

**COORDINADORA NACIONAL MULTISECTORIAL EN SALUD
[CONAMUSA]**

**FONDO MUNDIAL DE LUCHA CONTRA EL SIDA, LA TUBERCULOSIS Y
LA MALARIA**

**ESTUDIO DE LINEA DE BASE DE LOS OBJETIVOS
1 A 4 DEL PROYECTO DE ACCIONES EN VIH/SIDA**

(CONCURSO POR INVITACION 002-2004 CARE PERU)

INFORME DEL COMPONENTE CUANTITATIVO REVISADO

Versión Final

*Desarrollado por un Equipo Consultor de la
Facultad de Salud Pública y Administración de la
Universidad Peruana Cayetano Heredia*

Lima, 15 de abril de 2005

EQUIPO CONSULTOR

Coordinador:	Carlos Cáceres, MD, PhD
Responsable del Estudio Cualitativo:	Rocío Valverde, MPH
Responsable de Integración del Estudio Cuantitativo:	Rosana Vargas
Consultores del Estudio Cuantitativo:	Andrés Lescano, PhD(c)
	Walter Mendoza, MD, MPH
	Luis Cuellar, MD
	José Pajuelo, MD, MSS

Una primera etapa de este estudio, que incluyó el diseño y ejecución de encuestas para colección de datos primarios en escolares, jóvenes y privados de libertad, estuvo a cargo de SASE. El equipo de UPCH diseñó un plan de consolidación del estudio, que involucró el reprocesamiento de los datos primarios, así como una nueva colección y análisis de los datos secundarios.

I. RESUMEN EJECUTIVO

El Componente Cuantitativo del Estudio de Línea de Base del componente VIH/SIDA del Proyecto “Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y Tuberculosis en el Perú”, se planteó como objetivo recolectar y sistematizar información cuantitativa de inicio del proyecto sobre los indicadores clave del mismo a través de la utilización de fuentes primarias y secundarias.

Los resultados del estudio de línea de base se consignan en la siguiente Tabla.

Código	Indicador	Estimación
E.1	Proporción de HSH seropositivos al VIH	13.90%
E.2	Proporción de TS seropositivas al VIH	0.49%
E.3	Proporción de gestantes seropositivas al VIH	(1) 0.21% (2) 0.50%
E.4	Proporción de hijos de madres VIH (+) que NO serorreverten a los 18 meses	[24%]*
E.5	Proporción de PVVIH que acceden a atención integral	0% (TARGA 25%)
R.1.1.1	Proporción de adolescentes que tienen información de ITS / VIH	57.30%
R.1.1.2	Proporción de adolescentes mujeres y varones, que utilizaron preservativo en su última relación sexual, para prevenir las ITS / VIH	51.80%
R.1.1.3	Proporción de adolescentes mujeres y varones, que buscan atención y consejería en ITS / VIH	26.30%
R.1.2.1	Proporción de jóvenes, mujeres y varones, que tienen información de ITS / VIH	71.10%
R.1.2.2	Proporción de jóvenes, mujeres y varones, que utilizaron preservativo en su última relación sexual, para prevenir las ITS / VIH	44.20%
R.1.2.3	Proporción de jóvenes, mujeres y varones, que buscan atención y consejería en ITS / VIH	24.00%
R.2.1	Proporción de TS estimadas que acude regularmente a la atención médica periódica	57.70%
R.2.2	Proporción de TS que utilizó preservativo en el último encuentro sexual	93.30%
R.2.3	Proporción de HSH abordables que acuden regularmente a la atención médica periódica	42.40%
R.2.4	Proporción de HSH que utilizó preservativo en el último encuentro sexual	46.30%
R.2.5	Proporción de PPL con conocimiento de métodos de prevención de ITS	76.80%
R.2.6	Proporción de PPL que utilizó condón en el último encuentro sexual	32.80%
R.3.1	Proporción de gestantes que se realizan pruebas de tamizaje para VIH durante el embarazo	36.90%
R.3.2	Proporción de gestantes sin control prenatal que se realiza pruebas rápidas en el momento del parto	0.00%
R.3.3	Proporción de gestantes seropositivas sin control prenatal que reciben profilaxis con antirretrovirales en el momento del parto institucionalizado	0.00%
R.4.1	Proporción de PVVIH que acuden a un servicio de salud y reciben atención integral	No def
R.4.2	Proporción de PVVIH en fase de inmunodeficiencia que reciben TARGA según protocolo	1.00%
R.4.3	Porcentaje de adherencia al tratamiento ARV	No def

* Estimación indirecta, de precisión no definida

Se constataron dificultades para acceder a los datos secundarios por diversas razones (limitaciones en la colección, el procesamiento, la centralización). Por ello se concluye que, aunque el país cuenta probablemente con mayor cantidad de información que otros países en América Latina, el procesamiento y disponibilidad de ésta es limitada. Se recomienda: asegurar la regularidad de la vigilancia epidemiológica en gestantes, HSH, TS y privados de libertad, y hacer lo necesario para que la información generada sea procesada en plazos breves y esté disponible para el monitoreo de este proyecto y para otros estudios de importancia; realizar un control de calidad sobre la información de monitoreo de servicios de la ENETSS generada a nivel periférico, y tomar acciones para mejorar y homogenizar dicha calidad; realizar un conjunto de acciones para establecer un adecuado sistema de vigilancia de transmisión perinatal, pues la información actualmente colectada muestra claro subregistro; y acelerar el desarrollo de los sistemas de información necesarios para el monitoreo del programa de atención integral.

En relación con la situación de la epidemia, el estudio recoge la información ya difundida sobre prevalencia en distintos grupos poblacionales, que caracterizan la epidemia en Perú como concentrada en HSH. Los estimados para los indicadores de impacto son similares a los de la propuesta original, excepto para el caso de trabajadoras sexuales (para las cuales el estimado actual equivale a un 25% del estimado original, de 2%). Existen dos fuentes alternas de datos oficiales sobre prevalencia en gestantes (0.21% según la vigilancia centinela y 0.5% según el monitoreo ENETSS), y sugerimos utilizar y medir ambos en el estudio de cierre. La transmisión perinatal (24%) debió ser estimada como una proyección a partir de varias asunciones, por lo cual es una figura gruesa y debe ser manejada con cautela. Finalmente, no se puede consignar una medida de atención integral porque el concepto no existía antes de 2004 y habría muchas formas alternativas de estimarla, sin mayor consistencia en los resultados. Si se utiliza como medida de referencia la proporción de acceso a TARGA entre quienes lo requerían, el estimado es de 25% (según estudio TARGA, 2003).

Los indicadores de resultado del objetivo 1 (adolescentes y jóvenes), estimados a través de encuestas ad-hoc (en escolares en sus centros educativos, y en jóvenes en una encuesta domiciliaria) tienen valores estimados por encima de la propuesta original, y cercanía con las metas. Los indicadores de resultado del objetivo 2 (poblaciones vulnerables) fueron estimados desde datos secundarios (HSH y TS) y primarios (PPL). Los estimados para HSH y TS muestran valores cercanos a los considerados en la propuesta original. La tasa de uso de condón entre PPL fue muy baja. De los indicadores de resultado del objetivo 3 (transmisión perinatal), sólo el

primero podía ser estimado: cobertura de tamizaje VIH en el control prenatal (36.9%, cercano al incluido en la propuesta original). Los demás se refieren a procesos no disponibles antes de la implementación de este proyecto. Finalmente, los indicadores 4.1 y 4.3 del objetivo 4 (PVVIH) tampoco podían ser medidos, porque no existía definición de atención integral ni protocolos oficiales para entrega de TARGA en el MINSA antes de la implementación de este proyecto. Tampoco se había completado la definición de adherencia. Para el cálculo del indicador 4.2 sólo se consideraría el acceso de 40 niños a TARGA a través del MINSA, que representan un 1% de la población con una necesidad no cubierta por alguna otra fuente.

Muchos indicadores del proyecto pueden presentar problemas potenciales. Así:

- No especificaron formas de medición, pese a que plantearon metas. Ello deja un espacio de gran arbitrariedad en la evaluación de su situación y el cumplimiento de metas. Ello es más evidente en el caso de mediciones sobre conocimientos. Se recomienda volver a utilizar las escalas definidas en este estudio en la línea de cierre.
- Los indicadores de impacto basados en prevalencia de infección por VIH no sólo reflejarán mejoras en la prevención (que resultarían en una disminución de la prevalencia) sino también mejoras en la sobrevida de las PVVS (lo que, contrariamente, resultaría en un incremento de la prevalencia). Aunque las primeras producirán un impacto mayor que las segundas (por los tamaños poblacionales involucrados), la prevalencia debe ser interpretada con cuidado. Habría sido más recomendable incorporar mediciones de incidencia, aunque fuera a partir de la combinación de pruebas EIA VIH de distinta sensibilidad.
- Urge mejorar la información sobre transmisión perinatal (E4).
- Los indicadores R2.1 y R2.3 muestran ambigüedades que deben ser discutidas y resueltas. En el momento actual generan dudas sobre las poblaciones de referencia adecuadas.
- La operacionalización de los indicadores relacionados al suministro de TARGA (E5 y R4.1 a 3) debe ser completada a la brevedad, con el desarrollo e implementación de adecuados registros de medición.

Las metas planteadas para indicadores cuyos estimados difieran sustancialmente de los considerados en la preparación de la propuesta original (y otros cuya poca utilidad futura resulte ya evidente) deberían ser modificadas de modo de asegurar su capacidad de medir logros. Para ello se sugiere el planteamiento de una discusión técnica con el FGSTM.

II. INTRODUCCION

A fines de 2003 comenzó a ejecutarse en el Perú el Proyecto “Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y Tuberculosis en el Perú”, financiado por el Fondo Mundial contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, y conducido por la Comisión Nacional Multisectorial en Salud –CONAMUSA, siendo CARE Perú el receptor principal responsable del monitoreo del proyecto y del cumplimiento de las metas establecidas. El componente SIDA incluye 4 estrategias de acción directa en la población y una de fortalecimiento institucional, a ser ejecutada por la CONAMUSA. Cada estrategia implica objetivos específicos, evaluables con una lista de indicadores predefinidos.

