esta sección y que, con la información cualitativa, permitirá tener un panorama más claro de cómo vienen operando estas organizaciones.

Como puede verse en la columna del extremo derecho que reporta el puntaje máximo, el número esperado de instrumentos básicos y estratégicos de gestión por las OPVVS es de 14, incluyendo servicios, los que se detallan al pie de esta tabla. 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. Y estamos sólo describiendo su presencia/ausencia, al margen de cualquier otra consideración.

Si consideramos que la presencia de estos instrumentos/servicios es central para su funcionamiento, su evidente ausencia tiene implicancias importantes no sólo para la organización en sí, sino principalmente para los propios usuarios. De esta manera, se verían afectados no sólo por su dolencia, sino por que las organizaciones de las que participan no están en condiciones de protegerlos u orientarlos apropiadamente. Por otro lado, al no contar con instrumentos que garanticen su funcionamiento, tampoco tendrían la oportunidad de iniciar pequeños negocios, como una forma de hacer frente a la adversidad.

A juzgar sólo por la información de verificación que mostramos en esta tabla, y con cargo a contrastarla con información más cualitativa, el balance de la situación de estas organizaciones es preocupante, por lo que resulta prioritario atender su fortalecimiento institucional. Atender esta necesidad resulta ineludible, considerando que el respeto a los derechos y dignidad de las personas y familias afectadas por el VIH/SIDA, es no sólo una necesidad para ellos mismos, sino un mandato para quienes quieren hacer frente a la epidemia en todos los terrenos. Tengamos presente que ya ONUSIDA ha reconocido la importancia de estas organizaciones para hacer frente a la estigmatización asociada al VIH/SIDA, además de reconocer su importancia para promover su integración social y acceso al tratamiento

Tabla # 52: Indicador R3.1: Listado de verificación de instrumentos/servicios con que cuentan las OPVVS

ID (OPVVS)	9	10	11	12	13	14	16a	16b	16c	16d	23	27	31	35	Total de instrumentos	Puntaje máximo posible
1	No	No	No	No	No	No	No	Sí	No	No	Sí	Sí	No	No	3	14
2	No	No	No	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	No	No	5	14
3	No	No	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	No	7	14
4	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	No	Sí	No	No	Sí	Sí	No	8	14
5	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Ninguno	14
6	No	No	No	No	No	No	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No	No	3	14
7	No	No	No	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí	6	14
8	No	No	No	No	No	Sí	No	No	No	No	No	No	No	No	1	14
Frecuencia de instrumentos	1	1	2	1	2	3	4	4	5	Ninguno	3	4	2	1		

Nota El indicador se refiere al número de OPVVS que presenta 14 instrumentos de gestión de una lista de chequeo propuesta por el equipo consultor. Aunque ninguno de las 8 OPVVS evaluadas presento todas, los puntajes varían entre 1 y 7 ítems. Solo una OPVVS no tuvo ningún instrumento

Leyenda

1-8	Cada una de las OPVVS entrevistadas
9	Oficina para defensa de derechos de PVVS
10	Oficina para defensa y seguridad de PVVS
11	Servicio de participación vecinal y servicios sociales
12	Oficina de gestión de proyectos sociales
13	Oficina de programas de salud
14	Oficina de Estadística e informática
16a	Manual de Organización y Funciones (MOF)
16b	Reglamento de organización y funciones (ROF)
16c	Perfiles de cargo actualizado (CAP)
16d	Texto único de procedimientos (TUPA)
23	Plan estratégico
27	Plan operativo institucional
31	Presupuesto
35	Sistema de contabilidad

Aportes del Estudio Cualitativo

En las ciudades de estudio, las PVVS entrevistadas manifestaron una actitud emprendedora en función de la organización para el tratamiento gratuito y universal. La organización y las acciones se encuentran fundamentalmente alrededor de este tema, participar en plantones, reuniones, formar parte de un GAM. No existe todavía 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, mientras en Iquitos el entrevistado nos planteo una idea similar contando con la asociación de PVVS.

