



# Segunda medición de Línea de Base de VIH-SIDA

*Situación en el año 2005 del VIH-SIDA en  
el marco del Proyecto “Fortalecimiento  
de la Prevención y Control del SIDA y  
Tuberculosis en el Perú”*



## Índice

Resumen	3
• Del proyecto, estudio de LB y ejecutores	
• De los hallazgos.	
• De los indicadores.	
• De la Metodología.	
• De las conclusiones y recomendaciones.	
Indicadores de Impacto: Objetivos 1, 2, 3, 4 y 5	9
• Resultados y Análisis	
Objetivo 1	12
• Resultados y Análisis	
Objetivo 2	16
• Resultados y Análisis	
Objetivo 3	19
• Resultados y Análisis	
Objetivo 4	22
• Resultados y Análisis	
Objetivo 5	26
• Resultados y Análisis	

### ANEXOS:

**Anexo 1:** Informe del Sub-estudio “Segunda medición de línea de base de los objetivos 1 al 4 del componente VIH” y anexos

**Anexo 2:** Informe del Sub-estudio “Conocimiento y percepciones sobre la CONAMUSA” y anexos

**Anexo 3:** Informe del sub-estudio “Inversión multisectorial en Vih/SIDA y Tuberculosis – análisis de las cuentas nacionales” y anexos



## Resumen

*A 20 meses del inicio de actividades del proyecto, es aún difícil identificar evidencias de impacto significativo en las acciones en prevención y entrenamiento. En cambio son evidentes los cambios positivos en la implementación del programa de atención integral.*

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

El programa “Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú” es financiado por el Fondo Mundial y conducido por la Comisión Nacional Multisectorial en Salud – CONAMUSA. CARE Perú, es administrador del programa y responsable del monitoreo y del cumplimiento de las metas establecidas. El programa se inició el 1ro. de Diciembre de 2004, y desde Marzo del 2004 cuenta con consorcios / organizaciones ejecutoras (“sub-receptores”), encargadas de ejecutar las actividades de los cinco objetivos del programa en coordinación con los Ministerios de Salud y Educación.

El componente VIH/SIDA busca complementar y ampliar la respuesta nacional para el control de la infección por el VIH/SIDA, mediante el fortalecimiento de una respuesta articulada entre los distintos sectores del gobierno y la sociedad civil, con una perspectiva de participación ciudadana y respeto de los derechos humanos.

Este estudio planteó una serie de retos teóricos y conceptuales, abordados dentro de los límites impuestos por el nivel de desarrollo de los conceptos en el sistema y la disponibilidad de datos en los sectores (Salud y Justicia). También trató de resolver algunas preocupaciones metodológicas de las primeras mediciones realizadas a inicios del año 2004, y tomó en cuenta el punto de vista de las contrapartes técnicas del programa, sub-receptores y agrupaciones de personas afectadas.

La segunda medición de la LB del componente VIH-SIDA del programa consta de varios sub-estudios que fueron encargados a diferentes instituciones::

- Universidad peruana Cayetano Heredia: estudios cuantitativo y cualitativos sobre el estado de los indicadores de los Objetivos 1 al 4 del componente VIH.
- Consorcio Abriendo Caminos (sub-receptor del objetivo 5 del componente VIH): estudio de percepciones e información respecto a la CONAMUSA y estudio de la inversión multisectorial en VIH y tuberculosis.

Este documento es un resumen de los aspectos más importantes de los estudios anteriormente enumerados, mayores detalles sobre los hallazgos, el lector puede referirse a los informes originales de cada estudio que se encuentra en los anexos de este documento.

### **De los hallazgos**

En el 2003 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. Para el 2005, dado que no se contaba aún con datos más actualizados de nuevos estudios de Vigilancia Centinela, se obtuvo un dato referencial analizado a partir de la Hoja de Monitorización



sobre tamizaje de Trabajadores Sexuales Varones. De un total de 564 tamizados, 84 fueron positivos, proporcionando un estimado de **14.9%**.

En el 2003 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. Para el presente estudio **no se dispone** en el país de un nuevo estudio centinela al 2005 que sirva como fuente oficial de estimados para la segunda medición<sup>1</sup>.

En el 2003 se identificaron **dos fuentes** 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. Para el 2005 la proporción de gestantes seropositivas al VIH habría disminuido en casi sus dos terceras partes, de 0.5% a **0.31%** (769/252,069), según la Hoja de Monitorización, contando con datos actualizados de prevalencia desde estudios más recientes de Vigilancia Centinela. Interpretar esta diferencia es difícil, dada la condición rutinaria de esta actividad, sujeta a vaivenes administrativos.

La proporción de hijos de madres VIH positivas que NO serorvierten a los 18 meses en el 2003 era de **5.5%** en hijos de madres controladas que recibieron AZT y **29.2%** en hijos de madres no controladas que no recibieron AZT (según estudio de Velásquez en niños expuestos entre 1996 y 2001). Para el 2005, la proporción estimada de hijos de madres VIH+ que NO serorvierten a los 18 meses es de **21.3 %**<sup>2</sup>.

La proporción de PVVIH que acceden a atención integral era de **25%** en el 2003, considerando en este estimado a los PVVS que recibían tratamiento antirretroviral tanto en el MINSA, como en el Seguro Social (ESSALUD) Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales (COPRECOS) Al mes de enero del 2006 suman 6,629 PVVS que reciben en dichas instituciones el tratamiento antirretroviral, sobre un estimado de 9,000 personas que se estima necesitaban este beneficio en el año 2005. Se ha encontrado un incremento sustancial en el acceso al tratamiento antirretroviral en el país, que al cierre del estudio alcanzaba al **73.6%** de la población de PVVS que requerían acceder al tratamiento.

## De los indicadores

Código	Indicador	Fuente de los datos LB I	Estimación LB I		Fuente de los datos LB II	Estimación LB II	
			N	%		N	%
E.1	Proporción de HSH seropositivos al VIH	Vigilancia Centinela OGE 2002	3,280	13.9%	En espera de nuevos datos de DGE-MINSA; [Hoja de Monitorización]	[84/564]	[14.9%]

<sup>1</sup> Al cierre del estudio, la Dirección General de Epidemiología se encontraba implementando los nuevos estudios de Vigilancia Centinela en HSH y en TS, pero los datos aún no se encontraban disponibles para el país. Por razones de Normativa nacional, la única instancia autorizada en el país para realizar los estudios de Vigilancia Centinela sobre VIH/SIDA o encargarse de su realización es la Dirección Nacional de Epidemiología (DGE) del Ministerio de Salud, por lo tanto, mientras la DGE no publique esta información el programa financiado por el Fondo Mundial no contará con el insumo para el análisis de su impacto.

<sup>2</sup> Debido a la baja cobertura de la vigilancia de serorversión perinatal (de acuerdo a datos de OGE e INS) sólo fue posible realizar estimaciones indirectas a partir de datos del Instituto Nacional de Salud (INS), de la Dirección General de Epidemiología (DGE) y de la Hoja de monitorización de la estrategia Sanitaria Nacional, no existiendo tampoco información en el MINSA 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.



Código	Indicador	Fuente de los datos LB I	Estimación LB I		Fuente de los datos LB II	Estimación LB II	
			N	%		N	%
E.2	Proporción de TS seropositivas al VIH	Vigilancia Centinela OGE 2002	4,387	0.49%	En espera de nuevos datos de proyecto PREVEN	ND <sup>3</sup>	ND
E.3	Proporción de Gestantes seropositivas al VIH	(1) Hoja de Monitorización CETSS 2003 (2) Vig Centinela OGE 2002	(1)197,602 (2)9,976	(1)0.5% (2)0.21%	(1)Hoja de Monitorización Estrategia Sanitaria 2005	(1) 769/ 252,069	(1) 0.31%
E.4	Proporción de hijos de madres VIH+ que NO serorrevertieron a los 18 meses	Estudio IEMP, Velásquez, 2002, y estimaciones de hoja de monitoreo CETSS 2003	Indirecto	24%*	(1)Base de datos del INS (2)Hoja de monitorización ENETSS (3)Datos de hospitales	2/28 + 11/33 = 13/61	21.3%
E.5	Proporción de PWVIH que acceden a atención integral	(1) No existente (2) Estudio TARGA, 2003	(1) NA (2) Indirecto	(1) 0.00% (2) 25%	Base de datos de Atención Integral de ENETSS	9,000	73.6%
R.1.1.1	Proporción de adolescentes mujeres y varones, que tienen información de ITS / VIH	Encuesta ad-hoc SASE - 2003	1,953	57.3%	Encuesta ad-hoc UPCH dic, 2005	3,262	57.3%
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 - 2003	180	51.8%	Encuesta ad-hoc UPCH dic, 2005	424	49.4%
R.1.1.3	Proporción de adolescentes mujeres y varones, que buscan atención y consejería en ITS / VIH	Encuesta ad-hoc SASE - 2003	1,935	26.3%	Encuesta ad-hoc UPCH dic, 2005	3,262	37.6%
R.1.1.4	Proporción de adolescentes con Intención de Uso del Condón	Encuesta ad-hoc SASE - 2003	1,918	82.0%	Encuesta ad-hoc UPCH dic, 2005	3,262	76.9%
R.1.1.5	Proporción de adolescentes con Intención de compartir información sobre uso de preservativo	Encuesta ad-hoc SASE - 2003	1,891	82.6%	Encuesta ad-hoc UPCH dic, 2005	3,072	63.9%
R.1.1.6	Proporción de adolescentes con Intención de buscar información sobre ITS ó VIH/SIDA	Encuesta ad-hoc SASE - 2003	1,909	82.4%	Encuesta ad-hoc UPCH dic, 2005	3,198	96.3%
R.1.1.7	No. de Adolescentes expuestos a información sobre VIH/SIDA en ambientes escolares	No se estimó	No medido	No medido	Encuesta ad-hoc UPCH dic, 2005	3,262	85.2%
R.1.1.8	No. de Adolescentes expuestos a información sobre VIH/SIDA fuera de ambientes escolares	No se estimó	No medido	No medido	Encuesta ad-hoc UPCH dic, 2005	3,262	88.1%
R.1.1.9	Número y % de adolescentes que recibieron orientación/ consejería en establecimientos de salud	No se estimó	No medido	No medido	Encuesta ad-hoc UPCH dic, 2005	3,262	13.6%
R.1.2.1	Proporción de jóvenes, mujeres y varones, que tienen información de ITS / VIH	Encuesta ad-hoc SASE - 2004	1,397	71.1%	Encuesta ad-hoc UPCH ene, 2006	1,357	28.9%
R.1.2.2	Proporción de jóvenes, mujeres y varones, que utilizaron preservativo en su última relación sexual, para	Encuesta ad-hoc SASE - 2004	624	44.2%	Encuesta ad-hoc UPCH ene, 2006	955	40.4%

<sup>3</sup> ND= No hay dato.