El presente Estudio de Línea de Base del Componente VIH/SIDA responde a la necesidad de contar con información confiable y actualizada de los indicadores de efecto y resultado de los objetivos 1 al 4 del proyecto al inicio del mismo, con el fin de establecer una línea de base que permita evaluar los resultados de la intervención a fines del año 2005 (evaluación de medio término). El estudio proporciona, así, información relevante para orientar las estrategias del proyecto en sus cuatro objetivos, e insumos clave para poner en marcha el sistema de monitoreo y evaluación, herramienta fundamental para la ejecución del proyecto en sus dos líneas de acción: prevención y control del VIH/SIDA.

En Abril de 2004 CARE-Perú contrató los servicios de la Consultora SASE para la ejecución de este estudio. Por dificultades observadas en el desarrollo del mencionado trabajo, que impidieron su término satisfactorio, CARE precisó contratar los servicios de un equipo consultor en la Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, para la revisión y consolidación del estudio.

III. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1. Recolectar y sistematizar información cuantitativa de inicio del proyecto sobre los indicadores clave del mismo.
2. Establecer en forma participativa un perfil cualitativo y cuantitativo de las condiciones sociodemográficas, características culturales relevantes y actitudes de las poblaciones meta del proyecto.

IV. METODOS

El proyecto es evaluado a través de 5 indicadores de efecto y 24 indicadores de resultado (de los cuales 12 corresponden al objetivo 1, 6 al objetivo 2, 3 al objetivo 3 y 3 al objetivo 4). De los 12 del objetivo 1 6 fueron añadidos a propuesta de la entidad ejecutora de actividades.

El presente estudio fue planeado para combinar la utilización de fuentes primarias y secundarias de información en la estimación de todos estos indicadores. Así, se realizó una encuesta *ad hoc* en adolescentes, jóvenes y personas privadas de libertad (PPL), ante la ausencia de fuentes oficiales que pudieran dar cuenta de la información requerida para el cálculo de los indicadores propuestos para estas poblaciones; de otro lado, se revisó fuentes oficiales y otras que sirvieran como base para la estimación de los indicadores de los objetivos 2 (en lo referente a trabajadoras sexuales y hombres que tienen sexo con hombres), 3 (relativo a gestantes y sus productos) y 4 (relativo a personas viviendo con VIH).

Las tablas 1 y 2 presentan los objetivos e indicadores de efecto y resultado del proyecto, según la fuente de información utilizada.

TABLA N° 01

FUENTES PRIMARIAS	RESULTADO Objetivo 1	Proporción de adolescentes y jóvenes, mujeres y varones, que tienen información de ITS / VIH
		Proporción de adolescentes y jóvenes, mujeres y varones, que utilizaron preservativo en su última relación sexual, para prevenir las ITS / VIH
		Proporción de adolescentes y jóvenes, mujeres y varones, que buscan y que encuentran atención y consejería en ITS / VIH
		Intención de Uso del Preservativo
		Intención de compartir información sobre uso de preservativo con su pareja
		Intención de uso de servicios de Salud
	RESULTADO Objetivo 2	Proporción de PPL con conocimiento de por lo menos un método de prevención de ITS
		Proporción de PPL que utilizó preservativo en el último encuentro sexual

TABLA N° 02

FUENTES SECUNDARIAS	EFEECTO 1	Proporción de HSH seropositivos al VIH
	EFEECTO 2	Proporción de TS seropositivas al VIH
	EFEECTO 3	Proporción de Gestantes seropositivas al VIH
	EFEECTO 4	Proporción de hijos de madres positivas al VIH que no serorrevierten a los 18 meses
	EFEECTO 5	Proporción de PVVIH que acceden a atención integral de calidad
	RESULTADO Objetivo 2	Proporción de TS estimadas que acude regularmente a la atención médica periódica
		Proporción de TS que utilizó preservativo en el último encuentro sexual
		Proporción de HSH abordables que acuden regularmente a la atención médica periódica
		Proporción de HSH que utilizó preservativo en el último encuentro sexual
	RESULTADO Objetivo 3	Proporción de gestantes que son tamizadas para VIH durante el embarazo
		Proporción de gestantes sin control prenatal que son tamizadas para VIH con pruebas rápidas en el momento del parto
		Proporción de gestantes seropositivas sin control prenatal que reciben profilaxis con antirretrovirales en el momento del parto institucionalizado
	RESULTADO Objetivo 4	Proporción de PVVIH que acuden a un servicio de salud y reciben atención integral de calidad
		Proporción de PVVIH en fase de inmunodeficiencia que reciben tratamiento antirretroviral según protocolos
		Proporción de adherencia al tratamiento ARV

A. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN DE FUENTES PRIMARIAS

Se colectó información primaria de dos poblaciones:

- i) Personas de 12 a 24 años residentes en las ciudades de Callao, Chimbote, Huancayo, Ica, Iquitos, Lima y Piura. En el caso de Lima se seleccionó los distritos de San Juan de Miraflores, Villa María del Triunfo y Villa El Salvador; y en Callao, los distritos de Callao, Bellavista, La Perla y Carmen de la Legua. Esta selección de distritos y ciudades corresponde a los ámbitos de intervención especial por parte del Proyecto en su objetivo 1.
- ii) Personas privadas de libertad. A solicitud de la entidad contratante, el estudio fue realizado en tres penales de varones en Lima y Callao: EP Castro Castro y EP San Pedro en Lima, y EP Sarita Colonia en Callao.

TABLA N° 03
Población objetivo según Objetivo del proyecto y
ámbito de aplicación de la encuesta

	Población Objetivo	Ámbito de aplicación de la encuesta
Objetivo 1	Adolescentes varones y mujeres entre 12 y 17 años Jóvenes adultos varones y mujeres entre 19 y 24 años	Lima (Distritos de San Juan de Miraflores, Villa María del Triunfo y Villa El Salvador) Callao (Distritos de Callao, La Perla, Carmen de La Legua y Bellavista), Chimbote, Ica, Piura Huancayo, Iquitos
Objetivo 2 (Parcial)	Personas Privadas de Libertad	EP San Pedro y Miguel Castro Castro (Lima) y EP Sarita Colonia (Callao)

1. Encuesta en Adolescentes y Jóvenes

En el caso de adolescentes y jóvenes, los términos de referencia plantearon inicialmente la siguiente división por grupos de edad: a) personas de 12 a 19 años, b) personas de 20 a 24 años. Se acordó redefinir los grupos de edad con el fin de recurrir a una muestra en colegios para los jóvenes de 12 a 17 años, y abordar al grupo de 18 a 24 años a partir de una muestra de hogares. Este curso de acción tendría las siguientes ventajas:

- Seleccionar a los adolescentes en los centros educativos tiene correspondencia con la estrategia de intervención del proyecto en los mismos.
- Ejecutar la encuesta en centros educativos podía reducir las tasas de no respuesta por la facilidad de acceso a los escolares en horas definidas.
- La entrevista en colegios sería completamente anónima y autorrespondida, evitando el riesgo de sesgo presente cuando se emplea el método de entrevista cara a cara, lo que fue recomendado por el Comité de Ética.
- La entrevista en colegios demandaría un tiempo menor que en el caso de hogares y abarataría los costos.

Finalmente se consideró dos sub-poblaciones:

- Escolares de instrucción secundaria, diferenciando los siguientes grupos: 11 años, 12 a 17 años, y 18 a 19 años, para así identificar claramente al grupo de interés de 12 a 17 años. La muestra aportó pocos casos de 11 años y de 18 y 19 años.

- Personas de 18 a 24 años, con posibilidad de diferenciar los grupos de 18 y 19 años, y de 20 a 24 años.

El nivel de inferencia comprende al total de la población en estudio.

Variables e Instrumento

El estudio debía recoger información que permitiera la estimación de los siguientes indicadores:

- Proporción de adolescentes y jóvenes mujeres y varones que tienen información sobre ITS y VIH
- Proporción de adolescentes y jóvenes mujeres y varones, que utilizaron condón en su última relación sexual para prevenir las ITS/VIH
- Proporción de adolescentes y jóvenes mujeres y varones, que buscan atención y consejería en ITS / VIH
- Proporción de adolescentes y jóvenes con intención de uso del condón.
- Proporción de adolescentes y jóvenes con intención de compartir información sobre uso de condón.
- Proporción de adolescentes y jóvenes con intención de uso de servicios.

Además, consignaría información sociodemográfica clave, incluyendo la edad, el sexo y el área geográfica. No consignaría información identificatoria ni dirección. Sobre esta base, SASE diseñó un cuestionario para auto-aplicación con preguntas idénticas para escolares y jóvenes adultos (Ver anexo 8).

Estimación del Tamaño Muestral y Procedimientos de Muestreo

Todas las especificaciones sobre tamaño muestral para las encuestas en escolares y en jóvenes están consignadas en el anexo 1. Para escolares se seleccionó primero centros educativos y luego estudiantes (en cuotas por año de estudios), colectándose información de 2017 personas. Para jóvenes se seleccionó primero manzanas, luego viviendas y luego jóvenes, colectándose información de 1880 personas.

Procesamiento de Datos y Análisis

Una vez colectados los datos, SASE los digitó en una base de datos en Excel diseñada para este efecto. Luego, importó dicha base a SPSS para conducir un análisis de frecuencias simples por cada variable, así como cruces por edad, sexo y área geográfica. En esta fase de revisión del estudio, se volvió a analizar los datos de ambas encuestas utilizando Stata.

2. Encuesta en Personas Privadas de su Libertad

Variables e Instrumento

El estudio debía recoger información que permitiera la estimación de los siguientes indicadores:

- Proporción de PPL que reporta al menos una forma de prevenir una ITS
- Proporción de varones que utilizaron condón en su última relación sexual, para prevenir la infección por VIH

Además, consignaría información sociodemográfica clave, tal como la edad y el establecimiento penitenciario. No consignaría información identificatoria.