Entonces yo creo que acá es la más importante, la participación de todas las PVVS para la lucha del tratamiento para toda la vida, si se trata de hacer plantones nos iremos a hacer plantones a Lima, porque este tratamiento no lo podemos dejar porque es para vivir nosotros, entonces yo pienso que es lo más importante (PVVS, Chimbote)

Invitarlos a organizaciones donde ellas pueden abrirse a que no tengan el temor de – ella me va a ver, yo tengo vergüenza porque acá viene gente desconocida, que haya un lugar donde no haya la vergüenza, el temor de desenvolvemos. (PVVS, Chimbote)

Los testimonios demuestran una voluntad de organización, exclusiva para resolver los problemas más inmediatos de las PVVS que son medicamentos, soporte y autoayuda a diferencia del emprendimiento del entrevistado en Iquitos.

No depender de nuestras familias sino ser algo... O sea ser útil como PVVS, no ser carga para los familiares no ser como un parásito o una carga para los familiares. Trabajar en proyectos de capacitaciones, dar talleres... Tengo un grupo de PVVS y ver en qué más se desempeñan pues. Juntar a los que tienen, juntar a un grupo de personas que tienen y juntar un capital para que se apoyen y se solventen ellos mismos. Darles un préstamo y ese préstamo que les sirva para que ellos generen su propio capital más adelante. Se sientan útiles pues (Entrevista PVVS1 - Iquitos)

R3.2 Proporción de PVVS participando en la creación de microempresas

Tabla # 53: Indicador R3.2: Proporción PVVS participando en creación de microempresas

Ámbito	No	Si	Total
Chimbote	14	2	16
	87.5%	12.5%	100%
Lima/Callao	39	4	43
	90.7%	9.3%	100%
Iquitos	54	0	54
	100%	0%	100%
Total	107	6	113
	94.7%	5.3%	100%

Nota: 548 PVVS adultos encuestados. 113 pertenecen a alguna organización/agrupación de OPVVS diferente a una empresa y 6 de ellos están formando una empresa/microempresa

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. En el marco de la presente consultoría se propuso como indicador de participación el número de PVVS que forman parte de alguna OPVSS 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 OPVSS diferente a empresa (113). El resultado es 5.3% (6/113), que a primera vista pareciera representar un valor muy bajo.

Sin embargo, adicionalmente, resultaría de interés considerar el nivel de avance en las gestiones para la conformación y puesta en marcha de la empresa, lo cual requeriría de información adicional a la recogida. 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

Tabla # 54: Indicadores de resultado del Objetivo 4

Indicador		Estimación del Indicador		
Código	Nombre	Fuente	Población/Muestra	Resultado
R4.1	% de PVVS con TARGA que recibe consejería en prevención positiva	Encuesta <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 2007	548 PVVS encuestados (469 e TARGA)	35.6% 167/469
R4.2	Numero y % de PVVS en TARGA que reciben tratamiento para enfermedades oportunistas	Encuesta <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 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 <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) 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% 1201/1452

R4.4	Número y % de personas viviendo con VIH en fase de inmunodeficiencia que reciben TARGA	(1) Encuesta <i>ad hoc</i> (Metodología originalmente propuesta por Equipo Consultor) (2) Sistema Targuita del MINSA	(1) 548 PVVS encuestados (2) 6856 registros	(1) 95.9% 469/469+20 (469/489) (2) 96% 6595/6856 Dato calculado proporcionado por MINSA
------	--	---	--	--

R4.1 Proporción de PVVS con TARGA que recibe consejería en prevención positiva

Tablas # 55: Indicador R4.1: Proporción de PVVS con TARGA que recibe consejería en prevención positiva

Ámbito	No Recibe Consejería	Si Recibe Consejería	Total PVVS en TARGA
Chimbote	19	36	55
	34.6%	65.4%	100%
Lima/Callao	247	70	317
	77.9%	22.1%	100%
Iquitos	36	61	97
	37.1%	62.9%	100%
Total	302	167	469
	64.4%	35.6%	100%

En este grupo de encuestados 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%. Es necesario explicar estas diferencias, habida cuenta de la mayor disposición de recursos de todo tipo en Lima.

