

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

**PROGRAMA: “FORTALECIMIENTO DE LA PREVENCIÓN  
Y CONTROL DEL SIDA Y LA TUBERCULOSIS EN EL  
PERU”**

**TERCERA MEDICIÓN DE INDICADORES DE LOS  
OBJETIVOS 2-4 DEL COMPONENTE VIH**

# **INFORME FINAL**

## **EQUIPO CONSULTOR**

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

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

Lima, 11 de Junio del 2007

## Contenidos

Carátula	1
1. Resumen Ejecutivo.....	3
2. Introducción.....	10
Contexto.....	11
Contexto Epidemiológico.....	11
Contexto Social y Programático.....	15
Contexto Normativo.....	22
Objetivos del Estudio.....	27
3. Metodología.....	29
Generalidades y Sumario.....	29
Metodología del Subestudio Cuantitativo.....	32
Metodología del Subestudio Cualitativo.....	36
4. Análisis de Hallazgos.....	42
Indicadores de Impacto/Efecto.....	47
Indicadores de Resultado-Objetivo 2.....	53
Indicadores de Resultado-Objetivo 3.....	74
Indicadores de Resultado-Objetivo 4	80
5. Conclusiones y Recomendaciones.....	104
Anexo: Lista de abreviaturas	111

## 1. RESUMEN EJECUTIVO

La presente sección de este documento constituye el Resumen Ejecutivo del Informe Final del Estudio realizado para la Tercera Medición de Indicadores de los Objetivos 2 al 4 del Componente VIH del Programa “*Fortalecimiento de la Prevención y Control del VIH y Tuberculosis en el Perú*” que es financiado por el Fondo Mundial contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FMSTM) y que actualmente esta en su segunda fase de ejecución. En este informe se incluye información sobre los aspectos metodológicos empleados en el estudio, así como las estimaciones de todos los indicadores solicitados. De acuerdo a los términos de referencia (TDR) de esta consultoría, este informe recoge los aportes vertidos en el Taller de Presentación de resultados realizado el 29 de Marzo del 2007, con participación de las contrapartes técnicas y actores clave. Adicionalmente, y en su versión final, incorpora modificaciones de acuerdo a las sugerencias y observaciones del Comité Técnico Permanente establecido para el Monitoreo y Evaluación de esta consultoría

De acuerdo al esquema planteado por los TDR, el estudio propuesto se organizó en dos sub-estudios complementarios entre sí: Un sub-estudio cuantitativo, orientado a estimar los indicadores de impacto/efecto y resultado del programa, y uno cualitativo, orientado a coleccionar y procesar información cualitativa que facilite la interpretación de los indicadores clave del programa. En este resumen ejecutivo se exponen los resultados finales de ambos sub-estudios.



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%	(1) Hoja de Monitorización del MINSA 2006 (2) Encuesta adhoc (Metodología UPCH 2007)	(1) 16843  (2) 311	(1) 42.3% (7132/16843)  (2) 36.3% (113/311)
R. 2.2	Proporción de TS que utilizó preservativo en el último encuentro sexual	Vigilancia Centinela OGE, 2002	4473	93.30%	No datos disponibles en DGE	ND	ND	(1) Encuesta adhoc (Metodología UPCH 2007)	(1) 311 TS encuestadas y 272 tuvieron RS en últimos 6 meses	(1) 94.1% (256/272)
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%	(1) Hoja de Monitorización del MINSA 2006 (2) Encuesta adhoc (Metodología UPCH) 2007	(1)2544  (2) 219	(1) 64.7% (1647/2544)  (2) 47.9% (105/219)
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	Encuesta adhoc (Metodología UPCH) 2007	194 HSH-TS entrevistados con RS en Alt. 3 meses (de un total de 219)	90.7% (176/194)
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 Enero, 2006	598  (2 niveles e exigencia)	(1) 44.1% (2) 30.4%	Encuesta adhoc (Metodología UPCH) 2007	527  (2 niveles de exigencia)	(1) 51.4% (271/527)  (2) 29.2% (154/527)
R.2.6	Proporción de PPL que usó preservativo en el última RS	Encuesta ad-hoc SASE 2003	79	32.8%	Encuesta ad-hoc UPCH Enero, 2006	598	32.4%	Enc. ad hoc (Metodología UPCH) 2007	361 PPL con RS en Alt. 3 meses (de 527 PPL)	36.8% (133/361)
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%	Hoja de Monitorización del MINSA 2006	452, 344	60.45% (273, 475 / 452, 344)
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	Hoja de Monitorización del MINSA 2006	11,448/ Sin denominador	ND
R.3.3	Proporción de gestantes seropositivas sin CPN que reciben profilaxis con ARV en el momento del parto institucional	-----	-----	0.0%	Hoja de Monitorización CETSS 2005	66/106 (niños expuestos)	62.3%	Hoja de Monitorización del MINSA 2006	67	47.8% (32/67)
R.4.1	Proporción de PVVIH que acuden a un servicio de salud y reciben atención integral	-----		0.0% (O no def.)	Encuesta ad hoc (metodología UPCH 2006)	237/419	56.6%	Encuesta adhoc (Metodología UPCH) 2007	578	(1) 6.4% (37/578) (2) 45.15% (261/578)
R.4.2	Proporción de PVVIH 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	(1) Encuesta adhoc (Metodología UPCH) (2) Base de datos de atención integral	(1) 517 PVVS en fase inmunodeficiencia de 578 encuestados (2) 6856	(1)95.35% 493/493+24 (493/517) (2) 96% (6595/6856) Dato calculado y proporcionado por MINSA
R.4.3	Porcentaje de adherencia al tratamiento ARV	-----		0.0% (O no def.)	Encuesta ad hoc (Metodología UPCH 2006)	254/296	85.8%	(1) Encuesta adhoc (Metodología UPCH) 2007	(1) 483 PVVS en TARGA que brindaron información sobre adherencia, de 578 encuestados	(1)97.0% 469/483

								(2) Sistema Targuita del MINSA (Actualizado hasta Febrero 2007)	(2) 1452 PVVS registrados en "Targuita" con información actualizada sobre adherencia	(2) 82.7% 1201/1452
R.4.4	Número y % de PVVS que reciben pruebas de monitoreo CD4 y Carga Viral	No se midió	ND	ND	INS Encuesta ad hoc (metodol UPCH 2006)	6166/7000 [371/385 CD4; y 337/361 CV]	88.1% [96.5% CD4 y 93.4% CV]	Encuesta adhoc (Metodología UPCH) 2007	578	86.7% (501/578)
R.4.5	Numero de PVVS en TARGA que reciben consejería por los CEPS en el último año	No se midió	ND	ND	Encuesta ad hoc (metodol UPCH 2006)	138/178	77.5%	(1) Encuesta adhoc (Metodología UPCH) 2007  (2) Hoja de Monitorización del MINSA 2006	(1) 493 PVVS en TARGA de 578 encuestados  (2) 4180 – sin denominador	(1) 55.6% 276/493  (2) ND
R.4.6	% PVVS en TARGA, que reciben orientación sobre el uso adecuado del condón.	No se midió	ND	ND	Encuesta ad hoc (metodol UPCH 2006)	258/283	91.2%	Encuesta adhoc (Metodología UPCH) 2007	447 PVVS en TARGA que brindaron información sobre información recibida en consejerías	64.4% (288/447)

\*Dato tomado de "Recomendaciones para la Implementación de un Programa de Tratamiento Antiretroviral en el Perú" Ejecutado por UPCH y AIS a solicitud del Ministerio de Salud, con el apoyo del Proyecto Vigía, Junio del 2004.

Hasta este momento, en que el proyecto ha culminado el primer año de su segunda fase, se puede concluir que existen aun limitaciones para describir a cabalidad la situación de la epidemia, pues los estimados de los indicadores (especialmente los de impacto/efecto) no están disponibles o no se refieren a muestras aleatorias (v.g. prevalencia de VIH gestantes no fue estimada a partir de estudios centinela). Es clamorosa la pobreza de datos del sistema para estimar la tasa de transmisión perinatal del VIH, que se traduce en la no existencia de un seguimiento apropiado para los niños expuestos, y los estimados (que reflejan una transmisión de 14%) han sido hechos sobre la base de un universo muy pequeño. Sin embargo de ello, la información sugiere que la epidemia de VIH muestra patrones de estabilidad. Los estimados sugieren que hacia diciembre de 2006 se estaba llegando a cubrir un 90% de las necesidades nacionales de TARGA, a 2 años 8 meses de iniciado el programa nacional de atención integral. Considerando estos hallazgos, es necesario coordinar las acciones del proyecto teniendo en cuenta que no se enfrenta a una epidemia en gran crecimiento sino a una condición que conserva sus niveles de expansión a partir de condiciones de vulnerabilidad que deben ser claramente entendidas y enfrentadas.

También resulta fundamental mejorar el sistema de información sobre la epidemia y su control, pues la magnitud de la inversión y la cantidad de acciones requieren de un monitoreo mucho más fino que el que se ha podido realizar hasta el momento. Al igual que en estudios previos la ejecución de estas mediciones se planteó como una tarea muy compleja, por la dificultad de acceso a mucha de la información o a las poblaciones de las encuestas rápidas (debido a requerimientos administrativos principalmente) lo cual debe ser tomado en consideración al revisar los resultados del presente informe. Cada resultado está acompañado de una breve descripción metodológica y, en muchos casos, ha sido desagregado por ámbitos puesto que el equipo de investigación considera importante analizar la epidemia tanto a nivel nacional, como a nivel regional o local. Algunos indicadores no son ideales para medir los avances del proyecto y la complejidad de esta

medición hace recomendable un mayor tiempo preparatorio y una metodología más estable entre mediciones, especialmente para asegurar y garantizar la comparabilidad entre evaluaciones. Finalmente, es importante analizar las implicancias metodológicas (para la medición de indicadores) de que varios proyectos financiados por el FMSTM ejecuten acciones similares y concurrentes en las mismas poblaciones.

## **2. INTRODUCCION**

El presente documento es el Informe Final del Estudio para la Tercera Medición de Indicadores de los Objetivos 2, 3 y 4 del Componente VIH del Programa *“Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú”* que es financiado por el Fondo Mundial contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.

Como en el caso de los estudios previos, el estudio planteó una serie de interesantes retos teóricos y conceptuales, dentro de los límites impuestos por el nivel de desarrollo de los conceptos en el sistema, la disponibilidad de datos, el cronograma y el presupuesto. De acuerdo a los TDR para esta consultoría este informe final se ha desarrollado según lo establecido en el Plan de Trabajo previamente aprobado por el Comité Técnico establecido y formado por representantes de los consorcios ejecutores de intervenciones, el Receptor Principal y contrapartes técnicas, entre ellas el MINSA. Adicionalmente, este informe recoge los aportes vertidos en el Taller de Presentación de Resultados realizado el 29 de Marzo del 2007, con participación de las contrapartes técnicas y actores clave. Adicionalmente, y en su versión final, incorpora modificaciones de acuerdo a las sugerencias y observaciones del Comité Técnico Permanente establecido para el Monitoreo y Evaluación de esta consultoría

A continuación, y como contribución a este informe, presentamos una revisión bibliográfica realizada por el equipo investigador sobre el programa, programas similares, y hallazgos previos más importantes incluyendo evaluaciones previas similares.

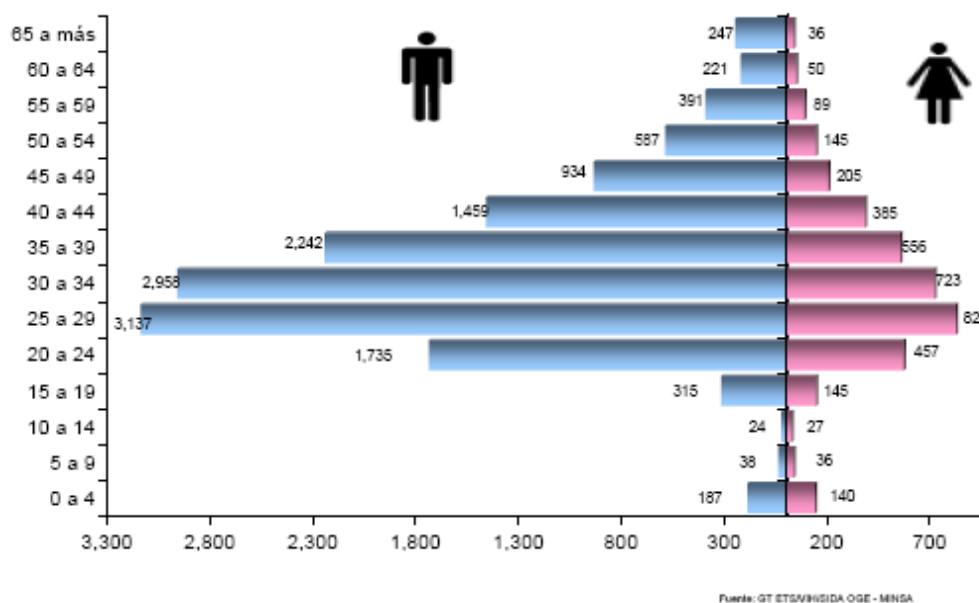
## **2.1 CONTEXTO**

### **2.1.1 Contexto Epidemiológico**

La epidemia del SIDA afecta al Perú oficialmente desde 1983, por lo que ha entrado ya en su tercera década. Desde que el primer caso de SIDA fue diagnosticado 19,399 casos de SIDA (711 durante el 2006) han sido reportados al MINSA hasta Diciembre del 2006 (DGE/MINSA, 2006). La epidemia de SIDA en el Perú está concentrada en la población de Hombres que tienen sexo con Hombres (HSH). Estudios académicos anteriores en esta población dieron como resultado un estimado de prevalencia del VIH entre 8.0% y 23.0%. Dentro del marco de este programa financiado por el FMSTM, las evaluaciones anteriores mostraron prevalencias del 13.9% (Estudio de Línea de Base) y 14,9% (Estudio de Segunda Medición de Indicadores). A su vez, los estimados para mujeres gestantes y TSF permanecen por debajo del 1% (Hierholzer y col., 2002). Las evaluaciones previas a esta tercera medición de indicadores mostraron prevalencias del 0.3%.

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

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



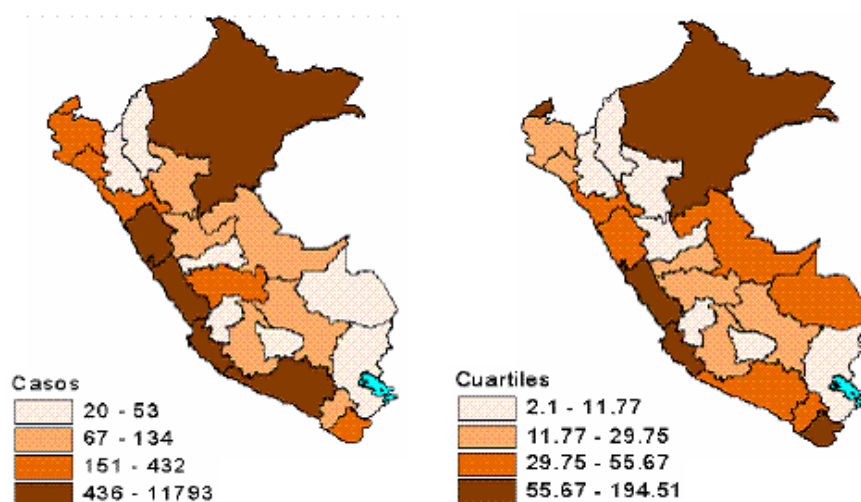
Fuente: Dirección General de Epidemiología del MINSA. Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú. Boletín Epidemiológico Mensual Diciembre 2006.

Disponible en [http://www.oge.sld.pe/vigilancia/vih/Boletin\\_2006/diciembre.pdf](http://www.oge.sld.pe/vigilancia/vih/Boletin_2006/diciembre.pdf), visitado el 08-02-07

El Boletín de Vigilancia del VIH/SIDA publicado por el MINSA en Diciembre 2006 presenta una visión general de la distribución de los casos de SIDA desde el año 1983 hasta fines de 2006 como se muestra en la figura 2. El mapa de la izquierda representa los casos de SIDA acumulados y muestra que las ciudades de la costa con la mayor población son las más afectadas. Sin embargo, esto no puede ser sólo un asunto de densidad poblacional, sino también de la calidad de la recolección de datos y de la cobertura del sistema de vigilancia. El mapa de la derecha muestra los cuartiles de la incidencia acumulada de casos de SIDA en el mismo periodo. Nuevamente, las ciudades de la costa y la selva notifican consistentemente las incidencias acumuladas más altas. Es importante notar que en la región de la selva la razón hombre: mujer es la más alta del país, de acuerdo al reciente censo. En grupos quinquenales de edad de 15 a 49 años, en Loreto (Nor-Este) los índices de masculinidad (razón hombre: mujer\*100) son mayores a 100, siendo 116 y 120 en los grupos 40-44 y 45-49, respectivamente. En Ucayali (al sur de Loreto) la situación es muy similar,

mientras en Madre de Dios (al sur de Ucayali) esos índices son aún mayores, más de 120 en mayores de 30 años, y sobre 110 en el grupo 20-29 (INEI, 2006). Estos datos tienen implicancias preventivas importantes.