\*Estimación indirecta, de precisión incierta



Código	Indicador	Fuente de los datos LB I	Estimación LB I		Fuente de los datos LB II	Estimación LB II	
			N	%		N	%
	prevenir las ITS / VIH						
R.1.2.3	Proporción de jóvenes, mujeres y varones, que buscan atención y consejería en ITS / VIH	Encuesta ad-hoc SASE – 2004	1,393	24.0%	Encuesta ad-hoc UPCH ene, 2006	1,357	19.9%
R.1.2.4	Proporción de jóvenes con Intención de Uso del preservativo	Encuesta ad-hoc SASE – 2004	1,379	85.8%	Encuesta ad-hoc UPCH ene, 2006	1,346	53.2%
R.1.2.5	Proporción de jóvenes con Intención de compartir información sobre uso de condón	Encuesta ad-hoc SASE – 2004	1,372	95.4%	Encuesta ad-hoc UPCH ene, 2006	1,310	84.1%
R.1.2.6	Proporción de jóvenes con Intención de uso de servicios	Encuesta ad-hoc SASE – 2004	1,374	92.0%	Encuesta ad-hoc UPCH ene, 2006	1,357	99.5%
R.1.2.7	No. de jóvenes que buscaron información sobre VIH/SIDA fuera de ambientes escolares	No se estimó	---	---	Encuesta ad-hoc UPCH ene, 2006	1,357	18.6%
R.1.2.8	No. de Grupos juveniles en actividad, integrados por un mínimo de 16 jóvenes (de Organizaciones., Centros de salud o Institutos de Educación superior)	No se estimó	---	---	Pregunta a Informantes clave por ciudad	---	** (1) 22 (2) 24
R.2.1	Proporción de TS estimadas que acude regularmente a la atención médica periódica	Hoja de Monitorización CETSS 2003	10519/ 18232	57.7%	Hoja de Monitorización CETSS 2005	4784+2012 / 10944+3813 =6796/14757	46.1%
R.2.2	Proporción de TS que utilizó preservativo en el último encuentro sexual	Vigilancia Centinela OGE, 2002	4473	93.30%	En espera de nuevos datos de proyecto PREVEN	ND	ND
R.2.3	Proporción de HSH abordables que acuden regularmente a la atención médica periódica	Hoja de Monitorización CETSS 2003	1710/ 4031	42.4%	Hoja de Monitorización CETSS 2005	815+452 / 2376+638 = 1267/3014	43.0%
R.2.4	Proporción de HSH que utilizó preservativo en el último encuentro sexual	Vigilancia Centinela OGE, 2002	1358	46.3%	En espera de nuevos datos de DGE-MINSA	ND	ND
R.2.7	Proporción de HSH y TS que recibieron pruebas rápidas en CERETS y UAMPs	No se estimó [0]	[0]	[0]	Hoja de Monitorización CETSS 2005	0	0
R.2.8	Número de TS y HSH referidos a CERETS y UAMPs por promotores educadores de pares	No se estimó	ND	ND	En espera de nuevos datos de DGE-MINSA	ND	ND
R.2.5	Proporción de PPL con conocimiento de métodos de prevención de ITS	Encuesta ad-hoc SASE 2003	134	76.8%	Encuesta ad-hoc UPCH ene, 2006	598	(1) 44.1% (2) 30.4%
R.2.6	Proporción de PPL que utilizó preservativo en el último encuentro sexual	Encuesta ad-hoc SASE 2003	79	32.8%	Encuesta ad-hoc UPCH ene, 2006	598	32.4%
R.3.1	Proporción de gestantes que se realizan pruebas de tamizaje para VIH durante el embarazo	Hoja de Monitorización CETSS 2003	197602/ 535461	36.9%	Hoja de Monitorización CETSS 2005	208959/ 497166	42.03%
R.3.2	Proporción de gestantes sin control	-----	-----	0.0%	Hoja de	38,887/ sin	ND



Código	Indicador	Fuente de los datos LB I	Estimación LB I		Fuente de los datos LB II	Estimación LB II	
			N	%		N	%
	prenatal que se realiza pruebas rápidas en el momento del parto				Monitorización CETSS 2005	denominador	
R.3.3	Proporción de gestantes seropositivas sin control prenatal que reciben profilaxis con antirretrovirales en el momento del parto institucionalizado	-----	-----	0.0%	Hoja de Monitorización CETSS 2005	66/106 (niños expuestos)	62.3%
R.3.4	% de gestantes que acuden a 1º CPN en Establecimientos de Salud que recibieron información a través de medios masivos	No se midió	ND	ND	Encuesta Rápida Gestantes UPCH feb, 2006	386	(1) 46.9% (2) 79.8%
R.4.1	Proporción de PVIH que acuden a un servicio de salud y reciben atención integral	-----		0.0% (o no def)	Mini-Encuesta	237/419	56.6%
R.4.2	Proporción de PVIH en fase de inmunodeficiencia que reciben TARGA según protocolo	Dato MINSa (niños): Estudio TARGA		1.0% (minsa); 25% Total Nac.	Base de Datos Atención Integral	6629/9000 4083/6416	73.7% (nac.); 64% MINSa
R.4.3	Porcentaje de adherencia al tratamiento ARV	-----		0.0% (o no def.)	Mini Encuesta	254/296	85.8%
R.4.4	Número y % de PWS que reciben pruebas de monitoreo CD4 y Carga Viral	No se midió	ND	ND	INS Mini Encuesta	6166/7000 [371/385 CD4; y 337/361 CV]	88.1% [96.5% CD4 y 93.4% CV]
R.4.5	Numero de PWS en TARGA que reciben consejería por los CEPS en el último año	No se midió	ND	ND	Mini-encuesta	138/178	77.5%
R.4.6	% PWS en TARGA, que reciben orientación sobre el uso adecuado del condón.	No se midió	ND	ND	Mini-encuesta	258/283	91.2%
R.5.1	Institucionalización de la CONAMUSA por el gobierno por medio de la promulgación de un decreto supremo o una provisión legal equivalente.	Documentos oficiales.	01	100%	Documentos oficiales.	01	00
R.5.2	% de incremento de inversión multisectorial en la lucha contra el VIH/SIDA y TB	Documentos presupuestales	18,635,842 Nuevos soles	Incremento no menor del 10 %	Documentos presupuestales 2004	29,295,717. 20 Nuevos soles	(Porcentaje de incremento 42.5%)
R.5.2.1	% de incremento de inversión multisectorial en la lucha contra el VIH/SIDA	Documentos presupuestales	6,138,461 Nuevos soles	Incremento no menor del 10 %	Documentos presupuestales 2004	14,524,920 Nuevos Soles	(Porcentaje de incremento 136.62%)
R.5.2.2	% de incremento de inversión multisectorial en la lucha contra la TB.	Documentos presupuestales	12,497,382 Nuevos soles	Incremento no menor del 10 %	Documentos presupuestales 2004	14,769,797 Nuevos Soles	(Porcentaje de incremento 18.18%)
R.5.3	Modificación de la ley 26626 y su reglamento.	Documentos oficiales.	01	100%	Documentos oficiales.	N/A	N/A
R.5.4.1	% de Instituciones que reconocen a la CONAMUSA	Encuesta LB I		6.5%	Encuesta LB II	26	100%



Código	Indicador	Fuente de los datos LB I	Estimación LB I		Fuente de los datos LB II	Estimación LB II	
			N	%		N	%
R.5.4.2	% de personas afectadas que reconocen al CONAMUSA	Encuesta LB I		7.4%	Encuesta LB II	19 <sup>4</sup>	9.8%
R.5.4.21	% de personas afectadas por TB que reconocen a la CONAMUSA	No se midió	ND	ND	Encuesta LB II	7	8.8%
R.5.4.22	% de PVVIH que reconocen al CONAMUSA	No se midió	ND	ND	Encuesta LB II	12	10.8%
R.5.51	% de Instituciones que reconocen a la COREMUSA	No se midió	ND	ND	Encuesta LB II	34	95%
R.5.52	% de personas afectadas que reconocen al COREMUSA	No se midió	ND	ND	Encuesta LB II	17	11.8%
R.5.521	% de personas afectadas por TB que reconocen al COREMUSA	No se midió	ND	ND	Encuesta LB II	5	7.36%
R.5.522	% de PVVIH que reconocen a la COREMUSA	No se midió	ND	ND	Encuesta LB II	12	15.12%
R.5.5.3	Número de instituciones que participan en comisiones técnicas y Comités consultivos de la CONAMUSA	No se midió	ND	ND	Encuesta LB II	9	N/A

## De la metodología

### Sub-estudios cuantitativo y cualitativo sobre el avance en los Objetivos 1, 2, 3 y 4:

El estudio para los Objetivos 1, 2, 3 y 4 se organizó en base a dos sub-estudios complementarios entre sí: Uno cuantitativo, orientado a estimar los indicadores de base para las fases I y II del programa, y uno cualitativo, orientado a coleccionar y procesar información cualitativa que facilite la interpretación de los indicadores clave del programa.

#### Estudio cuantitativo:

En el diseño de la colección de datos primarios de la primera medición de LB no ha participado la institución que ha realizado la segunda medición, pero han compartido las observaciones realizadas a dicho proceso. En ese marco no existe gran espacio para variación del diseño en esta etapa, desde que se debe preservar la comparabilidad. Tampoco se puede cambiar los estimados iniciales en la mayor parte de casos, debido a que los mismos se refieren al pasado.

De otro lado, existieron diferencias entre la propuesta original y los datos que finalmente fueron obtenidos y consignados, en tanto algunos sub-estudios y/o colaboraciones propuestas no fueron ejecutados por puntos de vista o planes diferentes por parte de otros actores del proceso. Frente a ellos, se acordó que algunos estimados quedarían pendientes hasta que las fuentes del MINSA los proporcionasen.

Para los datos obtenidos a través de fuentes secundarias a parte del control de calidad en el recojo de la información, se realizó un control de calidad numérico, que estaba a cargo del estadístico, quien se encargaba de verificar que el cálculo de los indicadores sean los correctos. Este control se realizó conforme se iban generando los datos. Dicho control se complementó con una revisión por personal del equipo central y los principales actores involucrados verificando la calidad numérica y la consistencia de la información.

<sup>4</sup> Para el caso del objetivo 5 se indica las personas o número de instituciones que respondieron afirmativamente en la encuesta.



Adicionalmente, se presentan resultados desagregados, sólo para efectos descriptivos, de acuerdo a los siguientes niveles: por sexo, por edad, y por ciudades donde se realizó la encuesta,

El error estándar tiende a crecer en proporción con respecto al valor estimado cuando el número de observaciones disminuye, ocasionando intervalos de confianza muy grandes. Esto ocurre cuando los indicadores se empiezan a desagregar en diferentes grupos poblacionales para los cuales hay cantidades muy pequeñas de observaciones. De acuerdo a la Ley de los Grandes Números, se debe tener cuidado de no usar los indicadores cuando la cantidad de observaciones sea menor de 30; inclusive algunos autores señalan que esa cantidad sea 50. Por esa razón no se presentan resultados con mayor desagregación.

### Estudio cualitativo:

El componente cualitativo de los Objetivos 1 a 4, se introdujo para conocer la valoración del proceso y resultados de cada objetivo del proyecto desde la perspectiva de los operadores, los interlocutores sociales y políticos, los beneficiarios intermedios y las poblaciones meta para identificar las condiciones que facilitaron y/o obstaculizaron la implementación del proyecto y la consecución de los resultados esperados.

En la muestra de escolares y jóvenes a fin de asegurar la homogeneidad de los resultados iniciales, y considerando el tamaño muestral de la primera encuesta, no fue necesario conservar todas las ciudades originalmente incluidas. Se incluyeron sólo Lima y Callao como ciudades muestra de la costa, más Huancayo como ciudad en sierra e Iquitos como ciudad en selva.

Colegios	2003	2005
Lima	740	328
Callao	299	133
Huancayo	197	224
Iquitos	191	217

En cuanto a tamaño muestral para el caso de jóvenes, dado que hay múltiples indicadores, se ha considerado el escenario donde las diferencias están centradas alrededor de 50%. Asimismo el tamaño de muestra se ha definido buscando detectar diferencias de al menos 8% entre el 2003 y el 2005. Para jóvenes en Lima Y Callao, el tamaño muestral inicial efectivo fue 547 jóvenes. Con 762 se logra una diferencia de 8%. En ciudades del interior del país (Huancayo e Iquitos), dado que se contó con un mínimo de 328 jóvenes entre las dos ciudades, se propuso muestrear 590 sujetos entre las dos ciudades para llegar a encontrar diferencias de +/-10%. Los análisis permitirían una inferencia agregada para ambas ciudades en su conjunto.

La muestra para PPL se tomo en los establecimientos penitenciarios de origen de esta población fueron: Sarita Colonia del Callao, San Pedro (ex Lurigancho) y Miguel Castro Castro.

Para estimar el indicador R.3.4 se propuso una mini-encuesta rápida en gestantes de varios establecimientos, que involucre tomar 100 mujeres por establecimiento, lo cual permite estimar una prevalencia de cualquier valor con una precisión de +/- 10%.