Cabe, sin embargo, dejar en claro que CARE solicitó estimar el indicador de alguna fuente secundaria, pero como el MINSA no recoge el dato actualmente, se decidió incluir esta pregunta para estimarla a partir de las manifestaciones de nuestros entrevistados.

Aportes del Estudio Cualitativo

Aunque la consejería en prevención positiva no fue evaluada negativamente por los entrevistados, si se mencionaron varios aspectos que podrían ser tomados como sugerencias para mejorar la entrega de este servicio.

1) Al referirse al perfil que debería tener la persona encargada de brindar la consejería en prevención positiva, la mayoría de entrevistados refirieron que debería ser una PVVS, estas personas, al encontrarse en la misma situación que los usuarios, serían las más indicadas para brindar la consejería, siempre y cuando hayan recibido una capacitación adecuada para brindar una atención de este tipo.

La consejería debería de darlo una persona con el VIH por la sensibilidad y la comprensión que podría darle a la otra persona. Y aparte de ello el hecho a estar bien anímicamente y físicamente haría que la persona que está siendo tratada, el impacto de la persona que está recibiendo el diagnóstico sea mucho menor (Taller PVVS, Lima)

La idea es que una persona que tiene el VIH capacitada sea la que de esa orientación, porque he... la persona cuando está recién con su diagnóstico causa un impacto bueno el hecho de que una persona que está saludable y continúa su vida normalmente (Taller PVVS, Lima)

Sin embargo, un grupo menor señaló que la persona indicada para brindar la consejería sería un psicólogo, ya que contaría con mayor capacitación.

Yo creo que una persona mejor capacitada es un psicólogo, pero lo que si podemos hacer nosotros como seropositivos es hacer una consejería post que si brindamos ayuda en ese caso. (Entrevista PVVS Iquitos)

2) Fueron diversas las demandas mencionadas por lo entrevistados en relación a lo que la consejería en prevención positiva debiera entregar. Estas demandas que van más allá de lo meramente clínico están referidas a temas 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.

De repente hablar más con las personas con temas de autoestima, para que de alguna manera emocionalmente suban la autoestima, se protejan más y evitar la re-infección y hacer que los medicamentos funcionen (Taller PVVS, Lima)

La consejería que tiene que informar a partir de que tenemos el VIH, informar de qué es lo que vamos a hacer, qué armas debemos tomar. Un poco nos orientamos a la parte de prevenciones sexuales médicas, análisis clínicos, nuestra alimentación, nuestros autocuidados, y el uso del preservativo. Más que nada eso, y falta definir la parte de dónde podemos nosotros encontrar ayuda, solo tenemos la información de qué es lo que vamos a tomar a partir de saber que tienes el VIH, cómo debe de ser los autocuidados (Taller PVVS, Lima)

Pero una cosa importante que hemos visto acá, es que la consejería no es solo hablar y hablar, sino dar material. Si yo hablo de la reinfección tengo que darle preservativos para que se cuide de la reinfección que necesite. Además de folletos y cualquier material que desee (Taller PVVS, Iquitos)

Además debería promoverse la prevención de la reinfección en sí, pero de una forma más significativa, tal vez hacer con sus pares, hacer algo más dinámico... Porque uno le da un folleto, llega a la casa y lo deja por ahí tirado, pero por ejemplo si preguntamos a las personas ¿qué te pareció tal taller?, al momento se acuerdan de las dinámicas, que fue bonita, etc. Recuerdan más eso que un material que está escrito y llegan a la casa y no lo leen (Taller PVVS, Lima)

3) Por otro lado, la necesidad de contar permanentemente con un apoyo psicológico profesional, fue referida como un elemento importante para lograr la efectividad del programa.