Estimación del Tamaño Muestral y Procedimientos de Muestreo

Todas las especificaciones sobre tamaño muestral para la encuesta de PPL están consignadas en el anexo 1. La muestra fue seleccionada en dos etapas (primero, pabellones; luego, personas) y consta de 134 personas. Este tamaño fue estimado a juicio de SASE, quienes juzgaron que era mayor que el N de 90 consignado en la propuesta original, en la cual se había considerado a las personas con privación de libertad como un estrato de otro grupo mayor.

Análisis

Una vez colectados los datos, SASE los digitó en una base de datos en Excel diseñada para este efecto. Luego, importó dicha base a SPSS para conducir un análisis de frecuencias simples por cada variable, así como cruces por edad, y establecimiento penitenciario. En esta fase de revisión del estudio, se volvió a analizar los datos utilizando Stata.

B. METODOLOGÍA PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN DE FUENTES SECUNDARIAS

Para establecer el valor de base de los indicadores de efecto del proyecto y los indicadores de resultado vinculados a los Objetivos 2 (2.1 a 2.4), 3 y 4 (es decir, HSH, TS, gestantes y PVVIH) se recurrió a las fuentes secundarias disponibles. La Tabla N° 04 detalla la población objetivo según indicadores.

TABLA No. 04
Población objetivo por indicador

Indicadores	Población Objetivo
Efecto	Hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales, Gestantes VIH positivas, personas viviendo con VIH (PVVIH) e hijos de madres VIH
Objetivo 2 (Parcial)	Hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales
Objetivo 3	Gestantes con y sin control pre-natal
Objetivo 4	Personas viviendo con VIH/SIDA (PVVIH)

1. Procedimiento

El proceso seguido para la recolección de información de fuentes secundarias fue el siguiente:

- a) Identificación de fuentes documentales pertinentes que potencialmente proporcionasen la información necesaria para el cálculo de los indicadores, paralelamente a la identificación de la estructura institucional a la cual era necesario solicitar oficialmente la información.
- b) Entrevistas con informantes clave de cada institución, con el fin de identificar y discutir las alternativas de información disponible, así como las metodologías empleadas y definiciones de poblaciones objetivo (especialmente para el caso de HSH y TS).
- c) Discusión del equipo técnico sobre las alternativas de cálculo de cada indicador, que permitieran precisar los requerimientos específicos de información a cada institución.
- d) Cálculo de estimados e intervalos de confianza para cada indicador, de ser el caso.
- e) Construcción de una base argumental para la justificación de la metodología de estimación de cada indicador, o para la elección simultánea de más de una metodología (propuestas éstas como complementarias) o para la definición de un indicador como no estimable.

Cabe señalar que en todos los casos, se priorizó la utilización de fuentes oficiales existentes para el año 2003, salvo que no estuvieran disponibles. La información fue solicitada oficialmente a las diversas instituciones por CARE Perú.

2. Fuentes de información utilizadas

Las fuentes utilizadas para el cálculo de los indicadores fueron las siguientes:

- **En el MINSA**

Se recurrió a la Oficina General de Epidemiología (MINSA), Estrategia Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA y DISAs representativas (Lima, Callao, Loreto, Ucayali, Ica).

En el caso de la OGE, se solicitó la siguiente información sobre los Estudios realizados por el Comité de Vigilancia Centinela del MINSA con las poblaciones objetivo del proyecto (HSH, TS, gestantes, PPL): metodología, instrumentos y bases de datos disponibles con el fin de realizar las ponderaciones necesarias para la información desagregada por ámbito. Se solicitó también la información sobre serorreversión en hijos de madres VIH (+). No toda la información solicitada pudo ser obtenida, pues ciertos aspectos de la misma no existían o no habían sido procesados, o estaban sujetos a convenios con otras instituciones.

En el caso de la Estrategia Nacional, la principal fuente utilizada ha sido la Hoja de Monitorización para el año 2003; el Programa proporcionó la ficha de registro y la base de datos para este período. La información no consignada en la Hoja de Monitoreo (como el número estimado de HSH y TS por DISA), fue solicitada directamente a algunas DISAs de especial interés, por la mayor prevalencia de infección por VIH observada en su ámbito de influencia (Lima, Callao, Loreto, Ucayali, Ica), según se definió previamente con CARE.

- **En el Programa Nacional de Control del VIH de ESSALUD**

Se solicitó las estadísticas de atención en los hospitales de referencia para PVVIH para el año 2003, con el objetivo de contar con información para los indicadores de Efecto 5 y los indicadores de resultado del Objetivo 4 vinculados a esta población, en tanto que se contempló que esta institución proporciona TARGA desde el año 1997. Se solicitó también información sobre tamizaje de gestantes, con el fin de contar con datos comparativos.

- **En COPRECOS**

Como en el caso de ESSALUD, las Fuerzas Armadas y Policiales proporcionan TARGA desde el año 1996. Cabe señalar que no se trata de una población comparable por pertenecer a instituciones armadas. Aún así, se estimó que su información proporcionaría un punto de referencia. También en este caso se solicitó información sobre tamizaje de gestantes,

aunque el ámbito de referencia de COPRECOS sólo corresponde a Lima, pues no ha implementado la distribución de reactivos a nivel de provincias. La información requerida no se encuentra centralizada a nivel de COPRECOS, por lo que fue necesario realizar las consultas a cada uno de los Hospitales de las Fuerzas Armadas y Policiales.

- **En ONG Vía Libre**

Se solicitó el mismo tipo de información sobre PVVIH a la ONG Vía Libre, como estimador de las atenciones en un servicio privado.

- **Estudios de otros investigadores**

El equipo técnico identificó estudios relevantes de otros investigadores con las poblaciones objetivo del proyecto, como una fuente comparativa importante que pudiera contextualizar los datos de las fuentes oficiales.

En todos los casos, se utilizó como plantilla la matriz de indicadores desagregada en sus dos componentes (numerador y denominador), para identificar la mejor alternativa de información para el cálculo del indicador, tomando en cuenta las limitaciones metodológicas existentes para relativizar el valor de los datos.

Las fuentes de información utilizadas para el cálculo de los indicadores han sido seleccionadas a partir de los siguientes criterios: Cumplimiento de estándares mínimos de calidad; inserción en un sistema nacional de información que garantiza la recolección de información comparable de manera periódica; y utilización de metodologías replicables.

En los casos pertinentes –especialmente en lo que se refiere a los Estudios Centinela del MINSA, salvo que dicha información no estuviera disponible- se consigna la metodología utilizada por la fuente para la cuantificación del indicador (procedimiento muestral, representatividad, método de colección de información), considerando una significancia estadística de 95% (Ver Anexo 2). En los casos en que ha sido necesario calcular el indicador a partir de fuentes primarias o secundarias, se consigna el procedimiento utilizado.

V. RESULTADOS DEL ESTUDIO

Los resultados que se presentan a continuación son producto de un intenso proceso de identificación y análisis crítico de las diversas fuentes de información existentes. Debemos señalar que este proceso ha sido complejo, debido a una serie de limitaciones vinculadas a la disponibilidad de dicha información.

En primer lugar, a pesar de que el Ministerio de Salud realiza de manera periódica estudios de vigilancia centinela con poblaciones vulnerables, existen limitaciones que reducen su utilidad para alimentar los procesos de monitoreo y evaluación. Estas limitaciones están vinculadas especialmente a la selección de su población centinela, en la medida en que las muestras de HSH y TS son generadas mediante un *muestreo por conveniencia* basado en la identificación de lugares de comercio y encuentro sexual, que tiende a sesgar las muestras hacia grupos de características particulares; y a la dificultad para procesar de manera oportuna la información relacionada con comportamientos de riesgo en estas poblaciones, de manera que los datos más rápidamente procesados y difundidos se refieren fundamentalmente a la prevalencia de VIH y otras ITS.

Otras limitaciones se refieren a los procesos de recojo de información en los diferentes programas del MINSA. Una significativa fracción de la información epidemiológica no es transmitida al nivel central, quedando a nivel de las DISAs o los propios CERETS, en muchos casos no integrada ni sistematizada para permitir un fácil acceso y utilización (tal es el caso, por ejemplo, del número estimado de TS y HSH-TS a nivel de cada DISA). Se notifica exclusivamente los datos consignados en la Hoja de Monitorización, principal instrumento de registro que consolida la información a nivel central.

Una dificultad adicional es que no todos los establecimientos utilizan los mismos criterios para registrar la información (por ejemplo, en algunos casos se consigna en la Hoja de Monitorización, bajo el rubro HSH-TS, a HSH que no realizan trabajo sexual) o para estimar la población de referencia en el ámbito de la DISA (censos, evolución histórica de atenciones, estrategia de promotores educadores de pares, etc.).

Adicionalmente, se evidencia un sub-registro con respecto a los grupos vulnerables, debido a la falta de tamizaje y control de calidad de la información ingresada. Existen muchos ejemplos de doble registro por doble identificación del propio paciente, lo cual advierte sobre la existencia de sesgos en la información.

La situación es mucho más incierta en relación con los indicadores relacionados a tratamiento y atención integral, pues el primero sólo está disponible desde el año 2004 y el sistema de monitoreo aún no está totalmente implementado, mientras la definición de la segunda es relativamente nueva y aún no ha sido implementada. Afortunadamente, la estimación de los indicadores correspondientes corresponde a 0 (justamente porque los servicios de atención integral son nuevos, incluyendo el TARGA), por lo cual es posible que el proceso de ajuste de las definiciones operacionales tome algo más de tiempo.

Lo anterior puede resumirse en el hecho de que, si bien se colecta datos sobre VIH/SIDA y luego se genera tablas con parte de dichos datos, no se da un verdadero proceso de interpretación de la información para su empleo en políticas y programas. Por esta razón, los datos deben ser interpretados con cuidado. Los protocolos por indicador que se presentan en el Anexo 7 señalan las limitaciones de las fuentes de información, con el fin de contextualizar los datos.