El Objetivo General fue recolectar y sistematizar información cualitativa que apoye la interpretación de los indicadores clave, tanto para la Fase I como para la Fase II. Los objetivos específicos del subestudio cualitativo son:

- (a) Sobre los procesos de implementación y los resultados generados, conocer:
  - percepciones de actores sociales y políticos relevantes, interlocutores del proyecto.
  - percepciones de los actores operadores
  - percepciones y valoraciones de los beneficiarios intermedios
  - percepciones y valoraciones de las poblaciones meta
- (b) Analizar las condiciones que facilitaron u obstaculizaron la implementación del proyecto y el logro de los resultados, generando colectivamente lecciones aprendidas en los talleres de presentación y discusión de hallazgos.

Dado que se ejecutan estrategias de promoción y prevención, implementación de servicios e incidencia política y abogacía, se distinguen dos niveles de interacción entre los actores involucrados: primer nivel constituido por interacciones entre los operadores del proyecto y los beneficiarios intermedios y segundo nivel constituido por interacciones entre los beneficiarios intermedios y las poblaciones meta.

Las principales áreas de indagación del componente cualitativo fueron las siguientes:

- Percepción de los procesos de implementación del proyecto considerando las interacciones con los beneficiarios intermedios y los finales.
- Identificación de brechas entre los resultados esperados y los obtenidos, y percepción de resultados no esperados.
- Condiciones y acciones que facilitaron/obstaculizaron los procesos y resultados.

### **Sub-estudios de percepciones sobre la CONAMUSA y de inversión multisectorial (Objetivo 5):**

En el caso del estudio de los indicadores correspondientes al objetivo 5 se organizó la información en base a dos sub-estudios: uno sobre percepciones regionales y centralizadas sobre la CONAMUSA y otro sobre las cuentas nacionales.

La recolección de la información sobre el conocimiento de la CONAMUSA y COREMUSAS se realizó en base a encuestas y entrevista a los representantes de las instituciones y personas afectadas vinculadas a la lucha contra el VIH/TB. Para encontrar el número de instituciones que participan en comisiones y comités de la CONAMUSA se revisaron los acuerdos tomados en la Secretaría Ejecutiva de la CONAMUSA.

Es importante mencionar que se tiene que realizar la segunda medición con los mismos instrumentos del primer estudio de Línea de Base; sin embargo es necesario manifestar que el adecuado reconocimiento institucional del CONAMUSA no se da por el reconocimiento de las instituciones miembros del CONAMUSA (que es 100% según la encuesta en los miembros de la CONAMUSA), mas bien se daría en relación del reconocimiento de instituciones no miembros del CONAMUSA en la localidad determinada; de igual manera el reconocimiento del CONAMUSA no debería ser solo por las personas afectadas de TB y VIH, sino mas bien por la población en general.

La muestra para los integrantes de la CONAMUSA estuvo constituida por 26 miembros de los cuales 11 eran titulares y 15 eran alternos<sup>5</sup>. La muestra para el caso de las

<sup>5</sup> Caución: Al tomar la muestra únicamente entre los funcionarios que son representantes en la CONAMUSA se arriesgó un sesgo a favor en el conocimiento de la institución respecto a la CONAMUSA. Una recomendación al Objetivo para las próximas mediciones incluye seleccionar una muestra aleatoria entre los funcionarios de las instituciones miembros de la CONAMUSA.



COREMUSAS estuvo constituida por 36 miembros entre titulares y alternos de Lima, Callao, Iquitos, Chimbote e Ica.

De otra parte, p

La recolección de la información sobre el conocimiento de la CONAMUSA y COREMUSAS se realizó en base a encuestas y entrevista a los representantes de las instituciones y personas afectadas vinculadas a la lucha contra el VIH/TB. Para encontrar el número de instituciones que participan en comisiones y comités de la CONAMUSA se revisaron los acuerdos tomados en la Secretaría Ejecutiva de la CONAMUSA.

Para obtener información sobre inversión multisectorial del estado en la lucha contra el VIH/SIDA y TB se utilizó la información disponible en los ministerios miembros de la CONAMUSA (Año 2004), asimismo fue necesario entrevistar a una serie de personas claves en el manejo presupuestal de estas instituciones.

Para estimar los indicadores sobre inversión sectorial del Estado en la lucha contra VIH/SIDA y TB, se revisaron los siguientes documentos: Normas legales del Ministerio de Salud, COPRECOS, Ministerio de Economía y Finanzas, Normas Presupuestales y financieras y de ESSALUD

Entrevistas y solicitudes de información: Se realizó entrevistas personales y telefónicas y consultas por correo electrónico a funcionarios de las siguientes Instituciones:

- o Ministerio de Salud
- o Instituto Nacional de Salud - INS
- o Seguro Integral de Salud - SIS
- o Programa de Administración de Acuerdos de Gestión -PAAG
- o Ministerio de Educación
- o Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social y el Programa de Asistencia Alimentaria
- o Ministerio del Interior
- o Ministerio de Economía y Finanzas
- o Ministerio de Relaciones Exteriores y Comercio
- o Ministerio de Defensa
- o Instituto Nacional Penitenciario - INPE
- o Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo

## **De las Conclusiones y Recomendaciones**

A 20 meses del inicio de actividades del proyecto, es aún difícil identificar evidencias de impacto significativo del mismo en lo referente a las acciones en prevención y entrenamiento. Son, en cambio, evidentes los cambios positivos en indicadores relativos a implementación del programa de atención integral. Respecto al primero, es estimulante observar que la cobertura de TARGA (incluyendo las fuentes externas a MINSA) ha pasado de 25% a fines de 2003 a casi 75% a inicios de 2006.

Algunos indicadores en las series R.1.1 y R.1.2 han experimentado “retrocesos” cuya fuente más aparente sería el esfuerzo de corrección metodológica en el diseño e implementación de los sub-estudios que proporcionan la información pertinente. Por ello, es posible que la



comparabilidad entre ambas líneas de base sea, para dichos estudios (encuestas en escolares, jóvenes y privados de libertad), limitada.

Algunos indicadores no pudieron estimarse porque las fuentes para ello propuestas no pudieron terminarse (v.g. estudio seroepidemiológico en HSH que alimentaba a indicadores E.1, R.4 y R.8; uso de datos de estudio en trabajadoras sexuales para estimación de indicadores E.2, R.2.2 y R.2.8). Es necesario asegurar la disponibilidad de estimaciones actualizadas de los indicadores clave de impacto y de resultados del proyecto para cuando su uso esté programado.

Otros indicadores parecen no poder ser calculados con los sistemas actualmente existentes (v.g. R.3.2). Ello ha llevado al equipo consultor a recomendar lo siguiente: (1) la necesidad de asegurar que los sistemas de monitoreo que el proyecto utiliza para sus indicadores de base secundaria incluyan la información necesaria para completar los estimados; y (2) la pertinencia de una cuidadosa revisión de las definiciones de los indicadores

Las fuentes de información sobre monitoreo de acciones de prevención y sobre atención integral plantean frecuentes retos metodológicos por presentar inconsistencias y, con frecuencia, datos incompletos. Son aún problemáticas las fuentes de información sobre transmisión perinatal.

Es necesario asegurar que las intervenciones de promoción de la salud y capacitación de beneficiarios intermedios se ejecuten con la calidad necesaria para lograr un impacto real en los beneficiarios finales.

Aunque aún no se ha levantado información desde población general o desde los beneficiarios intermedios, existe un alto reconocimiento de la CONAMUSA y las COREMUSAS por parte de los miembros que la conforman. Asimismo, la labor de abogacía de la CONAMUSA ha rendido importantes frutos y la meta del incremento presupuestal se ha cumplido.



## Indicadores de Impacto: Objetivos 1, 2, 3, 4 y 5

### *Intervención directa en la población.*

#### Resultados

Código	Indicador	Fuente de los datos LB I	Estimación LB I		Fuente de los datos LB II	Estimación LB II	
			N	%		N	%
E.1	Proporción de HSH seropositivos al VIH	Vigilancia Centinela OGE 2002	3,280	13.9%	En espera de nuevos datos de DGE-MINSA; [Hoja de Monitorización]	[84/564]	[14.9%]
E.2	Proporción de TS seropositivas al VIH	Vigilancia Centinela OGE 2002	4,387	0.49%	En espera de nuevos datos de proyecto PREVEN	ND <sup>6</sup>	ND
E.3	Proporción de Gestantes seropositivas al VIH	(1) Hoja de Monitorización CETSS 2003 (2) Vig Centinela OGE 2002	(1)197,602 (2)9,976	(1)0.5% (2)0.21%	(1)Hoja de Monitorización Estrategia Sanitaria 2005	(1) 769/ 252,069	(1) 0.31%
E.4	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%* <sup>*</sup>	(1)Base de datos del INS (2)Hoja de monitorización ENETSS (3)Datos de hospitales	2/28 + 11/33 = 13/61	21.3%
E.5	Proporción de PVIH que acceden a atención integral	(1) No existente (2) Estudio TARGA, 2003	(1) NA (2) Indirecto	(1) 0.00% (2) 25%	Base de datos de Atención Integral de ENETSS	9,000	73.6%

#### Análisis de Resultados

**Indicador E1 Proporción de HSH seropositivos al VIH.-** En el Estudio Basal, la prevalencia fue estimada en 13.9% [n: 3280, IC:95%, 12.7% - 15.1%]<sup>7</sup> 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%. Para el 2005, a falta de datos de vigilancia, se ha considerado los datos proporcionados por la Hoja de Monitorización sobre tamizaje de Trabajadores Sexuales varones. De un total de 564 tamizados, 84 fueron positivos, proporcionando un estimado de 14.9%. Hay que tener cuidado en la interpretación, pues estos datos provienen sólo de algunas DISAs/DIRESAs.

**Indicador E2 Proporción de TS seropositivas al VIH.-** En el Estudio Basal la prevalencia fue estimada en 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 un nuevo estudio centinela al 2005 que sirva como fuente de estimados para la segunda medición.

<sup>6</sup> ND= No hay dato.

\*Estimación indirecta, de precisión incierta

<sup>7</sup> Según información preliminar del Estudio de Vigilancia Centinela OGE 2002 – Área Temática VIH/ SIDA.



**Indicador E3 Proporción de Gestantes seropositivas al VIH.-** En el Estudio Basal existían dos fuentes razonablemente confiables para la estimación de la prevalencia de VIH en gestantes. La primera, la Hoja de Monitorización de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS VIH/SIDA - **ESNVIH**, que para 2003 proporciona un estimado de 0.50% [IC95% 0.47%-0.53%]. La segunda, el estudio de vigilancia centinela realizado por OGE, que estimó 0.21% [IC 95% 0.13-0.32%] en el 2002. Para el 2005, a falta de datos de vigilancia, se utiliza como única fuente de datos la hoja de monitorización de la ESN-PCITS/VIH/SIDA.

Los estimados sugieren que la proporción de gestantes seropositivas al VIH habría disminuido<sup>8</sup> en casi dos terceras partes, de 0.5% a 0.31% (769/252,069). De otro lado, un descenso en este indicador podría ser interpretado no sólo como un descenso de la prevalencia general de VIH en mujeres en edad reproductiva, sino también como un descenso en la fertilidad de las mujeres con condición conocida de infección por VIH según controles previos.

**Indicador E4 Proporción de hijos de madres VIH+ que NO serorrevierten a los 18 meses.-** En el Estudio Basal estimamos el indicador en 5.5% en madres controladas que recibieron AZT y 29.2% en madres no controladas que no recibieron AZT.<sup>9</sup>

Según la hoja de monitoreo de la ESNVIH, un 36.9% de mujeres en control pre-natal fueron tamizadas para VIH en 2003, de las cuales 982 fueron positivas. De ellas 482 (49.1%) más 174 niños expuestos, iniciaron profilaxis antirretroviral. No existe información sobre si la profilaxis se completó, o si los niños con profilaxis son hijos de madres con o sin profilaxis.