Por ejemplo la otra forma de recordar es mediante un trabajo psicológico que se debe perennizar en la mente de la persona de prevención, usar el preservativo.

Eso es un trabajo también pero junto con un psicólogo que se puede trabajar. Es más efectivo también que con un papel (Taller PVVS, Lima)

R4.2 Numero y proporción de PVVS en TARGA que reciben tratamiento para enfermedades oportunistas

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. Sin embargo, con la información recolectada se puede hacer una descripción complementaria para este informe.

En un primer ejercicio, se estimo 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. Para esa primera versión del indicador, se considero al total de personas encuestadas que reportaron haber estado alguna vez en su vida hospitalizado(a) por causa del VIH/SIDA. 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. Esto nos lleva a un nuevo ejercicio: Sería necesario, por otro lado, indagar por el tipo de paciente que reporta infecciones oportunistas, por ejemplo, el tiempo de diagnóstico, tiempo de enrolamiento en el programa, adherencia al programa, etc. También conocer en mayor extensión el tipo de infección oportunista. Para ello hemos conducido un análisis mas detallado dentro de las personas que iniciaron TARGA durante el 2006 y el 2007, hasta el momento de realizar las encuestas, identificando a 246 PVVS. 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.

Aportes del Estudio Cualitativo

Las PVVS que participaron en el taller, mencionan los tratamientos para enfermedades oportunistas como bastante efectivos y oportunos.

En mi caso a mi me salió hongos en la boca, no podía comer, no sentía el sabor a nada, nada comía y pasé por la maternidad, sabían que era PVVS y me dieron una buena atención, un tratamiento adecuado (PVVS, Chimbote)

La atención es rápida, ahí estuve cuatro días con suero, me sacaron el líquido de los pulmones que tenía ahorita para reforzar el pulmón que queda débil, estoy recibiendo tratamiento de TBC, ya voy a cumplir dos meses de tratamiento. (PVVS, Chimbote)

Bueno en mi caso, ahorita a mi me ha dado derrame facial, he recibido tratamiento pero de medicina solamente. (PVVS, Chimbote)

En Iquitos las PVVS manifestaron que el costo de los medicamentos resultan dificultades para responder a estos problemas de salud.

R4.3 Proporción de adherentes al tratamiento antiretroviral

Tabla # 56: Indicador R4.3: Proporción de adherentes al tratamiento antiretroviral

Ámbito	Olvidó más de una toma en el mes	Jamás olvidó, o sólo dejó 1 toma en el mes	Total PVVS en TARGA que iniciaron antes de 2007
Chimbote	3	48	51
	5.9%	94.1%	100%
Lima/Callao	16	281	297
	5.4%	94.6%	100%
Iquitos	5	81	86
	5.8%	94.2%	100%
Total	24	410	434
	5.5%	94.5%	100%

La encuesta aplicada a PVVS en servicios de salud permito obtener los siguientes resultados: 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 es un aspecto crucial, tanto en su evaluación como en sus implicancias en el éxito del tratamiento. 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 definición de "Adherido"