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



Fuente: Dirección General de Epidemiología del MINSA. Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú. Boletín Epidemiológico Mensual Diciembre 2006. Disponible en [http://www.oge.sld.pe/vigilancia/vih/Boletin\\_2006/diciembre.pdf](http://www.oge.sld.pe/vigilancia/vih/Boletin_2006/diciembre.pdf), visitado el 09-02-07

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

Dos estudios realizados por nuestra unidad de investigación en barrios de sectores socio-económicos bajos de Lima, Trujillo y Chiclayo

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

Por otro lado, el perfil de la epidemia en el Perú en la última década mostró un cambio importante al reducirse la relación de casos hombre-mujer, desde 14:1 en 1990 hasta un nivel estable de 3:1 que se ha mantenido en los últimos 8 años (MINSA, 2006). Sin embargo, no puede concluirse que se haya dado una “heterosexualización” de la epidemia, y ocurriría más bien que una proporción estable de mujeres unidas a hombres bisexuales resultan infectadas, pero, al no tener ellas mismas amplias redes sexuales propias, no se establece un patrón de transmisión heterosexual subsiguiente [Cáceres, 2002].

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

El 72,4 % de todos los casos notificados de SIDA (incidencia acumulada) en 23 años de epidemia pertenecen al departamento de Lima y la Provincia Constitucional del Callao, y el 26,6% al resto del país. Los departamentos

de la Costa y de la Selva son los más afectados. Entre las regiones fuera de Lima y Callao con mayor incidencia de casos de VIH/SIDA se encuentran: Loreto, La Libertad, Áncash, Piura, Arequipa, Junín y Lambayeque [MINSA, 2006]. El impacto económico que ocasiona la infección es producto del elevado costo de la atención del infectado (de US \$1,000 a US \$10,000), como también del hecho de que afecte preferentemente a la población en edad productiva (20 a 45 años), que es la responsable del sostenimiento familiar.

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

## **2.1.2 Contexto Social y Programático**

### **2.1.2.1 Los Proyectos de País en VIH financiados por el FMSTM**

Tres años después de la aparición del primer caso de SIDA en el país en 1983, el MINSA asumió el reto de enfrentar la epidemia conformando

para ello la Comisión Multisectorial de Lucha contra el SIDA. Después de otros tres años se gestó el Programa Especial de Control de SIDA (PECOS) cuyas líneas de acción estaban orientadas a elaborar estrategias de prevención dirigidas especialmente a la población juvenil y adolescente y a capacitar al personal de salud en consejería. Su campo de acción estuvo circunscrito básicamente a la prevención del VIH/SIDA, no trabajando el abordaje de ninguna otra ITS. En 1995, el PECOS toma el nombre de Programa de Control de ETS y SIDA (PROCETSS) y es en esta nueva etapa donde se plantean nuevas propuestas de intervención, todas ellas sustentadas en la nueva visión de la lucha contra las ITS y VIH/SIDA a nivel mundial. En el año 2001, los países industrializados y las principales fundaciones financieras internacionales forjaron el llamado Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, destinado a apoyar a los países en vías de desarrollo en el fortalecimiento de sus respuestas nacionales hacia tales epidemias a través de financiamiento para sus acciones las cuales son recepcionadas y evaluadas. Las convocatorias para este apoyo son realizadas anualmente.

En el 2002 el Perú postuló a la segunda convocatoria, obteniendo aprobación la propuesta denominada *“Fortalecimiento de la prevención y control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú”* -actualmente en ejecución y en su tercer proceso de evaluación por valoración de indicadores- por un monto total de 50 millones de dólares, de los cuales 23 millones corresponden al componente VIH/SIDA. Es importante mencionar brevemente que en el 2005 se postuló a la quinta convocatoria, obteniendo financiamiento también para VIH y Tuberculosis. Recientemente se ha comunicado que la propuesta presentada por el Perú para la sexta ronda de financiamiento por el FMSTM ha sido aprobada y se estima que la ejecución de actividades de este nuevo proyecto empezará hacia el año 2008.

Consideramos que estos dos nuevos programas (quinta y sexta ronda) deben ser recordados al analizar los resultados de las siguientes

evaluaciones de indicadores dado que el primer programa auspiciado por el FMSTM (segunda ronda) aun esta en ejecución y durante los siguientes años estos programas se ejecutaran en forma paralela y algunos objetivos, metas, tareas y actividades estarán dirigidas a poblaciones en común, como es el caso de las poblaciones de las Personas viviendo con el VIH/SIDA, (PVVS), Hombres que tienen sexo con hombres (HSH), Trabajadoras Sexuales (TS) y Personas Privadas de Libertad (PPL). Aunque probablemente existan actividades nuevas algunos indicadores de impacto, efecto y/o resultado son similares lo que debe tenerse en cuenta al momento de su interpretación y discusión.

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

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

En el 2004 se establece la Estrategia Sanitaria Nacional Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA a través de la Resolución Ministerial N°771-2004/MINSA. La Estrategia diseña y norma los procesos de organización correspondiente, en el ámbito de su gestión institucional y sectorial para lograr objetivos funcionales relacionados a la cultura de salud, prevención y control de las Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA con un enfoque de equidad, derecho y ejercicio de la ciudadanía. Dentro de sus objetivos estratégicos para el período 2007-2011 plantea la disminución de la transmisión sexual de las ITS/VIH en población general y en poblaciones vulnerables; la reducción de transmisión sanguínea de las ITS/VIH, incluyendo la transmisión por hemoderivados, transplantes o durante procedimientos invasivos; la disminución de la transmisión vertical de las ETS/VIH; la reducción del impacto individual, social y económico en las personas viviendo con el VIH y SIDA; y el

fortalecimiento institucional y de la coordinación multisectorial para el control de las ITS-VIH/SIDA.

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

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

Otra estrategia, y que han sido reforzadas con las intervenciones del primer programa financiado por el Fondo Mundial es la reducción de la transmisión sanguínea de las ITS/VIH, incluyendo la transmisión por hemoderivados, transplantes o durante procedimientos invasivos. De forma similar, para obtener la disminución de la transmisión vertical de las ITS/VIH se busca garantizar el tamizaje para VIH en gestantes; establecer la profilaxis antiretroviral a madres con VIH y su hijo recién nacido; incorporar a los programas de planificación familiar a las mujeres seropositivas y sus parejas; fomentar intervenciones que disminuyan el riesgo de transmisión vertical de la infección por VIH; y garantizar el

diagnóstico y tratamiento de la sífilis en gestantes durante el control prenatal y en el momento del parto.

Por otro lado, para conseguir la disminución del impacto individual, social y económico en las personas viviendo con el VIH y SIDA se tiene como estrategias: lograr una atención integral de calidad a personas viviendo con VIH/SIDA; conseguir la protección y promoción de los derechos humanos y el respeto por la dignidad de las personas viviendo con VIH/SIDA; ofrecer acceso gratuito al Tratamiento Antiretroviral de Gran Actividad – TARGA, como parte de la atención integral de calidad a los pacientes viviendo con VIH/ SIDA; conseguir la descentralización de la atención de personas viviendo con VIH/SIDA hasta el primer nivel de atención, y conseguir el fortalecimiento de la Adherencia al Tratamiento Antiretroviral de Gran Actividad – TARGA a través de visitas domiciliarias, la participación de voluntarios en consejería de pares y actividades de sensibilización a grupos familiares.

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

Recientemente se ha adoptado un Plan Estratégico Multisectorial para el periodo 2007 – 2011 en base a la evaluación del Plan Estratégico 2001 – 2004 para la Prevención y Control del VIH / SIDA en el Perú, y en un proceso de planificación comisionado por el MINSA. Como parte de las recomendaciones presentadas en este documento se resalta que es

importante contar con una política pública nacional explícita en VIH/SIDA que sea desarrollada multisectorialmente y articulada con los lineamientos de la Política Nacional de Salud, en el marco de un proceso de reforma sanitaria y que tenga como ejes el derecho a la salud y la equidad.

## **B. Atención Integral**

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

Además se implementó un sistema de registro e información que brinde los alcances para las decisiones terapéuticas, y que sea de utilidad para la toma de decisiones a nivel Regional y Central. También se han desarrollado e implementado las normas técnicas de Tratamiento Antiretroviral de Gran Actividad (TARGA) y de Adherencia al TARGA.

Para el monitoreo de las PVVS (en TARGA o pre-TARGA) desde hace tres años, el MINSA en coordinación con el INS ha iniciado la toma de pruebas (CD4 y Carga Viral) en los hospitales de Lima y Callao de acuerdo a un cronograma preestablecido. Además se viene administrando el tratamiento antiretroviral a los pacientes que presenten las condiciones de ingreso al TARGA. Aproximadamente son 7000 personas que están recibiendo tratamiento en hospitales de Lima y provincias actualmente.

También en el marco del proyecto apoyado por el Fondo Mundial se ha capacitado a equipos multidisciplinarios en todo el Perú para el manejo de TARGA, y con ello se han sentado las bases para la descentralización

progresiva del tratamiento al interior del País, el cual se inició en diciembre del 2004. Además se ha capacitado a voluntarios para intervenciones de campo en soporte al tratamiento así como a familiares y allegados de las PVVS para brindar soporte y adherencia al TARGA.

### **2.1.2.3. Otros programas e intervenciones confluyentes**

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

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

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

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

### **2.1.3. Contexto Normativo**

#### **Directivas del MINSA**

- Sistema de atención de manejo de infecciones de transmisión sexual sintomáticas en gestantes y mujeres durante la lactancia (Directiva 05).

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

- Sistema de atención médica periódica para los (las) trabajadores(as) sexuales (Directiva 07).

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

- Sistema de promotores educadores de pares en poblaciones vulnerables de ITS y VIH/SIDA (Directiva 09).

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

- Sistema de manejo post exposición ocupacional al virus de inmunodeficiencia humana en los trabajadores de salud.

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

- Sistema de atención para el tratamiento antiretroviral en los niños infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana.

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

### **Normas del MINSA**

- Norma Técnica de atención para la administración de Quimioprofilaxis y tratamiento antituberculoso a personas VIH/SIDA.

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

oportuno de Tuberculosis en las personas viviendo con VIH/SIDA y administrar adecuadamente el tratamiento antituberculoso supervisado.

- Norma Técnica de atención para el tratamiento profiláctico con cotrimoxazol e indicación de recuento de Linfocitos CD4 en personas infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana.

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

- Norma Técnica para la adherencia al Tratamiento Antiretroviral de Gran Actividad – TARGA - en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana.

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

- Norma Técnica para el Tratamiento Antiretroviral de Gran Actividad – TARGA en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana.

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

### **Otras normativas del MINSA**

- Resolución Ministerial y Norma Técnica para el Tratamiento Antiretroviral de Gran Actividad - TARGA en Adultos infectados por el virus de la Inmunodeficiencia Humana. 28-Abr.
- Factores que influyen en la transmisión vertical del Virus de la Inmunodeficiencia Humana tipo 1 (VIH-1).
- Norma Técnica para promotores educadores de pares en poblaciones vulnerables para la prevención de ITS Y VIH/SIDA.
- Norma Técnica para la articulación del servicio de consejeros educadores de pares para personas que viven con VIH/SIDA.
- Norma Técnica para la prevención de la transmisión vertical (Madre-Niño) del VIH.
- Norma Técnica para la atención en consejería en ITS-VIH/SIDA.

## **Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011**

Durante el segundo y el tercer trimestre de 2006 se preparó el Plan Estratégico Multisectorial en VIH/SIDA para el quinquenio 2007-2011, auspiciado por CONAMUSA, el MINSA, ONUSIDA y el Proyecto Vigía. Una versión de trabajo del mes de julio, que ya había alcanzado un buen nivel de consenso, fue utilizada para la preparación de un nuevo proyecto-país de acción en SIDA, que fue remitido a la Sexta Ronda de Financiamientos Competitivos del FMSTM, resultando aprobada.

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

### **2.2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

De acuerdo a lo planteado por los términos de referencia, el presente estudio tuvo los siguientes objetivos:

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

Como era esperable, nuestra experiencia en los estudios de medición de indicadores antes desarrollados bajo contrato con CARE permite una comprensión amplia de la epidemia y del sentido de la evaluación de sus indicadores. Con la información generada en este estudio se busca contribuir a la consolidación metodológica de la propuesta evaluativa para este proyecto, lo que de hecho se asume en los términos de referencia cuando se solicita el desarrollo de sistemas de registro y/o medición no existentes en este momento, mayormente por corresponder a actividades nuevas.

### 3. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO DE TERCERA MEDICIÓN DE INDICADORES

#### 3.1 GENERALIDADES DEL DISEÑO DE ESTUDIO

De acuerdo al esquema planteado por los TDR, el estudio propuesto se organizó en dos sub-estudios complementarios entre sí: Un sub-estudio cuantitativo, orientado a estimar los indicadores de impacto/efecto y resultado del programa, y uno cualitativo, orientado a coleccionar y procesar información cualitativa que facilite la interpretación de los indicadores clave del programa.

##### 3.1.1. Sumario de la metodología del sub-estudio cuantitativo

Para optimizar tiempo y esfuerzos se plantearon los siguientes estudios cuantitativos y se consulto las siguientes fuentes

**Tabla: Técnicas e instrumentos para recolección de información de fuente primaria**

Técnica de Colección Primaria	Población(es) o Foco de la técnica	Instrumento	Indicadores
RAP en torno a establecimientos de salud	a) PVVS adultos	Cuestionario	a) R4.1, R4.2, R4.3, R4.4, a.4.1.2, s.4.1.2.8, E5
	b) HSH	Cuestionario	b) R2.4, R2.3
	c) TS	Cuestionario	c) R2.2, R2.1
Encuesta en penales	PPL	Cuestionario	a) R2.6, R2.5

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

Fuente Secundaria	Dependencia de acceso	Indicadores	Observaciones
Vigilancia Centinela en HSH	DGE	E1	Fuente: Publicación del 2007 con Datos del 2002
Hoja de Monitorización	ESN ITS-VIH, DGSP	E1, E2, E3, E4, E5, R3.1, R3.2, R3.3, R4.1, R4.4, R2.3, R2.1	Información solicitada y remitida al equipo consultor en Febrero 2007 (Ver CD anexo)
Sistema "Targuita"	ESN ITS-VIH, DGSP	R4.3, R4.2	Idem
Historias y registros clínicos	INMP, HNCH & HSB	E4	Estudio complementario

Como es evidente fue necesario utilizar información de fuente secundaria, mayormente proveniente de del MINSA. Atendiendo al planteamiento de los TDR que pidió constatar la disponibilidad de dicha información y, en caso de no disponibilidad, plantear otra solución, se curso en forma oficial la solicitud de esta información a la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP) y Dirección General de Epidemiología (DGE), solicitando se nos confirme dicha disponibilidad. Los datos de estudios centinelas no estaban disponibles por parte de DGE y varios indicadores fueron estimados a partir de fuentes alternativas secundarias (DGSP) o primarias (Estudios cuantitativos)

En esta tercera medición se realizó un estudio complementario para estimar el indicador E4 (No seroreversión en hijos de Gestantes VIH+). Nuestro equipo, en coordinación con el representante del Consorcio ejecutor del Objetivo 3, la ESN ITS VIH-SIDA y la DISA Lima Ciudad, diseño y ejecuto el estudio que consistió en una revisión de historias y registros clínicos para identificar Gestantes VIH+ y sus respectivos hijos/as. Previa autorización en cada uno de los establecimientos de salud elegidos (Instituto Materno Perinatal, Hospital San Bartolomé y Hospital Nacional Cayetano Heredia) se procedió al recojo rápido de información en cada sede. Solamente se recogió información pertinente para la estimación del indicador. Información de carácter identificatorio no fue consignado.

### **3.1.2 Sumario de la metodología del sub-estudio cualitativo**

El sub-estudio cualitativo buscó proporcionar información para comprender los hallazgos cuantitativos, orientándose a explorar las dimensiones sociales, culturales y políticas en los cuales el proyecto intervendrá. Se dirigió básicamente a recoger discursos desde la perspectiva de los propios actores sobre su realidad. Para esto cual fue necesario un real involucramiento de los investigadores con la realidad de los actores, así como una gran sensibilidad al contexto por parte de los primeros. Las técnicas que se aplicaron priorizaron la perspectiva de las personas

entrevistadas por lo que los instrumentos que se plantearon fueron validados en mediciones anteriores y retroalimentados por los diferentes actores claves referentes para la interacción con las poblaciones de estudio, dejando grados de libertad para el tratamiento de temáticas emergentes (Valles, 1997), ya que, los temas surgen a medida que se recogen y analizan los datos.

## **3.2 METODOLOGIA DE LOS SUBESTUDIOS CUANTITATIVOS**

### **3.2.1 Metodología del subestudio en establecimientos de salud (PVVS, HSH y TS)**

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

- (a) Personas viviendo con VIH-SIDA (PVVS), principalmente en TARGA.
- (b) Población HSH
- (c) Población TS

Se utilizó cuestionarios diseñados específicamente para cada uno de los grupos poblacionales objetivo, cuyas preguntas ya han sido validadas en estudios de campo previos dentro del contexto de evaluaciones similares realizadas para los programas del FMSTM o como parte de investigaciones que nuestra unidad conduce. El instrumento que se utilizó en PVVS para esta tercera medición de indicadores también fue validado mediante una aplicación a representantes de la comunidad. Previamente a su aplicación, las versiones preliminares de estos cuestionarios fueron difundidas a los actores claves incluyendo a los consorcios ejecutores de las actividades correspondientes en estas poblaciones y sus contribuciones fueron recibidas y, de acuerdo a cada caso, incorporadas. La aplicación en campo de estos instrumentos fue observada por representantes de los consorcios quienes, luego de ello, retornaron una retroalimentación y crítica muy positiva en base a la aceptación general de los instrumentos por parte de los usuarios.