Para tener una aproximación a la situación de la transmisión perinatal antes del inicio de proyecto, se estimó en 24% la tasa efectiva de transmisión perinatal -estimando la cobertura de la profilaxis con AZT para el mismo período-<sup>10</sup> 22% de madres con una probabilidad de transmisión de 5.5%, y 78% de madres con una probabilidad de transmisión de 29.2%.

En relación con la segunda medición, la ejecución del Proyecto ha cambiado las condiciones de base, incluyendo: (1) la existencia de un programa de tratamiento antirretroviral; (2) el cambio en la proporción de mujeres tamizadas en el control pre-natal; (3) la implementación progresiva de pruebas rápidas para mujeres sin control pre-natal; (4) una mejor implementación de la profilaxis para prevención de transmisión perinatal. Para la segunda medición, el cálculo cruza tres fuentes de datos:

- La base de datos nacional de niños expuestos perinatalmente que son evaluados en laboratorio mediante pruebas de PCR viral, proporcionada por el INS.
- La hoja de monitorización año 2005: 28 niños fueron evaluados con PCR para DNA viral, resultando positivos 2 y de 33 niños evaluados con EIA pasados los 18 meses, resultaron positivos 11. En total, 13 niños que se habrían infectado perinatalmente, de 61 evaluados, lo que proporciona una cifra de 21.3%.

<sup>8</sup> Interpretar esta diferencia es difícil, dada la condición de rutinaria de esta actividad, sujeta a variables de tipo administrativo.

<sup>9</sup> Según el estudio de Velásquez en niños expuestos entre 1996 y 2001.

<sup>10</sup> Lo anterior es resultado de los siguientes supuestos:

(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 90% a 97% en el área urbana según ENDES Continua 2004-2005; 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 estos dos valores y sus respectivas probabilidades de transmisión.



- Datos de algunos establecimientos clave en la atención obstétrica: Instituto Materno-Perinatal (IMP), el Hospital Arzobispo Loayza y el Hospital María Auxiliadora.

De los datos analizados, se observaría una tendencia hacia una leve disminución en la incidencia de infección perinatal, aun claramente insuficiente en relación con la meta.

**Indicador E5: Proporción de PVVIH que acceden a atención integral.**- La integralidad de la atención es mencionada en diversos documentos técnicos del MINSA, en los cuales se describe el rol del equipo multidisciplinario, los agentes de soporte, las evaluaciones de laboratorio complementarias y la quimioprofilaxis. No obstante, la atención integral no ha sido definida operativamente todavía. Los equipos multidisciplinarios están conformados por: médico(a), enfermero(a), psicólogo(a), trabajador(a) social y promotor(a) de pares. Estos equipos inician su labor desde el primer encuentro con el usuario seropositivo. Además, existen los llamados “agentes de soporte personal”, que buscan la máxima interacción entre el servicio y los usuarios. Adicionalmente, se mencionan 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. Dado que no existe aún operacionalmente la “atención integral”, para efectos de la medición en el programa del Fondo Global la información se ha circunscrito a los PVVS que están recibiendo el tratamiento antirretroviral.

Bajo este marco, en la medida en que no existía en el MINSA una definición operacional implementada sobre atención integral, el dato estimado en primera instancia fue de 0% (o se podía plantear como “no definida”). Sin embargo, según el estudio TARGA (MINSA/UPCH, 2003), la proporción estimada de personas requeridas de TARGA que accedían a ésta era de 25% el año 2003 (aproximadamente 2000/8000), considerando en este caso a la población que en ese año ya recibía el tratamiento antirretroviral en EsSalud y la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales.

Para la segunda medición, el indicador se estimó considerando al total de PVVS que reciben atención integral en el MINSA, Seguro Social (ESSALUD) Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales (COPRECOS), que al mes de enero del 2006 suman 6,629. En el denominador se consideran las 9,000 personas que el MINSA estimaba necesitaban atención integral en 2005, lo que conduce a un estimado de 73.6%.

No obstante el importante logro en cuanto a la ampliación de la cobertura del tratamiento antirretroviral en el país, persisten algunas limitantes para el acceso a TARGA, a saber:

- Factores de acceso: Según protocolo, existen criterios para ingresar al Programa TARGA, como parámetros de niveles de CD4 y CV y contar con soporte familiar (aunque en la práctica la restricción para personas que no cuentan con soporte familiar se ve flexibilizada al considerar allegados o amigos, dependiendo de la disposición personal de los proveedores de salud).
- Limitada información a la población sobre el acceso a tratamiento; costo de las atenciones, que en muchos casos excede los 20 soles (6 dólares) establecido por norma y demora en la entrega de los resultados de las pruebas que están centralizadas para su análisis en el Instituto Nacional de Salud.



- Vacíos legales en cuanto al acceso a adolescentes y menores de edad trabajadoras sexuales, pues para su ingreso en el Programa TARGA necesitarían el acompañamiento del padre o tutor.



## Objetivo 1

### *Fomentar un estilo de vida saludable entre los adolescentes y la juventud con respecto al ITS/VIH/SIDA*

#### Objetivos específicos

Prevenir la transmisión de ITS / VIH y SIDA entre la población de adolescentes y jóvenes, promoviendo estilos de vida saludables desde una perspectiva de equidad de género y derechos humanos. Las actividades incluyen: modificación del currículo escolar actual sobre educación sexual (con énfasis en ITS y VIH); capacitación de maestros para implementar el nuevo currículo; capacitación y organización de adolescentes escolares como promotores de pares; capacitación y organización de adolescentes de la comunidad como promotores de pares fuera del sistema educativo; organización de campañas regionales conducidas por los promotores; y la realización de un estudio para identificar las estrategias innovadoras y eficaces para promover el acceso y uso del condón.

#### Resultados

Código	Indicador	Fuente de los datos LB I	Estimación LB I		Fuente de los datos LB II	Estimación LB II	
			N	%		N	%
R.1.1	Proporción de adolescentes mujeres y varones, que tienen información de ITS / VIH	Encuesta ad-hoc SASE - 2003	1,953	57.3%	Encuesta ad-hoc UPCH dic, 2005	3,262	57.3%
R.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 - 2003	180	51.8%	Encuesta ad-hoc UPCH dic, 2005	424	49.4%
R.1.3	Proporción de adolescentes mujeres y varones, que buscan atención y consejería en ITS / VIH	Encuesta ad-hoc SASE - 2003	1,935	26.3%	Encuesta ad-hoc UPCH dic, 2005	3,262	37.6%
R.1.4	Proporción de adolescentes con Intención de Uso del Condón	Encuesta ad-hoc SASE - 2003	1,918	82.0%	Encuesta ad-hoc UPCH dic, 2005	3,262	76.9%
R.1.5	Proporción de adolescentes con Intención de compartir información sobre uso de preservativo	Encuesta ad-hoc SASE - 2003	1,891	82.6%	Encuesta ad-hoc UPCH dic, 2005	3,072	63.9%
R.1.6	Proporción de adolescentes con Intención de buscar información sobre ITS ó VIH/SIDA	Encuesta ad-hoc SASE - 2003	1,909	82.4%	Encuesta ad-hoc UPCH dic, 2005	3,198	96.3%
R.1.7	No. de Adolescentes expuestos a información sobre VIH/SIDA en ambientes escolares	No se estimó	No medido	No medido	Encuesta ad-hoc UPCH dic, 2005	3,262	85.2%
R.1.8	No. de Adolescentes expuestos a información sobre VIH/SIDA fuera de ambientes escolares	No se estimó	No medido	No medido	Encuesta ad-hoc UPCH dic, 2005	3,262	88.1%
R.1.9	Número y % de adolescentes que recibieron orientación/ consejería en establecimientos de salud	No se estimó	No medido	No medido	Encuesta ad-hoc UPCH dic, 2005	3,262	13.6%
R.1.21	Proporción de jóvenes, mujeres y varones, que tienen información de ITS / VIH	Encuesta ad-hoc SASE – 2004	1,397	71.1%	Encuesta ad-hoc UPCH ene, 2006	1,357	28.9%
R.1.22	Proporción de jóvenes, mujeres y	Encuesta ad-hoc	624		Encuesta ad-hoc	955	40.4%



Código	Indicador	Fuente de los datos LB I	Estimación LB I		Fuente de los datos LB II	Estimación LB II	
			N	%		N	%
	varones, que utilizaron preservativo en su última relación sexual, para prevenir las ITS / VIH	SASE – 2004		44.2%	UPCH ene, 2006		
R.1.2.3	Proporción de jóvenes, mujeres y varones, que buscan atención y consejería en ITS / VIH	Encuesta ad-hoc SASE – 2004	1,393	24.0%	Encuesta ad-hoc UPCH ene, 2006	1,357	19.9%
R.1.2.4	Proporción de jóvenes con Intención de Uso del preservativo	Encuesta ad-hoc SASE – 2004	1,379	85.8%	Encuesta ad-hoc UPCH ene, 2006	1,346	53.2%
R.1.2.5	Proporción de jóvenes con Intención de compartir información sobre uso de condón	Encuesta ad-hoc SASE – 2004	1,372	95.4%	Encuesta ad-hoc UPCH ene, 2006	1,310	84.1%
R.1.2.6	Proporción de jóvenes con Intención de uso de servicios	Encuesta ad-hoc SASE – 2004	1,374	92.0%	Encuesta ad-hoc UPCH ene, 2006	1,357	99.5%
R.1.2.7	No. de jóvenes que buscaron información sobre VIH/SIDA fuera de ambientes escolares	No se estimó	---	---	Encuesta ad-hoc UPCH ene, 2006	1,357	18.6%
R.1.2.8	No. de Grupos juveniles en actividad, integrados por un mínimo de 16 jóvenes (de Organizaciones., Centros de salud o Institutos de Educación superior)	No se estimó	---	---	Pregunta a Informantes clave por ciudad	---	** (1) 22 (2) 24

## Análisis de Resultados

**Indicadores R.1.1.1 a R.1.1.6.-** En el Estudio Basal fueron estimados a partir de una encuesta ad-hoc realizada en cerca de 2017 adolescentes escolarizados en 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 e Iquitos.

Para el 2005, se incluyeron sólo Lima y Callao como ciudades de la costa, Huancayo como ciudad en sierra e Iquitos como ciudad en selva. Las unidades primarias de muestreo fueron los Centros Educativos de secundaria de menores que tuvieran al menos 1000 estudiantes en Lima y Callao<sup>11</sup>, y al menos 500 estudiantes en las otras ciudades; en tanto, las unidades secundarias de muestreo fueron los estudiantes de los centros educativos seleccionados en la primera etapa.

La muestra en la segunda medición fue ponderada con los pesos determinados en la primera encuesta, considerando los pesos relativos de los estudiantes de cada año y centro educativo y ajustado por las tasas de respuesta. Se consideró como estratos a las ciudades y como unidades primarias de muestreo a los centros educativos. Todos los indicadores de esta población han sido obtenidos considerando los ponderadores.

Los indicadores de conocimiento se calcularon de la misma forma que se realizó en la evaluación basal, es decir se incluyó las 26 variables ligadas<sup>12</sup> incluidas en las seis preguntas del cuestionario utilizado. El indicador se construyó como el porcentaje promedio de preguntas respondidas correctamente.

<sup>11</sup> Se empleó el mismo marco muestral de la primera medición, que tomó como base el padrón de centros educativos estatales del Ministerio de Educación.

<sup>12</sup> Se define como variables 'ligadas' aquellas que se refieren a conceptos directamente relacionados a la transmisión de VIH/SIDA/ITS, mientras las variables 'no ligadas' son aquellas referidas a 'mitos' sobre la transmisión, como las picaduras de insectos propuestas como forma de infección.



El análisis de los conocimientos en variables ligadas a ITS mostró que éstos son altos, excepto por los nombres de algunas ITS, los síntomas, las variables relacionadas a número de parejas sexuales y abstinencia de relaciones sexuales.