presentada en los TDR y en la norma vigente sobre TARGA. La indagación se hizo entre quienes iniciaron el tratamiento antes del 2007. 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. En el futuro sería necesario conocer si esta adherencia es mantenida, al evaluar la marcha del programa. También se debe considerar nuevas formas de medir la adherencia por ejemplo mediante marcadores serológicos (duración de la supresión de la carga viral). 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 nuestra encuesta son diferentes a los obtenidos a partir de el sistema "Targuita"; pero se debe tomar en cuenta 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. La información proporcionada a nuestro equipo, a partir de fuentes oficiales (Estrategia Sanitaria para la Prevención y Control de las ITS y VIH/SIDA) consistió en parte de la base de datos del Sistema Targuita del MINSa (actualizada hasta Febrero 2007), de donde se pudo identificar 1452 PVVS registrados en "Targuita" con información disponible y actualizada sobre adherencia. A partir de estos datos proporcionados se pudo identificar cuantos tenían adherencia igual o superior al limite mínimo, resultando ello en 1201 registros, con lo que el indicador de fuente secundaria se estima en 82.7% (1201/1452) En ese sentido consideramos que la encuesta ofrece mejores datos para tener una idea "instantánea" de la situación. De todas maneras, y como ambas versiones del indicador son generadas a partir de diferente información (con diferente metodología), se debe recordar que la encuesta es un estudio de tipo transversal rápido mientras que el sistema Targuita recoge datos en forma prospectiva, como parte de un sistema administrativo de registro pre-establecido con las potenciales brechas de tiempo debidas a la elevación de información al nivel central.

Aportes del Estudio Cualitativo

Entre los problemas identificados por los PVVS en el Programa TARGA que afectan directamente la adherencia al tratamiento se han identificado:

1. Falta de ayuda psicológica, que posibilite un buen proceso de aceptación del diagnóstico, afrontamiento a las nuevas condiciones de vida.
2. la necesidad de un familiar para firmar el acta de compromiso con el fin de poder iniciar el tratamiento.

Por motivos de que yo no decía a mis familiares no me daban mi tratamiento, entonces el doctor me dijo que me iba a enfermas más y me enfermé más. (PVVS, Chimbote)

3. Otro problema es el tiempo que toma que los resultados lleguen a manos del/la usuario/a, en algunos casos por olvido de algún profesional, el laboratorista por ejemplo.
4. Sin duda, la condición mencionada con mayor fuerza y en forma reiterativa es la experiencia de desabastecimiento de medicamentos en el servicio de salud.

R4.4 Número y proporción de personas viviendo con VIH en fase de inmunodeficiencia que reciben TARGA

Tabla # 57: Indicador R4.4: Número y proporción de personas viviendo con VIH en fase de inmunodeficiencia que reciben TARGA

Ámbito	PVVS en fase SIDA con criterios para TARGA y que aun NO inicia	PVVS en TARGA	Total PVVS en fase SIDA
Chimbote	3	55	58
	5.2%	94.8%	100%
Lima/Callao	4	317	321
	1.3%	98.7%	100%
Iquitos	13	97	110
	11.8%	88.2%	100%
Total	20	469	489
	4%	96%	100%

La encuesta aplicada a PVVS en servicios de salud permito obtener los siguientes resultados: 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%). Queda pendiente por indagar en mayor profundidad las causas por las que la cobertura no alcanza el 100% entre quienes lo necesitan.

Aportes del Estudio Cualitativo

Los problemas del TARGA referidos por los participantes fueron los siguientes:

1) Desabastecimiento de medicamentos y condones, así como falta de claridad en la información sobre cuánto medicamento debe recibir cada usuario.

Continuos desabastecimientos que hay del tratamiento antiretrovirales (Taller PVVS, Lima)

No hay provisión de condones. Hubo va a hacer la consulta y no le dan condones (Taller PVVS, Lima)

El TARGA también en el hospital, yo me atiendo en Carrión, y se supone que el TARGA era 60 pastillas, un frasco, pero solo nos entregan 56 pastillas porque ellos dicen que son solo 4 semanas y por lo tanto son 56 pastillas. ¿Pero qué pasa con las 4 pastillas? Porque yo creo que si nos dicen para el mes entero es un frasco de 60 pastillas (Taller PVVS, Lima)

2) 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.

No hay muchos acá en el país, porque no son graduados de infectólogos, no hay muchos para poder atender a toda la población PVVS. Pero si debe de haber un personal médico especialista (Taller PVVS, Lima)

Se ha capacitado a un personal y luego estos son botados, el personal nuevo no está capacitado y hay dificultades al momento de la atención (Dinámica PVVS, Iquitos)

3) Falta de claridad en cuanto a las normas de pago de consultas y costo de exámenes.