Los resultados del estudio son presentados según el orden propuesto para los indicadores de efecto y resultado, vinculados a los objetivos 1 a 4 del proyecto.

1. Indicadores de Efecto

En primer lugar, presentamos el cuadro resumen y luego la descripción de los datos según indicador.

CUADRO N° 01
Indicadores de efecto

INDICADOR DE EFECTO	Fuente de los datos	Estado actual		Meta del proyecto al 2008	Brecha Actual
		N	%		
Proporción de HSH seropositivos al VIH	Vigilancia Centinela OGE 2002	3,280	13.9%	<8%	-5.9%
Proporción de TS seropositivos al VIH	Vigilancia Centinela OGE 2002	4,387	0.49%	<1%	Valor por debajo de meta
Proporción de Gestantes seropositivas al VIH	(1) Hoja de Monitorización CETSS 2003 (2) Vig Centinela OGE 2002	(1)197,602 (2)9,976	(1)0.50% (2)0.21%	<0.50%	(1) 0 (2) Por debajo de meta
Proporción de hijos de madres VIH + que NO serorrevierten a los 18 meses	Estudio IEMP, Velásquez, 2002, y estimaciones de hoja de monitoreo CETSS 2003	(indirecto)	24%*	<10%	-14%
Proporción de PVVIH que acceden a atención integral	(1) No existente (2) Estudio TARGA, 2003	(1) NA (2) Indirecto	(1) 0.00% (2) 25%	90%	(1) 90.00% (2) 65.00%

*Estimación indirecta, de precisión incierta

- E.1. La prevalencia de VIH en HSH es de 13.9% [N 3280, IC 95% 12.7%-15.1%] según información preliminar del Estudio de Vigilancia Centinela OGE 2002 – Área Temática VIH / SIDA. Se dispone de datos a nivel de las siguientes ciudades: Lima: 22.9%, Iquitos: 11.6%, Pucallpa: 5.7%, Arequipa: 6.6%, Sullana: 10.2%.

Al evaluar este indicador debe considerarse lo siguiente:

- a) Los estudios centinela en HSH utilizan muestras de conveniencia que tienden a incluir personas en riesgo muy alto.
- b) El estudio no es representativo a nivel nacional, sino que se centra en Lima y 4 ciudades de alta prevalencia. Además, el estimado actual es un estimado agregado simple, por no disponerse de tamaños muestrales por ciudad.
- c) En relación con la propuesta original, que consignaba una prevalencia de 11.8%, el presente estudio genera un estimado estadísticamente diferente (intervalo de confianza 95% no incluye dicha figura), mayor en dos puntos porcentuales. Ello implica un alejamiento de la meta planteada sobre la base del estimado utilizado en la propuesta original.
- c) La brecha entre el indicador actual y la meta del proyecto es de casi 6 puntos porcentuales, lo que implica una considerable reducción de la prevalencia, particularmente en Lima. Debe considerarse que la prevalencia puede reducirse no sólo por una disminución de la incidencia, sino también por una mayor mortalidad, y puede incrementarse, por ende, por una mayor supervivencia de las personas afectadas, si son tratadas (lo cual es también una meta de este proyecto), además de por un mejor diagnóstico como el promovido al ofrecerse la TARGA.
- d) En general, el uso de prevalencias de infección para evaluar un programa es visto como problemático por la posible concomitancia de factores con efectos contrarios, tal como se señala en (c).

Por lo anterior, se sugiere considerar con cuidado el uso y la interpretación de este indicador, tanto en este estudio como en la línea de cierre. Sería apropiado utilizar alternativamente estimados de incidencia, aunque se tratase de estimados transversales obtenidos mediante la combinación de pruebas serológicas de diferente sensibilidad (v.g. “*EIA sensitive/less sensitive*”).

- E.2. La prevalencia de VIH en TS es de 0.49% [IC 95% 0.31-0.76%], según información preliminar de Estudio de Vigilancia Centinela OGE 2002 –

Área Temática VIH / SIDA. No se dispone de datos por ciudad, los cuales contribuirían mucho a la interpretación de esta figura acumulada.

Dicho estimado es significativamente menor que el utilizado en la propuesta original, de 2%, a partir del cual se propuso como meta una prevalencia menor a 1%. Dado que el valor aquí estimado para este indicador se encuentra por debajo de la meta establecida, y es desde ya muy bajo, y dado que dicho nivel de este indicador es consistente con los hallazgos de otras investigaciones, es probable que este indicador sea poco útil si su meta no se reduce. De otro lado, muchas de las observaciones realizadas al indicador E.1 son pertinentes a éste, tal vez con la diferencia de que es probable que la vigilancia centinela en TS tienda a involucrar a TS de menor riesgo, y no a sujetos de mayor riesgo como en el caso de HSH.

Cabe señalar que en la vigilancia centinela anterior (2000) se estimó una prevalencia de 1.2% para trabajadoras sexuales (Cárcamo, 2001). Según algunas opiniones, el estimado de 2% de la propuesta original no tuvo un referente empírico sino información no confirmada de un estudio en trabajadoras clandestinas que habría producido dicha figura.

- E.3. Existen dos fuentes razonables para la estimación de la prevalencia de VIH en gestantes. El primero, de 0.50% [IC95% 0.47%-0.53%], proviene de la información de la Hoja de Monitorización del CETSS 2003. El segundo, proporcionado por vigilancia centinela, es de 0.21% [IC 95% 0.13-0.32%] en el 2002.

Es importante discutir las razones por las cuales se podría observar esta diferencia. De un lado, la vigilancia centinela se realiza en una muestra sistemática de gestantes de 15-24 años, cuyos límites de edad implican un menor tiempo de exposición. El tamizaje rutinario, de otro lado, si bien debía ser universal, tiene una cobertura de algo más de 1 de cada 3 gestantes. Aunque las razones de esta deficiencia pueden corresponder a factores administrativos (e.g. desabastecimiento de reactivos) podría ser que las mujeres con sospecha anamnésica o clínica de VIH tengan mayor probabilidad de ser analizadas sistemáticamente que las demás, lo cual elevaría la proporción de positivas en el estimado obtenido del monitoreo, comparado con lo que ocurriría en el universo de gestantes.

Como argumentos a favor del estimado del monitoreo, es más probable que un pequeño estudio de vigilancia esté sesgado. La vigilancia también es más difícil de replicar, en comparación con algo que ya se encuentra implementado como el tamizaje rutinario de gestantes.

Adicionalmente, el tamizaje permite estratificación por región geográfica. La prevalencia es más alta en el tamizaje, lo cual es consistente con la prevalencia observada en otros estudios en Lima. Finalmente, el dato es más reciente.

A favor de la vigilancia centinela, se diría que hay algunas inconsistencias evidentes en los datos de monitoreo para Piura. En general, no hay una forma de verificar los resultados de monitoreo, teniéndose sólo que confiar en los datos disponibles.

En la propuesta original de este proyecto se estimó una prevalencia de 0.40%, y se planteó como meta una prevalencia no mayor a 0.50%. Se podría continuar con el uso de ambos indicadores, reconociéndose sus respectivos sesgos, y proponiéndose como nueva meta tal vez que las prevalencias no se incrementen en ninguno de los dos casos.

- E.4. La proporción de hijos de madres VIH positivas que NO serorrevierten a los 18 meses es de 5.5% en madres controladas que recibieron AZT y 29.2% en madres no controladas que no recibieron AZT (según estudio de Velásquez en niños expuestos entre 1996 y 2001). Según la hoja de monitoreo de la EN ETS/VIH, un 36.9% de mujeres en control pre-natal fueron tamizadas para VIH en 2003, de las cuales 982 fueron positivas y 482 (49.1%) de ellas, más 174 niños expuestos, iniciaron profilaxis antirretroviral. Sin embargo, no existe información sobre si la profilaxis se completó, ni en qué medida los niños con profilaxis son hijos de madres con profilaxis o, por el contrario, son niños cuyas madres no recibieron profilaxis.

Lamentablemente, debido a la baja cobertura de la vigilancia de serorreversión perinatal (de acuerdo a datos de OGE e INS) sólo es posible realizar estimaciones indirectas a partir de estos datos¹. Estas figuras para transmisión perinatal encontradas en los grupos estudiados por Velásquez son muy similares a las descritas en la literatura internacional en poblaciones con bajo acceso a TARGA. Se puede realizar un estimado de la tasa efectiva de transmisión perinatal si se logra estimar la cobertura de la profilaxis con AZT para el mismo período.

¹ La información disponible en OGE sobre notificación de exposición perinatal y serorreversión refleja una baja cobertura (i.e. 21 casos de exposición entre 2001 y 2004, y 11 casos de serorreversión desde que la colección se inició hasta 2004). Según datos del INS, durante 2003 se registraron 126 niños VIH positivo con edad menor o igual a 3 años a nivel nacional, hijos de madres seropositivas que llegaron al parto para ese período.

En este sentido, se puede argumentar lo siguiente: Si asumimos que: (1) el monitoreo de gestantes del MINSA, que cubrió al 36.9% de las mujeres que controlaron sus embarazos en el 2003, tiende a incluir (con probabilidad mayor a la del resto de gestantes), por sesgo de sospecha clínica o historia, a mujeres portadoras de infección por VIH, de modo que identifica tal vez hasta un 50% de las gestantes seropositivas controladas; (2) el control prenatal alcanza una cobertura nacional de 86% a 93% en el área urbana según ENDES 2000; y (3) en un 50% de estos casos las identificadas o sus productos o ambos efectivamente son cubiertos adecuadamente con profilaxis con AZT, tenemos gruesamente que un 22% de mujeres seropositivas que gestaron en 2003 y/o sus productos recibieron profilaxis según las normas (y correspondientemente 78% no lo recibieron). Así, un promedio ponderado de la incidencia de infección perinatal podría resultar de estas dos figuras y sus respectivas probabilidades de transmisión: 22% de madres con una probabilidad de transmisión de 5.5%, y 78% de madres con una probabilidad de transmisión de 29.2%, lo que representa 24%, es decir, 4 puntos porcentuales por encima del estimado utilizado en la propuesta original. De este modo, la brecha sería de 14 puntos porcentuales por encima de la meta.