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

(a) Encuesta rápida en personas viviendo con VIH: Por la necesidad de preservar la confidencialidad, no se planteó una muestra probabilística a partir de un listado general de pacientes; alternativamente, se coordinó con los establecimientos y se invitó a los pacientes asistentes al servicio a participar en el estudio. Se planteo una muestra de 412 PVVS en Lima y 100 PVVS en total de las otras ciudades (Iquitos, Chimbote, Huancayo)

(b) Encuestas rápidas en poblaciones de TS y HSH. Se pudo realizar una encuesta rápida en una muestra de HSH y TS que se baso en la población servida de los CERITS. Se planteo una muestra inicial de 110 participantes de cada grupo y por ciudad.

### **Lugares del estudio: Establecimientos de Salud**

El siguiente es el universo de establecimientos de salud, a partir del cual se obtuvo la muestra calculada. El estudio en PVVS se realizó en los hospitales donde se provee TARGA principalmente, mientras los estudios en TS y HSH se realizaron en CERITS.

En la Región Callao

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

En la Region Lima

3. Hospital Nacional Dos de Mayo
4. Hospital Nacional Cayetano Heredia
5. CERITS Raúl Patrucco (DISA Lima Ciudad)

6. CERITS Surquillo (DISA Lima Ciudad)

En la Región Chimbote (Áncash)

7. Hospital de Apoyo Chimbote La Caleta

En la Región Iquitos (Loreto)

8. Hospital Regional de Loreto

9. CERITS San Juan

En la Región Huancayo (Junín)

10. Hospital Daniel A. Carrión de Huancayo

11. Hospital El Carmen de Huancayo

### **3.2.2 Metodología del subestudio en establecimientos penitenciarios (PPL)**

#### **Universo de investigación.**

El universo estuvo constituido por las personas privadas de libertad que tuvieron al menos un año de permanencia en los establecimientos penales.

#### **Marco muestral**

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

- Sarita Colonia del Callao

- San Pedro (ex Lurigancho)
- Miguel Castro-Castro.

### Unidades de muestreo

Se consideró las siguientes unidades de muestreo:

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

### Estratificación

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

### Tamaño de la muestra

Se planteó utilizar una muestra proporcional de 515 internos en total de los penales Lurigancho, Castro-Castro y Sarita Colonia en Lima – Callao; lo que permite estimar cambios de  $\pm 10\%$  a nivel de los penales en su conjunto. La distribución se observa en el siguiente cuadro:

Establecimiento penitenciario	Pabellones	Población total	%	n
1. E.P del Callao	5	1,909	15.7	<b>81</b>
2. E.P Lurigancho	21	9,080	74.7	<b>384</b>
3. E.P Castro Castro	5	1174	9.7	<b>50</b>
Total		12,163	100.0	<b>515</b>

### Rendimiento de la Muestra

En el cuadro siguiente se puede observar el rendimiento de la muestra de la encuesta en PPL. El cuadro se ha elaborado en base a las cédulas entregadas para el ingreso a la base de datos

En general el rendimiento de la muestra alcanza el 102%. Esto significa que no hay un porcentaje de pérdidas de acuerdo a lo estimado.

Establecimiento penitenciario	Muestra Estimada	Muestra efectiva	% de rendimiento
1. E.P del Callao	81	84	104%
2. E.P Lurigancho	384	387	102%
3. E.P Castro Castro	50	56	112%
<b>TOTAL</b>	515	527	102%

### **Ponderaciones**

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

### **3.3. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO CUALITATIVO**

El componente cualitativo estuvo orientado a explicar en profundidad, los resultados cuantitativos, a partir de la contextualización de dichos resultados, entendida como la comprensión y el análisis desde el punto de vista de las poblaciones beneficiarias: comportamientos, percepciones y valoraciones que los resultados abordan para cada objetivo del proyecto (Objetivos 2, 3 y 4).

Las poblaciones beneficiarias o poblaciones meta están constituidas por las personas en las que se busca cambios, identificadas en cada objetivo. En el segundo los HSH, TS y PPL, en el tercer objetivo las gestantes y en el cuarto las PVVS de los ámbitos geográficos de intervención del proyecto.

Se ha tomado en cuenta también al personal de salud, en tanto interlocutor directo, para conocer sus puntos de vista acerca de fallas y aciertos del programa y sus actividades, con el fin de completar esta contextualización.

### 3.3.1. Objetivos Específicos del Estudio:

- a) Conocer los conocimientos, percepciones y valoraciones para comprender los cambios o resistencias en el comportamiento de las poblaciones meta del proyecto (relacionados a los indicadores cuantitativos de efecto y resultado)
  
- b) Explorar algunas condiciones de ejecución de las actividades de cada objetivo a partir de las perspectivas y opiniones del personal de salud, para comprender el alcance o no de los resultados esperados (relacionado a los indicadores cuantitativos de resultado)

### 3.3.2. Áreas o Ejes de Análisis, e Información a Recolectar

Cada indicador cuantitativo se corresponde con una categoría de análisis cualitativo, tal como se muestra en la tabla No.1

Por ejemplo: En relación al indicador **Uso de condón en la última RS**, una de las categorías cualitativas **Conocimientos sobre el Uso de Condón** y lo que se coleccionará como información será los conocimientos que reportan los/las informantes a partir de sus discursos.

Para cada una de las categorías de análisis cualitativo se abordaron las siguientes dimensiones:

- Conocimientos
- Percepciones
- Valoraciones

Para sistematizar las dimensiones y ejes temáticos por cada objetivo del proyecto se presenta en la siguiente tabla un ejemplo de las categorías temáticas que fueron abordadas en el estudio:

**Tabla: Indicadores cualitativos y categorías cualitativas**

Código del indicador	Indicador cuantitativo	Categorías cualitativas
R.2.1	% de TS estimadas que acude regularmente a la atención médica periódica	Percepción de la atención médica periódica
R.2.2	% de TS que utilizó condón en el último encuentro sexual	Actitudes y prácticas del uso de condón
R.2.3	% de HSH abordables que acuden regularmente a la atención médica periódica	Percepción de la atención médica periódica
R.2.4	% de HSH que utilizó condón en el último encuentro sexual	Actitudes y prácticas del uso del condón
R.2.5	% de PPL con conocimientos de por lo menos un método de prevención de ITS	Conocimientos sobre ITS/VIH/SIDA
		Conocimientos sobre métodos de prevención
R.2.6	% de PPL que utilizó condón en el último encuentro sexual	Actitudes y prácticas del uso del condón
R.3.1	% de gestantes que reciben consejería y pruebas de tamizaje para VIH	Percepción de la consejería recibida
		Percepción de las pruebas de tamizaje
R.3.2	% de gestantes sin control prenatal tamizadas con consejería y pruebas rápidas en el momento del parto	Percepción de las pruebas de tamizaje
R.3.3	% de gestantes seropositivas son control prenatal que reciben profilaxis con antiretrovirales en el momento del parto institucional	Percepción de la profilaxis con antiretrovirales
R.4.1	% de PVVS que acuden a un servicio de salud integral de calidad	Percepción sobre la atención integral
		Percepción sobre la calidad del servicio
R.4.3	% de adherencia al tratamiento antiretroviral	Adherencia al tratamiento antiretroviral

Como repetimos, el componente cualitativo estuvo orientado a contribuir a explicar en profundidad, desde el punto de vista de los actores involucrados, los resultados cuantitativos, a partir de una contextualización de dichos resultados, entendida como la comprensión y el análisis desde el punto de vista de las poblaciones beneficiarias de los comportamientos, percepciones y valoraciones que los resultados abordan para cada objetivo del proyecto (2, 3 y 4). El estudio cualitativo se realizó en las regiones de Lima/Callao, Iquitos y Huancayo.

### 3.3.3. Diseño de la recolección de información.

#### Tabla: Instrumentos proyectados a aplicar y cuotas

Actividad	Población	Características (cuotas)	
1 dinámica participativa	Jóvenes 18 a 25 años	Varones 4 de 18 a 20 4 de 21 a 25	Mujeres 4 de 18 a 20 4 de 21 a 25
1 dinámica participativa	Personal de Servicios de Salud encargados de las actividades de prevención y tratamiento	8 Mujeres y 8 Varones distintas profesiones	
1 dinámica participativa	Trabajadoras Sexuales	8 de 18 a 25 años	8 de 26 a 45 años
1 dinámica participativa	Hombres que tienen sexo con hombres	Gays, (varones con identidad de género masculina y practicas homosexuales) 4 que sean PEPs 4 que no sean PEPs	Trans (personas de sexo masculino con identidad de género femenina) 4 que sean PEPs 4 que no sean PEPs
1 dinámica participativa	Personas Viviendo con VIH	4 Varones y 4 Mujeres Organizadas (que pertenezcan a GAM)	4 Varones y 4 Mujeres No Organizadas (que no pertenezcan a GAM)
2 entrevistas	Personas Viviendo con VIH	1 con TARGA	1 sin TARGA
2 entrevistas	Personas privadas de la Libertad	2 Promotores o informantes clave	

Para la recolección de la información necesaria se utilizaron tres técnicas cualitativas: las entrevistas en profundidad, las dinámicas participativas y los grupos focales. Este complemento de técnicas nos permitió recuperar la información detallada requerida por cada sub-receptor.

Tal como se especifica en el plan de trabajo, los instrumentos y las aplicaciones se realizaron de acuerdo al tipo de categorías y la homogeneidad y heterogeneidad relevante para el estudio de cada población.

En Iquitos, no se logró aplicar los instrumentos a gestantes, por un incumplimiento de la persona encargada del trabajo, mientras que en Huancayo, se logró aplicar la totalidad de los instrumentos, alcanzando el número de participantes deseado para cada una de las poblaciones. En el caso de Lima y Callao no se pudo aplicar las entrevistas a la PPL, debido a la situación de emergencia en que se encontraban en la época de aplicación de los instrumentos.

En el caso de Lima y Callao, se decidió, para hacer más eficiente el trabajo, trabajar con población de los dos lugares de manera simultánea. En este

caso el intercambio entre la población de Lima y Callao durante las dinámicas participativas, permitió captar una información más rica, requerida para cada tema. A continuación presentamos el cuadro de aplicaciones por localidad:

**Tabla: Nro. de Aplicaciones y Participantes del Estudio Cualitativo.**

INSTRUMENTOS APLICADOS	LIMA/CALLAO		IQUITOS		HUANCAYO	
	No. Aplicaciones	No. Participantes	No. Aplicaciones	No. Participantes	No. Aplicaciones	No. Participantes
Entrevistas PVVS	2	2	2	2	2	2
Entrevistas PPL	-	-	2	2	1	1
Entrevista Gestantes VVS	2	2	-	-	1	1
Dinámica Participativa HSH	1	12	1	16	1	8
Dinámica participativa TS	1	16	1	16	1	8
Dinámica participativa PVVS	1	13	1	16	1	8
Dinámica participativa Jóvenes	1	17	1	16	1	12
Dinámica participativa Personal de salud	1	7	1	16	1	12
Grupo Focal gestantes	1	6	-	-	1	6
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>75</b>	<b>9</b>	<b>84</b>	<b>10</b>	<b>58</b>

### 3.3.4. Etapas del estudio

El trabajo de campo se desarrolló, entre los meses de diciembre de 2006 y febrero de 2007, en cada localidad simultáneamente en dos etapas:

- a) La primera etapa correspondiente a las coordinaciones con instituciones públicas y privadas que nos permitieran tomar contacto con las diferentes poblaciones con las que se iba a desarrollar el trabajo. Fuera de Lima se trabajó con instituciones públicas y privadas, en Iquitos: GAM “Lazos de Vida”, INPE, Dirección de Educación y DIRESA. En Lima y el Callao las coordinaciones se hicieron directamente con Organizaciones e Instituciones vinculadas al tema; de la misma manera se trabajó en Huancayo.

La planificación de días y horas para la aplicación de los instrumentos se realizó con dos semanas de anticipación para asegurar el éxito de la convocatoria. La elección de los participantes se realizó siguiendo los criterios especificados en el plan de trabajo, los cuales se presentan en la Tabla 16.

- b) La segunda etapa, correspondiente a la aplicación de los instrumentos. En algunos casos las actividades, tanto las dinámicas participativas, como las entrevistas y grupos focales se realizaron en los locales de las propias instituciones o en lugares rentados para ese propósito, como en el caso de Iquitos y Huancayo. Para Lima y Callao, las actividades se realizaron en el local de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, con la colaboración de reclutadores/as de las propias poblaciones.

#### **4. ANALISIS DE HALLAZGOS DEL ESTUDIO**



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%	(1) Hoja de Monitorización del MINSA 2006 (2) Encuesta adhoc (Metodología UPCH 2007)	(1) 16843  (2) 311	(1) 42.3% (7132/16843)  (2) 36.3% (113/311)
R. 2.2	Proporción de TS que utilizó preservativo en el último encuentro sexual	Vigilancia Centinela OGE, 2002	4473	93.30%	No datos disponibles en DGE	ND	ND	(1) Encuesta adhoc (Metodología UPCH 2007)	(1) 311 TS encuestadas y 272 tuvieron RS en últimos 6 meses	(1) 94.1% (256/272)
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%	(1) Hoja de Monitorización del MINSA 2006 (2) Encuesta adhoc (Metodología UPCH) 2007	(1)2544  (2) 219	(1) 64.7% (1647/2544)  (2) 47.9% (105/219)
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	Encuesta adhoc (Metodología UPCH) 2007	194 HSH-TS entrevistados con RS en últ 3 meses (de un total de 219)	90.7% (176/194)
R.2.5	Proporción de PPL con conocimiento de métodos de prev. de ITS	Encuesta adhoc SASE 2003	134	76.8%	Encuesta adhoc UPCH ene, 2006	598  (2 niveles e exigencia)	(1) 44.1% (2) 30.4%	Encuesta adhoc (Metodología UPCH) 2007	527  (2 niveles de exigencia)	(1) 51.4% (271/527)  (2) 29.2% (154/527)
R.2.6	Proporción de PPL que usó preservativo en el últ. RS	Encuesta adhoc SASE 2003	79	32.8%	Encuesta adhoc UPCH ene, 2006	598	32.4%	Enc. ad hoc (Metodología UPCH) 2007	361 PPL con RS en últ. 3 meses (de 527 PPL)	36.8% (133/361)
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%	Hoja de Monitorización del MINSA 2006	452, 344	60.45% (273, 475 / 452, 344)
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	Hoja de Monitorización del MINSA 2006	11,448/ Sin denominador	ND
R.3.3	Proporción de gestantes seropositivas sin CPN que reciben profilaxis con ARV en el momento del parto institucional	-----	-----	0.0%	Hoja de Monitorización CETSS 2005	66/106 (niños expuestos)	62.3%	Hoja de Monitorización del MINSA 2006	67	47.8% (32/67)
R.4.1	Proporción de PVVIH que acuden a un servicio de salud y reciben atención integral	-----		0.0% (O no def.)	Encuesta ad hoc (metodología UPCH 2006)	237/419	56.6%	Encuesta adhoc (Metodología UPCH) 2007	578	(1) 6.4% (37/578) (2) 45.15% (261/578)
R.4.2	Proporción de PVVIH 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	(1) Encuesta adhoc (Metodología UPCH) (2) Base de datos de atención integral	(1) 517 PVVS en fase inmunodeficiencia de 578 encuestados (2) 6856	(1)95.35% 493/493+24 (493/517) (2) 96% (6595/6856) Dato calculado y proporcionado por MINSA
R.4.3	Porcentaje de adherencia al tratamiento ARV	-----		0.0% (O no def.)	Encuesta ad hoc (Metodol. UPCH 2006)	254/296	85.8%	(1) Encuesta adhoc (Metodología UPCH) 2007	(1) 483 PVVS en TARGA que brindaron información sobre adherencia, de 578 encuestados	(1)97.0% 469/483

								(2) Sistema Targuita del MINSA (Actualizado hasta Febrero 2007)	(2) 1452 PVVS registrados en "Targuita" con información actualizada sobre adherencia	(2) 82.7% 1201/1452
R.4.4	Número y % de PVVS que reciben pruebas de monitoreo CD4 y Carga Viral	No se midió	ND	ND	INS Encuesta ad hoc (medotol UPCH 2006)	6166/7000 [371/385 CD4; y 337/361 CV]	88.1% [96.5% CD4 y 93.4% CV]	Encuesta adhoc (Metodología UPCH) 2007	578	86.7% (501/578)
R.4.5	Numero de PVVS en TARGA que reciben consejería por los CEPS en el último año	No se midió	ND	ND	Encuesta ad hoc (medotol UPCH 2006)	138/178	77.5%	(1) Encuesta adhoc (Metodología UPCH) 2007  (2) Hoja de Monitorización del MINSA 2006	(1) 493 PVVS en TARGA de 578 encuestados  (2) 4180 – sin denominador	(1) 55.6% 276/493  (2) ND
R.4.6	% PVVS en TARGA, que reciben orientación sobre el uso adecuado del condón.	No se midió	ND	ND	Encuesta ad hoc (medotol UPCH 2006)	258/283	91.2%	Encuesta adhoc (Metodología UPCH) 2007	447 PVVS en TARGA que brindaron información sobre información recibida en consejerías	64.4% (288/447)

\*\*Dato tomado de "Recomendaciones para la Implementación de un Programa de Tratamiento Antiretroviral en el Perú" Ejecutado por UPCH y AIS a solicitud del Ministerio de Salud, con el apoyo del Proyecto Vigía, Junio del 2004

## **ANÁLISIS DE HALLAZGOS:**

### **4.1 INDICADORES DE IMPACTO/EFEECTO**

#### **Indicador E1 “Proporción de HSH seropositivos al VIH”**

##### **Análisis Epidemiológico**

Los datos de vigilancia centinela del 2006 para esta población, que generarán datos sobre prevalencia e incidencia estimados por el método de EIA sensible-menos sensible, no están disponibles. De acuerdo a la Dirección General de Epidemiología, la información de la última vigilancia centinela estará disponible durante el año 2007. Los datos anteriores corresponden al 2002, estimados ya utilizados en las mediciones anteriores para este proyecto.