Algunos de los hospitales no se cumple las normas con respecto al valor de los exámenes. Cada hospital cobra diferentes cantidades a pesar de que existen la norma que debe de costar 20 soles (Taller PVVS, Lima)

Cuando se da las consultas uno va a recoger semanalmente su tratamiento antiretroviral y en algunas centros les cobran como consulta (Taller PVVS, Lima)

Generalmente la política no está bien establecida, no es una cosa que sea generalizado para todos, en... hay políticas diferentes en cada hospital. En este caso, hasta donde se, hasta los 6 meses no te cobran ningún tipo de servicio patológico, pero pasando los 6 meses ya tienes que pagar cualquier tipo de consulta. Y como dijo enantes el hecho de que las normas para pagar los exámenes 20 soles, en algunos hospitales no se da (Taller PVVS, Lima)

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

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

Conclusiones

1. 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).
2. 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

1. Es necesario coordinar las acciones del proyecto teniendo en cuenta que no se enfrenta a una epidemia en gran crecimiento sino a una condición que conserva sus niveles de expansión a partir de condiciones de vulnerabilidad que deben ser claramente entendidas y enfrentadas.
2. Es fundamental mejorar el sistema de información sobre la epidemia y su control, pues la magnitud de la inversión y la cantidad de acciones requieren de un monitoreo mucho más fino que el que se ha podido realizar hasta el momento. Esta información debiera ser de acceso menos restringido, en formatos impreso y electrónico, obviamente salvaguardando los derechos de quienes tienen sus datos registrados en los sistemas de notificación y vigilancia.
3. En cuanto al análisis de la mortalidad y sus tendencias se requiere uniformizar los sistemas de registro, por ejemplo el de mortalidad, a fin de contrastar la notificación de muertes del sistema de vigilancia epidemiológica, con la que registra el sistema de registros civiles de la Oficina General de Estadística e Informática del MINSA.

4. Es necesario continuar con los esfuerzos de actualización de los estimados de la situación y tendencias de la infección por VIH/SIDA que ha iniciado el MINSA, con asistencia de las agencias de cooperación.

5.2. Sobre conocimientos y prácticas preventivas (Objetivo 1)

5.2.1. Población general (incluyendo OSB)

Conclusiones

1. 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 es limitada, siendo mayor en el grupo entre 15 y 19 años, y disminuyendo en edades posteriores.
2. Entre los factores que la limitan se incluyen: el establecimiento de vínculos de pareja y las implicancias de los códigos de amor romántico o los roles de género tradicionales; y el uso de alcohol y drogas en concomitancia con las relaciones sexuales.

Recomendaciones

1. Los mensajes preventivos para población general tienen que ser renovados en cuanto a su contenido, sus vehículos de diseminación y estrategias de comunicación. En ese sentido es necesario explorar los nuevos formatos de transmisión de mensajes, especialmente entre adolescentes y adultos jóvenes, como el uso de páginas web, mensajes telefónicos de texto e imágenes u otros. Existen ya en nuestro medio experiencias (p.e. www.puntoj.org) que, una vez evaluadas en su pertinencia y costo-efectividad, debieran ser extendidas en su uso.
2. Es fundamental que se trabaje mensajes en población general, aunque asumiendo que la misma 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.

5.2.2. Poblaciones vulnerables

Conclusiones

1. 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.
2. La información, conciencia de riesgo y frecuencia de protección son menores en PPL, por las condiciones fundamentalmente precarias y violentas en las que viven.
3. 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

1. Es imprescindible tomar en cuenta, en el trabajo con HSH y TSF, la necesidad de incorporar estrategias que mejoren la frecuencia de protección enfrentando los limitantes actuales, y que permitan llegar a nuevos subgrupos de estas poblaciones.
2. 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.
3. Es necesario evaluar cuales de las estrategias preventivas que en estos grupos pueden dar mayores resultados, en un proceso de identificación de intervenciones costo-efectivas que puedan ser asumidas por el MINSA u otros actores,
4. Es necesario explorar las implicancias de género de las intervenciones preventivas en PPL hombres y mujeres, pues mientras los primeros cuentan con venustorios –aunque precarios–, la situación no es la misma en el caso de estas últimas.
5. 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. Es en estos grupos en que es mayor la presencia de formas resistentes en ambos daños.