En la comparación entre mediciones aparecen diferencias “significativas” sugerentes de mejora en ambos ámbitos para los indicadores R.1.1.3 y R.1.1.6. Aunque se observa también diferencias “significativas” sugerentes de empeoramiento para Iquitos-Huancayo en cuanto a intención de uso de condón y para ambos ámbitos en cuanto a intención de compartir información sobre condón.

Por lo demás, las diferencias en magnitud (independientemente de la significancia estadística) entre la primera y segunda medición de los indicadores vinculados a conductas (R.1.1.2. y R.1.1.3), no presentan evidencias de cambios entre ambas mediciones.

**Indicadores R.1.1.7 a R.1.1.9.-** no fueron estimados en el Estudio Basal. Los indicadores medidos por primera vez en este estudio, dan cuenta de que es bastante alta la exposición de los adolescentes a información sobre VIH/SIDA tanto en ambientes escolares como fuera de éstos. Aunque el porcentaje de adolescentes que recibieron orientación/ consejería en establecimientos de salud es bajo en términos absolutos, no lo es en términos relativos, considerando que esta experiencia implica una búsqueda activa de atención en dichos establecimientos por parte de los adolescentes.

Algunas otras encuestas de base poblacional como la ENDES 2004-2005 muestran otros resultados para el grupo de edad adolescente. Así, por ejemplo en el indicador 1.2.1 el grupo de edad de mujeres de 15-19 responde en dicha encuesta el 91.9% refiere tener información sobre ITS y VIH. En esta misma fuente en cuanto a la intención de uso de condón como una forma de evitar el contagio del VIH, la respuesta es de 45.3%.

**Indicadores R.1.2.1 a R.1.2.6.-** la primera medición se estimó a partir de una encuesta ad-hoc realizada en cerca de 1401 jóvenes de las ciudades de 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 e Iquitos. La encuesta, realizada por SASE, tuvo lugar el año 2004.

En la segunda medición se incluyeron sólo Lima y Callao como ciudades de la costa, más Huancayo como ciudad en sierra e Iquitos como ciudad en selva.

En el Indicador R.1.2.1 se aprecia una caída dramática de casi 35 puntos en Huancayo-Iquitos ( $p < 0.001$ ) y de 44 puntos en Lima-Callao ( $p < 0.001$ ) entre la primera y la segunda medición. En este caso, se puede plantear que las diferencias corresponden, principalmente, a la forma de indagación. La comparación de las preguntas y sus respuestas sugiere que, frente a una evaluación más exhaustiva del conocimiento, las cifras han sido menores.

Otros indicadores R.1.2.4, R.1.2.5 y R.1.2.6 disminuyen significativamente tanto en Huancayo-Iquitos como en Lima-Callao, principalmente porque la forma de indagación varió de una aproximación dicotómica a otra basada en varias opciones que probablemente recogen mejor la complejidad del pensamiento de los jóvenes y evitan la tendencia a responder lo socialmente deseable.

Hay que destacar que los patrones de respuesta a preguntas referidas a prácticas no se modificaron como en el caso de las preguntas sobre conocimientos y actitudes.



**Indicadores R.1.2.7 y R.1.2.8.-** no fueron estimados en la primera medición. El indicador R.1.2.7 % de jóvenes que buscaron a información sobre VIH/SIDA, se estimó a partir de la pregunta. “En los últimos 12 meses, ¿buscaste orientación y consejería en ITS o SIDA?”. Al respecto los resultados permiten estimar que el 17.6% en Lima-Callao y 21.2% en Huancayo-Iquitos han recibido orientación y consejería en los últimos 12 meses.

Respecto al último indicador “Número de grupos juveniles en actividad, integrados por un mínimo de 16 jóvenes”, en el momento sólo se dispone información de carácter bastante general para Huancayo e Iquitos. En estas ciudades, según informantes clave, el grupo de jóvenes que se mantienen en actividad y que tienen como mínimo 16 miembros alcanzaría a 24 y 22 grupos juveniles respectivamente.

### Aportes del Estudio Cualitativo

Se han identificado condiciones que han favorecido y otras que han limitado el alcance de los resultados obtenidos en las poblaciones de adolescentes y jóvenes, a saber:

Condiciones que han favorecido las acciones del objetivo 1	Condiciones que han limitado u obstaculizado las acciones del objetivo 1
<p>En el consorcio, existía una experiencia institucional y bagaje previa en el cual el proyecto pudo anclarse. Unidad de criterios respecto de algunas decisiones y temáticas.</p> <p>La dinámica horizontal y la redistribución de los recursos (por ejemplo de overhead) entre las instituciones son los pilares para una interacción fortalecida al interior del grupo.</p> <p>Los actores perciben que han generado expectativas en los adolescentes y jóvenes, liderazgos en los promotores.</p> <p>Como logro del trabajo a nivel de provincias, donde consideran que de alguna u otra manera el consorcio ha dinamizado la repuesta nacional, desarrollando recursos locales a través de ONG locales que han sido contraparte en el Proyecto.</p>	<p>Los operadores perciben que si bien han generado expectativas en los jóvenes y adolescentes respecto a sus necesidades de información y atención, cuestionan que la oferta de servicios responda a estas expectativas, ellos dicen “no encontramos instituciones profesionales que se compren este pleito, que saquen adelante esta propuesta”</p> <p>Las capacitaciones se han desarrollado en periodos muy cortos en la medida que suponían el cambio de actitudes y desarrollo de habilidades.</p> <p>El MINSA como el MINEDU, lejos de favorecer las acciones han resultado barreras difíciles de sortear.</p> <p>El desconocimiento de las autoridades regionales y locales sobre proyecto en su conjunto ha sido una limitante enorme en la medida que las coordinaciones se hicieron muy dificultosas y no permitieron una buena relación con los operadores.</p>



## Objetivo 2

*Reducir la preponderancia del VIH/SIDA en poblaciones vulnerables.*

### Objetivos específicos

Promover la prevención en poblaciones vulnerables (HSH, TS y población privada de su libertad en los penales). Sus actividades son: formar, organizar y comprometer a trabajadores sexuales como educadores de pares; formar, organizar y comprometer a hombres que tienen sexo con hombres como educadores de pares; capacitación de grupos vulnerables (HSH y TS) en derechos humanos; mejorar la provisión y calidad de los servicios de salud mediante la capacitación en VIH/SIDA de equipos multidisciplinarios; y capacitación de promotores de pares en los tres principales penales de Lima y Callao.

### Resultados

Código	Indicador	Fuente de los datos LB I	Estimación LB I		Fuente de los datos LB II	Estimación LB II	
			N	%		N	%
R.2.1	Proporción de TS estimadas que acude regularmente a la atención médica periódica	Hoja de Monitorización CETSS 2003	10519/ 18232	57.7%	Hoja de Monitorización CETSS 2005	4784+2012 / 10944+3813 =6796/14757	46.1%
R.2.2	Proporción de TS que utilizó preservativo en el último encuentro sexual	Vigilancia Centinela OGE, 2002	4473	93.30%	En espera de nuevos datos de proyecto PREVEN	ND	ND
R.2.3	Proporción de HSH abordables que acuden regularmente a la atención médica periódica	Hoja de Monitorización CETSS 2003	1710/ 4031	42.4%	Hoja de Monitorización CETSS 2005	815+452 / 2376+638 = 1267/3014	43.0%
R.2.4	Proporción de HSH que utilizó preservativo en el último encuentro sexual	Vigilancia Centinela OGE, 2002	1358	46.3%	En espera de nuevos datos de DGE-MINSA	ND	ND
R.2.7	Proporción de HSH y TS que recibieron pruebas rápidas en CERETS y UAMPs	No se estimó [0]	[0]	[0]	Hoja de Monitorización CETSS 2005	0	0
R.2.8	Número de TS y HSH referidos a CERETS y UAMPs por promotores educadores de pares	No se estimó	ND	ND	En espera de nuevos datos de DGE-MINSA	ND	ND
R.2.5	Proporción de PPL con conocimiento de métodos de prevención de ITS	Encuesta ad-hoc SASE 2003	134	76.8%	Encuesta ad-hoc UPCH ene, 2006	598	(1) 44.1% (2) 30.4%
R.2.6	Proporción de PPL que utilizó preservativo en el último encuentro sexual	Encuesta ad-hoc SASE 2003	79	32.8%	Encuesta ad-hoc UPCH ene, 2006	598	32.4%

### Análisis de Resultados

**Indicadores R.2.1. y R.2.3.-** En el Estudio Basal, se utilizó el sistema de monitorización de la ESNVIH. En el presente estudio se utilizó una estimación análoga correspondiente, que



implicó sumar los numeradores y denominadores apropiados de los consolidados de este instrumento con formato antiguo y formato nuevo. Los resultados muestran que la proporción de TS estimadas que acude regularmente a la atención médica periódica (R.2.1) ha experimentado un moderado descenso, de aproximadamente 20%, aunque hay que destacar que en ambas mediciones los denominadores son distintos, 18,232 el 2003 y 14,757 el 2005 (es decir, también un descenso de aproximadamente 20%). Aunque una de las explicaciones podría ser una menor cobertura de la monitorización (que podría ser mayor en relación con casos “controlados” que con casos vistos por primera vez), es posible que se haya dado también una disminución efectiva de la proporción de trabajadoras controladas, lo que sería preocupante. Una explicación alternativa sería, finalmente, la de la disminución de la población de trabajadoras sexuales.

La proporción de trabajadores sexuales HSH “controlados” (R.2.3), por el contrario, se mantiene sin diferencias, en el contexto de cierto descenso en el total de personas que se vieron “por primera vez en el año” (4,031 el 2003 vs. 3014 el 2005) cifra usada como denominador en este indicador.

No se consigna datos para los indicadores R.2.2 y R.2.4 correspondientes al uso de condón reportado en la última relación sexual en TS y HSH respectivamente. Se está a la espera de los hallazgos de un estudio que actualmente se realiza a nivel nacional en TS y la información que la DGE/MINSA proporcionará.

**Indicadores R.2.7 y R.2.8.-** El primero, R.2.7, corresponde al número de TS y HSH que reciben pruebas rápidas en CERETS y UAMPS. Según la ESNVIH, dichas pruebas no han sido todavía utilizadas para poblaciones vulnerables (hacia fines de 2005 inclusive), por lo cual el estimado correspondiente es 0.

El segundo, R.2.8, planteó estimar el número de TS y HSH referidos a CERETS por educadores de pares. En la Hoja de Monitorización, se registra el número de consejerías a TS y HSH realizadas por pares. Sobre este indicador, el dato más cercano es el indicador “Nº de consejerías de GEPETS realizadas a población vulnerable”, que reporta un total de 6313 consejerías.

**Indicadores R.2.5 y R.2.6.-** Corresponden a población privada de su libertad. La encuesta realizada por SASE en el Estudio Basal, tuvo errores en cuanto a la inclusión de un tamaño muestral muy bajo (lo que limitó su precisión) y el procedimiento de muestreo, los que para la segunda medición fueron mejorados.

Para el estudio de la segunda medición —al igual que en la LB—, el universo estuvo constituido por las personas privadas de libertad que tenían por lo menos un año de permanencia en los establecimientos penales, considerados sujetos ya insertos en el sistema penal con conocimientos adquiridos o no en ITS y uso de condón. El estudio contempla a 3 penales ubicados en Lima y Callao.

La muestra en la primera medición de LB fue de 134 personas. La muestra definitiva para la segunda medición fue de 598 personas, habiendo alcanzado una eficacia del 100%. Esta muestra ha sido ponderada considerando los pesos relativos de los pabellones y las cantidades de personas de cada penal.

La metodología para el cálculo del indicador de conocimientos se ha basado en la reacción frente a los ítems sobre prevención de las ITS, en tanto el indicador de uso de condón en la última relación sexual se ha basado en una pregunta con alternativa dicotómica.