Adicionalmente, hemos calculado la información de prevalencia de VIH en HSH a partir de la información consolidada en el sistema de Hoja de Monitorización (HM) 2006 que maneja la Estrategia Sanitaria de ITS y VIH SIDA en donde se consigna dos grupos poblacionales: 1) HSH (en general) para quienes se reporta una prevalencia de 4.7% (109/ 2331) y 2) Trabajadores Sexuales (abordables) para quienes se reporta la prevalencia de 8% (785/9788). Estos datos, aunque representan información recopilada de carácter administrativo y limitada al año 2006, dan cuenta de la diferencia que existe, en cuanto a riesgo para VIH, cuando el factor “trabajo sexual” se utiliza para desagregar subpoblaciones. Probablemente la mayor utilidad de los datos de la HM esté en permitir verificar la cobertura de tamizaje y evidenciar, en forma gruesa, la diferencia entre ambos subgrupos. Otro punto a anotar es el hecho de que el reporte de la HM es un dato pasivo que refleja las pruebas nuevas, y no proporciona estimados representativos, particularmente si la fracción de antiguos susceptibles adquirió la infección con anterioridad y de manera muy rápida.

## **Indicador E2 “Proporción de TS seropositivas al VIH”**

### **Análisis Epidemiológico**

Lamentablemente no existen estimados de vigilancia centinela recientes, por lo que no se puede utilizar una fuente similar a la utilizada en mediciones anteriores. La única fuente de información utilizable es la Hoja de Monitorización, instrumento administrativo que refleja en este caso la proporción de mujeres TS que se sometieron a pruebas para VIH y fueron positivas. A partir de los datos de la HM 2006 esta proporción es de 2.6% (317/12113). Nótese que la magnitud de este estimado llama la atención, aunque no es comparable con los estimados de vigilancia centinela.

## **Indicador E3 “Proporción de Gestantes seropositivas al VIH”**

### **Análisis Epidemiológico**

Indicador estimado a partir de los datos de la HM 2006 en 0.30% (869/290 399) en donde no se observa diferencia estadística respecto a la estimación realizada en la 2da Medición con datos de la HM 2005 en 0.31%.

## **Indicador E4 “Proporción de hijos de madres VIH+ que NO serorevierten a los 18 meses**

### **Análisis Epidemiológico**

Estimar el indicador E4 en este proyecto presentó complejos retos metodológicos. Actualmente, todos los hijos de mujeres VIH+ reciben la denominación de “Niños expuestos” hasta el momento en que se descarta o se confirma la infección por VIH, y que equivale a documentar la transmisión vertical. Sin embargo el período entre el nacimiento y el diagnóstico definitivo es variable y depende, entre otros factores, de la

evolución clínica del niño expuesto y del acceso a las pruebas confirmatorias. La norma vigente establece que el ELISA a los 18 meses de edad es la prueba estándar para demostrar seroreversión, es decir, tener un resultado ELISA para VIH positivo obtenido al momento de nacer (por transferencia pasiva de anticuerpos de la madre al niño a través de la placenta) o un resultado ELISA para VIH negativo (por degradación de estos mismos anticuerpos y ausencia de los mismos ante la ausencia de infección viral). Esta línea de tiempo determina que el diagnóstico se debe hacer idealmente en base a un seguimiento (medición longitudinal) de cada niño expuesto que usualmente se realiza en los controles de atención pediátrica. Sin embargo los sistemas de registro vigente pueden no reflejar exactamente esta situación y alguna información puede ser obviada. De acuerdo a los datos de la HM 2006 el número de niños nacidos de madres VIH+ y que tuvieron pruebas positivas de ELISA (a los 18 meses o después) o PCR (a los 18 meses o antes) es 14.9% (PCR = 2/51 , ELISA = 20/96, Total = 22/147). El equipo consultor, en coordinación con el Consorcio ejecutor correspondiente, realizó un levantamiento de datos de 3 centros obstétricos de Lima y la síntesis de esta información se muestra a continuación:

Lugar	Numero de gestantes VIH(+) identificadas, de acuerdo a año de diagnostico	Numero de historias o registros clínicos de nacidos de gestantes VIH(+)* de acuerdo a fecha de parto	Numero de historias o registros clínicos de nacidos con información incompleta o seguimiento incompleto	Numero de historias o registros clínicos de nacidos con información completa y seguimiento para establecer seroreversión	Numero de historias o registros clínicos de nacidos con información completo y seguimiento incompleto para establecer no seroreversión
INMP	2003=31 2004=80 2005=57  Total=168	Grupo1 (Hasta Junio 2005)=42  Grupo 2 (Desde Julio 2005)=16	36/42  12/16	6/42  2/16	0/42  2/16
HSB	Jul 2004-Jun 2006 = 47	Grupo 1 = 20  Grupo 2 = 17	13/20  16/17	6/20  1/17	1/20  0/17
HNCH	2005-2006 = 35	Grupo 1=19	18/19	0/19	1/19

		Grupo 2= 16	15/16	0/16	1/16
Total	250	Grupo 1=81	67/81 (82.7%)	12/81 (14.8%)	2/81 (2.5%)
		Grupo 2=49	43/49	12/14 (85.7%)	2/14(14.3%)
				3/49	3/49

Fuente: Estudio complementario de revisión de historias y registros clínicos para estimar el indicador E4. (Febrero-Marzo 2007, Lugares del estudio: INMP = Instituto Nacional Materno Perinatal, HSB = Hospital San Bartolomé, HNCH = Hospital Nacional Cayetano Heredia)

La primera columna muestra el número de gestantes VIH+ identificadas en cada establecimiento de salud de acuerdo a padrones o registros consolidados de las oficinas de epidemiología u otra área y que es llevada por año. Esta fue la primera referencia y se considero inicialmente como el marco para nuestro estudio.

La segunda columna muestra al número de historias a las que nuestro equipo pudo tener acceso, luego de solicitarlas a las oficinas de archivo de cada establecimiento. Es importante notar que aproximadamente solo se pudo tener acceso al 50% de los casos, lo que constituye una limitación de este estudio y se debió a la no automatización electrónica de historias en archivo lo que conlleva a búsquedas manuales y susceptibles de error humano. La antigüedad de los casos también fue un factor limitante por que en algunos establecimientos las historias que no están en actividad son transferidas al archivo pasivo con mayor limitación de acceso. Deterioro por el tiempo y perdidas parciales o totales son algunos de los factores que también contribuyeron a esto. En la gran mayoría de casos era necesario identificar ambas la historia de la madre y del niño/a para un mejor recojo de información, pero al manejarse historias clínicas con numero de registro diferente la tarea fue más complicada.

La tercera columna muestra los casos cuyas historias fueron revisadas y que no presentaban información suficiente y definitiva para concluir si hubo o no seroreversión (Resultados de pruebas de ELISA, Informe del Médico, Registros de atención por consultorio, interrupción de las visitas a consultorio, etc.). Las dos ultimas columnas muestran las historias que si

contenían información suficiente para establecer el estado de seroreversión o la persistencia de no seroreversión (Por tener el mínimo tiempo requerido de seguimiento con el resultado de la evaluación de ELISA a los 18 meses, o en algunos casos por pruebas de carga viral realizadas antes de los 18 meses de vida por laboratorios privados en el contexto de investigaciones biomédicas en marcha) Es importante notar que solo un poco mas del 15% de las historias clínicas identificadas tenia información suficiente para establecer la no seroreversión. Estas limitaciones motivan una reflexión respecto de la importancia de la evaluación longitudinal (y no transversal) continua para recoger datos para un indicador (en este caso el E4) y los mecanismos para asegurar y sostener esta evaluación.

De lo que el cuadro plantea, se interpreta que de 81 niños identificados en el grupo 1 (de niños nacidos hasta junio de 2005, y que habrían cumplido 18 meses en diciembre 2006), el 82.7% no tiene seguimiento que permita establecer si serorevirtieron o no. Del 17.3% restante (14 niños), 12 (85.7%) serorevirtieron, y 2 (14.3%) permanecieron positivos, constituyendo éste el estimado de transmisión perinatal para los niños nacidos hace 18 meses.

Este pequeño estudio complementario permitió reconocer algunas brechas potenciales en la estimación del indicador: En primer lugar, el seguimiento de los niños expuestos muchas veces no se lleva a cabo en forma completa probablemente por que sus progenitores deciden cambiar de hospital o establecimiento de salud. En segundo lugar, debido a la diferencia de tiempo entre el nacimiento y la fecha en que se establece o descarta el diagnóstico el indicador no puede referirse a acciones recientes, sino que evalúa los efectos de lo realizado aproximadamente 18 meses antes de la medición. Finalmente, solo sería posible estimar el indicador considerando los casos que ya han cumplido el periodo de seguimiento razonable.

## **Indicador E5 “Proporción de las PVVS que acceden a atención integral”**

### **Análisis Epidemiológico**

El indicador fue estimado en base a los datos de TARGA de la ESN ITS VIH y una proyección de las PVVS que necesitarían tratamiento TARGA hacia Diciembre 2006, y se obtiene 91.5% (PVVS en TARGA en MINSA, COPRECOS y EsSalud = 9427, PVVS estimadas que requieren TARGA = 10300. Este último dato tomado del estudio “Recomendaciones para la implementación de un programa de tratamiento antiretroviral en el Perú” ejecutado por el Consorcio UPCH-AIS durante el periodo 2003-2004 y solicitado por el Ministerio de Salud y con el auspicio del Proyecto Vigía). La misma metodología se utilizó en la segunda medición por lo que la comparabilidad se preserva. En este caso el acceso a TARGA se considera un marcador indirecto del acceso a la “atención integral” que implica la participación de otros profesionales de la salud (médico, enfermera, psicólogo, etc.) aunque en las normas vigentes el concepto de atención integral no está definido plenamente en lo que respecta a contenidos u operacionalización para fines de evaluación.

## Análisis de Hallazgos:

### 4.2 INDICADORES DE RESULTADO-OBJETIVO 2

#### Indicador R2.1 “Proporción de TS estimadas que acude regularmente a AMP”

El indicador fue estimado de dos fuentes: La primera es el sistema “Hoja de Monitorización” (HM) de la Estrategia Sanitaria para la Prevención y Control de las ITS y VIH-SIDA del año 2006 que, como se mencionó antes, recoge datos administrativos reportados como parte de las actividades regulares de monitoreo del MINSA. A partir de esta fuente el indicador se estima en 42.3% (7132/16843). Esta estimación no muestra diferencias significativas respecto a lo estimado en la segunda medición (46.1%). La segunda fuente para estimar este indicador fue una encuesta rápida realizada por nuestro equipo en torno a establecimientos de salud del tipos CERITS/UAMP por concentrar a estos usuarios. Se encuestó a 311 Trabajadoras Sexuales Femeninas (TSF) y el indicador se estimó en 43% (113/311)

Ámbito	TSF encuestadas	TSF con chequeo médico	TSF con 6 chequeos/año	TSF con 6 chequeos/año en CERITS
Lima/Callao	99 (100%)	94	74	28/99 (28%)
Chimbote	54 (100%)	52	46	44/54 (81%)
Huancayo	57 (100%)	55	38	3/57 (5.3%)
Iquitos	101 (100%)	99	80	38/101 (37.6%)
Total	311 (100%)	300	238	113/311 (36.3%)

En este indicador debe tomarse en consideración la definición de trabajador sexual (“abordable”) al momento de su interpretación y discusión, la temporalidad a la que se refiere la atención bajo el sistema AMP (“regularidad de las atenciones y servicios”) y, adicionalmente, el número de

atenciones y servicios que deben ser cumplidos para considerar que cada individuo de observación y análisis ha cumplido lo dispuesto en las normas o directivas vigentes del MINSA. Las normas vigentes establecen que una TSF que presenta 6 visitas para atención médica durante el año calendario es considerada como “controlada”. Con la finalidad de ajustar la medición de este indicador a la norma vigente, se uso el criterio de tener “6 visitas para atención médica en un CERITS durante los últimos 12 meses” para ser considerada como una TSF que acude regularmente a AMP. Actualmente hay una nueva propuesta para considerar como “controlada” a una TSF que presenta 3 visitas para atención médica en un periodo de 4 meses, la cual está a la espera de aprobación.

La diferencia entre los estimados a partir de la HM y la encuesta pueden ser explicados por varios motivos: En primer lugar los diferentes CERITS no manejan un criterio uniforme para considerar “controlada” a una TS y por lo tanto el consolidado nacional resulta en un valor que oculta una gran variedad de resultados según el ámbito. En segundo lugar, la encuesta es una aproximación “transversal” de ciertos CERITS seleccionados para este estudio mientras que la HM es un consolidado “longitudinal” del 2006 de todas las DISAs y DIRESAs del Perú reportadas. Sería conveniente en todo caso conservar ambas formas de estimación y evaluar su evolución a lo largo del programa.

Respecto a las motivaciones de las TSF para acudir a los chequeos médicos, independientemente de cumplir algún criterio para ser considerada como TSF controlada o AMP regular, la gran mayoría de ellas no acude solo cuando presenta algún problema de salud sino también de manera preventiva como se observa en el siguiente cuadro.

Ámbito	Motivo por el cual las TSF acuden a hacerse chequeos médicos					
	Solo por problemas de salud		Acude (también) de manera preventiva		Total	
	n	%	n	%	n	%
Callao	0	0%	55	100.0%	55	100.0%
Chimbote	11	21.2%	41	78.8%	52	100.0%
Huancayo	10	18.2%	45	81.8%	55	100.0%
Iquitos	11	11.1%	88	88.9%	99	100.0%
Lima	2	5.1%	37	94.9%	39	100.0%
Total	34	11.3%	266	88.7%	300	100.0%

Y estas atenciones se realizan principalmente en CERITS, aunque otros establecimientos de salud como los hospitales también son reportados por las encuestadas. A continuación se presenta esta información considerando a todas las TSF que acuden de manera preventiva, y dentro de ellas también a quienes no cumplieron el criterio de 6 atenciones en el último año

Ámbito	Lugar, reportado por las TSF, al cual acuden para realizarse chequeos médicos.						Total	
	CERITS		Medico Particular		Hospital o Posta MINSA			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Callao	26	48.1%	1	1.9%	27	50.0%	54	100.0%
Chimbote	49	94.2%	0	0%	3	5.8%	52	100.0%
Huancayo	4	7.8%	0	0%	47	92.2%	51	100.0%
Iquitos	42	46.7%	1	1.1%	47	52.2%	90	100.0%
Lima	11	28.2%	1	2.6%	27	69.2%	39	100.0%
Total	132	46.2%	3	1.0%	151	52.8%	286	100.0%

### ***Aportes del Estudio Cualitativo***

El control médico período ha sido asimilado por las TS entrevistadas como una práctica beneficiosa y constante. Su importancia radica para ellas en el controlar su estado de salud y han asimilado dos consideraciones en relación a ella:

- a) Descartar periódicamente las ITS y el VIH

*Nosotros hacemos siempre un descarte serológico, descarte de Elisa, y cada seis meses. (Taller TS, Iquitos).*

- b) Que ello les permite continuar trabajando, debido a la obligatoriedad de tener sus tarjetas de control al día.

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

Se destaca la obligatoriedad del control, incluso con intervención de las fuerzas policiales, si se reportara a una TS enferma.

*¿Y para qué viene la policía, no entiendo?*

*Porque a veces hacen la denuncia con la policía y vienen diciendo que la chica trabaja en tal sitio, la buscan en la calle. .... Les exige que se hagan su control para descartar que si se ha infectado al cliente. Mayormente la policía la lleva a la chica a la comisaría, al otro día se hace su control para ver. (Taller TS, Lima).*

Si bien existe una evaluación positiva de la AMP, también existen variados cuestionamientos a la falta de recursos como la escasa entrega de condones a las promotoras. Esta limitación para la redistribución a sus pares repercute en las limitaciones de la convocatoria que logre la promotora para que las trabajadoras sexuales asistan a sus AMP. Este hecho origina muchas molestias e incluso que muchas promotoras en su objetivo de convocar a mayor número de TS necesiten comprar condones por su cuenta para entregarlos *(Taller TS Huancayo)*

Se hizo poca referencia a la dimensión informativa de la relación entre TS y promotoras, focalizando, al parecer, los esfuerzos en el lograr que las TS cumplan con el número y frecuencia de AMP que el servicio plantea.