5.3. Sobre el entorno social (estigma y discriminación) (Objetivo 2)

5.3.1. Población general

Conclusiones

1. En la tercera década de epidemia en el Perú, el discurso discriminatorio mantiene niveles elevados, particularmente en Lima (en todos los grupos de edad) y en los grupos de mayor edad en ciudades del interior del país.
2. 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.
3. La aparición del tratamiento no parece haber tenido impacto sobre el estigma aún.

5.3.2. Trabajadores de salud y docentes

Conclusiones

1. En estos dos grupos profesionales 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).
2. A pesar de la amplia información disponible, el personal de salud todavía mantiene elevados niveles de prejuicios y formas latentes de estigmatización a las poblaciones con prácticas de riesgo o actualmente enroladas en el TARGA.
3. 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 (para 5.3.1 y 5.3.2)

1. Las intervenciones planteadas sobre el estigma deben dar cuenta de sus raíces, que son las mismas que hacen vulnerables a ciertos grupos de personas.
2. 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.
3. 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.

4. 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

5.4. Sobre la situación de las PVVS (Objetivos 2, 3 y 4)

5.4.1. Adultos (incluyendo familias)

Conclusiones

1. Las mediciones realizadas en PVVS se restringen (tanto las del sistema de monitoreo del MINSA como las de la encuesta ad-hoc) a personas ya registradas por los establecimientos de salud, por lo cual no ofrecen información sobre otras PVVS, informadas o no de su condición de salud.
2. La información disponible revela aumentos notables en el acceso a TARGA en el último año.
3. 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.
4. La tasa de abandono de TARGA a los 12 meses se mantiene en 5%.
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.
6. El nivel de acceso a atención integral familiar y a microempresas es aún muy bajo, como corresponde al inicio de nuevas acciones.
7. Se ha identificado que hay un bolsón de PVVS que, requiriéndolo, no estarían accediendo al TARGA, aunque se desconoce su magnitud exacta.

Recomendaciones

1. Es necesario desarrollar mejores fuentes de información permanente para el programa de atención integral, así como de las tendencias de su demanda potencial.
2. Debe considerarse la posibilidad de incluir acotaciones en el indicador de mortalidad, separando a las personas que ingresaron al TARGA de manera tardía y en condición crítica.

3. Es recomendable continuar una discusión mayor sobre el significado de la adherencia y las mejores formas de medirla. En ese sentido se deben establecer criterios de definición que la hagan comparables con los que usan otros países.
4. 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.
5. Explorar los condicionantes económicos de la deserción y no acceso al TARGA, especialmente los referidos a los gastos de bolsillo en la población potencialmente beneficiaria. Estos pagos de bolsillo pudieran estar operando como una barrera no suficientemente identificada, siendo de magnitud no establecida.

5.4.2. Niños

Conclusiones

1. El acceso a información sobre niños es particularmente difícil, planteando aún más claramente la necesidad de un sistema de monitoreo.
2. La atención integral en niños VVS, así como el apoyo nutricional, son actualmente infrecuentes. En niños afectados son inexistentes.

Recomendaciones

1. Es importante definir la pertinencia de la actual definición de atención integral en niños PVVS.
2. Es conveniente revisar los indicadores de este objetivo, considerando los ajustes que ha experimentado la intervención que realizará el consorcio ejecutor.