- E.5. La proporción de PVVIH que acceden a atención integral es de 0% (o se puede plantear como “no definida”), en la medida en que no existía en el MINSA una definición operacional sobre atención integral. Es más, dicha definición aún está en desarrollo. De otro lado, la atención integral incluye acceso a TARGA, el mismo que no estaba disponible antes del año 2005.

Si se quiere plantear una referencia razonable, se puede asumir que un indicador adecuado para ese momento era el simple acceso a TARGA. Según el estudio TARGA (MINSA/UPCH, 2003), la proporción de personas requeridas de TARGA que accedían a ésta era de 25% ese año (aproximadamente 2000/8000).

La integralidad de la atención es mencionada, aunque no es definida operativamente, en diversos documentos técnicos del MINSA, en los cuales se describe el rol del equipo multidisciplinario compuesto por: médico(a), enfermero(a), psicólogo(a), trabajador(a) social y promotor(a) de pares, que inician su labor desde el primer encuentro con el usuario seropositivo, además de los llamados “agentes de soporte personal” y que buscan la máxima interacción entre el servicio y los usuarios. Adicionalmente, se menciona evaluaciones especializadas (consultas) y pruebas complementarias de laboratorio previas al inicio de TARGA.

También se refiere la administración de quimioprofilaxis. Estas normas fueron dictadas en 2004, y son de aplicación principalmente para los servicios de salud del Ministerio de Salud. Sirven de marco de referencia para servicios de otros sub-sectores, los cuales suelen tener sus propias directivas acordes a sus principios y disposiciones organizacionales².

Es necesario completar la implementación de la definición operacional de atención integral (por ejemplo, cómo será monitoreada) para su adecuada medición en la línea de cierre.

2. Indicadores de Resultado

Indicadores de Resultado del Objetivo 1

Los resultados generales de los indicadores de los dos grupos de edades estudiados se presentan en el cuadro 2.

Indicadores para Adolescentes de 12 a 17 años

R.1.1.1 Respecto al indicador sobre información sobre ITS /VIH SIDA, se encuentra que el porcentaje promedio de preguntas respondidas correctamente por los adolescentes varones y mujeres entre 12 y 17 años es de 57.3%.

El valor del indicador representa el porcentaje de respuestas correctas sobre un total de 23 preguntas referidas a conocimiento considerado “básico” sobre VIH e ITS. Es posible que la meta planteada para el primer bienio del proyecto, es decir, 60%, sea muy baja para esta forma de medir el conocimiento. Considerando que los ítems se refieren a conocimientos básicos, es posible que la meta deba ser de 80 o incluso 90%.

² Fuente: “Norma Técnica para el Tratamiento Antirretroviral de gran Actividad en Adultos y Norma Técnica para la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad”.

CUADRO N° 02
RESULTADOS DE INDICADORES ADOLESCENTES Y JÓVENES

INDICADORES OBJETIVO 1 - FUENTE PRIMARIA		Fuente de los datos	Estado actual		Meta del proyecto al 2005	Brecha Actual
			n	%		
R.1.1.1	Proporción de adolescentes mujeres y varones, que tienen información de ITS / VIH	Encuesta ad-hoc SASE julio 2004	1,953	57.30%	60.00%	2.7%
R.1.1.2	Proporción de adolescentes mujeres y varones, que utilizaron preservativo en su última relación sexual, para prevenir las ITS / VIH	Encuesta ad-hoc SASE julio 2004	180	51.80%	10.00%	Meta por debajo de valor obtenido
R.1.1.3	Proporción de adolescentes mujeres y varones, que buscan atención y consejería en ITS / VIH	Encuesta ad-hoc SASE julio 2004	1,935	26.30%	30.00%	3.7%
R.1.1.4	Proporción de adolescentes con Intención de Uso del Condón	Encuesta ad-hoc SASE julio 2004	1,918	82.00%	-----	
R.1.1.5	Proporción de adolescentes con Intención de compartir información sobre uso de preservativo	Encuesta ad-hoc SASE julio 2004	1,891	82.60%	-----	
R.1.1.6	Proporción de adolescentes con Intención de buscar información sobre ITS ó VIH/SIDA	Encuesta ad-hoc SASE julio 2004	1,909	82.40%	-----	
R.1.2.1	Proporción de jóvenes, mujeres y varones, que tienen información de ITS / VIH	Encuesta ad-hoc SASE julio 2004	1,397	71.10%	60.00%	Meta por debajo de valor obtenido
R.1.2.2	Proporción de jóvenes, mujeres y varones, que utilizaron preservativo en su última relación sexual, para prevenir las ITS / VIH	Encuesta ad-hoc SASE julio 2004	624	44.20%	10.00%	Meta por debajo de valor obtenido
R.1.2.3	Proporción de jóvenes, mujeres y varones, que buscan atención y consejería en ITS / VIH	Encuesta ad-hoc SASE julio 2004	1,393	24.00%	30.00%	6.00%
R.1.2.4	Proporción de jóvenes con Intención de Uso del preservativo	Encuesta ad-hoc SASE julio 2004	1,379	85.80%	-----	
R.1.2.5	Proporción de jóvenes con Intención de compartir información sobre uso de condón	Encuesta ad-hoc SASE julio 2004	1,372	95.40%	-----	
R.1.2.6	Proporción de jóvenes con Intención de uso de servicios	Encuesta ad-hoc SASE julio 2004	1,374	92.00%	-----	

Estos resultados deben ser contrastados con otros reportados en la literatura, para una población semejante. En un estudio realizado entre 1995-1996, Chirinos et al.³ comunican la aplicación de una encuesta anónima y autoadministrada a 991 varones de 12 a 19 años, todos estudiantes de secundaria. En la sección de conocimientos, el 78.8% de participantes se autoevalúa en nivel promedio o superior, siendo este promedio 44.1% en aquéllos sexualmente activos y 55.9% en aquéllos no sexualmente activos (RR 1.01 – 1.52). Cuando se aplica un cuestionario de 20 preguntas para ver el nivel real de conocimientos en torno a sexualidad y uso de anticonceptivos, 32.9% ofrecieron ≤ 9 respuestas correctas, mientras que 67.1% respondieron bien ≥ 10 respuestas correctas, siendo menor en ambos grupos para los adolescentes sexualmente activos. Interesantemente, un 70.6% (676/958) de los participantes respondió que no pueden controlar sus deseos sexuales.

A su vez, entre las mujeres adolescentes que respondieron la ENDES 2000⁴, un 28% manifestó conocer acerca del VIH/SIDA, pero no saben como evitarlo. Sólo en 29.8% de casos se indicó que el condón es un método de prevención. En cuanto a la percepción de riesgo, 65.1% de las adolescentes dijeron que no estaban en ningún riesgo.

- R.1.1.2. Con relación al indicador de uso de condón en su última relación sexual, se encontró que el 51.8% de adolescentes que tuvieron relaciones sexuales en los últimos tres meses (180 del total) manifestaron haber utilizado esta medida de protección.

Lamentablemente este ítem puede haber generado respuestas sesgadas por la deseabilidad social del reportar uso de condón (sea o no cierto) en el contexto de una encuesta a un grupo de estudiantes en el centro educativo.

³ Chirinos JL, Salazar VC, Brindis CD. A profile of sexually active male adolescent high school students in Lima, Peru. *Cad Saude Publica*. 2000 Jul-Sep;16(3):733-46.

⁴ INEI, Macro Internacional. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000. Lima 2001. La ENDES 2004 estará disponible recién en los siguientes días.

En otro estudio desarrollado por Chirinos et al⁵ se comparan conocimientos, actitudes y conductas de adolescentes de Lima con los de adolescentes de California. En este estudio se reporta que en Lima, casi un tercio del total de participantes usaron algún anticonceptivo en su última relación sexual. De éstos, el 84.1% usó condón, es decir casi un 30% del total de la muestra.

Por otro lado, en un estudio desarrollado igualmente en población adolescente de 13 a 18 años, en 6,962 escolares de Lima y Callao⁶, 63% de muchachos sexualmente activos y 42% de muchachas sexualmente activas reportaron haber usado un condón en su última relación sexual, en los últimos 3 meses. En el caso de la ENDES 2000, el 4.4 % de mujeres de 15 a 19 años, con conocimiento de VIH/SIDA y que han tenido relaciones sexuales, reportó que sus parejas usaron condón masculino.

R.1.1.3 El valor del indicador sobre adolescentes mujeres y varones que buscan atención y consejería en ITS/VIH es de 26.3%.

R.1.1.4 Respecto al indicador de intención de uso de condón, se encuentra que el 82% del total de adolescentes encuestados estaría dispuesto a usarlo cuando se les presente la ocasión de tener relaciones sexuales.

Estos resultados pueden considerarse consistentes con los encontrados en el antes referido estudio de Chirinos et al (2000) realizado en escolares de secundaria de Lima, las actitudes hacia la actividad sexual y el uso de condones fueron positivas, pero algunos expresaron sentimientos ambivalentes en cuanto a su uso. El 43% había tenido relaciones coitales alguna vez y la edad promedio del inicio sexual fue de 13 años. A su vez el 88% de la muestra manifestó que usaría condones, y el 74% también dio razones para no usarlos.

R.1.1.5 En lo referente a la Intención de compartir información sobre uso de condón con su pareja, el 82.6% del total de adolescentes entrevistados manifiesta que estaría dispuesto a hacerlo en el futuro.

⁵ Chirinos JL, Brindis C, Tye S, McCarter V. Differences and similarities in sexual and contraceptive knowledge, attitudes, and behavior among Latino male adolescent students in California, United States and Lima, Peru. *Cad Saude Publica*. 2001 Jul-Aug;17(4):833-42.