Podríamos afirmar que las trabajadoras sexuales restringen la acción de las promotoras al proceso de convocatoria y no reconocen la estrategia de promoción de pares en su Integralidad.

### **Indicador R2.2 “Proporción de TSF que utilizó preservativo en su último encuentro sexual”**

El indicador fue estimado a partir de una encuesta rápida ante la no disponibilidad de datos recientes de vigilancia centinela en esta población. Para cumplir con la exigencia operacional del indicador fue necesario desagregar la población encuestada en un estrato más selecto, a saber: “TS que tuvieron RS en los últimos 6 meses”. La información generada se muestra en el siguiente cuadro.

<b>Ámbito</b>	<b>TSF entrevistados</b>	<b>TSF que tuvieron RS en últimos 6m</b>	<b>TSF que tuvieron RS(+) últimos 6m y condón URS</b>
Lima/Callao	99	96 (100%)	93/96 (96.9%)
Chimbote	54	54 (100%)	53/54 (98.2%)
Huancayo	57	49 (100%)	46/49 (93.8%)
Iquitos	101	73 (100%)	64/73 (87.7%)
Total	311	272 (100%)	256/272 (94.1%)

En general, se observa que el valor del indicador es alto en todos los ámbitos del estudio, encontrándose el menor valor en Iquitos (87.7%) y el más alto en Chimbote (98.2%). No fue posible estimar el indicador en la segunda medición, y en la primera estimación el indicador fue estimado en 93.3% a partir de la vigilancia centinela del 2002. En ambos casos, los indicadores fueron estimados en base a estudios con trabajo de campo y no

en base a datos administrativos reportados. No existe diferencia significativa entre los estimados de ambos periodos.

Respecto a la frecuencia del uso del preservativo, reportado por las TSF, en el contexto de haber recibido dinero o favores a cambio de sexo en los últimos 6 meses encontramos lo siguiente:

Ámbito	Frecuencia de uso del condón durante los últimos 6 meses, reportado por TSF.										Total	
	Nunca		A veces		La mitad de las veces		Mayormente/ Casi siempre		Siempre			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Callao	0	0%	5	9.1%	12	21.8%	20	36.4%	18	32.7%	55	100.0%
Chimbote	0	0%	4	7.4%	1	1.9%	23	42.6%	26	48.1%	54	100.0%
Huancayo	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	49	100.0%	49	100.0%
Iquitos	0	0%	1	1.4%	5	6.8%	16	21.9%	51	69.9%	73	100.0%
Lima	0	0%	1	2.4%	1	2.4%	20	48.8%	19	46.3%	41	100.0%
Total	0	0%	11	4.0%	19	7.0%	79	29.0%	163	59.9%	272	100.0%

Esta forma alternativa de valorar el uso del condón, muestra aun una alta prevalencia para la suma de los grupos siempre y mayormente/casi siempre.

Sin embargo, a pesar de la alta prevalencia de uso del preservativo reportado, la mayoría de TSF encuestadas autopercebe que su riesgo para adquirir VIH es alto o moderado

Tabla: Riesgo percibido, por las TSF, para adquirir el VIH.

Ámbito	Alto		Moderado		Bajo		Muy bajo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Callao	31	54.4%	14	24.6%	11	19.3%	1	1.8%	57	100.0%
Chimbote	23	42.6%	26	48.1%	5	9.3%	0	0%	54	100.0%
Huancayo	31	54.4%	17	29.8%	9	15.8%	0	0%	57	100.0%
Iquitos	54	54.0%	15	15.0%	18	18.0%	13	13.0%	100	100.0%
Lima	20	47.6%	16	38.1%	6	14.3%	0	0%	42	100.0%
Total	159	51.3%	88	28.4%	49	15.8%	14	4.5%	310	100.0%

Merece gran atención esto y considerar estudiar otros factores ocultos que podrían elevar el riesgo, como por ejemplo consumo de bebidas alcohólicas o drogas durante el trabajo sexual.

### *Aportes del Estudio Cualitativo*<sup>1</sup>

La actitud de las TS entrevistadas frente al uso del condón continúa siendo inconsistente. Esta inconsistencia se manifiesta según la persona con la cual tienen relaciones sexuales. En este caso se observan dos actitudes completamente diferentes:

- a) El uso con los clientes ha sido perfectamente asimilado en las TS

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

- b) El uso con la pareja es prácticamente inexistente

*Yo creo que ahora todas nos dedicamos, como somos trabajadoras sexuales, nos dedicamos a trabajar y a cuidarnos... Pero lamentablemente confiamos tanto en la pareja de la casa, que nosotros no hemos previsto usar el condón (Taller TS, Lima).*

El problema podría radicar en la visión poco integral que se tiene desde las diversas intervenciones y discursos sanitaristas de la TS, a quien se le conceptualiza usualmente únicamente a partir del trabajo que ejerce y no

---

<sup>1</sup> Lo que este estudio cualitativo pretende es evaluar los indicadores cuantitativos desde una perspectiva integral y dinámica que profundiza en el conocimiento de los aspectos socio-culturales insertos en los comportamientos y opiniones de los grupos como condicionantes esenciales; de esta manera hay que entenderlo y es por ello que se ha insistido en la “contextualización” de la que partimos. La lectura tiene que darse en primer lugar, entendiendo a cada grupo en su medio habitual, es decir en sus realidades concretas y cotidianas donde aspectos como el trabajo sexual o la orientación sexual adquieren un significado importante. Luego de lo dicho los principales criterios para “leer” los datos cualitativos son los siguientes: a) Credibilidad: es decir que los datos son confiables en la medida en que se ha tenido contacto directo con los/las participantes y sus testimonios son de primera mano, además hemos trabajado varias investigadoras quienes hemos controlado permanentemente la calidad de los datos; b) Transferabilidad: a partir del conocimiento de cada uno de los contextos en los que viven los grupos participantes, de esta manera se puede ofrecer una herramienta para juzgar la aplicabilidad de los resultados a otros grupos similares, mas no la generalización mecánica de los resultados; c) Auditabilidad: con la cual es posible la reconstrucción de todo el proceso de investigación. Todos estos procedimientos garantizan la objetividad de los resultados obtenidos.

como mujer, la cual también tiene los problemas de negociación de uso del condón que tienen todas las mujeres con su pareja.

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

Una prueba de que el uso del condón con los clientes ha sido asimilado dentro de sus conductas, es a partir de sus respuestas que establecen una línea en su trayectoria como TS, entre un antes de no uso y un ahora de uso del preservativo.

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

Sin embargo, aún se mantienen relaciones no protegidas, aparte de la pareja sentimental, con aquellos clientes denominados caseritos que por su frecuencia constante son asumidos como relaciones de menor riesgo.

### **Indicador R2.3 “Proporción de HSH abordables que acuden regularmente a AMP”**

El indicador fue estimado a partir de la HM 2006 en 64.7% (1647/2544) y exhibe un incremento marcado en comparación a la estimación de la segunda medición de indicadores realizada a partir de la

misma fuente (43.0%) y la primera medición (42.4%). Para esta tercera medición, el indicador también fue estimado a partir de una encuesta rápida en CERITS considerando que un HSH tiene atención regular en AMP cuando tuvo al menos 6 visitas por atención médica en los últimos 12 meses en CERITS

Ámbito	HSH-TS encuestados	HSH-TS con chequeo médico	HSH-TS con 6chequeos /año	HSH-TS 6ch/año en CERITS
Lima/Callao	47 (100%)	46	27	8/47 (17%)
Chimbote	120 (100%)	119	107	93/120 (77.5%)
Huancayo	40 (100%)	40	24	0/40 (0%)
Iquitos	12 (100%)	12	9	4/12 (33.3%)
Total	219 (100%)	217	167	105/219 (47.9%)

Al realizar el análisis por ámbito, encontramos que la situación en Huancayo es preocupante (Indicador estimado en 0%) mientras que en las demás ciudades es variable siendo el valor más alto en Chimbote. Al igual que en el caso del indicador R2.1, las diferencias entre los hallazgos de la HM y la encuesta se explican por las diferentes metodologías utilizadas.

Dentro del grupo de HSH-TS que acude por chequeo médico, se observa que la mayoría lo realiza no solamente cuando presentan problemas de salud

Ámbito	HSH-TS que acude por chequeos médicos a establecimientos de salud				Total	
	Acuden solamente cuando tienen problemas de salud		Acuden (también) de manera preventiva		N	%
	n	%	n	%		
Callao	1	3.1%	31	96.9%	32	100.0%
Chimbote	5	4.2%	113	95.8%	118	100.0%
Huancayo	7	17.9%	32	82.1%	39	100.0%
Iquitos	1	9.1%	10	90.9%	11	100.0%
Lima	1	7.1%	13	92.9%	14	100.0%
Total	15	7.0%	199	93.0%	214	100.0%

Y de manera similar a lo observado en el grupo de TSF, estos controles se realizan principalmente en CERITS y en otros establecimientos MINSA como hospitales o postas como se muestra en el siguiente cuadro.

Ámbito	Lugar, reportado por los HSH-TS, al cual acuden para realizarse chequeos médicos.						Total	
	CERITS		Medico Particular		Hospitales o Posta MINSA			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Callao	10	31.3%	1	3.1%	21	65.6%	32	100.0%
Chimbote	99	86.1%	1	0.9%	15	13.0%	115	100.0%
Huancayo	0	0%	0	0%	38	100.0%	38	100.0%
Iquitos	4	36.4%	0	0%	7	63.6%	11	100.0%
Lima	2	14.3%	0	0%	12	85.7%	14	100.0%
Total	115	54.8%	2	1.0%	93	44.3%	210	100.0%

### *Aportes del Estudio Cualitativo*

El control médico periódico tiene un valor positivo para los HSH, asociado a lo siguiente:

- a) provisión de condones.
- b) cuidar la salud.

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

*Que es sumamente favorable, y es muy bueno porque así nos podemos cuidar. (Taller HSH, Lima)*

*Yo estoy en el grupo de los que han opinado de manera favorable. O sea yo digo que es favorable, bastante importante. (Taller HSH, Iquitos)*

Se identifica con atención integral y prevención de ITS y VIH.

*Primeramente porque nos ayuda a prevenir, o sea es más que tratar la enfermedad en sí nos facilita la prevención. Y además porque nos facilita la atención integral, porque si dentro de esta atención, de esta estrategia, no solamente están los médicos, las enfermeras, sino también están otros personales de salud de otros servicios, nos permite tener una ayuda, una atención médica de calidad. (Taller HSH, Lima)*

*Yo creo que complementa lo que hemos dicho en la primera parte, que es la prevención. Esto nos va ayudar a ver si es que realmente nuestra salud nos interesa y como se decía, un control médico periódico nos va ayudar a prevenir y a informarnos más. (Taller HSH, Lima)*

Sin embargo existen barreras que interfieren en la asistencia al control médico periódico:

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

*Es muy bueno pero no todos acceden a él (Taller HSH, Huancayo)*

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

- b) Costos: Según la población participante del Taller, la falta de uniformidad de costos de la atención y de las pruebas.

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

c) Falta de uniformidad de los servicios: potenciada por las diferentes *problemáticas* de cada lugar: en unas los costos, en otras la falta de sensibilización del personal de salud que ocasionaría discriminación.

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

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

*O sea, hay muchas cosas que hacen que esta atención médica periódica, venir cada cierto tiempo al médico generalmente se trunque. Por un lado son los factores económicos, por otro lado son el personal médico, como dicen los compañeros. (Taller HSH, Lima)*

En esta población se perciben conductas muy críticas frente al personal de salud y servicios en general que no prestan una atención rápida y respetuosa. Aún la relación de cooperación entre estas poblaciones y los

servicios de salud parece estar en construcción, afirmándose aún incompreensión o rechazo desde los servicios al comportamiento sexual y de género a poblaciones gay y trans. Persiste una visión homogénea de una población ampliamente heterogénea.

**Indicador R2.4 “Proporción de HSH abordables que utilizó preservativo en el último encuentro sexual”**

El indicador fue estimado a partir de una encuesta rápida en CERITS al no estar disponibles los datos de la última vigilancia centinela. El indicador no fue estimado en la segunda medición; pero si fue estimado en la primera medición en 46.3% en base a datos de la vigilancia del 2002. Por ello será de gran importancia poder disponer de información de la vigilancia del 2006 para asegurar la comparabilidad.

Ámbito	HSH-TS entrevistados	HSH-TS que tuvieron RS últimos 6m	HSH-TS que tuvieron RS(+) últimos 6m y condón URS
Lima/Callao	47	30 (100%)	25/30 (83%)
Chimbote	120	116 (100%)	113/116 (97.4%)
Huancayo	40	38 (100%)	31/38 (81.6%)
Iquitos	12	10 (100%)	7/10 (70%)
Total	219	194 (100%)	176/194 (90.7%)

En nuestra encuesta se obtuvo que 90.7% de los HSH-TS reportó usar preservativo en la última relación. Al desagregar el análisis por ámbitos se encuentra que el mayor uso fue reportado en Chimbote (97.4%).

Otra manera alternativa para valorar la consistencia del uso del condón se muestra a continuación.

Ámbito	Frecuencia de uso del condón durante los últimos 6 meses, reportado por HSH-TS.										Total	
	Nunca		A veces		La mitad de las veces		Mayormente e/ Casi siempre		Siempre			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Callao	0	0%	2	11.7%	3	17.6%	5	29.4%	7	41.3%	17	100%
Chimbote	0	0%	0	0%	1	0.9%	44	40%	65	59.1%	110	100%
Huancayo	0	0%	0	0%	0	0%	4	10.5%	34	89.5%	38	100%
Iquitos	0	0%	0	0%	1	10%	3	30%	6	60%	10	100%
Lima	1	7.6%	0	0%	6	46.2%	3	26.9%	3	26.9%	13	100%
Total	1	0.5%	2	1.1%	11	5.8%	59	31.4%	115	61.2%	188	100%

También se aprecia una alta prevalencia de uso del condón, aproximadamente 90% correspondiente a la unión de los grupos siempre y mayormente/casi siempre.

### **Aportes del Estudio Cualitativo**

La percepción del condón y de sus ventajas es positiva.

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

Las actitudes hacia el condón también son positivas, asociando su uso a la responsabilidad y asumiéndolo como una *salvación* contra el VIH.

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

Sin embargo, en cuanto a su uso se han observado numerosas inconsistencias entre ellas:

- Que llevar condones mientras se realiza el trabajo sexual sería riesgoso, ya que ocasionaría agresión por parte de la policía o el serenazgo.
- Ser asociado al trabajo sexual por portar condones podría ocasionarles violencia por parte de la policía.

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

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

El uso del condón es calificado por los mismos HSH como *inconsistente* debido a los siguientes problemas:

- Percepción de riesgo asociada a actitudes machistas que no permiten tomar conciencia del verdadero riesgo en que se encuentran:

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

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

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

Por lo anterior podemos decir que la población de HSH si bien posee una alta percepción de riesgo de ITS y tienen conocimiento de la protección que puede darles el condón para ello, sus comportamientos respecto al uso no se desprenden en el mismo sentido. El placer y el riesgo que incluyen son más valorados que el autocuidado.

### **Indicador R2.5 “Proporción de PPL con conocimiento de métodos de prevención de ITS”**

El indicador fue estimado a partir de una encuesta rápida en 3 establecimientos penitenciarios de Lima y Callao donde se entrevistó a 527 internos. Al igual que en la segunda medición, se consideró dos versiones para este indicador: Una “versión ligera” (3 ítems)= 271/527 (51.4%) y una “versión exigente” (5 ítems)= 154/527 (29.2%). La versión. 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; mientras que en la versión más exigente del indicador, se incluyen dos ítems adicionales: “sexo sin penetración” y “evitar relaciones sexuales con desconocidos”. Con respecto al estimado de la segunda medición no se observa cambios significativos.

A continuación se muestra la distribución del indicador en su “versión ligera” en PPL de establecimientos penitenciarios de Lima y Callao y las frecuencias de acierto de cada uno de sus tres componentes.

Tabla: Versión ligera del indicador sobre conocimientos de ITS y VIH/SIDA en PPLs

Ámbito	No cumplieron criterios para “versión ligera” del indicador		Cumplieron criterios para “versión ligera” del indicador		Total	
	n	%	n	%	n	%
Callao	31	36.9%	53	63.1%	84	100.0%
Lima	225	50.8%	218	49.2%	443	100.0%
Total	256	48.6%	271	51.4%	527	100.0%

Tablas: Frecuencias de respuestas y aciertos a cada uno de los tres criterios que componen la versión ligera del indicador.

Ámbito	Que puede hacer una persona para evitar tener una ITS o VIH: Evitar tener relaciones sexuales								Total	
	No responde		Responde “verdadero”		Responde “falso”		Responde “no sabe”			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Callao	0	0%	57	67.9%	26	31.0%	1	1.2%	84	100.0%
Lima	30	6.8%	239	54.0%	161	36.3%	13	2.9%	443	100.0%
Total	30	5.7%	296	56.2%	187	35.5%	14	2.6%	527	100.0%

Ámbito	Que puede hacer una persona para evitar tener una ITS o VIH: Usar condones								Total	
	No responde		Responde “verdadero”		Responde “falso”		Responde “no sabe”			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Callao	0	0%	82	97.6%	1	1.2%	1	1.2%	84	100.0%
Lima	5	1.1%	423	95.5%	11	2.5%	4	.9%	443	100.0%
Total	5	0.9	505	95.9%	12	2.3%	5	0.9	527	100.0%

Ámbito	Que puede hacer una persona para evitar tener una ITS o VIH: Fidelidad								Total	
	No responde		Responde “verdadero”		Responde “falso”		Responde “no sabe”			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Callao	0	0%	80	95.2%	3	3.6%	1	1.2%	84	100.0%
Lima	14	3.2%	393	88.7%	28	6.3%	8	1.8%	443	100.0%
Total	14	2.6%	473	89.8%	31	5.9%	9	1.7%	527	100.0%

Observando los resultados de cada uno de los criterios que definen a la versión ligera del indicador se aprecia que las PPL reconocen muy bien al condón y la fidelidad como mecanismos para evitar las ITS y VIH, con aciertos de más del 90% para cada caso. Sin embargo, aproximadamente la mitad de encuestados reconoce a la fidelidad como estrategia para evitar las ITS.