El indicador Proporción de PPL con conocimiento de métodos de prevención de ITS (R.2.5), se estimó en la primera medición en 76.8%, mientras en la segunda medición el estimado en la versión más ligera del indicador, se incluyen tres ítems: uso del condón, abstinencia o evitar tener relaciones sexuales, y fidelidad o tener relaciones sexuales sólo con la pareja; se obtiene así un estimado de 44.1% (N = 598). En la versión más exigente del indicador, se incluyen dos ítems adicionales: “sexo sin penetración” y “evitar relaciones sexuales con desconocidos”, obteniéndose un estimado de 30.4%. En cuanto a proporción de personas que usaron preservativo en su última relación sexual, sin embargo, no hubo variación.

### Aportes del Estudio Cualitativo

Se han identificado condiciones que han favorecido y otras que han limitado el alcance de los resultados obtenidos en las poblaciones vulnerables, a saber:

Condiciones que han favorecido las acciones del Proyecto	Condiciones que han obstaculizado u limitado las acciones y del Proyecto
<p>La experiencia previa de trabajo con poblaciones vulnerables de las personas e instituciones que operativizaron las acciones del objetivo.</p> <p>El fortalecimiento del proceso de las atenciones periódicas en el CERETS tanto a TS como HSH van generando que las personas adquieran la propia motivación y el interés por venir ellos/as mismas a sus controles.</p> <p>La intervención se ha visto fortalecida por experiencias paralelas de otras organizaciones y fondos. Es así que la presión sobre algunos de los recursos que usa el CERETS baja porque a gran parte de su población TS se le realizan las pruebas de ELISA, sífilis, clamidia, tricomonas y GRAM con los recursos del Proyecto Estudio de la Prevalencia de ITS-VIH/Sida.</p> <p>El trabajo desarrollado por el CERETS y sus PEP´s ha permitido movilización y sensibilización de las poblaciones vulnerables en la actualidad. Las TS de Huancayo e Iquitos perciben mayor interés en los centros laborales para que su personal TS acuda periódicamente a sus controles, y que entre ellos integre la prueba de ELISA</p>	<p>Las estrategias utilizadas con poblaciones vulnerables fueron muy próximas a las acciones de prevención que se habían gestado desde el MINSA y las ONGs lo cual contribuyó a replicar fortalezas pero también debilidades.</p> <p>Respecto al tema de derechos, no hubo mayores desarrollos ligados a este aspecto o a operativizarlo o convertirlo en un eje transversal de las actividades.</p> <p>Si bien se desarrollaron materiales específicos para las poblaciones vulnerables como rotafolios, estos fueron entregados al personal de salud, generando expectativas en PEP´s TS y PEP´s HSH; y, que hasta el momento de la entrevista no los habían recibido.</p>



## Objetivo 3

### *Reducir la transmisión vertical de VIH.*

#### Objetivos específicos

Reducir la transmisión vertical de VIH (madre a niño) a través de la promoción de tamizajes de VIH voluntarios en la población de gestantes y proveyendo tratamiento antiretroviral, reemplazo de la leche materna y otros tipos de apoyo a las madres VIH positivas. Sus actividades son: realización de campañas de información, educación y comunicación para prevenir la transmisión vertical; entrenamiento al personal de salud en el uso de pruebas rápidas de VIH, asegurando la existencia de los insumos en el Ministerio de Salud; aplicación de pruebas rápidas; fortalecimiento y expansión de los servicios de consejería para gestantes VIH positivas.

#### Resultados

Código	Indicador	Fuente de los datos LB I	Estimación LB I		Fuente de los datos LB II	Estimación LB II	
			N	%		N	%
R.3.1	Proporción de gestantes que se realizan pruebas de tamizaje para VIH durante el embarazo	Hoja de Monitorización CETSS 2003	197602/ 535461	36.9%	Hoja de Monitorización CETSS 2005	208959/ 497166	42.03%
R.3.2	Proporción de gestantes sin control prenatal que se realiza pruebas rápidas en el momento del parto	-----	-----	0.0%	Hoja de Monitorización CETSS 2005	38,887/ sin denominador	ND
R.3.3	Proporción de gestantes seropositivas sin control prenatal que reciben profilaxis con antirretrovirales en el momento del parto institucionalizado	-----	-----	0.0%	Hoja de Monitorización CETSS 2005	66/106 (niños expuestos)	62.3%
R.3.4	% de gestantes que acuden a 1º CPN en Establecimientos de Salud que recibieron información a través de medios masivos	No se midió	ND	ND	Encuesta Rápida Gestantes UPCH feb, 2006	386	(1) 46.9% (2) 79.8%

#### Análisis de Resultados

El Estudio Basal estimó sólo el primero de los 3 indicadores entonces propuestos (R.3.1, proporción de gestantes en control prenatal que son tamizadas para VIH), pues los otros dos correspondían a tareas que aún no se desarrollaban en los servicios, es decir, R.3.2. Proporción de gestantes no controladas que son tamizadas con pruebas rápidas al momento del parto, y R.3.3., proporción de gestantes seropositivas no controladas que reciben antirretrovirales en el momento del parto institucionalizado.

Para la segunda medición, R.3.1 se calculó de los datos la hoja de monitorización. El estimado en este caso es de 42.0%, superior al 36.9% del 2003.

En cuanto a R.3.2, se utilizó la información de la ESNVIH para monitorizar la administración de las pruebas rápidas, lo que aparece sólo en su formato nuevo. La hoja registra la



aplicación de 38,887 pruebas rápidas a gestantes, aunque no consigna el total de mujeres sin diagnóstico de status VIH al momento del parto.

Se asume que el universo para dicha aplicación está constituido por tres grupos: (1) Mujeres que, pese a someterse a control prenatal, no fueron tamizadas (es decir, el 57.1% de las mujeres que constituyen el denominador para el cálculo del indicador R.3.1); (2) mujeres que llegaron a parto sin control prenatal previo; y (3) mujeres que, habiendo sido tamizadas, llegaron a un servicio obstétrico distinto de aquel en el que fueron tamizadas y no portaban la información correspondiente. Por ello, el denominador de este indicador no puede ser estimado en este momento, y el indicador en su conjunto no puede plantearse tampoco.

El indicador R.3.3 se puede analizar sólo con la información del formato nuevo (al no existir en el antiguo). En este caso, considerando que algunas mujeres seropositivas estaban ya siendo tratadas al iniciar la gestación, o iniciaron tratamiento durante la misma, era más adecuado considerar la profilaxis directa de los recién nacidos. Así, de un total de 106 niños expuestos perinatalmente al VIH/SIDA, 15 recibieron profilaxis con NVP, 43 con AZT, y 8 con ambos medicamentos, haciendo un total de 66, lo que equivale a 62.3%. En cuanto a datos de gestantes, en 26 DISAs/DIREAS se reportaron 178,712 gestantes en su primer control prenatal y 117,957 partos.

De un total de 115,5177 gestantes fueron tamizadas para el VIH 76,630 y 38,887 con ELISA y pruebas rápidas respectivamente y salieron positivas 222 y 109 gestantes. 64 gestantes fueron positivas en pruebas confirmatorias, 63 recibieron profilaxis con AZT durante el embarazo, y 9 recibieron terapia con NPV (algunas recibieron ambas, probablemente).

**Indicador R.3.4.-** para el cálculo de la proporción de gestantes que acude a un primer control prenatal en establecimientos de salud que recibieron información a través de medios masivos, se realizó una mini-encuesta rápida en gestantes de varios establecimientos, que involucró tomar 100 mujeres por establecimiento. Se tomaron 3 establecimientos en Lima, el IMP, el Hospital María Auxiliadora y el Hospital Arzobispo Loayza y centros de Iquitos y Huancayo, donde se reclutó 100 mujeres por ciudad, entre varios establecimientos.

A partir de la información proporcionada por la Estrategia Nacional, se definió que la ejecución del objetivo 3 había utilizado para este efecto por lo menos tres medios: avisos de radio, fotonovelas, y folletos. Así, el mini-cuestionario indagó por las tres posibles fuentes de información. Sin embargo, se constató que muchas mujeres manifestaban haber recibido folletos o fotonovelas cuando éstos ni siquiera habían sido distribuidos por el programa. Para efectos de cálculo del indicador, por ello, se decidió adoptar dos modalidades: La primera se restringía sólo a la indagación sobre recepción de información por cuñas radiales; la segunda, incluía la visión de fotonovelas y folletos. De otro lado, para evitar la dispersión de momentos, se restringió las preguntas a las 386 mujeres en su segundo control (74.8% de la muestra). De estas 386 mujeres, un 46.9% refirió haber escuchado los mensajes de radio, y un 79.8% refirió haber recibido la información por al menos una de las tres vías (radio, folletos o fotonovelas). Se recomienda que el uso de estos indicadores se base en información administrativa sobre la exhaustividad y oportunidad del reparto de materiales.

### **Aportes del Estudio Cualitativo**

Se han identificado condiciones que han favorecido y otras que han limitado el alcance de los resultados obtenidos en la prevención materno-perinatal. En los párrafos siguientes puntualizamos estas condiciones.



Condiciones que han favorecido las acciones del objetivo 3	Condiciones que han limitado u obstaculizado las acciones del objetivo 3
<p>La experiencia previa de las instituciones que integran el consorcio en la medida que pusieron su experiencia y procesos anteriores a beneficio de los productos del proyecto.</p> <p>Las capacitaciones y la producción del módulo se nutrió de una perspectiva metodológica práctica (ensayo-error) lo que supuso una dinámica participativa adecuada para la generación de competencias.</p> <p>Se propuso una unidad de coordinación que se reunía los días jueves para las coordinaciones. Esta instancia facilitó algunos procesos.</p> <p>Se lograron dinamizar a partir de las actividades del Proyecto nuevas acciones en consorcio, por ejemplo con UNICEF que se mostró interesado en los trabajos que se realizaron y se plantearon procesos de réplica.</p>	<p>Los procesos de capacitación si bien se realizaron cumpliendo las metas, tuvieron dificultades: periodos breves para el desarrollo de competencias (2 días), tiempo muy breve para generar competencias para replicar el módulo en las regiones.</p> <p>Se realizaron importantes retrasos por la ausencia de normatividad y no se desarrollaron las acciones de lobby y abogacía necesarias para acelerar la respuesta de los sectores gubernamentales involucrados.</p> <p>Las coordinaciones que se hicieron para las capacitaciones tuvieron demasiados retrasos para la aprobación de algunos registros médicos a pesar de que a comparación de los otros objetivos los nuestros salieron mas rápidos que el de ellos, pero de todas maneras e observaba que por el hecho de realizar sus actividades no...</p> <p>La revisión y aprobación técnica de los productos por parte del MINSA tomo mucho más tiempo del planificado. Del mismo modo sólo hacia el final la ESNVIH contó con una persona responsable de la interlocución con el Consorcio encargado de la ejecución del objetivo.</p> <p>El desfase entre la llegada de las pruebas rápidas y la ejecución de las capacitaciones plantea dificultades importantes en el desarrollo y alcance de metas del objetivo 3.</p> <p>La participación de las PVVS ha sido un tema recurrente en los conflictos internos de los ejecutores que han debilitado la potencialidad de acciones conjuntas.</p>



## Objetivo 4

*Garantizar la calidad del cuidado integral para las PVVIH, incluyendo el acceso al tratamiento antiretroviral.*

### Objetivos específicos

Mejorar la calidad de la oferta integrada de servicios de salud para personas que viven con VIH y garantizar el acceso libre y universal al tratamiento antiretroviral. Son actividades de este objetivo: capacitar a personas que viven con VIH, sus familias y amigos en cuidados domiciliarios integrales de salud y soporte; capacitar voluntarios de la comunidad para proporcionar cuidados en casa a las personas que viven con VIH; capacitar consejeros de pares en prevención, autocuidados y asesoría informativa en centros de salud; capacitar en atención integral de salud y administración de tratamientos antiretrovirales a los equipos multidisciplinarios responsables; proveer un aproximado de 5250 tratamientos antiretrovirales para pacientes naive, 700 tratamientos de rescate y asumir la continuación del tratamiento de 1050 pacientes; y ampliar el acceso a pruebas de monitoreo de carga viral y CD4.