⁶ Magnani RJ, Seiber EE, Gutierrez EZ, Vereau D Correlates of sexual activity and condom use among secondary-school students in urban Peru. *Stud Fam Plann*. 2001 Mar;32(1):53-66.

R.1.1.6 El último indicador sobre población adolescente del cuadro se refiere a la intención de buscar información sobre ITS ó VIH/SIDA por parte de los adolescentes; el 82.4% manifiesta su disponibilidad a buscar información sobre estos temas.

Los indicadores sobre intención de buscar y compartir información y de protegerse a través del uso de condón (indicadores 4, 5 y 6) son altos, con una proporción mayor al 80% en todos los casos. Sin embargo, se encuentra que son pocos los adolescentes que utilizan condón o buscan atención o consejería, aunque entre quienes lo hacen, la mayoría refiere encontrarla. El bajo uso de condón puede estar relacionado con el hecho que muchos adolescentes tienen relaciones sexuales con parejas estables/primarias. Los resultados muestran la brecha existente entre el nivel de información con que se cuenta y la expresión de intención de una conducta determinada, respecto de las conductas en sí mismas.

Indicadores para Jóvenes de 18 a 24 años.

R.1.2.1 Respecto al indicador sobre información sobre ITS/VIH SIDA, se encuentra que el porcentaje promedio de preguntas respondidas correctamente por los jóvenes entre 18 y 24 años es de 71.1%.

El valor del indicador representa el porcentaje de respuestas correctas sobre un total de 23 preguntas referidas a variables “ligadas” a ITS y VIH/SIDA (Ver anexo 3)

R.1.2.2. Con relación al indicador de uso de condón en su última relación sexual, se encuentra que el 44.2% de jóvenes que tuvieron relaciones sexuales en los últimos tres meses (624 del total) manifestaron haber utilizado esta medida de protección, lo que resulta preocupante, en la medida en que más de la mitad de los jóvenes de este grupo de edad encuestados se encontrarían desprotegidos frente a una ITS y el VIH SIDA.

En un estudio realizado por Garcia *et al*⁷ en población entre 18 y 29 años, con 7,485 varones y 7,774 mujeres de 24 ciudades del país, se reporta una prevalencia de uso de condón con la última

⁷ García P. et al. *Sex in Peru: Sexual Behaviors in a Nationwide Population-Based Survey of Urban Young Adults*. XV Congreso Bienal de la Sociedad Internacional de Investigación en Enfermedades de Trasmisión Sexual, Canadá, Julio 2003.

pareja sexual en el último año de 9% para las mujeres y 16% para los varones con parejas regulares, y de 11% para las mujeres y 24% para los varones con parejas casuales, aunque no es claro si estas proporciones se calculan sólo en quienes han tenido sexo en los últimos 12 meses o en el conjunto de la muestra.

A su vez, los recientemente publicados resultados de la ENDES 2004⁸ indican, sobre el uso de condón en mujeres de 15 a 19 años que respondieron la encuesta, que el 16% refirieron haber tenido alguna pareja recientemente; de éstas, en 22% de casos refirieron haber utilizado condón en todas sus relaciones con tales parejas. En el grupo de 20 a 24 la frecuencia de pareja reciente fue de 11%, y, en caso de pareja reciente, la frecuencia de uso del condón con éstas fue de 16%. Entre las mujeres de 15 a 19, el 17% usó condón con cualquier compañero, mientras que dicha cifra llegó a 13.2% en mujeres de 20 a 24 años. Ambas cifras resultan superiores a las de 8.3 y 9.8%, respectivamente, reportadas en la ENDES 2000⁹.

- R.1.2.3 El valor del indicador sobre jóvenes mujeres y varones que buscan atención y consejería en ITS/VIH es de 24.00%.
- R.1.2.4 Respecto al indicador de intención de uso de condón, se encuentra que el 85.8% del total de jóvenes varones y mujeres encuestados estaría dispuesto a usarlo cuando se les presente la ocasión de tener relaciones sexuales.
- R.1.2.5 Respecto al indicador de Intención de compartir información sobre uso de condón con su pareja, el 95.4% del total de jóvenes encuestados manifiesta que estaría dispuesto a hacerlo en el futuro, proporción mayor a la encontrada en el grupo de adolescentes.
- R.1.2.6 El indicador sobre intención de buscar información sobre ITS ó VIH/SIDA por parte de los jóvenes de 18 a 24 años muestra un valor de 92%, también superior al caso de adolescentes encuestados.

Como en el caso de adolescentes, los indicadores sobre intención de buscar y compartir información y de protegerse a través del

⁸ INEI. Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES Continua 2004. Informe Preliminar, Lima 2005.

⁹ INEI. Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES 2000. Lima 2005

uso de condón (indicadores 4, 5 y 6) son altos, en un rango que va de 85% a 95%. No ocurre lo mismo con los indicadores relacionados con conductas efectivas: menos de la mitad de quienes han tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses ha utilizado un condón como protección contra una ITS y el VIH/SIDA, y sólo alrededor de una cuarta parte de los jóvenes encuestados ha buscado atención o consejería, porcentaje similar al de los adolescentes. Los resultados muestran, nuevamente, la brecha existente entre el nivel de información con que se cuenta y la expresión de intención de una conducta determinada, respecto de las conductas en sí mismas.

Indicadores de Resultado del Objetivo 1 por Ciudades en Adolescentes y Jóvenes

Se ha calculado los indicadores desagregados por sexo, edad y ciudad para el caso de adolescentes y jóvenes (Ver anexos 4 y 5). Es importante notar, sin embargo, que el tamaño muestral por ciudad determina un intervalo de confianza muy amplio, por lo que no es posible hacer inferencias respecto a las diferencias en los resultados de los adolescentes y jóvenes a nivel de ciudades del país.

Indicadores de Resultado del Objetivo 2

Los Cuadros 3 y 4 describen los resultados para cada indicador del Objetivo 2, en función de si la información ha sido recolectada de fuentes secundarias o primarias.

Indicadores de fuente secundaria

- 2.1. La Proporción de TS estimadas que acude regularmente a la atención médica periódica es de 57.7% según información extraída de la Hoja de Monitorización CETSS 2003. Esta cifra es cercana a la estimada en la propuesta original (60%). En relación con la meta para 2005 (de 80%), se aprecia una brecha de 22.3%

Es importante notar, sin embargo, que en la Hoja de Monitorización 2003, varias de las DISAs presentan coberturas mayores al 100% para el caso de TS, lo que puede ser explicado por diversas razones: error en digitación; error en la definición de la DISA/establecimientos sobre que lo que se considera una TS atendida y controlada; uso de una estimación para el denominador en vez del número de TS que llegaron a los

establecimientos; adulteración de los datos, entre otras. Se podría plantear la alternativa de excluir estas DISAs del total nacional; se tendría que realizar una aclaración y, en caso de disponerse luego de datos corregidos, introducirlos en el informe.

CUADRO N° 03
RESULTADOS DE INDICADORES DEL OBJETIVO 2:
FUENTE SECUNDARIA

INDICADORES OBJETIVO 2 FUENTE SECUNDARIA	Fuente de los datos	Estado actual		Meta del proyecto al 2005	Brecha Actual
		N	%		
Proporción de TS estimadas que acude regularmente a la atención médica periódica	Hoja de Monitorización CETSS 2003	10519/ 18232	57.7%	80%	22.3%
Proporción de TS que utilizó preservativo en el último encuentro sexual	Vigilancia Centinela OGE, 2002	4473	93.30%	80%	-13.3%
Proporción de HSH abordables que acuden regularmente a la atención médica periódica	Hoja de Monitorización CETSS 2003	1710/ 4031	42.4%	80%	37.6%
Proporción de HSH que utilizó preservativo en el último encuentro sexual	Vigilancia Centinela OGE, 2002	1358	46.30%	80%	33.70%

R.2.2. La proporción de TS que utilizó condón en el último encuentro sexual es de 93.3% [IC 95% 92.6% – 94.0%]. Esta cifra es superior en 45 puntos porcentuales a la estimada en la propuesta original, y de hecho es también superior a la meta de 80%.

R.2.3. La proporción de HSH-TS que acude regularmente a la atención médica periódica es de 42.4% según información extraída de la Hoja de Monitorización CETSS 2003. Este estimado es casi 20 puntos porcentuales inferior a la estimación de la propuesta original (60%) y determina una distancia de casi 40 puntos respecto a la meta para 2005.

Es importante notar que la información de la Hoja de Monitorización se refiere a la población de HSH-TS, aunque varias de las DISAs registran en el mismo rubro a la población de HSH no TS.

R.2.4. El estimado de la vigilancia centinela es de 46.30% (IC 95% 43.6% - 49%).

La cifra incluida en la propuesta original fue de 50% como base, similar a la aquí referida, y la meta para 2005 era 80%.

Indicadores de fuente primaria

**CUADRO N° 04
RESULTADOS DE INDICADORES DEL OBJETIVO 2: FUENTE PRIMARIA**

INDICADORES OBJETIVO 2 - FUENTE PRIMARIA	Fuente de los datos	Estado actual		Meta del proyecto al 2005	Brecha Actual
		N	%		
Proporción de PPL con conocimiento de métodos de prevención de ITS	Encuesta ad-hoc SASE julio 2004	134	76.80%	90.00%	13.20%
Proporción de PPL que utilizó preservativo en el último encuentro sexual	Encuesta ad-hoc SASE julio 2004	79	32.80%	70.00%	37.20%

R.2.5 Respecto al indicador de conocimiento sobre prevención de ITS en PPL, se encuentra que el porcentaje promedio de preguntas respondidas correctamente por la población privada de libertad encuestada es de 76.8%, por encima de la cifra estimada en la propuesta original (60%). El valor del indicador representa el porcentaje de respuestas correctas sobre un total de 5 preguntas referidas a variables “ligadas” a ITS (Ver anexo 3).