A continuación se muestra la distribución del indicador en su “versión exigente” en Lima y Callao y las frecuencias de acierto de cada uno de sus nuevos componentes.

Tabla: Versión exigente del indicador sobre conocimientos de ITS y VIH/SIDA en PPLs

Ámbito	No cumplieron criterios para “versión exigente” del indicador		Cumplieron criterios para “versión exigente” del indicador		Total	
	n	%	n	%	n	%
Callao	55	65.5%	29	34.5%	84	100.0%
Lima	318	71.8%	125	28.2%	443	100.0%
Total	363	70.8%	154	29.2%	527	100.0%

La versión exigente del indicador, como se ha indicado anteriormente, requiere 5 criterios de acierto: los tres comprendidos en la versión ligera del indicador más dos adicionales y cuyas frecuencias de respuesta y acierto se presentan a continuación.

Tablas: Frecuencias de respuestas y aciertos a cada uno de los tres criterios que componen la versión ligera del indicador.

Ámbito	Que puede hacer una persona para evitar tener una ITS o VIH: Relaciones sexuales sin penetración								Total	
	No responde		Responde “verdadero”		Responde “falso”		Responde “no sabe”			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Callao	0	0%	43	51.2%	38	45.2%	3	3.6%	84	100.0%
Lima	41	9.3%	179	40.4%	197	44.5%	26	5.9%	443	100.0%
Total	41	7.8%	222	42.1%	235	44.6%	29	5.5%	527	100.0%

Ámbito	Que puede hacer una persona para evitar tener una ITS o VIH: Evitar parejas no conocidas								Total	
	No responde		Responde “verdadero”		Responde “falso”		Responde “no sabe”			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Callao	0	0%	69	82.1%	14	16.7%	1	1.2%	84	100.0%
Lima	27	6.1%	377	85.1%	29	6.5%	10	2.3%	443	100.0%
Total	27	5.1%	446	84.6%	43	8.2%	11	2.1%	527	100.0%

En este caso se aprecia que las PPL reconocen que evitar parejas desconocidas es una estrategia para evitar las ITS, y esto guarda relación con la alta respuesta obtenida en el ítem sobre fidelidad. Sin embargo la baja respuesta sobre relaciones sexuales sin penetración se convierte en el factor discriminante y, en parte responsable, de que el indicador exigente sea estimado en poco menos de 30%

### **Aportes del Estudio Cualitativo**

Los conocimientos sobre VIH y SIDA existen entre los entrevistados pero sólo parcialmente, se tienen ideas con mayor claridad sobre el VIH-SIDA, con mucha menos claridad en relación a otras ITS, sobre signos de

alarma, características de las ITS y formas de responder a ellas. No hay información sobre respuestas y tratamientos al VIH SIDA.

Sobre las estrategias de atención y promoción emprendidas hay pocas referencias a ello, se habla de experiencias aisladas, no habiendo percepción de un programa para el control y tratamiento de ITS y VIH en los penales de las regiones visitadas. Es importante mencionar que en Lima tuvimos restricciones para el ingreso a los establecimientos, por ello la data se refiere a los penales de Huancayo e Iquitos.

### **Indicador R2.6 “Proporción de PPL que usó preservativo en la última relación sexual”**

El indicador fue estimado a partir de la misma encuesta rápida que permitió estimar el indicador R2.5 explicado anteriormente y requirió que la población encuestada fuera seleccionada a un grupo más selecto, a saber “PPL que tuvo RS durante los últimos 3 meses”

<b>Establecimiento Penitenciario</b>	<b>PPL encuestados</b>	<b>PPL con RS(+) últimos 3m</b>	<b>PPL que uso condón en última RS(+) últimos 3m</b>
Castro Castro	56	41 (100%)	12/41 (29.2%)
Lurigancho	387	271 (100%)	107/271 (39.4%)
Sarita Colonia	84	49 (100%)	14/49 (28.5%)
Total	527	361 (100%)	133/361 (36.8%)

La población encuestada fue de 527 internos, de los cuales 361 reportaron haber tenido relaciones sexuales durante los últimos 3 meses. Finalmente 133 de ellos reportaron haber usado condón en la última relación sexual.

### **Aportes del Estudio Cualitativo**

Los PPL entrevistados en Iquitos y en Huancayo plantearon que las acciones de prevención en los centros penitenciarios son escasas y discontinuas, y son observadas como esfuerzos esporádicos y no parte de una estrategia consistente.

La cultura que construye una imagen desvalorada y distanciada entre el condón y el placer está muy presente entre los entrevistados. No se reconocen cambios o mejorías sustantivas en la prevención de ITS en las instituciones en las que pertenecen. Por lo general plantearon no usar condón y no tener acceso a los mismos.

## **Análisis de Hallazgos**

### **4.3 INDICADORES DE RESULTADO-OBJETIVO 3**

#### **Indicador R3.1 “Proporción de gestantes que se realizan pruebas de tamizaje para el VIH durante el embarazo y consejería”**

El indicador fue estimado a partir de los datos de la Hoja de Monitorización 2006 ante la ausencia de datos de una vigilancia centinela reciente. El sentido del indicador es evaluar la cobertura de tamizaje que se ofrece en los establecimientos del MINSA y se estimó en 60.45% (Gestantes con pruebas de tamizaje VIH en algún momento de la gestación, parto y/o puerperio = 273 475, Total de gestantes = 452 344). En comparación al estimado obtenido durante la segunda medición a partir de la misma fuente (42.03%) se aprecia un incremento marcado que se traduce en un incremento en la oferta de tamizaje el cual se debe en gran parte a los insumos adquiridos y distribuidos bajo el auspicio del FMSTM.

#### **Aportes del Estudio Cualitativo**

La percepción de las gestantes sobre la consejería es buena. Ésta es valorada por las gestantes en tanto les provee de información valiosa para cuidar su salud, la cual es bien asimilada por las gestantes.

*Y antes de hacerme el análisis es como un requisito recibir las charlas. Recibí las charlas y ya me hice los análisis. Es un requisito porque es bueno estar informada. (Gestante, Huancayo)*

*Te hablan de cómo sanarse de las enfermedades de transmisión sexual, cómo se transmiten, cómo uno se infecta. (Gestante, Lima)*

La mayoría de las participantes en el Grupo focal no habían recibido ningún tipo de información antes de la consejería, por lo tanto conocían muy poco sobre ITS, VIH o sobre las pruebas necesarias.

*O sea, éramos como ignorantes, no había alguien que nos oriente como ahora. Antes no había como entidades que se preocuparan de hacer eso. Eran pocas las personas que estaban informadas. (Gestante, Lima)*

La información recibida ha enriquecido sus conocimientos, los cuales eran, antes de la consejería, bastante pobres. Sobre formas de transmisión y formas de protección se hace mención sin embargo sobre transmisión vertical y tratamientos para la seroreversión es limitada la información.

*Sí porque si es una enfermedad (se refiere a una ITS) que nosotras tenemos, pues también le podría pasar al bebé. (Gestante, Lima)*

Sin embargo, la información que manejan acerca de las ITS es mucho más reducida que aquellas que manejan sobre el VIH.

*No es necesario ser un homosexual, ser un drogadicto para que se contagie, tal vez al principio, pero ahora ya no. A veces se contagian porque viene, estás con tu esposo y ya la contagió. (Gestante, Lima)*

*Porque como es una enfermedad que no se manifiesta al momento de contagiarse, uno puede estar mucho tiempo con la enfermedad y no saberlo, por eso es bueno hacerse la prueba. (Gestante, Lima)*

Con respecto a la consejería encontramos una visión positiva, aunque también una posición pasiva de la gestante respecto de estas intervenciones. No habiendo criterios o valoraciones respecto a la calidad de estas acciones.

Las pruebas de tamizaje, tal como lo demuestra el testimonio anterior, han sido bien recibidas. Para las participantes en el grupo focal, esta prueba es percibida como necesaria.

*Por seguridad de nosotras mismas (Gestante, Huancayo)*

*Por precaución (Gestante, Lima)*

Ellas aceptan las pruebas de tamizaje, porque lo relacionan con la protección del bebé.

*Sí, está bien pues, como dice la señora, asegura la salud del bebe y de una misma, incluso a veces se hace al inicio del embarazo y también al sexto mes porque creo que hay un tiempo en que no se produce y no sabes si en realidad estás infectada. (Gestantes, Lima)*

A partir de esta percepción no queda claro si en el imaginario de las gestantes se anexa esta prueba a todas las otras pruebas relacionadas al monitoreo del embarazo y la evaluación de la salud del feto o si va teniendo una significación específica relacionada a la intervención para evitar la transmisión vertical.

### **Indicador R3.2 “Proporción de gestantes sin control prenatal que se realiza pruebas rápidas en el momento del parto”**

El indicador fue solicitado como una proporción donde el Denominador representa a las gestantes que, hasta el momento del parto institucionalizado, no han recibido controles prenatales y el Numerador aquellas que, además, recibieron una prueba rápida para VIH. En esta ocasión, al igual que en la medición anterior, el Denominador no fue estimado porque este dato no es recogido en la Hoja de Monitorización. Para este tercera medición el numerador es estimado en 11 448.

### **Aportes del Estudio Cualitativo**

Con respecto a las gestantes sin control prenatal, que fueron dos en el grupo focal, ellas también se han realizado la prueba de tamizaje. Considerando luego la importancia de la prueba para su protección y la del niño.

*A mí me han sacado dos veces. Yo tuve un problema con mi esposo y me vine por emergencia, yo iba a perder mi bebé y yo nunca he tenido control, ni nada y yo me he dejado eso. Me saqué el VIH y menos mal me salió negativo. Me mandaron al otro día, como tenía inflamación fuerte y entonces me sacaron. Y como no salía me volvieron a sacar el VIH y me salió no reactivo. (Gestante 8 meses sin control, Lima)*

*Sí me han sacado dos veces y me han controlado y el doctor me ha dicho que estoy muy bien, ahora sólo me falta saber cómo está mi bebé. (Gestante a término sin control, Lima)*

No hay una percepción crítica respecto a la obligatoriedad de la prueba, se asume como parte de los procedimientos en el escenario del centro hospitalario.

### **Indicador R3.3 “Proporción de gestantes seropositivas sin CPN que reciben profilaxis ARV en el momento del parto institucionalizado”**

Este indicador fue estimado a partir de los datos de la Hoja de Monitorización y calculado en 47.8% (Gestantes VIH+ en el momento del parto institucionalizado y que reciben ARV en el momento del parto = 32, Gestantes VIH+ en el momento del parto institucionalizado = 67).

### **Aportes del Estudio Cualitativo**

Sobre la profilaxis con antiretrovirales las mujeres de los grupos focales, la conocen, saben en alguna medida su utilidad y consideran que es necesaria.

*Sí, pero hay mujeres que tienen VIH pero el bebe no sale infectado. Tienen tratamiento, le hacen el tratamiento, es un proceso, con cuidados, con doctores e infectólogos. (Gestante, Lima)*

*Muy buena, porque ayuda, no nos desamparan. Podemos ver que no salen infectados. (Gestantes, Lima)*

En el grupo focal hubo una madre gestante VVS y ella se encuentra recibiendo en estos momentos la profilaxis con antiretrovirales. Su percepción es bastante positiva.

*En el hospital 2 de Mayo recibo mi tratamiento, para que el bebe no salga infectado... Yo pienso que está bien para saber y recibir gratuito el tratamiento, porque se puede tratar ¿no? Cuando es el principio se puede recibir tratamiento. (Gestante VVS, Lima)*

Además del tratamiento le han dado información, aunque no pudo dar mayores detalles, retuvo lo siguiente:

*Que me cuide, que si estoy con mi esposo siempre use el preservativo. (Gestante VVS, Lima)*

En conclusión, las gestantes tienen algunos conocimientos sobre el tratamiento antiretroviral y la prevención de la transmisión vertical, aunque esta información aparece fragmentada y sin una conexión significativa con experiencias vitales. Resulta en su mayoría un proceso distante, incluso en la gestante VVS los procesos involucrados en el

tratamiento resultan un acto de fe respecto del objetivo de la salud del niño, no teniendo mayor información sobre los procedimientos.

## Análisis de Hallazgos:

### 4.4 INDICADORES DE RESULTADO-OBJETIVO 4

Para estimar los resultados de la serie R4 se recurrió a los datos de fuentes secundarias y de un subestudio ejecutado por nuestro equipo de investigación. Un total de 578 PVVS fueron encuestados para este propósito en los 4 ámbitos. A continuación, y antes de analizar cada indicador estimado, se presenta información demográfica general sobre esta población.

Tabla: Distribución de la muestra de estudio, según dominio (n=578)

Dominio del estudio	Numero de PVVS encuestados	Porcentaje
Lima	306	52.9%
Callao	61	10.6%
Iquitos	120	20.8%
Chimbote	61	10.6%
Huancayo	30	5.2%
Total	578	100%

Fuente: Encuesta a 578 PVVS en 4 ciudades del Perú, 2007.

Tabla: Distribución de la muestra de estudio, según genero (n=578)

Género	Número de casos	Porcentaje
No consigando	6	1.0%
Hombre	367	63.5%
Mujer	159	27.5%
Transgénero	45	7.8%
Otro*	1	.2%
Total	578	100.0%

Fuente: Encuesta a 578 PVVS en 4 ciudades del Perú, 2007.

De acuerdo a lo propuesto en el plan de trabajo, la mayor parte de PVVS fue enrolado en Lima y Callao, aproximadamente el 63%, mientras que el 37% restante fue enrolado en otras ciudades. Como era esperable la mayor parte de los participantes pertenecen al género masculino.

Tabla: Distribución de la muestra de estudio, según grado de instrucción

<b>Grado de instrucción</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
No consignado	3	0.5%
Sin instrucción	8	1.4%
Primaria	61	10.6%
Secundaria	351	60.7%
Superior técnica	86	14.9%
Superior universitaria	69	11.9%
Total	578	100.0%

Fuente: Encuesta a 578 PVVS en 4 ciudades del Perú, 2007.

La muestra estuvo compuesta por personas mayores de 18 años, y aproximadamente el 60% contaba solamente con estudios secundarios. Aproximadamente un 25% contaba con estudios superiores. El rango de edad es de 18-70 años, con una media de 35 y una desviación estándar de 8.6

#### **Indicador R4.1 “Proporción de PVVS que acude a un servicio de salud y reciben atención integral”**

El indicador fue estimado a partir de una encuesta rápida en 578 PVVS realizada en establecimientos de salud que brindan TARGA. Para estimar el indicador se definió que un PVVS recibía atención integral cuando recibía en un período de un año las siguientes atenciones: atención médica, atención por psicólogo, atención por trabajador social y atención por enfermería. Definido de este modo el indicador se estimaba en 6.4%, sin embargo en esta versión era notable que solo el 11.9% de los encuestados refiere haber tenido atención por enfermería (Aun cuando es el personal de enfermería es quien entrega el TARGA y en algunas ocasiones brinda consejería). Una segunda, y definitiva, versión del indicador se estimó definiendo solo a las tres primeras atenciones.

Tabla: Número de profesionales del equipo multidisciplinario identificados como proveedores de atención o servicios, por los PVVS.

Ámbito	0 (Ningún profesional)	1 (Solo un profesional)	2 (Dos profesionales)	3 (Tres profesionales)	Total de encuestados
Chimbote	3	7	8	43 (70.5%)	61 (100%)
Lima-Callao	32	103	131	101 (27.5%)	367 (100%)
Huancayo	3	11	13	3 (10%)	30 (100%)
Iquitos	0	5	1	114 (95%)	120 (100%)
Total general	38 (6.6%)	126 (21.7%)	153 (26.5%)	261 (45.2%)	578 (100%)

Fuente: Encuesta a 578 PVVS en 4 ciudades del Perú, 2007.

Aproximadamente la mitad de las PVVS reconoce haber sido atendido por los tres profesionales de la salud. Sin embargo este indicador debe ser interpretado en un sentido estrictamente descriptivo, dado que no recoge la necesidad real (demanda) de atención por estos servicios ni los diferencia de las atenciones de rutina que pueden ser requeridas, por ejemplo en el caso de los PVVS en TARGA o en el caso de los PVVS en lista de espera para iniciar TARGA. Al realizar el análisis desagregado por ámbito es interesante notar que hay diferencias muy marcadas. Es en Iquitos y en Chimbote donde mayormente se ha cumplido con las atenciones que definen atención integral. En Lima-Callao, solo la cuarta parte de las PVVS refiere haber tenido estas atenciones. Estas diferencias deben llamar la atención de los proveedores de salud.