### Resultados

Código	Indicador	Fuente de los datos LB I	Estimación LB I		Fuente de los datos LB II	Estimación LB II	
			N	%		N	%
R.4.1	Proporción de PVVIH que acuden a un servicio de salud y reciben atención integral	-----		0.0% (o no def)	Mini-Encuesta	237/419	56.6%
R.4.2	Proporción de PVVIH en fase de inmunodeficiencia que reciben TARGA según protocolo	Dato MINSa (niños); Estudio TARGA		1.0% (minsá); 25% Total Nac.	Base de Datos Atención Integral	6629/9000 4083/6416	73.7% (nac.); 64% MINSa
R.4.3	Porcentaje de adherencia al tratamiento ARV	-----		0.0% (o no def.)	Mini Encuesta	254/296	85.8%
R.4.4	Número y % de PVVS que reciben pruebas de monitoreo CD4 y Carga Viral	No se midió	ND	ND	INS Mini Encuesta	6166/7000 [371/385 CD4; y 337/361 CV]	88.1% [96.5% CD4 y 93.4% CV]
R.4.5	Numero de PVVS en TARGA que reciben consejería por los CEPS en el último año	No se midió	ND	ND	Mini-encuesta	138/178	77.5%
R.4.6	% PVVS en TARGA, que reciben orientación sobre el uso adecuado del condón.	No se midió	ND	ND	Mini-encuesta	258/283	91.2%

### Análisis de Resultados <sup>13</sup>

**Indicador R.4.1: Proporción de PVVIH que acuden a un servicio de salud y reciben atención integral.**- La operacionalización del concepto de atención integral y de calidad para las PVVIH estaba aún en proceso en el MINSa, y todavía no figuraba en las normas técnicas del mismo para la atención de las PVVIH, por lo que no podía ser estimado para el

<sup>13</sup> El Estudio Basal consideró los indicadores R.4.1 al R.4.3.



año 2003<sup>14</sup>. Ahora bien, de acuerdo a la Hoja de Monitorización 2005 (formato nuevo), R.4.1 se estimaría en 2244/2220 (101.1%), lo cual sugiere que el numerador no está contenido en el denominador y probablemente proviene de una fuente distinta, de modo que ésta no es una forma adecuada de estimar este indicador. La base de datos de TARGA tampoco permite su cálculo. Según mini-encuesta realizada en 419 personas en Lima, Huancayo e Iquitos, y considerando los nueve ítems planteados como definidores de atención integral en lista a seguir, sería de 56.6%:

- Consulta de especialista
- Prueba de CD4
- Carga viral
- Consejería de pares
- Consejería por psicólogo
- Asistente social/visita domiciliaria
- Consulta ginecológica (mujeres)
- Consulta dental
- Consulta oftalmológica

**Indicador R.4.2: Proporción de PVVIH en fase de inmunodeficiencia que reciben TARGA según protocolo.-** fue estimado en 1%, en tanto dicho porcentaje correspondía a 40 niños que recibían TARGA en el MINSA hasta antes de la implementación del programa TARGA.

Según datos de ESNVIH, a fines del año 2005 el número de personas en TARGA en el MINSA es 4083. Si este número se suma a los 2586 tratados por otras fuentes de TARGA, se tiene un total de 6629, que corresponde a 73.7% del total de 9000 PVVS en necesidad de tratamiento estimadas para 2005.

Sin embargo, cuando se revisa la información de los beneficiarios del programa TARGA a la que hemos tenido acceso, notamos que la razón hombre:mujer es de 1.9 desde inicios del programa hasta fines del 2005. Este resultado difiere de la antes referida relación hombre:mujer de 3:1 en cuanto a casos de VIH/SIDA, estable en los últimos 8 años, lo que sugiere que existiría un potencial sesgo en la atención que no permite un cabal acceso de los hombres, o que las mujeres encuentran el servicio más amigable, entre otras hipótesis que merecerían ser exploradas. En algunos establecimientos la relación es aún menor a 1:1.

**Indicador R.4.3: Porcentaje de adherencia al tratamiento ARV.-** Se adoptó igual criterio al Indicador R.4.1 pues todavía no se había adoptado un criterio claro para la definición de adherencia. Para el 2005 se había considerado utilizar dos fuentes: Por un lado, la proporcionada por la Base de Datos de Atención Integral de la ESNVIH, y luego la información generada por nuestra mini-encuesta en PVVS. Sin embargo, la primera no consigna información que pueda utilizarse para esta estimación. Por ello, se recurre a la mini-encuesta a PVVS, según la cual 85.8% (254 de 296) reportan que nunca han dejado de tomar medicamentos; 7.1% los dejaron de tomar 1 vez; 3% 2 veces y 2.4% de 3 a 5 veces. Y al menos en la cuarta parte de los casos la no adherencia se debió a desabastecimiento de los medicamentos. Todo esto sugiere que la adherencia al programa es bastante buena.

---

<sup>14</sup> Fue necesario completar la implementación de la definición operacional de atención integral y de adherencia para su adecuada medición en la segunda medición de línea de base. Por ello, igual que para E.4 y E.5, se propuso el desarrollo de un proceso de discusiones con la ESNVIH para discutir una propuesta de operacionalización del indicador al inicio de la consultoría (información de responsables del estudio).



**Indicador R.4.4: Número y % de PVVS que reciben pruebas de monitoreo CD4 y Carga Viral.-** se implementó de una mini-encuesta en PVVS para medir este y los 2 siguientes indicadores. Para la mini-encuesta se tomaron 100 personas de cada uno de tres de los centros más grandes de Lima: Hospital Cayetano Heredia, Hospital Dos de Mayo y Hospital Daniel A. Carrión y en provincias con la cantidad de PVVS existentes en el caso de no llegar a 100. Si bien R.4.4 podría ser estimado en parte a través de información de monitoreo interno del programa, así como del INS, se conoce que muchas PVVS obtienen sus exámenes auxiliares por pago directo en un centro particular o contratando el servicio en el establecimiento, cuando éste es ofrecido.

Para el 2005, se había considerado dos fuentes de datos: Primero, el número de pruebas por paciente registradas en el INS; segundo, los datos de la Mini-Encuesta en PVVS. La primera de estas fuentes no discrimina personas que no se atienden en el programa del MINSa, como sí lo hace la segunda. Los estimados que se obtienen con cada fuente son: Según el INS, 88.1% de los pacientes “programados” en el año (7000) recibieron pruebas. Según nuestra mini-encuesta, 96.5% y 93.4% habían sido sometidos a al menos un examen de CD4 o carga viral, respectivamente.

**R.4.5 Número de PVVS en TARGA que reciben consejería por los CEPS en el último año.-** la proporción de PVVS en TARGA que reciben consejería de pares, se estima en 77.1% (con estimados por ciudad de 77.6%, 80.0% y 85.5% para Lima, Huancayo e Iquitos, respectivamente),

**R.4.6 % PVVS en TARGA, que reciben orientación sobre el uso adecuado del condón.-** la proporción de PVVS en TARGA que recibe consejería sobre uso de condón, se estima en 91.2% (con estimados por ciudad de 85.2%, 96.7% y 91.1% para Lima, Huancayo e Iquitos, respectivamente).

### Aportes del Estudio Cualitativo

A partir de las entrevistas y grupos focales realizados con los actores, operadores y poblaciones beneficiarias intermedias y finales podemos identificar en el desarrollo de las actividades del proyecto correspondientes al objetivo tres, condiciones que han favorecido y otras que han limitado el alcance de los resultados obtenidos en los actores involucrados en la atención integral. En los párrafos siguientes se expone los principales hallazgos respecto a estas condiciones.

Condiciones que han favorecido las acciones del objetivo 4	Condiciones que han limitado u obstaculizado las acciones del objetivo 4
<p>La experiencia de las organizaciones no gubernamentales que participan en el Consorcio que incluía el manejo de tratamientos antiretrovirales ha sido de gran importancia para el desarrollo de las acciones.</p> <p>La perspectiva de organizaciones de las PVVS que vienen trabajando durante muchos años permite una evaluación posicionada de los problemas ocurridos en las actividades de acceso a tratamiento</p> <p>La participación de las organizaciones de PVVS han permitido la participación y capacitación de voluntarios desde la perspectiva de los afectados.</p>	<p>El desabastecimiento de los medicamentos en los servicios de atención de salud ha sido sin lugar a dudas el principal problema identificado por los afectados y los operadores del objetivo 4.</p> <p>La atención integral en salud, entendida como el acceso a prevención, a tratamiento médico y medicamentoso (en las diversas especialidades), y soporte psicológico (entendido como acompañamiento psicológico quincenal, mínimo), no está siendo brindada, ya sea por la saturación en número de pacientes, o por la discriminación que sufren los usuarios en servicios distintos</p> <p>En el primer periodo del proyecto, el desabastecimiento ha sido recurrente y en varios casos ha significado el fracaso de la terapia.</p>



	<p>Las convocatorias realizadas por las DISAS no correspondían al perfil exigido, a tal punto que sólo el 30% de los médicos actualmente manejan tratamientos antiretrovirales. El 70% fue personal de otras áreas o áreas administrativas. Esto es más grave cuando existen muchos lugares donde se imparte tratamiento actualmente que no cuentan con personal capacitado.</p> <p>La organización de las actividades en el objetivo 4 se dio de manera compartimentalizada y si bien se capacitó y sensibilizó a distintos integrantes de los equipos de salud, los equipos como tales no fueron capacitados.</p>
--	---



## Objetivo 5

*Fortalecer la respuesta de la sociedad civil y el Estado ante la epidemia del VIH/SIDA*

### Objetivos específicos

Reforzar la respuesta nacional multisectorial e interinstitucional al VIH/SIDA, con la participación del Estado, ONGs, personas viviendo con VIH/SIDA, el sector privado y agencias de cooperación. Las actividades incluyeron: promover el trabajo conjunto entre las organizaciones de la sociedad civil de Lima respecto a la problemática del VIH/SIDA; organización de foros nacionales y regionales sobre participación, ciudadanía.

### Resultados

Código	Indicador	Fuente de los datos LB I	Estimación LB I		Fuente de los datos LB II	Estimación LB II	
			N	%		N	%
R.5.1	Institucionalización de la CONAMUSA por el gobierno por medio de la promulgación de un decreto supremo o una provisión legal equivalente.	Documentos oficiales.	01	100%	Documentos oficiales.	01	00
R.5.2	% de incremento de inversión multisectorial en la lucha contra el VIH/SIDA y TB	Documentos presupuestales	18,635,842 Nuevos soles	Incremento no menor del 10 %	Documentos presupuestales 2004	29,295,717.20 Nuevos soles	(Porcentaje de incremento 42.5%)
R.5.2.1	% de incremento de inversión multisectorial en la lucha contra el VIH/SIDA	Documentos presupuestales	6,138,461 Nuevos soles	Incremento no menor del 10 %	Documentos presupuestales 2004	14,524,920 Nuevos Soles	(Porcentaje de incremento 136.62%)
R.5.2.2	% de incremento de inversión multisectorial en la lucha contra la TB.	Documentos presupuestales	12,497,382 Nuevos soles	Incremento no menor del 10 %	Documentos presupuestales 2004	14,769,797 Nuevos Soles	(Porcentaje de incremento 18.18%)
R.5.3	Modificación de la ley 26626 y su reglamento.	Documentos oficiales.	01	100%	Documentos oficiales.	N/A	N/A
R.5.4.1	% de Instituciones que reconocen a la CONAMUSA	Encuesta LB I		6.5%	Encuesta LB II	26	100%
R.5.4.2	% de personas afectadas que reconocen al CONAMUSA	Encuesta LB I		7.4%	Encuesta LB II	19 <sup>15</sup>	9.8%
R.5.4.2.1	% de personas afectadas por TB que reconocen a la CONAMUSA	No se midió	ND	ND	Encuesta LB II	7	8.8%
R.5.4.2.2	% de PVIH que reconocen al CONAMUSA	No se midió	ND	ND	Encuesta LB II	12	10.8%
R.5.5.1	% de Instituciones que reconocen a la COREMUSA	No se midió	ND	ND	Encuesta LB II	34	95%
R.5.5.2	% de personas afectadas que reconocen al COREMUSA	No se midió	ND	ND	Encuesta LB II	17	11.8%

<sup>15</sup> Para el caso del objetivo 5 se indica las personas o número de instituciones que respondieron afirmativamente en la encuesta.