En relación con la meta para 2005, se evidencia una brecha de 13.2%, cuya cobertura es factible. De hecho, dado el bajo tamaño muestral, el actual intervalo de confianza del nivel de conocimientos [IC 95% 70.6 – 82.9%] no es estadísticamente diferente de 80%.

R.2.6 Con respecto al indicador de uso de condón en su última relación sexual, se encuentra que el 32.8% [IC 95% 21.9 – 45.6%] de internos que tuvo

relaciones sexuales en los últimos tres meses (79 del total) manifiesta haber utilizado condón. Esta cifra es claramente inferior al estimado de la propuesta original (60%) y está más distante de la meta de 80% para el año 2005. Pese al pequeño tamaño muestral, estos datos son consistentes con los del estudio de vigilancia centinela realizado por OGE en 1999 (prevalencia de uso de condón = 13.5% con pareja estable y 25.2% con pareja ocasional, en 4846 varones privados de libertad en 20 establecimientos penitenciarios de 83 existentes en el Perú).

La información desagregada para los indicadores vinculados a PPL por establecimiento penal se incluye en el anexo 6.

Indicadores de resultado del objetivo 3

Se presenta el cuadro 5 y luego la descripción de los resultados para cada indicador del Objetivo 3.

R.3.1. La proporción de gestantes a las que se practicó pruebas de tamizaje para VIH durante el control prenatal es de 36.9% según información de la Hoja de Monitorización de la ENETSS 2003. Esta cifra es algo superior al 30% estimado en la propuesta original, y correspondientemente está más cerca de la meta de 75% planteada para 2005.

**CUADRO N° 05
RESULTADOS DE INDICADORES DEL OBJETIVO 3**

INDICADORES OBJETIVO 3	Fuente de los datos	Estado actual		Meta del proyecto al 2005	Brecha Actual
		n	%		
Proporción de gestantes que se realizan pruebas de tamizaje para VIH durante el embarazo	Hoja de Monitorización CETSS 2003	197602/ 535461	36.90%	75%	38.1%
Proporción de gestantes sin control prenatal que se realiza pruebas rápidas en el momento del parto	-----	-----	0.00%	50%	50%
Proporción de gestantes seropositivas sin control prenatal que reciben profilaxis con antirretrovirales en el momento del parto institucionalizado	-----	-----	0.00%	90%	90%

R.3.2. La proporción de gestantes sin control prenatal que se realiza pruebas rápidas en el momento del parto es de 0%. Las pruebas rápidas no se aplican en las DISAS en forma protocolizada hasta el año 2005. Estas se encontraban en fase de implementación al momento de realizar la línea de base¹⁰. La meta para 2005 es de 50%.

Las pruebas rápidas son exámenes de laboratorio para determinar la presencia del VIH, con resultados que se obtienen en tiempos menores a los 30 minutos; no requieren de equipos sofisticados de diagnóstico, obteniéndose a partir del suero decantado o de la sangre total.

R.3.3. La proporción de gestantes seropositivas sin control prenatal que reciben profilaxis con antirretrovirales en el momento del parto institucionalizado es también de 0%, en la medida en que se requiere de pruebas rápidas para realizar el diagnóstico en el momento del parto en el caso de gestantes que no hayan tenido control prenatal, las cuales son necesarias para determinar infección e indicar profilaxis. Como se dijo, el uso de las pruebas rápidas aún no había sido implementado antes del inicio del proyecto. La meta para 2005 es 90%.

Indicadores de resultado del objetivo 4

Se presenta el cuadro 6 y luego la descripción de los resultados para cada indicador del Objetivo 4.

**CUADRO N° 06
RESULTADOS DE INDICADORES DEL OBJETIVO 4**

INDICADORES OBJETIVO 4	Fuente de los datos	Estado actual		Meta del proyecto al 2005	Brecha Actual
		n	%		
Proporción de PVVIH que acuden a un servicio de salud y reciben atención integral	-----		0.00% (o no def)	40%	40%
Proporción de PVVIH en fase de inmunodeficiencia que reciben TARGA según protocolo	-----		1.00%	90%	90%
Porcentaje de adherencia al tratamiento ARV	-----		0.00% (o no def)	70%	70%

¹⁰ Fuente: "Definiciones de norma técnica de atención para la disminución de la transmisión vertical del VIH 2003", Ministerio de Salud, 2003.

R.4.1. La operacionalización del concepto de *atención integral y de calidad para las PVVIH* está aún en proceso en el MINSA, y todavía no figura en las normas técnicas del MINSA para la atención de las PVVIH. El modelo de atención integral ha sido difundido a través de una Resolución Ministerial (729-2003 SA / DM) emitida el 20 de junio del 2003, por lo que la DGSP deberá difundir, cumplir e implementar este modelo según la mencionada resolución a partir de entonces.

La integralidad de la atención es mencionada, aunque no es definida operativamente, en diversos documentos técnicos del MINSA, en los cuales se describe el rol del equipo multidisciplinario compuesto por: médico(a), enfermero(a), psicólogo(a), trabajador(a) social y promotor(a) de pares, que inician su labor desde el primer encuentro con el usuario seropositivo, además de los llamados “agentes de soporte personal” y que buscan la máxima interacción entre el servicio y los usuarios. Adicionalmente, se menciona evaluaciones especializadas (consultas) y pruebas complementarias de laboratorio previas al inicio de TARGA. También se refiere la administración de quimioprofilaxis.

Estas normas fueron dictadas en 2004, y son de aplicación principalmente para los servicios de salud del Ministerio de Salud. Sirven de marco de referencia para servicios de otros sub-sectores, los cuales suelen tener sus propias directivas acordes a sus principios y disposiciones organizacionales.¹¹

Por lo anterior, este indicador no podía ser estimado hacia el año 2003. Para el año 2005, la meta es de 40%.

R.4.2. El TARGA protocolizado se encuentra en fase de implementación recién desde mayo del 2004 en las DISAS de Lima y Callao. No había suministro de TARGA seguro antes del 2004 a través del MINSA (excepto para 40 niños), por lo cual esta cobertura se plantea en aproximadamente 1%, es decir 40/6000. Asimismo la profilaxis con drogas que se brinda a los pacientes, en muchos casos se interrumpe sistemáticamente. El MINSA ha puesto, a partir del 2003, un plan de adquisiciones de insumos en marcha. La meta para 2005 es de 90%.

R.4.3. En el MINSA no existen todavía criterios protocolizados para evaluar adherencia. Aunque la ENETSS ha planeado asignar una importancia central al aseguramiento de una alta adherencia, las normas técnicas

¹¹ Fuente: “Norma Técnica para el Tratamiento Antirretroviral de gran Actividad en Adultos y Norma Técnica para la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad”.

referidas a VIH todavía no han completado su operacionalización, por lo cual se imposibilita la cuantificación objetiva de esta variable. La meta para 2005 es de 70%.

Según información de la Estrategia Nacional, en este momento se define operacionalmente adherencia a los antirretrovirales como el cumplimiento de por lo menos un 90% del régimen medicamentoso en las dosis y horarios prescritos. En este momento existen planes para medir la adherencia sobre una combinación de (1) datos proporcionados por el usuario cada 3 meses; y (2) observación de blisters (envases) de los medicamentos entregados en la ocasión previa. Durante este año se terminará de definir la metodología de medición.

En ESSALUD las normas y procedimientos del Programa de Control de ITS-VIH/SIDA señalan que la medición de ésta se realiza a través de métodos indirectos como entrevistas y cuestionarios estructurados no diseñados para su uso obligatorio en la institución. La jefatura del Programa de Control refiere que la medición o valoración de adherencia en ESSALUD no se encuentra estandarizada ni protocolizada.

En las Fuerzas Policiales, se hace un seguimiento a la adherencia en cada entrega de medicamentos, y ésta es reportada cada tres meses. Según los funcionarios entrevistados, se evalúa adherencia fundamentalmente a través de criterios clínicos (carga viral y CD4). Se trata de una población cautiva evaluada sistemáticamente con un nivel de adherencia reportada como alta (por encima del 95%).

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La realización del Estudio de Línea de Base del Proyecto SIDA ejecutado por CONAMUSA, administrado por CARE-Perú y financiado por el FGSTM permite llegar a las siguientes conclusiones:

A. Sobre la disponibilidad y calidad de datos

Tratándose éste un estudio basado de manera importante en datos secundarios, generados rutinariamente por los sistemas de información del Ministerio de Salud, hemos constatado claras dificultades en acceder a la misma por diversas razones (limitaciones en la colección, el procesamiento, la centralización).

Los estimados para los indicadores de impacto son similares a los de la propuesta original, excepto para el caso de trabajadoras sexuales (para las cuales el estimado actual equivale a un 25% del estimado original). Existen dos fuentes alternas de datos oficiales sobre prevalencia en gestantes (0.21% según la vigilancia centinela y 0.5% según el monitoreo ENETSS). Esta diferencia no debe interpretarse como una contradicción de fuentes, pues se trata de indicadores complementarios. El estudio centinela se centra en mujeres entre 15 y 24 años y usa un muestreo sistemático. El monitoreo abarca una cantidad mucho mayor de personas, sin límite de edad, pero hay menor control sobre sus condiciones de aplicación. Sugerimos utilizar y medir ambos en el estudio de cierre. Sugerimos también sugerir a OGE la realización de un estudio centinela en gestantes de todas las edades, que permita una estimación específica en gestantes de 15 a 24 años, para efectos comparativos.

La transmisión perinatal (24%) debió ser estimada como una proyección a partir de varias asunciones, por lo cual es una figura gruesa y debe ser manejada con cautela. Finalmente, no se puede consignar una medida de atención integral porque el concepto no existía antes de 2004 y habría muchas formas alternativas de estimarla, sin mayor consistencia en los resultados.