5.4.3. Organizaciones de PVVS

Conclusiones

1. Las organizaciones de PVVS han alcanzado grados diversos de formalización institucional, siendo en su mayoría son organizaciones de voluntarios.
2. Ofrecen oportunidades para el desarrollo de las estrategias del proyecto.
3. Requieren de apoyo para fortalecimiento institucional, particularmente para el desarrollo de tareas de vigilancia ciudadana y de opciones de emprendimiento económico.

Recomendaciones

1. Promover una más amplia discusión sobre las expectativas de desarrollo institucional para distintos tipos y finalidades de OPVVS.
2. La implementación de las estrategias del proyecto debería pasar por la generación de consensos con OPVVS de las varias regiones.
3. Preparar un censo/directorio de OPVVS, de modo que cuenten también con mecanismos de soporte que apunten a su acreditación y fortalecimiento institucional.

5.5. Sobre CERITS y atención médica periódica (Objetivo 1)

Conclusiones

1. 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.
2. Un 50% de CERITS cuenta con equipo itinerante en el momento actual. Además, un 75% de médicos ha sido capacitado en manejo sindrómico de ITS.
3. Las estrategias de trabajo de los CERITS (promoción de pares y atención médica periódica) requieren ajustes, desde la perspectiva de los usuarios.
4. Existe un heterogéneo desarrollo y funcionamiento de los CERITS en Lima/Callao respecto del que existe en Chimbote e Iquitos.

Recomendaciones

1. Es conveniente desarrollar una evaluación de las estrategias de promoción de pares y atención médica periódica para la realización potencial de ajustes.
2. Debe consensuarse mejor la norma técnica sobre equipamiento y características de los CERITS (Por ejemplo lo referido a capacidad de procesar ELISA para Chlamydia)
3. 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.
4. 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.

5.6. Sobre la disponibilidad de información y la situación de los indicadores (general)

Conclusiones

1. 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)
2. Algunos indicadores no son los más apropiados para medir los avances del proyecto. (Por ejemplo el indicador I4 engloba poblaciones y enfermedades diferentes, aun cuando el comportamiento epidemiológico de cada una es único)
3. 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.
4. Existen indicadores cuyo valor depende, finalmente, de las actividades e intervenciones específicas de más de un consorcio u objetivo.

Recomendaciones

1. La complejidad de esta medición hace recomendable un mayor tiempo preparatorio y una metodología más estable entre mediciones.
2. Debe contemplarse la opción de revisar algunos indicadores.
3. 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.
4. Conformar equipos técnicos para definir y consensuar las definiciones operacionales de los indicadores y su forma de medición, las cuales sean de manejo común para todos los actores involucrados en el proyecto. Merece revisión el indicador I4.
5. Mantener las metodologías de evaluación durante la ejecución del programa para poder garantizar la comparabilidad de los resultados alcanzados, independientemente de cual sea el equipo consultor seleccionado para realizar cada una de las evaluaciones.

Anexo: Lista de Abreviaturas

AIS	: Acción Internacional por la Salud
AMP	: Atención Médica Periódica
CEPs	: Consejero Educador de Pares
CERITS	: Centro de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual
DGE	: Dirección General de Epidemiología
DIRESA	: Dirección Regional de Salud
DISA	: Dirección de Salud
HM	: Hoja de Monitorización
HNCH	: Hospital Nacional Cayetano Heredia
HSB	: Hospital San Bartolome
HSH	: Hombre que tiene sexo con hombres
HSH-TS	: HSH Trabajador Sexual
INMP	: Instituto Nacional Materno Perinatal
ITS	: Infecciones de Transmisión Sexual
MINSA	: Ministerio de Salud
PPL	: Personas Privadas de Libertad
PVVS	: Personas viviendo con el VIH/SIDA
RS	: Relación sexual
SIDA	: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TARGA	: Tratamiento antiretroviral de gran actividad
TS	: Trabajador(a) sexual
UPCH	: Universidad Peruana Cayetano Heredia
URS	: Última relación sexual
VIH	: Virus de la inmunodeficiencia humana