En forma complementaria se ha recogido y analizado información sobre la percepción de las PVVS sobre el trato recibido por el personal en el establecimiento y el tiempo de espera para ser atendido

Tabla: Percepción de las PVVS sobre el trato recibido por el personal proveedor de servicios de salud

Trato recibido	Frecuencia	Porcentaje
No consignado	22	3.8%
Excelente	131	22.7%
Bueno	322	55.7%
Regular	98	17.0%
Malo	4	0.7%

Muy malo	1	0.2%
Total	578	100.0%

Fuente: Encuesta a 578 PVVS en 4 ciudades del Perú, 2007.

Tabla: Tiempo de espera promedio por las PVVS antes de ser atendidos en establecimientos de salud.

Ambito	Promedio	Desviación estándar	Máximo valor reportado	Mínimo valor reportado	Mediana
Lima	102	68	360	0	90
Callao	120	78	360	0	120
Iquitos	110	58	300	1	120
Chimbote	46	42	200	0	30
Huancayo	105	104	360	5	60
Total	100	70	360	0	90

*Nota: Las unidades son "minutos" y los valores han sido estimados sin considerar fracciones decimales.*

Fuente: Encuesta a 578 PVVS en 4 ciudades del Perú, 2007.

Un poco más del 75% de encuestados refieren que el trato recibido es excelente o bueno, mientras que menos del 1% lo considera como malo o muy malo. A partir de estas cifras podemos establecer que existe un nivel de satisfacción alto, aun cuando los tiempos de espera estimados son de aproximadamente 100 minutos (un poco más de 1 hora y media), a excepción de Chimbote (menos de la mitad del tiempo)

Es importante considerar también la atención diferenciada por género debido a las diferentes necesidades de salud inherentes a cada perfil biológico.

Tabla: Atención Ginecológica en Mujeres PVVS

Mujeres PVVS	Frecuencia	Porcentaje
No reportaron atenciones por consultorio o servicio de ginecología en el último año	119	75%
Reportaron al menos una atención recibida por consultorio o servicios de ginecología en el último año	40	25%
Total	159	100%

El estudio no recogió evidencia para sustentar si una mujer pvvs realmente necesita atención ginecológica, pues ello se encontraba más allá de los objetivos del mismo. Estudios con ese fin requieren otra metodología

como revisión de historias y registros clínicos, verificación de diagnósticos y protocolos de atención, etc. Sin embargo nuestro estudio recogió datos sobre el número de atenciones recibidas sin indagar las causas que motivaron esa búsqueda de atención. Aproximadamente la cuarta parte de las mujeres encuestadas reportaron al menos una atención de este tipo.

La búsqueda de atención, en general, por parte de las PVVS es un tema poco estudiado aun cuando seria de gran ayuda conocer los requerimientos, no solo teóricos o biomédicos, de esta población. Con esta información se podría establecer un paquete de servicios que brinde atención integral para cubrir sus necesidades y hacerlo mas amigable. Una aproximación inicial a esto, se muestra a continuación:

Tabla: Búsqueda de atención medica, por parte de las PVVS, luego de conocer su diagnostico.

<b>Búsqueda de atención médica</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
No consignado	24	4.2%
Sí buscó atención	500	86.5%
No buscó atención	54	9.3%
Total	578	100.0%

Tabla: Motivos para no buscar atención medica, por parte de las PVVS, luego de conocer su diagnostico:

<b>Motivo para no buscar atención</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
No consignado	9	16.6%
Por falta de dinero	7	13%
Por temor a ser rechazado/a en el servicio	6	11%
Por no saber a dónde ir	3	5.5%
Por temor a que me vean en el servicio	10	18.5%
Otro (No sentirse enfermo, no necesito)	19	35.4%
Total	54	100%

En nuestro estudio, solo un poco menos del 10% de PVVS reportaron no haber buscado atención, siendo el principal motivo indicado el temor a ser visto. Aunque el número de casos para este análisis no permite hacer

inferencias, vale la pena reflexionar sobre la necesidad de hacer los servicios de atención integral mas amigables y menos atemorizantes para las PVVS.

### **Aportes del Estudio Cualitativo**

Para las PVVS, la concepción que se maneja actualmente sobre Atención Integral, a partir de la experiencia concreta, se compone por consejería, soporte emocional y TARGA, sin embargo, la mayoría de ellos/as no lo conciben como una verdadera atención integral.

*Porque nosotros vemos que atención integral es solamente consejería, soporte emocional y TARGA y...después es muy poco atención médica. Pero después como decía Irene, tenemos para Odontología u Oftalmología, es muy difícil de obtener, tenemos que hacerlo por nuestra cuenta. No se ve una atención integral completa (Taller PVVS, Iquitos)*

Hasta el momento de ser entrevistados, los y las participantes comparten la idea de que la Atención Integral no es tal, por la razón ya expuesta, y además por la razón de que no existe una atención diferenciada para cada una de las poblaciones y de acuerdo a sus necesidades específicas.

*La atención no es diferenciada. Por ejemplo, hay problemas que entre hombres y mujeres no son los mismos, por ejemplo de ginecología, que no es lo mismo, por ejemplo en el caso de los HSH o de las TS. Son problemas que tienen diferente problemática cada una de las poblaciones. Entonces, ¿a qué le llamamos atención integral? Si es que nosotros le damos una perspectiva a lo que es Atención Integral, creo que nosotros debemos tener acceso a todos los que nosotros requerimos, no sólo lo que es soporte emocional, atención médica, nada más. (Taller PVVS, Lima)*

Los PVVS entrevistados manifiestan una posición discrepante con el concepto de Atención Integral que se maneja en la implementación de la estrategia, además relevan que una Atención verdaderamente Integral, necesita de personal capacitado para tratar a las PVVS y sus diversas necesidades, elemento altamente cuestionado del sistema

*Primeramente, si es que los PVVS teníamos Atención Integral. Y nos dimos cuenta de que no, porque en nuestra cabeza para una PVVS está solamente la Estrategia Sanitaria, y nos olvidamos que necesitamos de más tratamiento. El gran problema es que faltan infectólogos porque, por ejemplo, en provincias, son sólo médicos internistas o médicos generales los que atienden y donde no son personas capacitadas. Y los profesionales que atienden en otros servicios no están capacitados para tratar a las personas con VIH. (Taller PVVS, Lima )*

Ellos consideran que la atención a PVVS es “parcial” y no “integral”, porque no considera los otros servicios que no corresponden estrictamente a la estrategia sanitaria.

*Una atención de calidad en todos los servicios, no solamente en infectología. (Taller PVVS, Iquitos)*

*Que llega una PVVS y dicen que lo van a atender al final en Ginecología, Dental, Oftalmología, en todos los demás servicios. Por eso es que...no en realidad vemos que nuestra atención como PVVS es parcial, no es integral. (Taller PVVS, Lima)*

En conclusión, la atención brindada en consenso no es percibida como integral, atendiendo a tres criterios complementarios: la restricción de la atención a la dación del tratamiento (TARGA), consejería y soporte emocional, no habiendo acceso real a otros servicios de salud adicionales. Un

segundo criterio esta asociado a que el servicio de salud no reconoce las diversas poblaciones que integran las PVVS y con ello no es capaz de responder a sus diversas necesidades. Un tercer y último elemento está relacionado a lo anterior pero se materializa en la evaluación de poca capacidad del personal de los servicios de salud encargados del Programa, con mayor preeminencia de este último criterio en otras provincias fuera de Lima.

Sobre la calidad del servicio, dos aspectos generales aparecen como no resueltos en los testimonios de los PVVS en torno a la calidad de los servicios:

- 1) La falta de personal médico especializado en la atención de enfermedades oportunistas. Esto estaría ocasionando incluso demoras en el diagnóstico y tratamiento oportunos.

*Creemos que deben de haber médicos preparados para que conozcan las diversas enfermedades oportunistas que le da a una persona con el VIH (Taller PVVS, Iquitos)*

*Hay demora en los diagnósticos, por lo mismo que no son especializados los infectólogos. Y a veces las derivaciones que se hacen no son muy rápidas, si hablamos de , pero si hablamos en provincia pues es mucha más todavía. Una derivación te puede durar dos semanas y esa persona ya puede estar muerta ya. Puede estar ciega en dos semanas, porque no hay infectólogos especializados en enfermedades oportunistas (Taller PVVS, Lima)*

*Yo creo que falta de experiencia del personal, porque hay muy pocos infectólogos especializados en enfermedades oportunistas. Y por otro lado no hay mucha experiencia en enfermedades oportunistas (Taller PVVS, Lima).*

- 2) El hecho de que los exámenes y tratamiento para enfermedades oportunistas no sea cubierto por el programa, hace que en muchos casos, debido a la falta de recursos económicos, las PVVS no tengan posibilidades de acceder a un tratamiento adecuado.

*Creo que debería de haber una gratuidad para las medicinas de enfermedades oportunistas, y también para los exámenes. Porque en algunas enfermedades como en... hay que sacarse medición y sale bien caro y las personas no pueden acceder a pagar esos exámenes (Taller PVVS, Iquitos)*

*No existe ninguna norma, no se contempla ninguna, de que debería de haber medicamentos para enfermedades oportunistas, en forma general. Tampoco este... excepto el TBC porque el TBC es gratuito, tampoco existe un examen diagnóstico. No tenemos acceso a medicamentos para enfermedades oportunistas porque son muy caros o porque son escasos (Taller PVVS, Lima)*

*Y por... por lo otro que tenemos del voluntariado, donde conseguimos los medicamentos, deberían de reforzar para enfermedades oportunistas, porque no todos los voluntariados están con medicamentos para enfermedades oportunistas y lo ideal sería que el Estado nos provea de medicamentos gratuitamente (Taller PVVS, Lima)*

Respecto al TARGA directamente, los problemas identificados por los participantes son los siguientes:

- 1) Desabastecimiento de medicamentos

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

2) No entrega de condones a PVVS

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

3) Falta de claridad en la información que brinda el servicio sobre cuánto de medicamentos debe recibir cada usuario en cada visita, se dan cambios y variaciones en la entrega que no son justificados adecuadamente.

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

4) Necesidad de contar con mayor cantidad de infectólogos. Y que el personal capacitado y especializado en la atención de VIH-SIDA, trabaje de forma estable en los servicios.

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

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

*Creo que es importante que el personal que está capacitado y sensibilizado no sea movido, sino se quede en ese lugar permanentemente. En el servicio en que ha sido capacitado, y que*

*sea capacitado también el personal que va a trabajar directamente con los pacientes (Taller PVVS, Lima)*

*Y también se ha invertido tanto dinero a los médicos y todo el personal y hay cambios, luego viene personal nuevo y es la misma cosa (Taller PVVS, Huancayo)*

- 5) Falta de claridad en cuanto a las normas de pago de consultas y costo de exámenes. Diferencias evidentes entre los servicios de salud que confunden a los usuarios

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

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

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

En conclusión, se detectan dificultades en la calidad de los servicios de salud tanto antes y después de ingresar en el Programa TARGA. Se perciben dificultades en la calidad técnica del personal de salud y la no

gratuidad del tratamiento de enfermedades oportunistas. Y en torno al Programa TARGA se denunciaron desabastecimientos, la no entrega de condones, la falta de claridad de las políticas de pagos y exoneraciones, la alta rotación de recursos humanos capacitados y sensibilizados y la poca claridad en la entrega y cantidad de los medicamentos.

#### **Indicador R4.2 “Proporción de PVVS en fase de inmunodeficiencia que reciben TARGA según protocolo”**

El indicador fue estimado a partir de dos fuentes: A partir de la encuesta realizada en establecimientos de salud y a partir de la bases de datos “Targuita” que maneja la ESN ITS -VIH SIDA y que proporcionaron el estimado. La encuesta realizada permitió identificar a 493 PVS en TARGA y 24 PVVS que ya tenían indicación de iniciar TARGA pero que aun no empezaban ha recibir los medicamentos, entonces el indicador se estima en 95.35%  $[493 / (493 + 24)]$ , mientras que el estimado proporcionado por el MINSA es de 96%  $(6595 / 6856)$ . Este indicador refleja la medida en que el sistema esta proporcionando tratamiento a aquellos que lo requieren, es decir a cobertura y satisfacción de necesidad.

#### **Indicador R4.3 “Porcentaje de adherencia al tratamiento ARV”**

Este indicador fue estimado a partir de dos fuentes: A partir del sistema “Targuita” en donde, para el periodo Julio 2005-Junio 2006 (actualizado hasta Febrero 2007) se contaba con información sobre adherencia reportada para 1452 personas y en donde 1201 presentaban una adherencia igual o mayor al 90%. Merece especial atención este indicador pues los métodos para calcular y evaluar adherencia no son uniformes en todos los centros que brindan tratamiento TARGA y posiblemente el indicador, calculado en base a datos a administrativos, no sea un exacto reflejo de la realidad. El indicador también fue estimado a partir de la encuesta realizada en donde 483 PVVS en TARGA brindaron información sobre su adherencia al

tratamiento. 469 personas reportaron haber olvidado tomar sus medicamentos un día durante el último mes o no haber dejado de tomarlos por ningún motivo durante el último mes. La adherencia al tratamiento es muy importante por cuanto uno de los objetivos de la terapia TARGA es la supresión de la carga viral hasta niveles no detectables y esto se consigue con niveles séricos sostenidos de antivirales. Por otra parte el riesgo de resistencia antiviral incrementa con la disminución de la adherencia.

### **Aportes del Estudio Cualitativo**

Las PVVS no reportaron referencias al abandono del tratamiento, aparece como poco significativos en el escenario actualmente. De las breves referencias que se dieron la interrupción del tratamiento se origina en dos procesos que pueden ser en ambos casos recursivos originando irregularidad en la ingesta.

1. La decisión voluntaria de la PVVS a omitir la toma en el periodo próximo a la ingesta de alcohol, asumiendo que la combinación de ambos elementos en el cuerpo son perjudiciales.
2. La situación involuntaria generada por el desabastecimiento de medicamentos, o la entrega parcial de los mismos, que lleva a la compra particular y en casos de escasez de recursos económicos las personas se ven obligadas a abandonar por períodos el medicamento.

### **Indicador R4.4 “Número y Porcentaje de PVVS que reciben pruebas de monitoreo CD4 y Carga Viral”**

El indicador fue estimado a partir de la encuesta rápida en PVVS donde 86.7% de PVVS reportaron haber recibido ambas pruebas de carga viral y CD4 durante el último año (501/578). El control que reciben las PVVS, tanto en lista de espera, aquellos que ya tienen indicación, y los que ya están en TARGA es importante para monitorear la progresión de la enfermedad en los primeros y la respuesta al tratamiento en el último

grupo. En comparación a las mediciones realizadas durante la segunda medición podemos decir que este indicador se mantiene estable y refleja una adecuada cobertura de pruebas para la población beneficiaria.

Un análisis diferenciado, según la inclusión o no en el programa TARGA, se muestra a continuación

Tabla: Prueba de CD4 en PVVS, de acuerdo al TARGA

Tipo de PVVS, de acuerdo a TARGA	No ha tenido prueba de CD4 en el último año		Reporta haber tenido al menos una prueba de CD4 en el último año		Total	
	n	%	n	%	n	%
TARGA no consignado	9	90.0%	1	10.0%	10	100.0%
PVVS en TARGA	21	4.3%	472	95.7%	493	100.0%
PVVS no TARGA	15	20.0%	60	80.0%	75	100.0%
Total	45	7.8%	533	92.2%	578	100.0%

Tabla: Prueba de Carga Viral en PVVS, de acuerdo al TARGA

Tipo de PVVS, de acuerdo a TARGA	No ha tenido prueba de CV en el último año		Reporta haber tenido al menos una prueba de CV en el último año		Total	
	n	%	n	%	n	%
TARGA no consignado	9	90.0%	1	10.0%	10	100.0%
PVVS en TARGA	43	8.7%	450	91.3%	493	100.0%
PVVS no TARGA	21	28.0%	54	72.0%	75	100.0%
Total	73	12.6%	505	87.4%	578	100.0%

De los datos presentados se aprecia que tanto las PVVS en TARGA como las que no están en TARGA reportan haber sido evaluados con las pruebas para CD4 y carga viral, aunque los porcentajes son mayores para la primera población en cada una de las pruebas. Estas diferencias se explican en parte por los diferentes requerimientos de seguimiento y monitoreo: En el

PVVS en TARGA se requiere un monitoreo mas frecuente para determinar si el tratamiento esta funcionando como se espera.

**Aportes del Estudio Cualitativo**

Sobre las pruebas de monitoreo, las PVVS que son usuarios de los servicios de salud reportaron dificultades para la toma de muestras y entrega de diagnósticos relacionados al pago diferenciado de las pruebas en los hospitales y los retrasos en la entrega de resultados.

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

**Indicador R4.5 “Número de PVVS en TARGA que reciben consejería por los CEPs en el último año”**

El indicador se estimó a partir de la encuesta realizada en PVVS en TARGA, donde 276 PVVS de 493 PVVS en TARGA declararon haber recibido consejerías por pares, al menos una vez, durante el último año. Nuevamente los valores más altos, y que indican mayor acceso a este servicio, se encuentran en Chimbote e Iquitos, y estos valores caen en Lima-Callao y Huancayo.