Los indicadores de resultado del objetivo 1 (adolescentes y jóvenes), estimados a través de encuestas ad-hoc (en escolares en sus centros educativos, y en jóvenes en una encuesta domiciliaria) tienen valores estimados por encima de la propuesta original, y cercanía con las metas.

Los indicadores de resultado del objetivo 2 (poblaciones vulnerables) fueron estimados desde datos secundarios (HSH y TS) y primarios (PPL). Los estimados para HSH y TS muestran valores cercanos a los considerados en la propuesta original (aunque no se obtuvo información suficiente sobre vigilancia centinela en HSH y TS). La tasa de uso de condón entre PPL fue muy baja.

De los indicadores de resultado del objetivo 3 (transmisión perinatal), sólo el primero podía ser estimado: cobertura de tamizaje VIH en el control prenatal (36.9%, cercano al incluido en la propuesta original). Los demás se refieren a procesos no disponibles antes de la implementación de este proyecto.

Finalmente, los indicadores del objetivo 4 (PVVIH) tampoco podían ser medidos, porque no existía definición de atención integral ni protocolos oficiales para entrega de TARGA en el MINSA antes de la implementación de este proyecto. Tampoco se había completado la definición de adherencia.

Por ello se concluye que, aunque el país cuenta probablemente con mayor cantidad de información que otros países en América Latina, el procesamiento y disponibilidad de ésta es limitada. Se recomienda:

1. Asegurar la regularidad de la vigilancia epidemiológica en gestantes, HSH, TS y privados de libertad, y hacer lo necesario para que la información generada sea procesada en plazos breves y esté disponible para el monitoreo de este proyecto y para otros estudios de importancia.
2. Realizar un control de calidad sobre la información de monitoreo de servicios de la ENETSS generada a nivel periférico, y tomar acciones para mejorar y homogenizar dicha calidad.
3. Realizar un conjunto de acciones para establecer un adecuado sistema de vigilancia de transmisión perinatal, pues la información actualmente colectada muestra claro subregistro.
4. Completar el desarrollo de los sistemas de información necesarios para el monitoreo del programa de atención integral.

B. Sobre la situación de la epidemia de VIH/SIDA en Perú al inicio del proyecto, y la respuesta del Estado y la sociedad a la misma

El estudio recoge la información ya difundida sobre prevalencia en distintos grupos poblacionales, que caracterizan la epidemia en Perú como concentrada en HSH, con prevalencias altas (por encima de 10%) en esta población, mientras que en los adultos de la población general e inclusive en trabajadoras sexuales los estimados de prevalencia son menores a 1%.

La situación de los adolescentes y jóvenes sugiere proximidad a las metas de este proyecto en cuanto a conocimientos y uso de servicios, aunque las prevalencias de uso de preservativo parecen artificialmente elevadas, tal vez respondiendo a un sesgo de deseabilidad social. Los indicadores sobre intención de uso de preservativo o de servicios de salud, o intención de comunicación sobre uso de preservativo, todos con estimados muy elevados, no parecen presentar mayor utilidad.

Las poblaciones vulnerables también parecen mostrar indicadores en situación cercana a las metas, excepto por las personas privadas de libertad, cuya prevalencia de uso de preservativo en la última relación sexual es muy baja y requiere de una intervención mayor.

Sobre prevención de transmisión perinatal, sólo se encontró registro de la frecuencia de tamizaje entre las gestantes. Esta cifra debe incrementarse significativamente por el cambio legislativo que hace obligatoria su realización, aunque también será influida por la entrada en funcionamiento del Sistema Integral de Salud (SIS).

Sobre acceso a atención integral, acceso a TARGA y adherencia a TARGA, sólo se considera pertinente plantear que el acceso a TARGA era de 1% en 2003 en la población correspondiente al MINSa. Este 1% es proporcionado por la población infantil que recibía TARGA antes de 2004. Los otros indicadores no estaban definidos operacionalmente.

C. Sobre los indicadores y las metas establecidas en el acuerdo con el FGSTM

Muchos indicadores y metas del proyecto pueden presentar problemas potenciales:

1. No se especificaron formas de medición para cada indicador, pese a que plantearon metas. Ello deja un espacio de gran arbitrariedad en la

evaluación de su situación y el cumplimiento de metas. Ello es más evidente en el caso de mediciones sobre conocimientos. **Se recomienda volver a utilizar las escalas definidas en este estudio en la línea de cierre.**

2. Los indicadores de impacto basados en prevalencia de infección por VIH no sólo reflejarán mejoras en la prevención (que resultarían en una disminución de la incidencia y por ende de uno de los determinantes de la prevalencia) sino también mejoras en la sobrevivencia de las PVVS (lo que, contrariamente, resultaría en un incremento de la prevalencia). Aunque las primeras producirán un impacto mayor que las segundas (por los tamaños poblacionales involucrados), la prevalencia debe ser interpretada con cuidado.
3. **Se recomienda evaluar la posibilidad de incorporar, como indicadores de efecto adicionales, mediciones de incidencia de forma adicional a las de prevalencia, aunque fuera a partir de la combinación de pruebas EIA VIH de distinta sensibilidad (“EIA desafinado”).** En tanto se puede realizar esta prueba en muestras de laboratorio almacenadas de estudios previos, podría tenerse un punto de referencia previo al inicio de este proyecto.
4. Dada la dificultad para operacionalizar y medir “atención integral de calidad” a nivel de país (indicador E.5), que probablemente no se resolverá en breve, por implicar una homologación de sistemas de evaluación de integralidad y de calidad entre MINSA, ESSALUD, COPRECOS y otros proveedores, **se recomienda negociar una modificación del mismo, por “PVVIH en fase de inmunodeficiencia con acceso a TARGA”, cuyo nivel estimado para el 2003 era de 25%.** Alternativamente, se podría añadir este indicador conservando el anterior, aunque su medición será difícil fuera del ámbito del MINSA. Nótese que este indicador no será igual a R.4.2 porque éste último se refiere, justamente, al ámbito del MINSA solamente.
5. Los indicadores R1.1.4-6 y R 1.2.4-6, que miden intenciones de conducta, y que originalmente no fueron considerados en el proyecto, no parecen añadir información de utilidad, por lo que se podría prescindir de ellos.
6. Los indicadores R2.1 y R2.3 muestran ambigüedades que deben ser discutidas y resueltas. En el momento actual generan dudas sobre las poblaciones de referencia adecuadas.

7. Es crucial desarrollar y establecer un adecuado sistema de registro de la exposición perinatal y la proporción de niños que adquieren la infección, así como de las medidas de diagnóstico y profilaxis adoptadas para disminuir la transmisión. Ello probablemente implique una modificación de la hoja de monitorización de la ENETSS, así como una revisión de las normas de notificación de exposición perinatal y serorreversión a OGE.
8. La operacionalización de los indicadores relacionados al suministro de TARGA (E5 y R4.1 a 3) debe **ser completada a la brevedad**, con el desarrollo e implementación de adecuados registros de medición.
9. Dado que R.4.1. alude a atención integral para PVVIH, y dado que la integralidad debería ser vista como una cualidad que se logre en grados distintos según los servicios, **se recomienda un sistema de certificación externa de los servicios de atención**, que establezca ciertos requisitos mínimos como índice de integralidad. Asimismo, **los servicios deberían registrar si los usuarios recibieron efectivamente una atención que involucraba estos elementos**, en el marco del sistema de monitoreo. De esta manera, se podría estimar cuántos de quienes acuden buscando atención reciben atención integral. **Sin embargo, este indicador sería más útil si se desdobra en dos sub-indicadores:** (1) **un indicador de demanda**, proporción del total estimado de PVVIH no asumidas por otros sistemas de atención que buscan atención; y (2) **un indicador de calidad de oferta**, proporción de PVVIH que buscan atención (i.e. total de usuarios) que reciben atención integral (usuarios atendidos en establecimientos certificados en integralidad, y para los cuales los servicios integrales fueron ofrecidos, según el registro).
10. Para R.4.3 **se recomienda (1) consensuar una definición operacional de adherencia; (2) acelerar la implementación de un sistema de monitoreo de la misma basado fundamentalmente en una encuesta periódica a los usuarios, para lo cual se tendrá también que consensuar una batería de preguntas.**
11. Por haber sido formuladas para ciertos indicadores cuyos estimados actuales difieren sustancialmente de los considerados en la preparación de la propuesta original, algunas de las metas planteadas en el proyecto aparecen como “cumplidas” en este estudio de base y no plantean un escenario de mejora. Tal es el caso de E.2, R.1.1.2, R.1.2.1, R.1.2.2 y R.2.2. **Se recomienda evaluar su modificación de modo de plantear un horizonte de avance.**

12. Otros indicadores, como E.4, E.5, R.2.6, y los indicadores del objetivo 4, se encuentran en situación inicial peor a la originalmente considerada, y **se recomienda también evaluar un ajuste razonable en éstos. Para ello se sugiere el planteamiento de una discusión técnica con el FGSTM.**

ANEXOS

1. Especificaciones de Muestreo en Encuestas en Escolares, Jóvenes y Privados de Libertad

- 1.1. Escolares**
- 1.2. Jóvenes**
- 1.3. Privados de Libertad**

2. Especificaciones metodológicas de la vigilancia centinela

- 2.1. HSH (2002)**
- 2.2. TS (2002)**
- 2.3. Gestantes (2002)**
- 2.4. Privados de libertad (1999)**

3. Metodología de cálculo de indicadores sobre conocimientos

- 3.1. Escolares y Jóvenes**
- 3.2. Privados de libertad**

4. Indicadores de Resultados del Objetivo 1 para adolescentes de 12 a 17 años por edad, sexo y ciudad

5. Indicadores de Resultados del Objetivo 1 para jóvenes de 18 a 24 años por edad, sexo y ciudad

6. Indicadores de Resultados del Objetivo 1 para población privada de su libertad por establecimiento penal

7. Protocolos por Indicador

8. Cuestionarios utilizados para la obtención de información primaria

- 8.1. Escolares y Jóvenes**
- 8.2. Privados de libertad**