Código	Indicador	Fuente de los datos LB I	Estimación LB I		Fuente de los datos LB II	Estimación LB II	
			N	%		N	%
R.5.521	% de personas afectadas por TB que reconocen al COREMUSA	No se midió	ND	ND	Encuesta LB II	5	7.36%
R.5.522	% de PVVIH que reconocen la I COREMUSA	No se midió	ND	ND	Encuesta LB II	12	15.12%
R.5.5.3	Número de instituciones que participan en comisiones técnicas y Comités consultivos de la CONAMUSA	No se midió	ND	ND	Encuesta LB II	9	N/A

## Análisis de Resultados

### Indicador R.5.1: Institucionalización de la CONAMUSA por el gobierno por medio de la promulgación de un Decreto Supremo o una provisión legal equivalente.

El presente indicador fue cumplido antes de iniciar las actividades del Objetivo 5. El 23 de Mayo de 2004 fue publicado en el diario oficial "El Peruano", el Decreto Supremo N° 007-2004-SA, mediante el cual se constituyó la Coordinadora Nacional Multisectorial de Salud – CONAMUSA, reconocida como el Mecanismo de Coordinación del país, a los que hace referencia los Contratos de Donación suscritos entre el Fondo Global y CARE PERU.

Se ha presentado una propuesta de modificatoria -como resultado del análisis de aplicación de los dispositivos legales, los vacíos e incongruencias- con la finalidad de plantear una metodología que permita visualizar y vigilar el proceso de aplicación del DS 007–2004-SA y su reglamento.

### Indicador R.5.2: Un aumento del 10% en la inversión multisectorial<sup>16</sup> en la lucha contra el VIH/SIDA TB.

Para el 2004<sup>17</sup> la inversión identificada para VIH/Sida y Tuberculosis fue de 29.294.717.20 nuevos soles (VIH/Sida: 14.524.920,0 nuevos soles y TB: 14,769,797.2 nuevos soles), lo cual representa un incremento de 42.5% con respecto al año 2003, con lo cual se habría superado la meta establecida en 10%. La información de Inversión multisectorial en VIH/Sida y TBC, corresponde básicamente a la que ha podido ser identificada por los Ministerios como destinada al Control de VIH/Sida y Tuberculosis.

El incremento sectorial para el caso de VIH se observa que en el 2004 en todas las Instituciones se realizaron incrementos importantes, en la siguiente tabla se muestra el incremento en cada sector, lo que llega ha un promedio de 99.2 % muy por encima de la meta del 10%.

<sup>16</sup> Se ha definido Inversión Multisectorial a la realizada por los Ministerios que son miembros de la CONAMUSA y otros Organismos Públicos Descentralizados y Unidades Ejecutoras. La "inversión" es calculada en base a la fuente de financiamiento Recursos Ordinarios gastados en prevención, atención y/o tratamiento de cualquiera de las dos epidemias de acuerdo a la información disponible en las cuentas de cada uno de los Ministerios.

<sup>17</sup> Para los indicadores de presupuesto se han tomado el estudio del 2004.



VIH/Sida - Ejecución Presupuestal por Ministerios (en nuevos soles)			
Entidad publica	2003	2004	Incremento
Ministerio de Justicia	-	-	
Instituto Nacional Penitenciario 1/	418,584.0	468,031.0	11.8%
Ministerio del Interior	610,414.0	1,680,812.0	175.4%
Ministerio de Relaciones Exteriores	-	-	
Ministerio de Economía y Finanzas	-	-	
Ministerio de Educación	333,098.3	693,121.9	108.1%
Ministerio de Salud	-	-	
- Dirección de Medicamentos, Insumos y Drogas. 2/		2,390,873.2	100.0%
- Programa de Administración de Acuerdos de Gestión-PAAG	3,693,831.3	4,854,435.0	31.4%
- Instituto Nacional de Salud	329,911.0	1,722,439.0	422.1%
- Sistema Integral de Salud	968,020.0	912,409.2	-5.7%
Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo	-	-	
Ministerio de Defensa	-3/	865,242.8	100,0%
Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social	-	-	
Programa Nacional de Asistencia Alimentaria	-	-	
	-	-	
COPRECOS 4/	937,556.0	937,556.0	0.0%
<b>Total</b>	<b>7.291.414,5</b>	<b>14.524.920,0</b>	<b>99,2%</b>
<b>Total (en US \$)</b>	<b>2.243.512,2</b>	<b>4.469.206,2</b>	

1/ El presupuesto asignado corresponde al personal contratado y a la atención hospitalaria

2/ Corresponde a la información de la Licitación Pública 006-2003-MINSA -Dirección de Medicamentos, Insumos y Drogas

3/ No fue posible conseguir información detallada de gastos adicionales a los de COPRECOS

4/ No fue posible a la fecha de cierre de este Estudio contar con información del 2004 de COPRECOS, por lo cual se ha repetido la información del año 2003

La información que se presenta corresponde básicamente a la que ha podido ser identificada por los Ministerios como destinada al Control de VIH/Sida y Tuberculosis. Esta información no representa el costo económico del Control de VIH/Sida y Tuberculosis por parte del Gobierno del Perú, pues se excluye en su totalidad los gastos destinadas a la Atención médica en salud de ambas enfermedades (que corresponde a los gastos de personal).

En el caso del Ministerio de Salud, principal fuente de información, al haberse establecido el Modelo de Atención Integral de Salud y haberse eliminado de la estructura orgánica del Ministerio de Salud (principal proveedor del servicio) los Programas de TBC y ITS/VIH/SIDA no es posible identificar gastos, sino información estadística del número de casos tratados los cuales si se encuentran registrados en las respectivas estrategias nacionales, que a la fecha están encargadas de la parte normativa y de planeamiento que correspondía a los programas.

El incremento sectorial para el caso de TB se observa que en el 2004 en todas las Instituciones se realizaron incrementos no tan importante como el caso de VIH, en la siguiente tabla se muestra el incremento en cada sector lo que da un promedio de 16.4 % lográndose sobrepasar la meta del 10%.



Tuberculosis - Ejecución Presupuestal por Ministerios (en nuevos soles)			
Entidad publica	2003	2004	Incremento
Ministerio de Justicia	-	-	
Instituto Nacional Penitenciario 1/ y 2/	418,584.0	468,031.0	11.8%
Ministerio del Interior	1/	1/	
Ministerio de Relaciones Exteriores	-	-	
Ministerio de Economía y Finanzas	-	-	
Ministerio de Educación	-	-	
Ministerio de Salud	-	-	
Programa de Administración de Acuerdos de Gestión-PAAG	7,742,682.9	8,662,235.0	11.9%
Instituto Nacional de Salud	280,957.0	316,030.2	12.5%
Sistema Integral de Salud	-	-	
Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo	-	-	
Ministerio de Defensa	1/	1/	
Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social	-	-	
Programa Nacional de Asistencia Alimentaria	4,243,372.0	5,323,501.0	25.5%
	-	-	
COPRECOs (incluye Ministerio de Defensa e Interior)	-	-	
	-	-	
<b>Total</b>	<b>12,685,595.9</b>	<b>14,769,797.2</b>	<b>16.4%</b>
<b>Total (en US \$)</b>	<b>3,903,260.3</b>	<b>4,544,553.0</b>	
1/ Los tratamientos para TB son suministrados por el Ministerio de Salud			
2/ El presupuesto asignado corresponde al personal contratado y a la atención hospitalaria			

### Indicador R.5.3: Ley 26626 y sus regulaciones serán corregidas.

El primero de Junio del 2004 se publicó la Ley 28243<sup>18</sup> que modifica y amplía algunos artículos a la Ley 26626.

La propuesta de modificatoria de Ley de VIH fue presentada en el Congreso de la Republica el 15 de Agosto 2005, por intermedio del Congresista José Luís Risco..

La propuesta para la Ley de TB fue aceptada por el Congresista José Luís Risco e ingresada a la Mesa de Partes del Congreso el 11 de octubre del 2005.

### Indicador R.5.4: Aumento del 0 al 30% de instituciones y personas que viven en ciudades objetivas que reconocen a la CONAMUSA <sup>19</sup>

<sup>18</sup> Con esta norma se buscaba proteger aspectos, referidos a derechos humanos y principios ético jurídicos de la atención médica y el respeto que se le debe dar a todo paciente, con énfasis en la defensa y protección de la dignidad de la persona y su salud. La Ley precisaba que se debía elaborar el Plan Nacional de Lucha Contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA) y las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), la que se denominaría CONTRASIDA. Dando cumplimiento a uno de sus objetivos, como era Promover un marco Jurídico que garantice el acceso a tratamiento integral para PVVS, el Colectivo por la Vida inicia una campaña para la recolección de información y elabora una propuesta legislativa, que debía de presentarse al Congreso, como texto sustitutorio a algunos artículos de la Ley 26626.

<sup>19</sup> Para la segunda medición se utiliza el mismo instrumento utilizado en el primera línea de base



- R.5.4.1: Porcentaje de instituciones que reconocen a la CONAMUSA en las ciudades objetivo.- En el Estudio Basal de LB, existe un reconocimiento de las instituciones integrantes del CONAMUSA del 6.5%, para el segundo estudio se obtiene un resultado del 100% de reconocimiento; superándose largamente lo esperado de 30%.
- R.5.4.2: Porcentaje de personas afectadas que reconocen a la CONAMUSA en las ciudades objetivo.- en el Estudio Basal de LB se obtuvo que el 7.4% de personas afectadas reconocen a la CONAMUSA, para el segundo estudio se obtiene que el 9.8% de las personas afectadas de TB y las PVVIH reconocen la CONAMUSA, teniendo una brecha del 20.20%; sin haber llegado a la meta del 30%.
- R.5.4.2.1: Porcentaje de personas afectadas de TB que reconocen a la CONAMUSA en las ciudades objetivo.- se realizó tomando una muestra en relación al número de pacientes; teniendo como resultado un 8.8%; con una brecha del 21.20%.
- R.5.4.2.2: Porcentaje de PVVIH que reconocen a la CONAMUSA en las ciudades objetivo.- el 10.8% de las PVVIH entrevistados reconocen el CONAMUSA, teniendo una brecha actual del 19.2%.

**Indicador R.5.5: Porcentaje de instituciones y personas afectadas que reconocen a la COREMUSA en las ciudades objetivo y numero de instituciones que participan en comisiones y comités de la CONAMUSA.**

- R.5.5.1: Porcentaje de instituciones que reconocen a la COREMUSA en las ciudades objetivo. Las COREMUSA ha sido creadas durante la primera fase. El 95% de los entrevistados reconocen la COREMUSA.
- R.5.5.2: Porcentaje de personas afectadas que reconocen a la COREMUSA en las ciudades Objetivo.- El 11.8% de las personas afectadas en general reconocen a las COREMUSA; siendo el valor muy cercano a lo que sucede con respecto a la CONAMUSA.
- R.5.5.2.1: Porcentaje de personas afectadas con TB que reconocen a la COREMUSA en las ciudades objetivo.- El 7.36% de la personas afectadas con TB en las diferentes regiones donde existen instaladas COREMUSA reconocen a la COREMUSA.
- R.5.5.2.2: Porcentaje de PVVIH que reconocen a la COREMUSA en las ciudades objetivo.- Ascende a 15.12%, siendo relativamente mayor que en las personas afectadas por TB, probablemente en relación a la divulgación del impacto de la coordinadoras en VIH más que en TB.
- R.5.5.3: Número de instituciones que participan en comisiones técnicas y comités consultivos de la CONAMUSA.- Al revisar las actas de la Secretaria Ejecutiva se encuentra que 9 de todas las instituciones integrantes de la CONAMUSA, participan en Comisiones o Comités.