Ámbito	PVVS en TARGA y CEPs	PVVS en TARGA
Chimbote	50 (90.9%)	55 (100%)
Lima-Callao	134 (42.3%)	317 (100%)
Huancayo	15 (62.5%)	24 (100%)
Iquitos	77 (79.4%)	97 (100%)
Total	276 (55.6%)	493 (100%)

Un subanálisis, considerando a las personas que no reciben TARGA, se presenta a continuación:

Tabla: Conserjería recibida por las PVVS, por parte de CEPs, de acuerdo al TARGA

Tipo de PVVS, de acuerdo a TARGA	No ha recibido consejería por CEPs en el último año		Reporta haber recibido consejería por CEPs en el último año		Total	
	n	%	n	%	n	%
TARGA no consignado	10	100.0%	0	0%	10	100.0%
PVVS en TARGA	217	44.0%	276	56.0%	493	100.0%
PVVS no TARGA	33	44.0%	42	56.0%	75	100.0%
Total	260	45.0%	318	55.0%	578	100.0%

En estos datos se aprecia que, independientemente de la provisión de TARGA, las PVVS reportan recibido la consejería al menos una vez en el último año aunque, como se expresa en el indicador, esta apenas supera el 50%.

**Indicador R4.6 “Porcentaje de PVVS en TARGA que recibieron orientación sobre el uso adecuado del condón”**

El indicador fue estimado a partir de la encuesta rápida en PVVS en TARGA y evaluó si los entrevistados habían recibido información sobre el uso del condón durante los últimos 12 meses. Aunque de la muestra de 578 PVVS encuestados, son 493 los que reciben TARGA, un subgrupo de 447 participó en la evaluación sobre la recepción de información de uso del condón, lo que permitió obtener una estimación de 64.43% (288/447) encuestados que afirman haber recibido esta información durante las consejerías.

Ámbito	Recibe consejería por CEPs	PVVS en TARGA y que responde a pregunta sobre información de uso del condón
Chimbote	45 (91.8%)	49 (100%)
Lima-Callao	146 (51.6%)	283 (100%)
Huancayo	16 (66.6%)	24 (100%)
Iquitos	81 (89%)	91 (100%)
Total general	288 (64.43%)	447 (100%)

Cuando se realiza el análisis desagregado por ciudades, es notorio que existe una gran variación en el acceso a esta información, siendo mayor en Iquitos y Chimbote, con cifras alrededor del 90%, y menor en Lima y Huancayo, con estimados entre 50 y 60% aproximadamente.

Un subanálisis, considerando a las personas que no reciben TARGA, se presenta a continuación:

Tipo de PVVS, de acuerdo a TARGA	Reporte de haber recibido información sobre el uso del condón durante el último año								Total	
	No consignado		No recibió		No recuerda		Si recibió			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
TARGA no consignado	9	90.0%	0	0%	0	0%	1	10.0%	10	100.0%
PVVS en TARGA	46	9.3%	120	24.3%	39	7.9%	288	58.4%	493	100.0%
PVVS no en TARGA	14	18.7%	9	12.0%	7	9.3%	45	60.0%	75	100.0%
Total general	69	11.9%	129	22.3%	46	8.0%	334	57.8%	578	100.0%

Tipo de PVVS, de acuerdo a TARGA	Reporte de haber recibido información sobre el uso del condón durante los últimos 3 meses								Total	
	No consignado		No recibio		No recuerda		Si recibio			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
TARGA no consignado	10	100%	0	0%	0	0%	0	0%	10	100.0%
PVVS en TARGA	108	21.9%	125	25.4%	42	8.5%	218	44.2%	493	100.0%
PVVS no en TARGA	17	22.7%	12	16.0%	6	8.0%	40	53.3%	75	100.0%
Total general	135	23.4%	137	23.7%	48	8.3%	258	44.6%	578	100.0%

Cuando se indaga, entre los encuestados, sobre haber recibido información referida al uso del condón existen dos aspectos a tener en cuenta: 1) a que consideramos “información sobre el uso adecuado del condón” y 2) el sesgo de la memoria. Idealmente estas evaluaciones podrían ser conducidas con observación directa del servicio o usando metodologías mas complejas como el paciente simulado. En todo caso, la información generada a partir del estudio muestra que un poco menos del 50% refiere haber recibido esta información durante los últimos 3 meses. Cuando el tiempo de referencia se incrementa a 12 meses, el porcentaje de reporte incrementa en 10 puntos aproximadamente. Una posibilidad es que las consejerías se estan impartiendo; pero tal vez en un formato que no permite se recordada por todos los usuarios.

### **Aportes del Estudio Cualitativo**

Aunque la consejería en prevención positiva no fue evaluada negativamente por los entrevistados, si se mencionaron varios aspectos que podrían ser tomados en cuenta para evaluarla.

- 1) Muchos entrevistados citaron que el perfil de la persona encargada de brindar la consejería en prevención positiva no es la adecuada. Algunos de ellos preferiría que la consejería fuera dada por un par o PVVS

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

*La idea es que una persona que tiene el VIH capacitada sea la que de esa orientación, porque he... la persona cuando está recién con su*

*diagnóstico causa un impacto bueno el hecho de que una persona que está saludable y continúa su vida normalmente (Taller PVVS, Iquitos)*

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

- 2) Los temas de la consejería en prevención positiva son muy limitados a lo clínico, a explicar la enfermedad y sus procesos

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

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

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

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

3) No se cuenta con apoyo psicológico permanente, que pueda dar soporte para potenciar el autocuidado y la adherencia al tratamiento.

*Por ejemplo la otra forma de recordar es mediante un trabajo psicológico que se debe perennizar en la mente de la persona de prevención, usar el preservativo. Eso es un trabajo también pero junto con un psicólogo que se puede trabajar. Es más efectivo también que con un papel (Taller PVVS, Lima)*

## **Aportes Complementarios del Estudio Cualitativo sobre las percepciones del Personal Proveedor de Servicios de Salud**

Se realizaron grupos de discusión con los profesionales responsables de la estrategia sanitaria en los establecimientos más importantes de las cuatro ciudades. Lastimosamente la grabación en la ciudad de Huancayo fue deficiente por lo que se agrega el reporte del facilitador en los contenidos, más no las citas. En cuanto a los hallazgos podemos afirmar que asumen una posición de aceptación, tolerancia y hasta defensa de derechos de PVVS. Sin embargo esta posición inicial quedaría en el terreno de lo normativo al indagar un poco más acerca de su percepción sobre los usuarios del programa. Se encontró que la actitud hacia los usuarios y la forma de definirlos depende del tipo de población al cual pertenecen, en este contexto actitudes de estigma y discriminación hacia usuarios HSH y TS fueron evidenciados al diferenciarlos de los demás, refiriéndose a estos dos grupos como “difíciles”, “exigentes”, “efusivos” y que demandarían mayor trabajo.

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

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

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

*Nosotros hemos tratado varias veces de separarlos. Como tenemos varios grupos, porque hemos tenido autorización, porque en un principio estaban todos juntos y era que todo el mundo “gritando”. Y*

*ya hemos visto que un grupo esté por acá y otro por allá y los hemos separado (personal de salud, Lima)*

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

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

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

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

*Cuando atraviesan la puerta ya no, a la hora que viene si. Incluso con los vigilantes tienen problemas, pero una vez que atraviesan la puerta a la consejería, ya no. Afuera son bien... si, afuera, pero cuando atraviesan la puerta son muy considerados” (personal de salud, Lima)*

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

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

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

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

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

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

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

En conclusión, la disposición racional inicial a las PVVS es de tolerancia y respeto de derechos, pero las actitudes planteadas marcan diferencia entre las subpoblaciones, coincidiendo que las de mayor dificultad de atención serían los homosexuales y las trabajadoras sexuales a quienes se les atribuye de exigentes y conflictivos. El otro punto donde se generan actitudes complejas es cuando su propia seguridad se pone en riesgo. Por lo que existe disyuntiva en el uso de un código “blanco” o especial para discriminar a la PVVS y tener mayores cuidados. Intentando reconstruir una escala de menor a mayor en generación de temor y recelo en el

imaginario del personal de salud estarían: Mujeres y mujeres gestantes (no generan recelo, ni temor), Adolescentes y jóvenes (no generan recelo, ni temor) 1. Adolescentes y jóvenes con VIH, Trabajadoras sexuales sin VIH, Trabajadoras sexuales con VIH, Homosexuales y travestis sin VIH, Homosexuales y travestis con VIH. Reproduciendo en buena medida la escala de estigmatización social de estas poblaciones.

## 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

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

#### *Conclusiones*

1. Existen limitaciones para describir a cabalidad la situación de la epidemia, pues los estimados de indicadores efecto no están disponibles o no se refieren a muestras aleatorias (v.g. prevalencia de VIH gestantes).
2. Es clamorosa la pobreza de datos del sistema para estimar la tasa de transmisión perinatal, lo que no permite que exista seguimiento apropiado para los niños expuestos, y los estimados (que reflejan una transmisión de 14%) deban ser hechos sobre la base de un universo muy pequeño.
3. Sin embargo de ello, la información sugiere que la epidemia de VIH muestra patrones de estabilidad en prevalencia e incidencia, y que la mortalidad en PVVS está disminuyendo.
4. Los estimados sugieren que hacia diciembre de 2006 se estaba llegando a cubrir un 90% de las necesidades nacionales de TARGA, a 2 años 8 meses de iniciado el programa nacional de atención integral.

#### *Recomendaciones*

1. Es necesario coordinar las acciones del proyecto teniendo en cuenta que no se enfrenta a una epidemia en gran crecimiento sino a una condición que conserva sus niveles de expansión a partir de condiciones de vulnerabilidad que deben ser claramente entendidas y enfrentadas.
2. Es fundamental mejorar el sistema de información sobre la epidemia y su control, pues la magnitud de la inversión y la cantidad de

acciones requieren de un monitoreo mucho más fino que el que se ha podido realizar hasta el momento.

## **5.2 Sobre las Acciones en Poblaciones Vulnerables (Obj. 2)**

### *Conclusiones*

1. La actitud de las TS entrevistadas frente al uso del condón continúa siendo inconsistente. Esta inconsistencia se manifiesta según la persona con la cual tienen relaciones sexuales. En este caso se observan dos actitudes completamente diferentes, con los clientes uso de condón, con las parejas estables no uso de condón. Adicionalmente se plantearon excepciones con los clientes asiduos con quienes se puede obviar el condón a su solicitud.
2. En la población de HSH se perciben una alta percepción de riesgo de ITS y tienen conocimiento de la protección que puede darles el condón para ello, sus comportamientos respecto al uso no se desprenden en el mismo sentido. El placer y el riesgo que incluyen son más valorados que el autocuidado. Existen también conductas muy críticas frente al personal de salud y servicios en general que no prestan una atención rápida y respetuosa. Aún la relación de cooperación entre estas poblaciones y los servicios de salud parece estar en construcción, afirmándose aún incomprensión o rechazo desde los servicios al comportamiento sexual y de género a poblaciones gay y trans.
3. Los PPL entrevistados plantearon que las acciones de prevención en los centros penitenciarios son escasas y discontinuas, y son observadas como esfuerzos esporádicos y no parte de una estrategia consistente. Esto colaboraría con la persistencia de una cultura que construye una imagen desvalorada y distanciada entre el condón y el placer. No se reconocen cambios o mejorías sustantivas en la prevención de ITS en las instituciones en las que pertenecen. Por lo general plantearon no usar condón y no tener acceso a los mismos.

### *Recomendaciones*

1. Es imprescindible tomar en cuenta, en el trabajo con HSH y TSF, la necesidad de incorporar estrategias que mejoren la frecuencia de protección enfrentando los limitantes actuales, y que permitan llegar a nuevos subgrupos de estas poblaciones.
2. Es importante resolver problemas actuales en la definición de persona ‘controlada’ por parte de usuarios de atención médica periódica.
3. Es necesario continuar discutiendo la pertinencia de definiciones consideradas vagas, tales como la de persona ‘abordable’.
4. Para el trabajo con PPL es crucial desarrollar intervenciones en la cultura institucional del INPE y en el entorno de los establecimientos penitenciarios, que permitan dar sentido a los mensajes preventivos.

### **5.3 Sobre las Acciones en Prevención Vertical (Obj. 3)**

#### *Conclusiones*

1. Se ha dado un incremento en la cobertura de despistaje de infección VIH en las gestantes durante control prenatal.
2. Continúa habiendo limitación de información disponible para una medición adecuada del universo de gestantes no tamizadas oportunamente, las cuales constituyen el público objetivo para el uso de pruebas rápidas.
3. Inexplicablemente, las cifras de administración de ARV (sea como monoterapia para profilaxis) a gestantes positivas diagnosticadas VIH(+) permanece por debajo del 50%
4. Por lo general encontramos en las gestantes una visión positiva de la consejería, aunque también una posición pasiva de la gestante respecto de estas intervenciones, no habiendo criterios o valoraciones respecto a la calidad de estas acciones. Asimismo, no se encontró una percepción crítica respecto a la obligatoriedad de la prueba, se asume

como parte de los procedimientos en el escenario del centro hospitalario. Las gestantes tienen algunos conocimientos sobre el tratamiento antiretroviral y la prevención de la transmisión vertical, aunque esta información aparece fragmentada y sin una conexión significativa con experiencias vitales.

### *Recomendaciones*

1. Es imprescindible realizar un esfuerzo serio para mejorar los procedimientos de medición de la transmisión vertical y de la cobertura de las acciones preventivas.
2. Es recomendable evaluar el nivel de avance y efectividad de lo ejecutado, tal vez a través de un estudio ad-hoc.

## **5.4 Sobre las Acciones con Personas Viviendo con VIH (Obj. 4)**

### *Conclusiones*

1. Las mediciones realizadas en PVVS se restringen (tanto las del sistema de monitoreo del MINSA como las de la encuesta ad-hoc) a personas ya registradas por los establecimientos de salud, por lo cual no ofrecen información sobre otras PVVS, informadas o no de su condición de salud.
2. La información disponible revela aumentos notables en el acceso a TARGA en el último año.
3. La tasa de adherencia es de 90% en el sistema TARGA y de 97% en la encuesta, y las diferencias pueden explicarse por una diferente medición de la adherencia (dato administrativo vs. Cifra reportada) y tal vez por sesgos de deseabilidad social.
4. Un 85% de personas en TARGA tienen acceso a pruebas de monitoreo del tratamiento.

5. La cobertura de consejería por CEPs, y de la recepción de información sobre uso de condón, revelan que entre 30 y 50% de personas no han tenido aún acceso a estos servicios.
6. La atención brindada a los PVVS no es percibida por ellos como una atención integral, atendiendo a tres criterios complementarios: Un primer criterio es la restricción de la atención a la dación del tratamiento (TARGA), consejería y soporte emocional, no habiendo acceso real a otros servicios de salud adicionales. Un segundo criterio esta asociado a que el servicio de salud no reconoce las diversas poblaciones que integran las PVVS y con ello no es capaz de responder a sus diversas necesidades. Un tercer y último elemento está relacionado a lo anterior pero se materializa en la evaluación de poca capacidad del personal de los servicios de salud encargados del Programa, con mayor preeminencia de este último criterio en otras provincias fuera de Lima.
7. Se detectaron en los discursos de los PVVS dificultades en la calidad de los servicios de salud tanto antes y después de ingresar en el Programa TARGA. Se perciben dificultades en la calidad técnica del personal de salud y la no gratuidad del tratamiento de enfermedades oportunistas. Y en torno al Programa TARGA se denunciaron desabastecimientos, la no entrega de condones, la falta de claridad de las políticas de pagos y exoneraciones, la alta rotación de recursos humanos capacitados y sensibilizados y la poca claridad en la entrega y cantidad de los medicamentos.
8. Se encontraron dos situaciones relacionadas a dejar de tomar los medicamentos correspondientes al tratamiento. La decisión voluntaria de la PVVS a omitir la toma en el periodo próximo a la ingesta de alcohol, asumiendo que la combinación de ambos elementos en el cuerpo son perjudiciales. Una segunda situación, altamente preocupante y cuestionada desde las PVVS es la condición involuntaria generada por el desabastecimiento de medicamentos, o la entrega parcial de los mismos, que lleva en pocos casos a la compra

con recursos de bolsillo y en casos de escasez de recursos económicos las personas han dejado de tomar por períodos el medicamento.

### *Recomendaciones*

1. Es necesario desarrollar mejores fuentes de información permanente para el programa de atención integral, así como para su demanda potencial.
2. Es recomendable continuar una discusión mayor sobre el significado de la adherencia y las mejores formas de medirla, , así como generar procesos de investigación focalizados en adherencia.
3. Es necesario continuar discutiendo la definición de ‘atención integral’, particularmente los elementos que la constituyen.
4. Es necesario reforzar las acciones educativas sobre PVVS, , incluyendo el autocuidado y la prevención positiva,

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

### *Conclusiones*

1. La ejecución de estas mediciones se planteó como una tarea muy compleja, por la dificultad de acceso a mucha de la información o a las poblaciones de las encuestas rápidas (debido a requerimientos administrativos)
2. Algunos indicadores no son ideales para medir los avances del proyecto.

### *Recomendaciones*

1. La complejidad de esta medición hace recomendable un mayor tiempo preparatorio y una metodología más estable entre mediciones.
2. Debe contemplarse la opción de revisar algunos indicadores.

3. Es importante analizar las implicancias metodológicas (para la medición de indicadores) de que varios proyectos financiados por el FMSTM ejecuten acciones similares en las mismas poblaciones.

## Anexo: Lista de Abreviaturas

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